

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. et Bc. Antonie Kubíčková

**Zátěž u vedoucích pracovníků sociálních služeb**

(Zdroje zátěže u vedoucích pracovníků služeb pracujících s psychiatrickými  
klienty)

*Diplomová práce*

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2021

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

Praze dne: 6. 1. 2021

.....  
Bc. et Bc. Antonie Kubíčková

### **Poděkování**

Děkuji Doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., za odborné vedení diplomové práce, obohacující podněty, díky nimž má především výzkumná část svou kvalitu. Děkuji také všem participantům za jejich čas a vstřícný přístup. Děkuji mému manželovi a rodině za trpělivost a podporu.

# Obsah

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>3</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>5</b>
1. LIDÉ SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍ NEMOCÍ .....	5
1.1. PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ DOPADY PSYCHIATRICKÉHO ONEMOCNĚNÍ .	7
1.2. STIGMATIZACE .....	11
1.3. VÝZNAM PŘÍSTUPU RECOVERY .....	13
1.4. SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	17
1.4.1. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	19
1.4.2. PODPORA PRACOVNÍCH KOMPETENCÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	21
2. NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE (NNO) .....	28
2.1. ÚSPĚŠNÁ NEZISKOVÁ ORGANIZACE.....	35
2.2. MANAGEMENT NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ .....	37
2.3. ZÁTĚŽ A STRES SE ZAMĚŘENÍM NA VEDOUcí SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	42
<b>2. VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>52</b>
2.1. METODOLOGIE VÝZKUMU .....	52
2.2. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	54
2.3. METODY VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	55
2.4. VÝBĚR PARTICIPANTŮ .....	57
2.5. INFORMACE O PARTICIPANTECH .....	58
2.6. POSTUP PŘI TVORBĚ DAT .....	60
2.7. ROLE VÝZKUMNÍKA A JEHO SEBEREFLEXE .....	61
2.8. LIMITY VÝZKUMU .....	62
2.9. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	63
2.10. VÝSLEDKY A INTERPRETACE DAT .....	64
2.10.1. OBECNÁ MANAŽERSKÁ ZÁTĚŽ .....	67
2.10.2. SPECIFICKÁ ZÁTĚŽ U ZKOUMANÉHO TYPU SLUŽEB .....	74
2.10.3. KUMULOVANÁ ZÁTĚŽ ZE SOUBĚHU PŘEDCHOZÍCH .....	82
<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE .....</b>	<b>84</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>97</b>

## ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na zátěž vedoucích pracovníků služeb sociální rehabilitace pro klienty s duševním onemocněním. Cílem práce je porozumění zdrojům pracovní zátěže optikou těchto vedoucích pracovníků. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část vymezuje duševní nemoc a pojednává o možných charakteristikách a projevech lidí s duševním onemocněním. Dále se věnuje nestátním neziskovým organizacím a jejich managementu. Důležitou součástí práce je kapitola pojednávající o zátěži se zaměřením na vedoucí pracovníky. Všechny poznatky v teoretické části práce vycházejí z poznatků odborné literatury.

Empirická část představuje výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na porozumění zdrojům zátěže vedoucích pracovníků z jejich pohledu. Výzkumný design vychází z kvalitativního přístupu. S jednotlivými manažery sociálních služeb byly vedeny hloubkové rozhovory, jejichž analýza vedla ke konstrukci tří hlavních tematických oblastí: obecně manažerské, specifické pro danou službu a zátěže ze souběhu a kumulace předchozích oblastí.

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, vedoucí pracovník, sociální služby sociální rehabilitace, zátěž, kvalitativní výzkum

## ABSTRACT

This thesis focuses on managing stress overload in social services of social rehabilitation for clients with mental disorders. The goal is to clarify the resources of the overburdened of the social service managers from the view of the managers. This thesis is divided into theoretical and empirical part, in which the conducted research and its results are described.

Theoretical part defines mental disorders and discusses possible characterizations and manifestation of behaviour within people with mental diseases. Nongovernment nonprofit organization and their management are disorders. An important part of thesis is chapter dealing with stress overload with focus on social service managers. All chapters of the theoretical part are based on knowledges from literature.

The empirical part focuses on the conducted research with discovered sources of overload of social service managers as a focal point. Research design comes from qualitative methods. In-depth interviews were conducted with several social service managers; based on these, the areas of stress in their profession were identified in three main parts, managers in general, specific for particular social service and overload from concurrent and cumulation of previous domain.

**Keywords:** mental disorders, executive, social services of social rehabilitations, overload, qualitative exploration

## ÚVOD

Tématem práce jsou sociální služby pracující s lidmi s duševním onemocněním. Ve výzkumu se zaměřujeme na zátěž vedoucích pracovníků a na to, jak ji sami vnímají. Jedná se konkrétně o vedoucí pracovníky pracující ve službách sociální rehabilitace, které probíhají přímo v provozu kavárny, restaurace či obchodu a jsou určeny pro dospělé klienty s diagnostikovaným duševním onemocněním<sup>1</sup>.

Téma jsem si vybrala proto, že jsem sama na této pozici pracovala, a přitom jsem si nebyla za dva roky působení na této pozici jista, jaké jsou zdroje mé zátěže, nicméně jsem tuto zátěž a stres pocítovala velmi intenzivně, stejně jako moji kolegové na stejné pozici. V organizaci byla častým tématem vysoká míra fluktuace, jelikož pracovníci z těchto pozic odcházeli v průměru po dvou letech. Nebyli jsme schopni se jako organizace jasně vyjádřit k tomu, z jakých důvodů tyto pracovníci odcházejí z vedoucích pozic po tak krátké době z důvodu vyčerpání.

To byly důvody výběru tématu pro diplomovou práci. Jednak mě téma osobně velmi zajímá, protože mohu na jeho základě změnit svůj přístup k práci a své pracovní chování, pokud se vrátím zpět do vedoucí pozice, a jednak může, jak doufám, pomoci jednotlivým pracovníkům těchto služeb, aby si uvědomili možné zdroje zátěže ve své práci. Stejně tak může tento text být nápomocný celým organizacím, které chtějí pracovat na snižování zátěže vedoucích pracovníků.

Cílem práce je tedy porozumět s využitím hloubkových rozhovorů zdrojům zátěže vnímané sociálními pracovníky na vedoucích pozicích ve službách sociální rehabilitace.

Text práce je rozdělen na část teoretickou a empirickou. V první části práce přinášíme poznatky z literatury týkající se lidí s duševním onemocněním, dále sociálních služeb pro podporu zaměstnanosti těchto lidí, a nakonec základní poznatky o zátěži, se kterou se mohou setkávat vedoucí těchto služeb při práci. Vytvoříme též přehled oblastí, ve kterých se mohou lidé s diagnózou psychiatrického onemocnění projevovat specifickým způsobem.

---

<sup>1</sup> V diplomové práci používáme označení lidé s diagnostikovaným duševním onemocněním, lidé duševně nemocní, lidé se zkušeností s duševním onemocněním apod. jako synonyma.

V oblasti duševní nemoci považujeme za důležité zdůraznit problém stigmatizace, respektive v případě naší práce a také v případě služeb pro lidi s duševním onemocněním se jedná spíše o pojem destigmatizace. Lidé dnes mají nejrůznější představy a předsudky o lidech s duševním onemocněním, což klade další překážky do života lidí, kteří se snaží navrátit do běžného života po tom, co jim bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění.

Nedílnou součástí první části práce je charakteristika nestátních neziskových organizací a jejich managementu. Zabýváme se zde též obecně zátěží a jejími zdroji v pracovní oblasti a také tématem odolnosti. Ve všech kapitolách teoretické části vycházíme z poznatků odborné literatury.

V empirické části představíme vlastní výzkum zaměřený na porozumění zdrojům zátěže vedoucích pracovníků sociálních služeb rehabilitace, které probíhají přímo v provozu. Využijeme přitom kvalitativní přístup a techniku hloubkových rozhovorů.

Naším záměrem je touto prací přinést náměty pro reflexi a předcházení pracovního stresu vedoucích pracovníků díky porozumění zdrojům zátěže ve specifickém prostředí tréninkových provozů pro lidi s duševním onemocněním. Organizace by tyto poznatky mohly využít též při odborné přípravě a podpoře vedoucích pracovníků, a tím přispět ke snižování jejich fluktuace.



# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Lidé se zkušeností s duševní nemocí

Pokud se zaměříme na duševní nemoc jako na nozologickou<sup>2</sup> jednotku, mluvíme o psychiatrických diagnózách. Tento pohled na duševní onemocnění vychází především z medicínského prostředí.

Aktuálně lékaři (nejčastěji se jedná o psychiatry) používají pro popis jednotlivých duševních poruch 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2017), kterou vydává Světová zdravotnická organizace. Duševní nemoci zde nalezneme pod označením **F00-F99 Poruchy duševní a poruchy chování**.

V současnosti je za psychickou poruchu považován způsob chování nebo psychický projev, který je daným jedincem prožíván jako nepříjemný nebo zhoršuje jeho fungování v jedné, ev. ve více oblastech života (Nývltová, 2010, s. 12). Pro lidi s těmito potížemi existují nejrůznější odborné druhy pomoci či sociální služby.

Potřeby lidí s psychickými poruchami jsou rozdílné napříč diagnózami, avšak projevy konkrétních nemocí jsou v některých oblastech charakteristické. Lze je však obecně charakterizovat kombinací abnormalit v myšlení, vnímání, emocích, chování a mezilidských vztazích<sup>3</sup>.

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je „*v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. Mezi duševní poruchy se řadí ty z poruch, které se prvotně tykají myšlení, prožívání nebo vztahů k ostatním lidem*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 150).

Dle Nývltové (2010, s. 13) je pojem nemoc užíván pouze v případě, kdy je známa jednoznačná příčina a proces utváření nemoci. Z toho důvodů navrhuje, aby pro psychické problémy byl používán pouze termín psychické poruchy. V běžné české praxi či u dalších autorů (např. Chromý, 1990; Vágnerová, 2014) je používáno označení psychická porucha stejně jako psychická nemoc. V této

---

<sup>2</sup> Nozologie = nauka o chorobách (Hartl, Hartlová, 2009).

<sup>3</sup> Více na: <https://www.euro.who.int/en/countries/czechia>

diplomové práci se kloníme k druhému názorovému proudu a používáme označení lidé s duševním onemocněním.

Pomocí nám v této oblasti může rozlišení duševního a somatického onemocnění. Duševní nemoc se od somatické nemoci odlišuje v několika ohledech.

První odlišností je skutečnost, že při duševní nemoci může nastat situace, kdy si onemocněním není sám nemocný vědom. Jak uvádí Vágnerová (2012, s. 91): „*Nemocnému trpícímu psychózou chybí přiměřený náhled na svou chorobu.*“ Jako první si duševní nemoci začíná většinou všimnout okolí nemocného. „*U některých psychických poruch její nositel sám netrpí, ani si neuvědomuje svoji odlišnost, ale jeho psychopatologickými projevy trpí lidé, kteří jsou v jeho okolí*“ (Nývtová, 2010, s. 28). Zhoršený náhled nemocného na své potíže či popírání onemocnění, může být velkou překážkou v započetí léčby, kterou je nutné začít co nejdříve po propuknutí nemoci (Lomikámen, 2016).

Druhou odlišností je, že duševní onemocnění není vždy zřejmé ani pro okolí nemocného. To znamená, že člověk, který trpí duševním onemocněním, není tak jasně identifikovatelný jako ten, který má somatické onemocnění.

Co můžeme u duševně nemocného člověka pozorovat, jsou pouze jeho vnější znaky a projevy onemocnění. A tak se může například člověk trpící depresí jevit svému okolí pouze jako líný, znuděný, neschopný. „*Úzkost a úzkostné poruchy, které patří do kategorie poruch zdraví, jsou zpravidla opomíjeny, brány na lehkou váhu a někdy považovány za blízké či až rovné simulaci*“ (Ulč a kol., 1999, s. 9). Na takového člověka jsou pak kladeny nároky, které většinou není schopen splnit, a to může to být následně kontraproduktivní. Odborníci na duševní zdraví, nejčastěji z řad psychiatrů a psychologů, tento mylný pohled přirovnávají k tomu, že „*zlomenou nohu také neléčíme tím, že jí zkusí pacient rozchodit.*“

Třetí odlišnost můžeme vidět ve stigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Duševní nemoc sebou „*nese cejch – stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co to znamená být duševně nemocný*“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 245). Lidé s duševním onemocněním se převážně liší od představy „normality“ v naší společnosti. Jsou nositeli tzv. nálepky psychiatrické

diagnózy a lidé o nich mají své představy a s nimi související předsudky. O stigmatizaci budeme v tomto textu více mluvit později.

Ač se v dnešní době profesionálové z řad psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků a lidé, kteří mají sami diagnostikované duševní onemocnění, a další lidé pohybující se v oblasti péče o duševní zdraví snaží působit proti stigmatizaci osob s duševními nemocemi a odlišit osobnost a duševní nemoc<sup>4</sup>, považujeme za důležité popsat jejich možná specifika. Ty se týkají psychologických a sociálních dopadů, které se u duševních nemocí mohou opakovat, a můžeme je tak do určité míry predikovat. Tato predikce pomáhá pracovníkům a okolí pochopit projevy, chování a možné problematické životní oblasti klienta. Od počátku spolupráce v sociálních službách mohou tak pracovníci společně s klientem, popř. dalšími rodinnými příslušníky a blízkými, působit a pracovat konkrétním způsobem a na konkrétní oblasti, kterou je potřeba zlepšit.

U lidí s duševním onemocněním se často vyskytuje situace, kdy mají od psychiatra diagnostikováno více psychických onemocnění. *„Pro jednu chorobu by neměly být opomíjeny symptomy a syndromy, jež mohou mít svůj původ v chorobě další“* (Ulč a kol., 1999, s. 6). I s těmito klienty je v rámci sociálních služeb pracováno.

Jelikož je předmětem naší práce především pracovní zařazení klientů, budeme dopady duševního onemocnění vztahovat především k pracovní oblasti života

### 1.1. Psychologické a sociální dopady psychiatrického onemocnění

Jak už bylo zmíněno, u lidí s duševním onemocněním dochází ke stigmatizaci na základě jim přiřazené psychiatrické diagnózy, a tím dochází k tzv. „onálepkování“. Důležité je si stále připomínat, že každý člověk je především na prvním místě člověkem, je jedinečný a má své individuální potřeby a přání.

Diagnózu (zjištěnou nemoc) vyšetřuje a určuje v převážné většině případů psychiatr. Tato diagnóza má různé příznaky, které nazýváme symptomy. *„Správné stanovení diagnózy umožňuje účinné ošetření (terapii) a v omezené míře jistou předpověď vyústění průběhu nemoci (prognóza)“* (Döner, Plog, 1999,

---

<sup>4</sup> Více informací na stránkách „Stopstigma“ - <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

s. 19). Podle údajů uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí (WHO, 2017) můžeme pozorovat určité charakteristické projevy, potíže a znaky u jednotlivých diagnóz či diagnostických skupin.

Každá ze skupin duševních poruch v sobě zahrnuje rozdělení na jednotlivá onemocnění, které se vyznačuje přidáním tečky a čísla za konkrétní označení skupiny – například F20.0 Paranoidní schizofrenie, F40.1 Sociální fobie apod.

Pro naši práci není důležité detailní dělení u každé skupiny diagnóz. Důležité je pouze při sociální práci s vybranými skupinami diagnóz, u nichž dochází k rozdílům v projevech a způsobech chování u konkrétních diagnóz spadající pod jednu skupinu. To popisují i respondenti v našem výzkumu – především se jedná o specifika diagnózy poruch osobnosti.

Jelikož se každá diagnostická jednotka duševních onemocnění liší, používají se k jejich léčbě rozdílné druhy medikace (Raboch, Zvolský et al., 2001; Dušek, Večeřová-Procházková, 2015 apod.). Tento fakt může mít vliv na projevy, chování i prožívání lidí s konkrétním druhem medikace, jelikož každé léky mají jiné vedlejší příznaky.

Nesmíme zapomínat na to, že každý jedinec, který onemocní duševní nemocí je především na prvním místě člověkem, má svůj osobní příběh a individuální průběh onemocnění. *„U lidí, u kterých se projevila nemoc poprvé a u lidí mladšího věku je velmi obtížné předvídat průběh nemoci“* (Matoušek a kol., 2007, s. 99). U někoho se nemoc po první atace vyléčí zcela, u jiného člověka se objevuje s mezidobími stability.

Dlouhodobé studie spolehlivě ukazují, že vývoj nejzávažnějších duševních onemocnění je nelineární, symptomy a funkce přibývají a ubývají a že zlepšení v jedné oblasti může souviset se zlepšením v jiných oblastech jen velmi vzdáleně (Strauss a Carpenter, 1977; Strauss, Hafez, Lieberman a Hardingová, 1985 in Davidson, Tondorová, Ridgwayová, 2010). *„Vážné duševní nemoci jsou doprovázeny ztrátou kontroly a dezintegrací, život jedinci se rozpadá a všechny sociální role se hroutí“* (Wilken, Hollander, 1999, s. 11). Z těchto důvodů je důležité takového člověka podpořit ve všech oblastech života, v nichž mu duševní onemocnění znesnadňuje či znemožňuje fungování.

Odchylky ve fungování a projevech mezi „zdravými“ a jedinci s onemocněním, můžeme vyjádřit indikátory duševního zdraví vymezenými „*rysy, které má normální osoba ve větší míře než jedinec, který je diagnostikován jako abnormální*“ (Atkinsonová, 2003, s. 526):

1. *Priměřené vnímání reality*: zdraví jedinci jsou si vědomi svých reakcí, schopností, mají reálné představy o fungování světa, rozumí i ostatním lidem a jejich chování.

2. *Schopnost ovládat své chování*: zdraví jedinci jsou schopni běžně ovládat své chování, tendence jednat určitým způsobem je spíše dobrovolné rozhodnutí. I když občas mohou jednat impulzivně, své pudy jsou schopni ovládat.

3. *Sebeúcta a sebeakceptace*: běžní lidé se cítí s druhými lidmi dobře, jsou schopni chovat se v sociálních interakcích spontánně, nemají pocit méněcennosti, odcizení a nepřijetí (opak je charakteristický pro lidi s duševním onemocněním).

4. *Schopnost vytvářet citové vazby*: lidé s duševním onemocněním jsou často zaměřeni sami na sebe, jsou zahlceni vlastními pocity, nejsou schopni opěťovat lásku, i když se jí snaží hledat. Zdraví jedinci jsou schopni empatie vůči druhým lidem, jsou schopni navazovat blízké a uspokojivé vztahy.

5. *Činorodost*: duševní nemoc sebou přináší chronický nedostatek energie a nadměrnou unavitelnost díky psychické tenzi, který má svůj původ v nevyřešených problémech. Zdraví jedinci jsou schopni činorodé aktivity, jsou schopni přirozeně plnit požadavky běžného života.

S následujícími skupinami se setkávají pracovníci v sociálních službách poskytující služby sociální rehabilitace, to znamená, kteří spadají do cílové skupiny služeb

Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy (F20-F29). Do této skupiny patří:

- F20 Schizofrenie
- F21 Schizotypální porucha
- F22 Poruchy s trvalými bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy

Afektivní poruchy nebo také poruchy nálady (F30-F39). Do této skupiny řadíme konkrétní diagnózy:

- F30 Manická fáze
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní fáze
- F33 Periodická depresivní porucha
- F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálad)

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F49). Mezi tyto poruchy patří:

- F40 Fobické úzkostné fobie
- F41 Jiné anxiózní poruchy
- F42 Obsedantně-nutková porucha
- F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Poruchy osobnosti a chování dospělých (F60-F69). Sem spadají:

- F60 Specifické poruchy osobnosti. Zde je důležité rozlišovat jednotlivé konkrétní diagnostické jednotky, mezi jejichž projevy jsou rozdíly. Jsou jimi: F60.1 Paranoidní porucha osobnosti, F60.2 Schizoidní porucha osobnosti, F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti, pod kterou řadíme hraniční typ, který má jistá specifika, F60.4 Histrionská porucha osobnosti.

Jak jsme uvedli výše, o lidech s duševním onemocněním existují ve společnosti nejrůznější předsudky zahrnující představy o tom, jací lidé s tímto onemocněním jsou. Tomu, jak je stigmatizace vnímána, a jak se projevuje v kontextu lidí s duševním onemocněním, se věnujeme v následujícím textu.

## 1.2. Stigmatizace

*„Stigma bylo původně řecké slovo pro cejch vypálený antickým otrokům kutajícím v tesálských dolech“* (Libiger, 2001, s. 39). Se slovem „stigma“ se většina lidí setkala jako s označením pro rány na Ježíšově těle po ukřižování, pro stopy utrpení.

Jak jsme uvedli již výše *„stigma je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co to znamená být duševně nemocný“* (Raboch, Zvolský, s. 245). Pokud se jedinec začne chovat nestandardním způsobem, jeho okolí na to rychle reaguje a začíná tím tzv. značkovací proces, kdy *„společnost dospívá k názoru, že určitý jedinec trpí duševní poruchou“* (Ocisková, Sedláčková, Praško, Látalová, Kamrádová, 2014, s. 62) a *„duševně nemocní jsou ohodnoceni jako bytosti obtížné a svým způsobem méněcenné“* (Vágnerová, 2012, s. 88).

Popsaná situace nastává ve chvíli, kdy se jedinec odlišuje od toho, co konkrétní společnost považuje za „normu“ či „normalitu“. *„Společnost a její hodnocení toho, co je normální a co již nikoliv, představuje základ stigmatizace“* (Ocisková, Sedláčková a kol., 2014, s. 62).

Jak uvádí Atkinsonová (2003, s. 525) chování lidí s duševním onemocněním je hodnoceno lidmi jako „abnormální“. Abnormálnímu můžeme rozumět jako odchylovajícímu se od „normálního“. Definování normality a abnormality je však obtížné. Můžeme jej vymezovat (tamtéž) jako:

1. odchylku od statistické normy;
2. odchylku od sociální normy;
3. maladaptivnost chování;
4. osobní potíže.

Zdrojem stereotypu duševně nemocného a stigmatizace jsou obavy lidí z duševní nemoci (Libiger, 2001, s. 38). Každý člověk se přirozeně obává věci,

které jsou pro něj neznámé, může mít pocit, že lidé s takovým onemocněním mohou být nebezpeční, také si nikdy nepřeje onemocnět duševním onemocněním.

Podle dostupných výzkumů je stigmatizace doménou nejen široké veřejnosti ale také profesionálů (Janoušková, Winkler, 2014, s. 31), kteří jsou součástí užšího či širšího systému péče o duševní zdraví<sup>5</sup>. Stigmatizace se tedy dopouštějí i profesionálové. Výsledky rešerše výzkumných a přehledových článků (Ocisková, Sedláčková a kol., 2014, s. 62) uvádějí, že konkrétně na diagnózu poruchy osobnosti jsou názory mezi psychiatrickým personálem odsuzující, stereotypní a stigmatizující častěji než názory v běžné populaci. Tento výsledek vypovídá však pouze o konkrétní diagnóze, a proto nemůže být zobecňován.

Stigmatizace a stereotypní myšlení o lidech s duševním onemocněním bylo zkoumáno od padesátých let. Jak uvedl Chromý ve své knize z roku 1990 (s. 14) uskutečňovala se osvěta v otázkách duševních poruch pod heslem „**duševní nemoc je nemoc jako každá jiná**“.

Dle Thornicrofta (in Janoušková, Winkler, 2015, s. 31) „*stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a jeho konceptualizace zahrnuje tři základní elementy*“:

1. *nevědomost (problém znalostí),*
2. *předsudky (problém postojů) a*
3. *diskriminace (problém jednání).*

Výzkum Alexandrové a Linka přináší silné důkazy pro důležitost různých kontaktů v redukci stigmatizujících přístupů a potenciální užitek v začlenění kontaktu do destigmatizujících intervencí (2003, s. 1). Je také důležité také při těchto destigmatizujících i jiných akcích myslet na to, jak o člověku s duševním onemocněním mluvíme. Tato mluva nás i naše okolí následně ovlivňuje v tom, jak budeme takového člověka vnímat a jak s ním následně budeme pracovat (Matoušek a kol., 2007).

Libiger (2001, s. 39) upozorňuje na to, že značkování vede k diskriminaci, a ta se následně projevuje v problémech se získáním a udržením práce apod. Pro

---

<sup>5</sup>Více na: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf)



tyto situace jsou zde organizace, které pomáhají lidem s duševním onemocněním s návratem do běžného života.

Přestože je v sociálních službách pracujících s lidmi s duševním onemocněním důležité pracovat s diagnostickými jednotkami, je také jejich snahou, aby jejich klienti nebyli stigmatizováni. Tyto tendence můžeme nalézt u všech neziskových organizací pracujících s lidmi s duševním onemocněním – např. Green Doors, z.ú.<sup>6</sup>, Baobab, z.s.<sup>7</sup>, Fokus, z.ú.<sup>8</sup>. Jednotlivé organizace podnikají destigmatizační kampaně a akce pro veřejnost, které jsou přirozenou součástí jejich činnosti.

Boj proti stigmatizaci bývá často i jednou ze součástí poslání organizací pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Příkladem může být organizace Green Doors, z.ú., která má zveřejněné poslání na svých webových stránkách. Poslání zní: *„pomoci lidem s duševním onemocněním znovu najít sílu zapojit se do práce, podporovat jejich integraci do komunity a přispívat k destigmatizaci duševního onemocnění.“* Tato organizace poskytuje sociální služby lidem s duševním onemocněním, a také organizuje nejrůznější akce a aktivity se záměrem pozitivně působit a měnit představy veřejnosti o duševní nemoci a nutnosti pečovat o své duševní zdraví.

Cílem organizací pracujících s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním je **(znovu)začlenění lidí s duševním onemocněním do společnosti**, pomoci a podpořit je v návratu do pracovního procesu či v samostatném bydlení apod. Aby klientům byl ulehčen a vůbec umožněn návrat k běžnému životu, je důležitá osvětová činnost organizací i jednotlivých týmů v rámci organizace. Tyto organizace pomáhají lidem s duševním onemocněním v procesu zotavení.

### 1.3. Význam přístupu recovery

V současné době je upřednostňován napříč organizacemi a službami pracujícími s lidmi s duševním onemocněním přístup a práce s klienty s důrazem na proces údravy či zotavení. Tento přístup se nazývá „recovery“ a stal se klíčovým konceptem ovlivňujícím přístup k duševně nemocným, systémům a

<sup>6</sup> Více na: <https://www.greendoors.cz/>

<sup>7</sup> Více na: <https://www.baobab-zs.cz/>

<sup>8</sup> Více na: <https://www.fokus-praha.cz/>

službám v celém světě (Compagni, Adams, & Daniels, Piat & Sabetti in Piat, Lal, 2012, s. 1). Termín „recovery“ se v českém jazyce překládá nejčastěji jako „zotavení“ či „úzdava“. Co se týká koncepční perspektivy, uvádí Piat a Lal. (2012, s. 3), že termín recovery je nejasný a jsou zde nejednotnosti v porozumění recovery.

Nejpoužívanější definice úzdavy zní:

*„Úzdava je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci“ (Anthony, 1993, s. 527).*

Slovo zotavení (recovery) má mnoho významů a může znamenat: *získat zpět, zachránit, rekultivovat, osvobodit“* (Wilken, Hollander, 1999, s.10). To je i snahou sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním – podpořit člověka v znovuzískání jeho dovedností a kompetencí, aby se mohl vrátit zpět do běžného života.

Recovery definovali lidé s duševním onemocněním jako transformační proces spojený s nadějí, přijetím, svobodným rozhodováním a sociálním začleněním (Ahern & Fisher; Frese & David; Ridgway in Piat, Lal, 2012, s. 2). Jedná se o žití vlastního života, což není většinou v kontextu tradiční psychiatrie považováno za výsledek (Davidson, Tondorová, Ridgwayová, 2010, s. 2), nicméně jak bylo naznačeno výše, v sociálních službách je tento výsledek ceněný a uznávaný.

Co je v tomto kontextu důležité zmínit, je skutečnost, že během procesu zotavení může dojít ke zhoršení symptomů i v důsledku pozitivních životních událostí (Davidson, Tondorová, Ridgwayová, 2010, s. 2). Mezi tyto pozitivní změny patří získání pracovního místa, přestěhování, osamostatnění se a přestěhování do vlastního bytu, nalezení partnera. Na všech těchto pozitivních změnách lze spolupracovat se sociálním pracovníkem, a tak je důležité, aby pracovník i klient byli připraveni na možné negativní reakce na dosažení cílů, u kterých očekáváme spíše reakci opačnou, tedy zlepšování stavu. Neznamená to

však v takovém případě, že se u jedince ukončil nebo neprobíhá proces zotavování.

Definice recovery bylo vyřčeno mnoho. Nyní se diskutuje především nad tím, zda je recovery spíše výsledkem či procesem (Rodgers, Norell, Roll, Dyck, 2007, s. 78). Spaniol, Gagne a Koehle (in Marinelli, Dell Orto, 1999, s. 409) považují recovery za proces, výsledek i vizi. Jako proces definují recovery jako fyzické i emoční uzdravování, nastavování reakcí, pocitů, vnímání, přesvědčení, rolí a životních cílů. Jako výsledek je recovery vnímáno jako schopnost vrátit se do zaměstnání, žít na místě dle vlastního výběru, mít přátele a partnerský vztah, být hodnotným členem komunity. Pod vnímáním recovery jako vize je autory myšleno vytvoření konstruktů, jak plánovat a realizovat péči o jedince, jelikož recovery je důvod i cíl všech programů a služeb, které pomáhají lidem s duševním onemocněním (Anthony in Marinelli, Dell Orto, 1999, s. 410).

V této práci se ve shodě s Davidsonem, Tondorovou, Ridgwayovou (2010, s. 4) přikláníme k preferování zaměření na zotavení jako na proces, tedy na podporu nemocných v jejich snaze vést plný život tváří v tvář závažné duševní nemoci, místo na dosahování nějakého iluzorního výsledku.

Sám proces zotavení může být dle Wilken, Hollander (1999, s. 11) rozdělen zhruba do tří fází, kterými jsou stabilizace, reorientace a reintegrace. Během fáze stabilizace dochází k ovládnutí symptomů a snížení utrpení. Zkoumání důsledků u nemoci pro blízkou budoucnost probíhá během fáze reorientace. V této fázi se služby zaměřují na poradenství, psychoedukaci, učení zvládat symptomy, hovory o důsledcích nemoci a pomáhají při plánování budoucnosti. Během fáze reintegrace dochází k obnově smysluplných vztahů a sociálních rolí. Zde sociální služby pomáhají s návratem ke všednímu životu, probíhá nácvik dovedností, pracuje se na zvýšení sebevědomí, dochází k pracovní reintegraci a podporuje se rodina.

V knize *Cesta k zotavení* (Raginse, 2018, s. 20) uvádí autor čtyři etapy zotavení:

1. *Naděje*: tuto fázi vyjadřuje získání pocitu, že je zde možnost, aby bylo lépe, a že lépe také bude. Situace, kdy se naděje stává motivující, musí být založena na konkrétní, reálné vizi toho, jak to bude vypadat, až bude lépe. K této vizi se může člověk postupnými kroky přibližovat.
2. *Zplnomocnění*: důležité pro úspěch a pokroky je, aby člověk uvěřil ve své schopnosti a moc svou situaci zlepšit. „*Než si budou sebou jistí natolik, aby si sami začali věřit, občas potřebuji, aby v ně uvěřil i někdo jiný*“ (tamtéž, s. 20).
3. *Odpovědnost za sebe sama*: zde je důležité, aby lidé s duševním onemocněním vzali svůj život do vlastních rukou a byli schopni se postarat sami o sebe. Jak uvádí Ragins (tamtéž, s. 21) je tato etapa velmi obtížná pro lidi s duševním onemocněním i pro poskytovatele služeb.
4. *Smysluplná životní role*: v poslední fázi procesu zotavení je potřeba, aby člověk našel své místo v běžné „zdravé“ společnosti pomoci smysluplných rolí. Jimi mohou být například role zaměstnance, přítele, otce apod.

V každé etapě zotavení mohou mít významnou roli sociální služby a všechny možné podpůrné systémy v okolí člověka. Sociální pracovníci dodávají klientům naději, jelikož sami věří v jejich možné posuny. Dále jim mohou pomáhat zažít úspěch, aby začali věřit v tom, že mohou být úspěšní. Podporují je v převzetí odpovědnosti za svůj život a v neposlední řadě jim pomáhají nacházet smysluplné role – v případě služeb sociální rehabilitace, které jsou předmětem výzkumu této práce, si klienti osvojují role spjaté především se zaměstnáním, jako je například role zaměstnance, kolegy apod.

Přístup recovery má také své kritiky, kteří tvrdí, že termín recovery je užíván nadměrně, proces je zveličován, a tím vzbuzuje nerealistické očekávání a přináší další stigma (Rudnick, Gill KJ, 2007; Remington, Shammi, 2005 in

Rodgers, Norell, Roll, Dyck, 2007, s. 82). A právě boj proti stigmatizaci a osvěta veřejnosti patří mezi cíle a poslání organizací (jak již bylo uvedeno výše), které jsou tzv. recovery orientované. Zde uvedu jako příklad organizaci Ledovec, z.s.<sup>9</sup>, která působí v plzeňském kraji a je autorem webových stránek o zotavení<sup>10</sup>, kde lze nalézt mnoho důležitých informací.

Pokud se organizace začne řídit hodnotami a postoji konceptu recovery v přístupu ke klientům, je vztah mezi pracovníky a klienty charakteristický otevřeností, vzájemností a spoluprací (Shepherd, Boardman & Slade in Piat, Lal, 2012, s. 2). Zda jsou pravidla recovery přístupu dodržována v rámci organizací, o tom mohou dát zpětnou vazbu peer konzultanti (Piat, Lal, 2012, s. 2). To jsou lidé, kteří sami mají zkušenost s duševním onemocněním a pracují v sociálních službách tak, že pomáhají lidem s duševní nemocí skrze svou vlastní zkušenost, pracují se svým osobním příběhem. Například v organizaci Green Doors, z.ú., jsou spoluvůdci podpůrných skupin, účastní se kurzů psychoedukace a také si je mohou pracovní konzultanti a terapeuti pozvat na schůzku s klientem, pokud to pokládají za přínosné<sup>11</sup>.

Již jsem v textu na několika místech zmínila sociální služby, které poskytují konkrétně služby sociální rehabilitace. Systém služeb poskytující pomoc a podporu pro lidi s diagnostikovaným duševním onemocněním v České republice je širší než pouze služby sociální rehabilitace. Základní charakteristiky uvedu v dalším textu, ve kterém se následně zaměřuji především na pracovní oblast.

#### 1.4. Systém sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním

Dle Zákona o sociálních službách, zákon č. 108/2006 Sb. z roku 2006, je sociální službou:

*„činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“*

Tento cíl mají organizace působící v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v popředí svých poslání, stejně tak v posláních a cílech jednotlivých služeb. Zde použijeme jako příklad poslání organizace Baobab, z.s.,

---

<sup>9</sup> Více na: <https://www.ledovec.cz>

<sup>10</sup> Více na: <https://www.zotaveni.cz>

<sup>11</sup> Více na: <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>

kteří mají také uveřejněné na svých webových stránkách: „*Baobab nabízí podporu na cestě k samostatnosti, nezávislosti, schopnosti vést plnohodnotný spokojený život a překonávání překážek způsobovaných nemocí.*“ Snaží se tedy podporovat klienty pomocí poskytování sociální služeb v tom, aby vedli běžný život.

Sociální služby jsou vymezeny Matouškem (2003, s. 214) jako: „*všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.*“ Tyto služby jsou zaměřeny na konkrétní cílovou skupinu, to znamená, že poskytují svou podporu pouze určitému okruhu klientů, například lidem s mentálním postižením, lidem s tělesným postižením.

Pro lidi s duševním onemocněním existuje síť zdravotních i sociálních služeb, jejichž kontakt a stručný popis můžeme nalézt v Adresáři služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice, kterou vydala organizace VIDA, z.s. v roce 2016 za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Česká republika se snaží vytvořit síť vzájemně provázaných služeb, které pokryjí poptávku co největšího počtu potřebných lidí, avšak vždy se stane, že systém některé lidi vynechá, či oni nebudou mít o služby zájem. Z tohoto důvodu „*by měl mít systém sociálních služeb nejen dveře otevřené ale také za klienty jít, vyhledávat je a oslovovat*“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 39). Toto klade další nároky na sociální služby – vyhledávat a oslovovat klienty.

Empirická část této práce je zaměřena na rozhovory s vedoucími sociálních služeb na podporu zaměstnanosti pro lidi s duševním onemocněním na území Hlavního města Prahy. V Praze existuje vcelku rozsáhlá síť organizací a služeb nabízejícím pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním. Patří mezi ně organizace Bona, o.p.s.<sup>12</sup>, ESET - HELP, z.s.<sup>13</sup>, Fokus Praha, z.ú., Green Doors, z.ú., které mají registrovanou sociální službu sociální rehabilitace. Podporu v oblasti zaměstnávání poskytuje také organizace Baobab, z.s.

Všechny výše zmíněné organizace jsou nestátními neziskovými organizacemi a zaměřují se svými sociálními službami na podporu zaměstnávání a

---

<sup>12</sup> Více na: <https://www.bona-ops.cz>

<sup>13</sup> Více na: <http://www.esethelp.cz>

pomoc v pracovní oblasti v rámci sociální rehabilitace, přechodného a podporovaného zaměstnávání. Sociální služby lze poskytovat pouze na základě *oprávnění k poskytování sociálních služeb*, jež vzniká rozhodnutím o registraci, vydaným příslušným krajským úřadem (Matoušek a kol., 2007, s. 46).

Některé z uvedených organizací poskytují také podporu v samostatném bydlení, chráněná pracovní místa, case management či vzdělávací a volnočasové aktivity. V rámci těchto služeb se mohou pracovníci zaměřovat na získání dovedností a schopností užitečných při získání a udržení si práce.

Jedná se o služby, které jsou poskytovány ambulantní či terénní formou. Všechny se řídí podle Zákona o sociálních službách mezi zařízení, která se nazývají centra sociálně rehabilitačních služeb. Jsou zde poskytovány služby sociální prevence, a to konkrétně služby sociální rehabilitace, které nalezneme v Zákoně o sociálních službách pod označením § 70.

Jak uvádí Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017, s. 6): *„Současný model péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné“*, a tak se Česká republika připojila k reformě psychiatrické péče, která stále probíhá v současné době. Tento proces je velmi důležitý pro celý systém péče o duševně nemocné, proto mu věnujeme pozornost v následujícím textu.

#### 1.4.1. Reforma psychiatrické péče v České republice

V lednu 2005 v Helsinkách se Česká republika v rámci revize koncepce psychiatrie připojila k dokumentům, jejichž primárními cíli je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytování péče (WHO, MZ, 2017, s. 10). Tento počín je počátkem Reformy psychiatrické péče v Čechách.

V roce 2007 pak výbor Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z.s. vyhlásil ve spolupráci s regionální kanceláří Mezinárodní zdravotnické organizace České republiky „Národní psychiatrický program 2007“<sup>14</sup>, který je historicky prvním v ČR. Reforma psychiatrické péče

---

<sup>14</sup> Více na: <https://www.psychiatrie.cz/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007>

byla v březnu 2013 schválena jakožto součást Národního programu reforem 2013. a jak jsme uvedli výše, trvá dodnes.

Nejedná se pouze o reformu zdravotnických služeb pro lidi s duševním onemocněním, ale celého systému péče. Dotýká se tak i sociálních služeb a *„obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním“* (WHO, MZ, 2017, s. 6).

V roce 2013 došlo v České republice ke schválení koncepčního dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“. Do roku 2021 mají být zahájeny nezbytné systémové změny – *„základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené péče zaměřené na zotavení (recovery) pacienta/klienta“* (WHO, MZ, 2017, s. 7).

Tam, kde „Strategie reformy psychiatrické péče“ jasně nestanovuje konkrétní postupy pro naplňování cílů, doplňuje jej „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030“ (MZČR, 2020). Ten popisuje vizi do roku 2030 a stanovuje, jak by měla vypadat oblast duševního zdraví do tohoto roku:

*„Celek je poskládán ve vzájemně propojených oblastí – koordinace a řízení poskytované péče, síť služeb v komunitě, lidské zdroje a odborná příprava, legislativa, ochrana práv a zplnomocnění osob s duševním onemocněním, financování, destigmatizace, systém kvality péče, výzkum a informační systémy“* (tamtéž, s. 17).

Jak jsme uvedli v předchozím textu, organizace jsou již zaměřené na boj proti stigmatizaci, na rozvinutí komunitní péče se neustále intenzivně pracuje. *„Komunitní práci u nás definují Novotná a Schimmerlingová jako pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku, bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu“* (in Máhrová, Venglářová, 2008, s. 25).

Komunitu lze vymezit lokalitou (městská část, obec apod.), kde sociální služby organizace poskytují a kde klienti pobývají, nebo je vymezena skupinou lidí, které spojují společné podmínky či lidí, které mají společný problém (Příhodová in Máhrová, Venglářová, 2008, s. 25). Psychiatrická (psychosociální)



rehabilitace se snaží o pomoc dlouhodobě duševně nemocným lidem zvládat právě život v komunitě (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 139).

Během Reformy psychiatrické péče dojde k rozšíření komunitní péče. Budou vytvořeny nové typy služeb – centrum duševního zdraví (dále pouze CDZ) a ambulance s rozšířenou péčí s cílem vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví (inspirovaný tzv. balanced care modelem)<sup>15</sup>.

CDZ jsou novým nízkoprahovým pilířem fungujícím na základě multidisciplinarity týmů a jsou zde poskytovány zdravotně-sociální služby v nepřetržitém provozu (24/7). V Praze jako první vzniklo CDZ pro Prahu 8, ve spolupráci organizace Fokus Praha a Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Především se jedná v této části reformy psychiatrické péče o proces, aby vznikl propojený systém spolupracujících a vzájemně provázaných služeb – nově vzniklá CDZ budou a již jsou v úzké interakci s komunitními sociálními službami.

Jak jsem uvedla již výše, duševní onemocnění může mít u každého jedince individuální průběh. Protože jde o proces, nikoli o trvalý stav, je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby nemocného (Matoušek a kol., 2007, s. 99).

Sociální služby se mohou zaměřovat na různé potřeby a oblasti života lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Konkrétně se nyní zaměřím na popsání druhů podpory pracovních kompetencí, jelikož služby sociální rehabilitace, jejichž vedoucí a jejich zátěž jsou předmětem výzkumného šetření této práce, podporují v první řadě pracovní schopnosti klientů.

#### 1.4.2. Podpora pracovních kompetencí lidí s duševním onemocněním

Mezi služby podporující lidi s duševním onemocněním s primárním cílem získat a udržet si práci patří především služby sociální rehabilitace a podporované a přechodné zaměstnávání. Avšak i ostatní služby jako například sociální a odborné poradenství mohou sledovat stejný cíl.

---

<sup>15</sup>Více na: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

## Sociální rehabilitace

Zákon o sociálních službách (MPSV, 2016) definuje sociální rehabilitaci, která patří mezi služby sociální prevence takto:

*(1) „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“*

*(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:*

*a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost a dalších činností*

*b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*

*c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

*d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

V doporučeném postupu MPSV č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením je popsán konečný výsledek procesu sociální rehabilitace, kterým je:

*„dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti osoby se ZP, která je důležitým předpokladem pro společenské i ekonomické uplatnění této osoby. Konkrétním obsahem sociální rehabilitace je:*

*- podpora soběstačnosti osoby se ZP,*

*- podpora sociální integrace osoby se ZP,*

*a v jejich důsledku značné přispění k vyrovnávání příležitostí osoby se ZP. “*

Pod hlavičkou služeb sociální rehabilitace jsou organizacemi poskytovány konkrétně služby metodou podporovaného a přechodného zaměstnávání.

#### Podporované a přechodné zaměstnávání

Služby podporovaného a přechodného zaměstnávání mohou být poskytovány i v rámci pracovní rehabilitace dle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti nebo se řídí dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a jsou registrovány pod službami sociální rehabilitace. Organizace, které poskytují služby pro lidi s duševním onemocněním, využívají variantu druhou.

Jak uvádí Matoušek a kol. (2007, s. 100) podporované zaměstnávání by mělo být metodou první volby u pacientů, kteří se nemohou bez pomoci uplatnit na volném trhu práce. Tito klienti se mohou na počátku zkusit uplatnit v běžné práci, nicméně opakovaně selhávají.

Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří z důvodů zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce, a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění (Projekt Equal, Vitáková, 2005, s. 11).

Kňážko (2008, s. 6) uvádí, že podporované zaměstnávání je vhodné pro lidi, *„kterým by mnohdy pomohl návod, jakási podpora, při které se budou postupně učit nebo znovunabývat ztracené schopnosti a dovednosti, a to nejlépe přímo v procesu hledání zaměstnání tak, aby je výsledek motivoval k dalšímu zlepšování.“* Pracovník je podporou při tomto procesu.

Podporované zaměstnávání je výhodné pro obě strany – v rámci služby dochází k podpoře zaměstnavatele i zaměstnance. Zaměstnavatel dostává zaměstnance, který odpovídá jeho potřebám, zaměstnanec je vděčný za možnost pracovat a získává smysluplné pracovní uplatnění, s nímž jsou spojené další pozitivní životní změny.

Podporované zaměstnávání nabízejí organizace, které jsou pověřeny agenturami (Projekt Equal, Vitáková, 2005). Cílovými skupinami jsou

nezaměstnaní lidé se zdravotním postižením, osoby se závislostí na návykových látkách, dlouhodobě nezaměstnatelní nebo osoby vracející se z výkonu trestu.

V oblasti podpory lidí s duševním onemocněním na území Hlavního města Prahy, jsou to již zmíněné organizace ESET-HELP, z.s., Fokus Praha, z.ú., Green Doors, z.ú., které nabízejí podporované a přechodné zaměstnávání.

Důkladný popis podporovaného zaměstnávání nalezneme v „*Metodice pro rozmanitost*“, kterou vydala Evropská unie pro podporované zaměstnávání v roce 2010. Tato metodika popisuje 5 konkrétních fází procesu (EUPZ, 2010, s. 7):

1. *Zapojení uživatele.*
2. *Pracovní profil a plánování.*
3. *Hledání zaměstnání.*
4. *Zapojení zaměstnavatele.*
5. *Přímá a nepřímá podpora.*

Metodika zdůrazňuje, že podstatou podporovaného zaměstnávání je vstup na otevřený trh práce. Pouze pokud je člověk zaměstnán na otevřeném trhu práce, jedná se o podporované zaměstnání. I z tohoto důvodu nemůže být zaměstnání v chráněných dílnách a na chráněných pracovních místech považováno za zaměstnání v rámci programu podporovaného zaměstnávání.

Základními principy „tradičního“ podporovaného zaměstnávání, který popisuje Metodický materiál Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora IPS (Paralelní životy, 2014, s. 8) jsou:

- *časově omezená služba;*
- *zkoumání připravenosti na práci;*
- *plánování procesu získání a udržení si zaměstnání;*
- *nácvik práce, dovedností;*
- *job klub;*
- *pracovně-rehabilitační programy;*
- *přímá podpora na pracovišti.*

Sociální pracovníci, kteří pracují s klienty v rámci služby podporované zaměstnání, mohou dávat podporu v nácviku dovedností a schopností zvyšujících možnosti uplatnění na otevřeném trhu práce, pomáhat sestavovat životopis, vyhledávat a odpovídat na nabídky práce, ale i klienty podporovat přímo při výkonu povolání.

V roce 2000 byla v České republice se zaměřením na podporu rozvoje podporovaného zaměstnávání založena Česká unie pro podporované zaměstnávání (dále ČUPZ). ČUPZ<sup>16</sup> je nestátní nezisková organizace, jejímž posláním je formulovat, šířit a podporovat myšlenku podporovaného zaměstnávání v České republice.

Poměrně novinkou v podporovaném zaměstnávání je metoda IPS, jejíž zkratka znamená Individual Placement and Support, které znamená individuální umístění a podporu.

*„Jedná se o dosud jedinou na důkazech založenou metodu zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním, která vykazuje vysokou efektivitu napříč různými zeměmi“* (Kondrátová, Winkler, 2017, s. 138) a ve svých principech se liší od tradičního podporovaného zaměstnání, které jsme popsali výše.

Metoda IPS vychází z přesvědčení, že i lidé s těžším duševním onemocněním mohou pracovat, pokud k tomu dostanou adekvátní podporu a pracovní místa jsou přizpůsobena jejich možnostem (Metodický materiál Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora IPS).

První školení v České republice v metodě IPS proběhlo v roce 2018, kdy do Prahy dorazila Sarah Swanson, která je americkou odbornicí a trenérkou v metodě IPS. Aktuálně nabízí školení v této metodě Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví<sup>17</sup> a Fokus Praha<sup>18</sup>.

Metoda IPS a její implementace do práce odborníků s klienty se zkušeností s duševním onemocněním je spojena s recovery orientovaným přístupem, který byl popsán výše.

---

<sup>16</sup> Více na <https://www.unie-pz.cz/2-o-nas.html>

<sup>17</sup> Více informací na: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/vzdelavaci-kurzy/kurzy/>

<sup>18</sup> Více informací na: <https://fokus-vzdelavani.cz/index.php/kurzy-2019/12-kurzy/2020/121-metoda-individual-placement-and-support>

## Sociální rehabilitace probíhající na tréninkových pracovištích

Odborné literatury, která se věnuje konkrétně tréninkovým pracovním místům, není příliš mnoho. V naší práci čerpáme převážně z Metodiky práce v tréninkovém zaměstnávání (Křážko, Mandys, 2008), ze zahraničních článků, informací uvedených na webových stránkách jednotlivých organizací, které tuto službu poskytují, a z části také z vlastní zkušenosti.

Jasná a jednotná charakteristika a definice pojmu „tréninkového pracovního místa“ v podstatě neexistuje. Organizace Green Doors, z.ú., která založila první tréninkovou restauraci ve střední Evropě, popisuje na svých webových stránkách tréninkovou kavárnu jako „*podnik, ve kterém je služba pro širokou veřejnost propojena s rehabilitací.*“ Jsou zde obslouženi zákazníci a klienti jsou zde v rámci pracovního zařazení v provozu rehabilitováni.

Tréninková pracovní místa jsou nejčastěji určena pro lidi s duševním onemocněním, osoby s mentálním postižením, s tělesným či zrakovým postižením, nebo pro lidi, kteří byli drogově závislí a nyní abstinují. Tato tréninková pracovní místa fungují v rámci provozu kavárny, restaurace či obchodů. Příkladem může být kavárna POTMĚ Nadačního fondu Světluška<sup>19</sup>, která nabízí podporu lidem se zrakovým postižením, nebo Café Therapy<sup>20</sup>, která sociální restaurace zaměstnávají lidi abstinující od návykových látek.

V Praze jako svého typu první tréninková kavárna vzniklo v roce 1997 Café Na půl cesty. Tato kavárna funguje dodnes pod její zakladatelskou organizací Green Doors, z.ú. a je určena lidem se zkušeností s duševním onemocněním, kteří zde pracují na pozici pomocného barmana/barmanky a na pozici úklidové.

Tréninkové kavárny, popř. v Praze se jedná o jednu restauraci pro lidi s duševním onemocněním (Mlsná kavka organizace Green Doors, z.ú.), jsou provozovány na základě zákona o sociálních službách jako sociálně terapeutické dílny (§67) nebo sociální rehabilitace (§70) dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). Mohou však být také vymezeny z hlediska zákona o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.), kdy mají statut, či se kombinují se sociálními službami. Jedná

---

<sup>19</sup> Více na:

<https://svetlуска.rozhlas.cz/?fbclid=IwAR2waaX1hqWdGdK8sFiwdXATybfIFVRVFrMsqKk498vRCIBqh-OzVBUW7I0o>

<sup>20</sup> Více na: <https://cafe-therapy.cz/>

se o programy pracovní rehabilitace (§69), chráněných dílen (§67) či chráněného pracovního místa (§75).

Tréninková místa mají stále dostatek zájemců ze strany lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Jelikož jsou tato místa provozována pod hlavičkou sociální rehabilitace nebo sociálně terapeutických dílen, jsou poskytována pro uživatele zdarma. Některé tréninkové kavárny jsou však zřízeny jako chráněné dílny a řídí se tedy podle zákona o zaměstnávání (Jagošová, 2011, s. 40).

Jak uvádí McAlpine a Warner (in Farbiaková, 2008, s. 79) můžeme vymezit dva základní modely v pracovních rehabilitačních programech:

1) Model Train-and-place: nejprve klienta trénujeme a následně umístíme na pracovní pozici.

2) Model Place-and-train: klienta umístíme na pracovní pozici a zde ho přímo podporujeme.

Během studie Crowthera, Marshalla., Bonad, & Huxleye (2001, s. 207) se ukázalo, že podporované zaměstnání je účinnější v pomoci lidem se závažnou duševní poruchou než tréninková místa. Autoři této studie si však kladou otázku, zda by byly výsledky shodné i pro jiné země, které nemají tak dynamickou ekonomiku a mají rozdílnou sociální strukturu.

Tato část diplomové práce shrnuje možné přístupy k podpoře a pomoci v přípravě, získání a udržení si zaměstnání lidmi s duševním onemocněním.

#### Další podpora zaměstnanosti klientů

Mimo služby sociální rehabilitace mohou organizace poskytovat pomoc a podporu při uplatnění na trhu práce v rámci základního nebo odborného sociálního poradenství. Všichni poskytovatelé sociálních služeb mají za povinnost nabízet svým klientům základní sociální poradenství, ve kterém poskytují potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace (MPSV, 2006). V rámci této služby tedy mohou získat klienti informace o možnostech řešení jejich situace v oblasti zaměstnání.

Odborné sociální poradenství je zaměřeno již na potřeby jednotlivých okruhu sociálních skupin osob v jednotlivých specifických druzích poraden, jako je například občanská poradna, manželská a rodinná poradna apod.

Práce je jednou z důležitých aktivit života každého člověka. Jedná se o jedno ze základních lidských práv, které zaručuje několik právních dokumentů jak v České republice, tak evropských. Duševní či psychická porucha je dle Mezinárodní zdravotnické organizace klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech (Hartl, Hartlová, 2009, s. 424).

Pokud se podíváme znovu do právních předpisů České republiky, najdeme možnost podporovat lidi se zdravotním postižením v získání a udržení vhodného zaměstnání v rámci zákona č. 435/2004 Sb. Zákona o zaměstnanosti. Pracovní rehabilitace může být důležitá v procesu návratu k práci a obnově pracovního procesu (Wilken, Hollander, 1999, s. 11).

Pokud se podíváme do zákona o zaměstnanosti (MPSV, 2004), nalezneme zde definici pracovní rehabilitace:

*„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.“*

Pracovní rehabilitace může být poskytována různými formami. Jedná se především o poskytování poradenství a podpory ohledně výběru, přípravy a udržení či změny zaměstnání. Osoby se zdravotním postižením si sami podávají žádost na příslušném úřadě práce.

## 2. Nestátní neziskové organizace (NNO)

Pro NNO neexistuje jednotná definice, na které by se shodli všichni autoři. Bachmann (2011, s. 11) definuje neziskový sektor jako „soubor institucionálně zakotvených organizací občanské společnosti“. Občanskou společnost definuje (tamtéž) jako „soubor občanů, vyvíjejících organizovanou či neorganizovanou činnost ve prospěch společnosti“.



Další možným způsobem vymezení neziskových organizací je jejich odlišení od ziskových organizací. Základní rozdíly mezi neziskovým sektorem a byznys sférou spočívají ve třech skutečnostech (Šedivý, Medlíková, 2011, s. 20):

1. Firma zpravidla rozděluje zisk mezi své vlastníky, nezisková organizace převádí hospodářský výsledek do dalšího roku (nerozděluje mezi zakladatele).

2. Strategií firmy je generování zisku, strategií neziskové organizace je efektivní naplňování jejího poslání.

3. Marketing firmy se zaměřuje na zákazníka, marketing neziskové organizace pracuje s klienty a dárci.

Neziskový sektor se velmi rozrůstá a stává se důležitou oblastí národního hospodářství, což však často prohlubuje problémy spojené s vymezením a definováním neziskového sektoru (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 14). „*Národní hospodářství lze rozdělit na tři sektory*“ (Bachmann, 2011, s. 12):

- *podnikový sektor*, který zabezpečuje většinu lidských potřeb;
- *státní sektor*, který nastupuje ve chvíli, kdy podnikový sektor nefunguje. Zabezpečuje občanům určité minimální standardy, které budou dostupné všem.
- *neziskový sektor*, který působí všude tam, kde předchozí dva sektory nefungují a nefunguje zde ani rodina či jednotlivci.

Neziskový sektor se však může prolínat s ostatními sektory (Rektořík a kol., 2010). Nelze vždy určit jasné hranice jednotlivých sektorů.

Představit si jednotlivé vztahy nám pomáhá si představit následující schéma (Pestoff in Rektořík a kol., 2010):

Obr. č. 1: Členění národního hospodářství podle Pestoffa



„Neziskové organizace jsou organizace působící v neziskovém sektoru, tedy nefungují na klasickém tržním principu“ (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 19). Jak napovídá jejich název, není jejich cílem generace zisku. „Neziskové organizace lze tedy označit jako subjekty založené na nekomerčním principu, například za účelem dosahování společného, společenského dobra, a slouží veřejnému prospěchu či prospěchu určité skupiny“ (Hejduková in Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 19).

„Neziskový sektor zastává především tyto funkce“ (Tetřevová in Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 17):

1. ekonomickou funkci,
2. sociální funkci,
3. politickou funkci.

Dále uvedeme konkrétní příklady plnění funkcí organizacemi s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním.

Ekonomickou funkci plní organizace jako zaměstnavatelé sociálních pracovníků, pracovníků v sociální službě i dalších osob zabezpečujících provoz – v tréninkových kavárnách jsou to i například kuchaři, číšníci, brigádníci. Zde plní neziskové organizace také funkci poskytovatele výrobků či služeb.

Organizace zasahují do života společnosti, jsou zaměřeny na pomoc a podporu lidem a uspokojují jejich potřeby, kterými mohou být právě potřeba pracovat a začlenit se do společnosti. Tímto působením je naplňována sociální funkce organizace.

Třetí funkce, politická, je naplňována aktivitami pro ochranu práv klientů. Organizace se také zaměřují na změnu veřejného mínění, konkrétně v oblasti duševního zdraví. Prostřednictvím destigmatizačních akcí ukazuje, že představy a předsudky ohledně duševních nemocí nejsou z většiny založeny na pravdě, a lidé s duševním onemocněním jsou schopni běžně fungovat.

*„Neziskový sektor působí všude tam, kde nestačí ani stát, ani podniky, ani společnost v podobě rodiny či jednotlivců“ (Bachmann, 2011, s. 13). V tu chvíli přicházejí ke slovu neziskové organizace a poskytují své sociální služby na podporu jedince či skupiny jedinců.*

Neziskové organizace mají své společenské znaky, kterými je lze charakterizovat (Šimková, 2012, s. 10):

- *„nejsou právnickou osobou (s výjimkou organizačních složek),*
- *nejsou založeny za účelem podnikání,*
- *nejsou založeny za účelem tvorby zisku,*
- *uspokojují konkrétní potřeby občanů a komunit,*
- *mohou, ale nemusí být financovány z veřejných rozpočtů.“*

V neziskovém sektoru můžeme rozlišovat dvě skupiny organizací v České republice – **státní (vládní) neziskové organizace a nestátní (nevládní) organizace**. Nestátní (nevládní) neziskové organizace tvoří početnější skupinu

neziskových organizací v České republice (Stejskal & kol. in Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 28).

NNO můžeme dále dělit dle aktuální právní úpravy (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018, s. 28) na:

- spolky;
- fundace;
- ústavy;
- politické strany a politická hnutí;
- zájmová sdružení právnických osob;
- registrované církve a náboženské společnosti;
- školské právnické osoby;
- veřejné výzkumné instituce;
- honební společenstva;
- odborové organizace.

V ústředí našeho výzkumného šetření jsou nestátní neziskové organizace, jejichž právní úpravou je spolek. Spolek je právnická osoba, jejíž podoba je upravena v zákoně č. 89/2012 Sb. občanského zákoníku.

V zákonu o sociálních službách (§34) nalezneme definici sociálních služeb a také zařízení, které poskytují sociální služby, jsou jimi například stacionáře, domovy, chráněná bydlení, intervenční centra apod., jejich zřizovateli mohou být obce, kraje, ministerstva a také nestátní neziskové organizace.

Výše zmíněný zákon o sociálních službách je „koncipován tak, že je při poskytování služby dána přednost nestátním poskytovatelům sociálních služeb. Obce, obce s rozšířenou působností a kraje působí v oblasti sociálních služeb pouze podpůrně: zajišťují sociální služby tam, kde je nemá kdo jiný zajistit a hrozí újma na zdraví či životě toho, kdo službu potřebuje; zajišťují dostupnost informací o sociálních službách a zpracovávají střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na svém území (§ 91-95 Zákon o sociálních službách).“ (Matoušek a kol., 2007, s. 45) Nestátní neziskové organizace na území Hlavního města Prahy jsou

poskytovateli sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, na něž se zaměřujeme ve výzkumné části diplomové práce.

Neziskové organizace, s jejichž zaměstnanci proběhly rozhovory pro tuto diplomovou práci, mají stále sílíci postavení na místní a národní úrovni. Na místní úrovni se NNO staly součástí strategií budování komunit a posilování jejich postavení, na národní úrovni se podílejí na zlepšování kvality života či kvalitnější zdravotní péči. NNO hrají důležitou roli i v reformě psychiatrické péče, která byla popsána v předchozí kapitole.

Proto, aby byla organizace čitelná uvnitř pro zaměstnance i ven směrem k zákazníkovi, klientovi, veřejnosti i donátorům, je důležité mít formulováno, proč organizace vznikla a k čemu slouží<sup>21</sup>. Každá z organizací má tedy svou vizi, poslání a z nich vycházející konkrétní cíle.

Šimková (2012, s. 10, 11) odlišuje vizi a poslání následujícími definicemi:

*„Vize (představa) vyjadřuje základní orientaci organizace, to znamená, čím by měla organizace být, kam se chce ve své oblasti činnosti dostat. Jde obvykle o vnitřní představy manažerů týkající se budoucnosti organizace.“*

*„Poslání (mise) vymezuje důvod existence ekonomického subjektu a má oproti vizi zcela konkrétní charakter. Poslání musí být výstižné a formulované tak, aby odlišovalo danou organizaci od jiných podobně zaměřených organizací. Takové poslání je základním vodítkem pro rozhodování o dlouhodobých cílech a strategii organizace.“*

Každá nezisková organizace je závislá ve svém financování na dotacích, dárcích a sponzorech. Těmto donátorům záleží při poskytování financí na efektivitě organizací. *„Za efektivně fungující neziskovou organizaci lze zcela jistě považovat takovou organizaci, která z pohledu veřejnosti (Boukal, Vávrová in Novotný, Lukeš a kol., 2008, s. 88):*

- *je věrohodná a má dobré jméno: dochází k pozitivnímu hodnocení organizace zaměstnanci a spolupracovníky;*

---

<sup>21</sup> Standardy sociálních služeb

- *má jasný cíl a veřejnospěšné zaměření:* jasně a srozumitelně definovaný cíl má organizace a v reálném čase je plní;
- *má průhledné hospodaření;*
- *je schopna propagace a medializace své činnosti:* každou organizaci prezentuje její prospěšná činnost a dobré výsledky, které představuje veřejnosti.
- *má široký okruh příznivců, přátel a především dárců či sponzorů*
- *daří se jí získávat finanční prostředky na ty projekty, které jsou v souladu se stanovenými cíli organizace.*

Na každého poskytovatele sociálních služeb se vztahuje dodržování Standardů kvality sociálních služeb, které se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007 jako součást vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění<sup>22</sup>. Součástí Standardů sociálních služeb je povinnost mít písemně definované poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a popsany okruh osob, kterým je sociální služba poskytována.

Díky Standardům sociálních služeb je poskytovatel nucen dodržovat stanovenou kvalitu služeb. Jak uvádí publikace „Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe“ z roku 2002, z počátku může být pro poskytovatele a zpracovatele jednotlivých standardů těžké poznat, o co v jednotlivých standardech jde a jak je mohou použít.

Z tohoto důvodu jsou konkrétní standardy rozloženy na jednotlivá kritéria, podle kterých může mít poskytovatel jistotu, že v jeho službách dochází k naplňování kvality, která je po něm vyžadována, a zároveň mohou být kritéria vodítky pro vnějšího hodnotitele dodržování kvality služeb.

Každá sociální služba, a tedy organizace prochází po určité době kontrolou dodržování standardů kvality. „*Kontrola úrovně poskytovaných sociálních služeb se podle zákona nazývá inspekce poskytování sociálních služeb. Je*

---

<sup>22</sup>Více na: <https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>

*prováděna jednak krajskými úřady a jednak Ministerstvem práce a sociálních věcí“ (MPSV, 2008).*

Popsali jsme obecné charakteristiky neziskové organizace a zařadili je v systému národního hospodaření. Neziskové organizace stejně jako ostatní organizace se snaží být úspěšnými ve svém fungování.

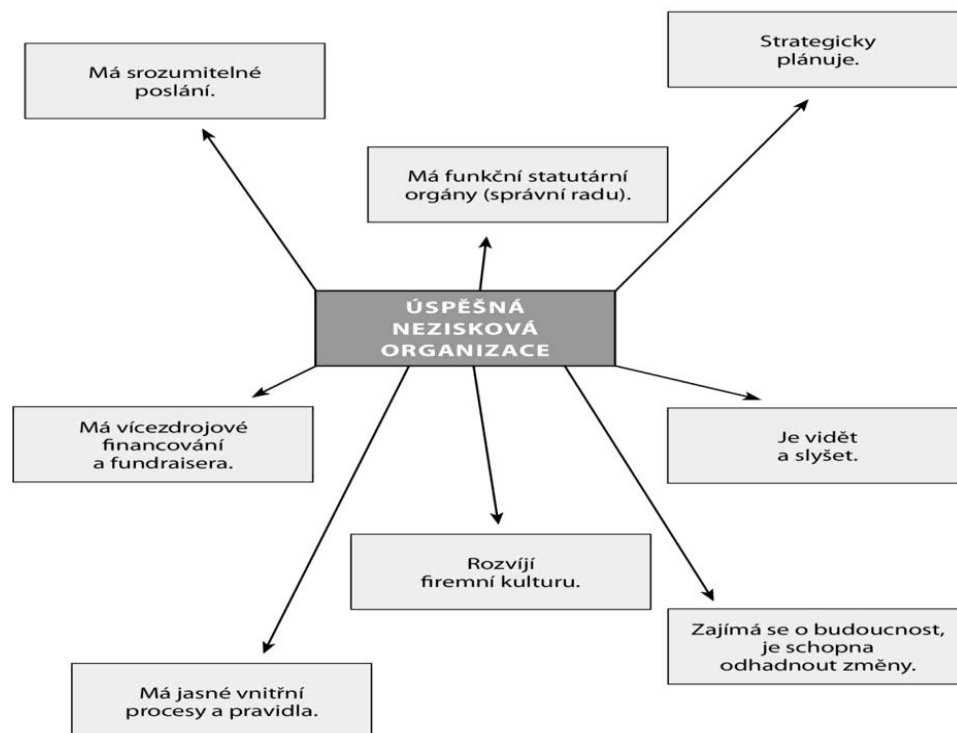
## 2.1. Úspěšná nezisková organizace

*„Faktory ovlivňující úspěch“* určili na základě regresní analýzy Lukeš a Petruž (in Novotný, Lukeš a kol., 2008, s. 28) následovně:

- *„využívání pohyblivých složek platu v závislosti na odvedené práci,*
- *systematické další vzdělávání zaměstnanců v závislosti na jejich kompetencích,*
- *systematická propagace činností i organizace jako takové v souladu se strategií,*
- *systematické vyhodnocení účinnosti propagace,*
- *písemně stanovený dlouhodobý finanční plán,*
- *pravidelné porovnávání plánu nákladů a výnosů se skutečností,*
- *propracované fundraisingové aktivity,*
- *inovativní přístup organizace a přicházení s novými projekty jako první.“*

Tyto faktory v kombinaci s dalšími činí jednotlivé organizace rozdílnými ve jejich úspěšnosti. Tyto faktory úspěšné neziskovky lze také vyjádřit následujícím schématem (Šedivý, Medlíková, 2017, s. 7):

## Know-how úspěšné neziskovky



S úspěšností neziskové organizace souvisí také její výkonnost. „*Výkonnost organizace je nutné posuzovat vzhledem k jejímu poslání a nedefinovaným cílům*“ (Boukal, Vávrová in Novotný, Lukeš a kol., 2008, s. 89). Organizace, které chtějí být úspěšné a výkonné, se snaží dosahovat svých cílů a naplňovat své poslání. „*Výkonnostní potenciál organizace je určen především lidmi, proto rozhodování o personální stránce organizace jsou velmi významné*“ (tamtéž, s. 89).

Pro management organizace je nepostradatelná informace o výkonnosti – díky tomu lze vyhodnocovat plnění plánovaných cílů, ověřovat strategie organizace, efektivitu vnitřního řízení i komunikace se stakeholdery<sup>23</sup> (Krechovská, Hejduvková, Hommerová, 2018, s. 65). Vedoucí služby tedy

<sup>23</sup> Za stakeholdery jsou považovány všechny osoby nebo zájmové skupiny, které mají vazbu na organizaci a jsou zainteresovány na jejím fungování (Krechovská, Hejduvková, Hommerová, 2018, s. 49, pozn. pod čarou). Stakeholdery jsou například vlastníci, manažeři, zaměstnanci, klienti, dárci apod.



předávají informace o výkonnosti své služby nejvyššímu managementu, který v případě spolků informuje správní radu.

U sociálních služeb neziskových organizací mohou být považovány za ukazatele výkonu hodiny přímé péče. Tedy čas, který stráví jednotliví pracovníci s klienty. Tento čas je v praxi nazýván také pojmem „klientohodiny“.

Sociální služby mají povinnost dodávat údaje o své výkonnosti jednotlivým donátorům dle uzavřené smlouvy o poskytování finančních prostředků pro službu. Každá z organizací má svůj systém, do kterého výkony s klienty zapisují – např. Highlander, eEquip, ARUM. Následně z těchto systémů dochází ke zpracování statistických dat pro jednotlivé donátory.

Uvedené faktory mohou působit jako motivátory pro jednotlivé organizace a jejich pracovníky, zároveň si dovoluji tvrdit, že mohou být také zdrojem zátěže a stresu především pro management organizace.

## 2.2. Management nestátních neziskových organizací

Obecně je management definován různým způsobem. Známa je definice, která říká, že „*management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.*“ Jiná definice říká, že „*řízením rozumíme dosahování cílů prostřednictvím lidí ve formálně organizovaných skupinách*“ (Nýdrle, 2008, s. 12).

Jak uvádí Šimková (2012, s. 27) obtížnost definování pojmu management, jemuž nejlépe odpovídá český **termín řízení**, „*plyne ze skutečnosti, že slovem management lze označovat*“:

- a) *řízení, které lze charakterizovat jako funkci – výkon činnosti. Jedná se o řízení organizace či její části,*
- b) *řídící pracovníky, pro které se používá také označení manažeři a kteří mohou řídit konkrétní část organizace a realizují jednotlivé manažerské funkce,*
- c) *vědní disciplínu a předmět studia.*

Neziskový management má různé odlišnosti, a tak jej Bachmann (2011, s. 62) definuje jako „*proces rozhodování o co nejlepším využití omezených*

*organizačních zdrojů pro poskytování takových služeb, které pomohou řešení problémů cílové skupiny.*“ I přesto, že v řízení neziskové organizace neoperují manažeři s vlastním kapitálem, doporučuje, abychom k řízení přistupovali se stejnou svědomitostí, jako by šlo o peníze z našich vlastních zdrojů, a proto je *„jejich efektivní řízení ještě důležitější než v sektoru ziskovém“* (tamtéž, s. 62).

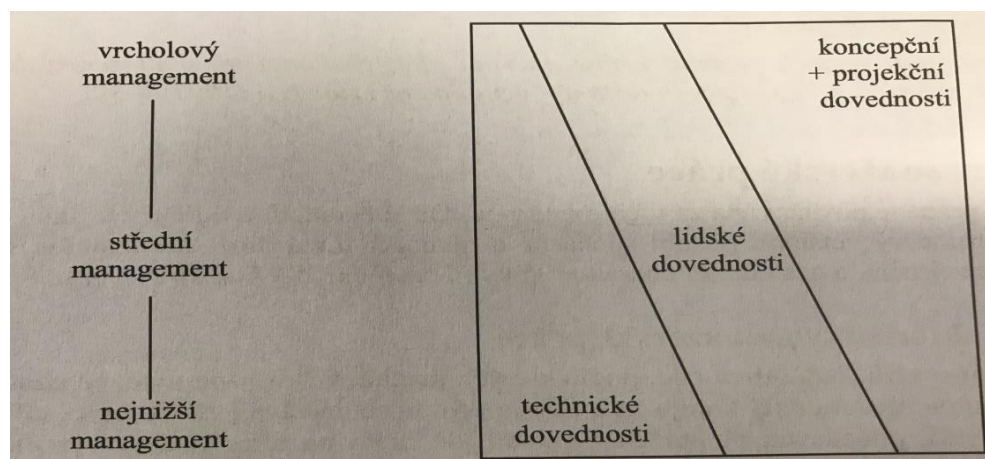
Management je tvořen jednotlivými manažery či jejich skupinami. Rektořík a kol. (2010, s. 10) popisuje manažery jako: *„lidi, kteří se profesionálně a z titulu své funkce zabývají efektivním prováděním cílevědomých aktivit a tuto činnost provádějí s druhými nebo prostřednictvím druhých lidí.“* Každý manažer sociálních služeb má svůj tým, který zahrnuje sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, a další odborníky, prostřednictvím nichž přináší pomoc a podporu pro cílové klienty služeb.

V organizaci nejsou všichni manažeři na jedné úrovni, existují zde manažeři dle jednotlivých úrovní řízení. Existují (Šimková, 2012, s. 77; podobně Bachmann, 2011, s. 63) tři základní skupiny manažerů

- *vrcholoví manažeři*, TOP management. Jedná se o tzv. vedení organizace,
- *manažeři druhé linie*, dle Bachmanna tzv. *střední (middle)* manažeři,
- *manažeři první linie*.

Tyto jednotlivé linie rozlišují jednotlivé úrovně managementu (Šimková, 2012, s. 77), které následně s sebou nesou i význam jednotlivých dovedností manažera.

Obr. č. 3 – Manažerské dovednosti na jednotlivých manažerských liniích (upraveno podle Koontze – Weiricha, 1993, s. 19)



V NNO, které fungují pro lidi s duševním onemocněním, např. Green Doors, Fokus apod., fungují dvě nebo všechny tři úrovně managementu a počet manažerských linií se odvíjí od velikosti organizace. Dle toho jsou vedoucí pracovníci sociálních služeb v NNO součástí středního managementu či manažerů první linie, zároveň se spoluúčastní na řízení a směřování celé organizace.

#### Vedoucí sociálních služeb

Manažerská funkce je výkon činností spojených s prosazováním formální autority (Rektořík a kol., 2010, s. 107). Manažeři mají tuto funkci, ať pracují v neziskovém nebo ziskovém sektoru.

Dle Mintzberga (Rektořík a kol., 2010, s. 108, 109; Šimková, 2012, s. 78) manažer zastává několik rolí, které jsou přítomny ve všech úrovních organizace, liší se však proporce manažerských rolí. Popsal 10 typických rolí, které dělí do 3 skupin<sup>24</sup>:

- **Interpersonální role:** při kontaktu s lidmi se projevuje jako *reprezentant*, *představitel organizace* (figurhead). Ve chvíli, kdy motivuje, připravuje a vede podřízené, zastává *vedoucí roli* neboli je *lídrem organizace* (leader). Třetí rolí spadající do této skupiny je role *prostředníka*. Manažer je v tu chvíli *spojovacím článkem*

<sup>24</sup> Rektořík (2010) a Šimková (2012) používají pro označení jednotlivých rolí rozdílné označení, uvádím proto obě jimi použité označení, pokud se liší.

(liason) mezi organizací a ostatními lidmi, vytváří síť vnějších kontaktů.

- **Informační role:** v této skupině zastává manažer roli *příjemce informací* (monitor). Druhou rolí je *zprostředkovatel* či *šířitel informací* (disseminator) přenáší informace v rámci organizace, dovnitř i vně. Mezi informační role patří role *mluvčího*.

- **Rozhodovací role:** do této poslední skupiny spadají následující 4 role: *projektantská role* neboli *podnikatel* (entrepreneur), kde má člověk příležitost pro plány. Další rolí je *korektor*, pro kterého můžeme použít i označení *řešitel problémů* (disturbance-handler), který upravuje činnosti a cíle. Třetí rolí je „*přidělovatel*“ nebo tzv. *alokátor zdrojů* (resource-allocator) a poslední role je *vyjednaváč* (negotiator).

Dle Centra pro manažerské standardy (Armstrong, Stephens, 2008, s. 19, 20) manažer musí znát a být schopen vykonávat následující činnosti:

- *Udávání směru:* vize, oddanost a vedení lidí, zabezpečení řízení (hodnoty, etické a zákonné normy, rizika),
- *Usnadňování změny* (zavádět inovace, řídit změny),
- *Dosahování výsledků* (řídit k plnění úkolů a cílů),
- *Uspokojování potřeb zákazníků,*
- *Práce s lidmi,*
- *Využívání zdrojů* (řídit finanční zdroje, obstarávat výrobky nebo služby...),
- *Řízení sebe sama a osobnostní dovednosti.*

Tlak v manažerské pozici může být spojen se čtyřmi velmi důležitými aspekty manažerské práce (Mládková, Jedinák a kol., 2009, s. 16), kterými jsou:

- Účelnost (effectiveness): od manažera je očekáváno, že bude nastavovat správné cíle. Dále, že bude dělat správné věci, správně se rozhodovat apod.
- Účinnost (Efficiency): manažerská práce v sobě obsahuje nárok, že manažer bude dělat věci správně, bude řešit úkoly a problémy v souladu se znalostmi oboru.
- Hospodárnost (economy): ta znamená, že manažer minimalizuje náklady.
- Odpovědnost (equity): poslední aspektem manažerské práce je, že věci se budou dít v souladu s právem. Pod tímto aspektem se skrývají pojmy jako sociální odpovědnost, sociální citlivost, ekologické a morální normy.

Hlavním problémem manažerské práce je dosáhnout rovnováhy mezi efektivitou a účinností při plnění cílů organizace (Rektořík a kol., 2010, s.108). Manažer je tedy v každé organizaci jakýmsi zástupcem vlastníka - v jeho zastoupení organizaci řídí a je mu odpovědný (Mládková, Jedinák a kol., s. 15).

Typické činnosti manažera můžeme dělit na postupné a průběžné (Mládková, Jedinák, a kol., 2009). Postupnými funkcemi se zabývá například Henri Fayol (in Rektořík a kol., s. 108; in Mládková, Jedinák a kol., 2009, s. 16), který popisuje manažerskou funkci jako určitý cyklus práce, do něž patří: plánování (určování cílů a tvorba plánů), organizování (co je potřeba k dosaženým cílům) a přikazování.

Koontz a Weirich (in Mládková, Jedinák a kol., 2009, s. 16) rozdělují postupné manažerské funkce na: plánování, organizování, rozmístění pracovníků a personální zajištění, vedení, kontrola. Mezi průběžné činnosti manažera patří: analýza řešených problémů, rozhodování a implementace (tamtéž, s. 17).

Manažer má za povinnost rozhodovat, a to i v situacích, kdy se mu do rozhodování nechce (Rektořík a kol., s. 122). Hlavními úkoly manažera v organizaci jsou tyto (Mládková, Jedinák a kol., s.15):

- Definiuje cíle organizace i jejích částí.
- Řídí činnosti nutné k dosažení cílů organizace.
- Pracuje s rizikem.
- Odpovídá za výsledky řízené části organizace.
- Vytváří organizační strukturu organizace.
- Pracuje s lidmi a prostřednictvím lidí.

V České republice se na některých pracovištích zkouší model řízené péče. Při tomto modelu se manažeři snaží, aby služby flexibilně reagovaly na měnící se potřeby klientů. Na těchto pracovištích *„manažerem péče může být vedle psychiatra a psychologa také sociální pracovník. Manažer odpovídá za koordinaci péče, přičemž podle své kvalifikace může některé služby sám poskytovat“* (Matoušek a kol., 2007, s. 99).

V sociálních službách komunitního typu pro lidi s duševním onemocněním (nemyslíme tím Centra duševního zdraví) jsou manažery sociální pracovníci. Při přijímání na tuto pozici je od nich vyžadována především kvalifikace na pozici sociálního pracovníka, manažerské vzdělání většinou vyžadováno není. Vedoucí mají na straně jedné zodpovědnost za fungování služeb, plánování a dosahování cílů, řízení lidských zdrojů atd., na straně druhé jsou to sociální pracovníci, kteří pracují v přímé péči s klienty.

### 2.3. Zátěž a stres se zaměřením na vedoucí sociální práce

U některých autorů se objevuje rozlišení zátěže od stresu. Tyto dva pojmy spolu však úzce souvisí. Jak uvádí Plamínek (2013), je zátěž způsobena stresory a pod jejich vlivem může v organismu vznikat stres.

K tomuto pojetí se přikláníme i my v naší práci, stejně jako Paulík (2017, s. 65), který chápe *„stres jako specifický případ pojaté zátěže. Jde o stav, ve kterém*

*míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek.“*

Paulík et al. (2009, s. 9) vychází z pohledu, že pojmem „zátěž rozumí obecně každé vystavení organismu v interakci s prostředím nějakým nárokům vyžadujícím vynaložení určité energie, pak je základním rysem zátěže její spojení s větším či menším tlakem různých vlivů na organismus, a to tlakem delšího či kratšího trvání.“ Stres je pak podle něj (tamtéž, s. 10) „těžká zátěž související s masivními nároky, havarijními situacemi, ohrožením zdraví a života.“

Jak uvádí Kebza (in Sigmund, Kvintová, Šafář, 2014), někteří autoři „zátěž pojímají na takové úrovni, jejichž požadavkům je organismus schopen dostát a považují ji za stimulující faktor, bez jehož působení by organismus stagnoval.“ Zátěžové situace a s nimi spojený stres jsou do určité míry žádoucí, podpůrné a vedou k motivování jedince, avšak pokud překročí jistou hranici, berou nám energii a zároveň oslabují výkon (Fontana, 2016, s. 28). Je tedy důležité si uvědomovat, že je dobré udržet míru zátěže a s ní spojeného stresu pouze do té míry, kdy podporuje výkon a zvyšuje naši motivaci.

Jak vidíme, autoři se neshodují zcela na definici zátěže a stresu. Někteří je považují za totožné, někteří je odlišují. „*Pojem zátěž se užívá v trojím smyslu:*

- *jako prožitek;*
- *jako reakce;*
- *a jako podnět.“* (Štikař,

Rymeš, Riegel, Hoskovec, 2003, s. 73)

Křivohlavý (2009, s. 170) uvádí, že „u člověka se hovoří o stresu tam, kde se dostává do zátěžové situace, tj. když na něho doléhá různý druh tlaku obrazně řečeno *“ze všech stran“*.“ A rozlišuje mezi stresory a salutory. Stresory jsou faktory, které člověka vystavují tlaku, negativní životní faktory. Salutory jsou naproti tomu pozitivní životní faktory, podporující člověka a dodávající mu energii.

Pokud jedinec vědomě a cíleně se zátěží a stresem nepracuje, může stres vést až k syndromu vyhoření. „*Syndrom vyhoření je tedy důsledkem chronického stresu a obecně nadměrné pracovní zátěže a může na něj navazovat celá řada*

*dalších obtíží psychických, somatických a tím i v oblasti pracovního výkonu a sociální přizpůsobení“ (Ptáček in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2013, s. 22).*

U syndromu vyhoření se jedná o stav celkového vyčerpání především v psychické oblasti. Náročná je práce s lidmi, avšak v současné době roste i tlak na nekolísající výkon, který je považován za normu, nepočítá se s úlevami, a dochází k důsledkům, pokud se jedinec dopouští chyb. *„Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření“ (Kebza, Šolcová, 2004, s. 9).*

Například japonské zákony (Křivohlavý, 2014, s. 175) *„uznávají pracovní přetížení (overload) jako důvod k přiznání odškodného (obdobně je tomu u nás např. u nemocí z povolání vyvolaných toxickými chemickými látkami v pracovním prostředí).“* V České republice neexistuje v diagnostických manuálech položka konkrétně pro syndrom vyhoření, nejčastěji dochází k přiřazení diagnózy dle MNK-10 pod značkou Z 73.0 jako „vyhasnutí“ neboli „stav životního vyčerpání“ (Ptáček in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2013, s. 21). Wulf Rössler ze Švýcarska shrnuje argumenty pro to, aby syndrom vyhoření byl uznán jako samostatná diagnóza. Jak uvádí Vevera (in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2003, s. 50), český psychiatr Cyril Höschl naproti tomu ukazuje na nestabilitu a nekonzistentnost jeho symptomů a zdůrazňuje, *„že symptomy, které tento syndrom popisuje, už existují v rámci jiných psychiatrických diagnóz a syndrom označil za redundantní.“*

Syndrom vyhoření prožívají pouze pracovníci, jelikož jeho základní charakteristickou je jeho vazba na zaměstnání (Kebza, Šolcová, 2004, s. 11). Syndrom vyhoření zažívají pouze jedinci, kteří jsou zaměstnání.

Pokud je jedinec dlouhodobě vystaven stresu, stává se stres chronickým. *„Chronickým stresem trpí především lidé vystavení trvalé zátěži v sociálně-emocionální oblasti (velmi rizikovou skupinou jsou manažeři)“ (Molek, 2011, s.224).*

*„Důležité je proto, aby organizace své rizikové zaměstnance podporovaly v boji proti zbytečnému stresu a syndromu vyhoření. Bohatě se jim vyplatí, uznají-li obtíže svých rizikových zaměstnanců, zajistí jim příznivé pracovní prostředí a*



*spravedlivě je budou odměňovat podle výkonů“ (Molek, 2011, s. 227). Se stresem může jedinec pracovat na individuální úrovni, zároveň ho může v této práci podporovat jeho zaměstnavatel a přizpůsobit pracovní prostředí tak, aby bylo pro zaměstnance příznivé.*

Zátěž vzniká jako důsledek nesouladu mezi požadavky a podmínkami práce a vlastnostmi a stavem člověka. *„Při hodnocení zátěže je nutno popsat tři kategorie jevů:*

- *požadavky kladené na činnosti (současně i podmínky, na nichž je činnost realizována),*
- *chování jedince při činnosti, jež se projevuje ve vnější (objektivní) i ve vnitřní (prožitkové) sféře,*
- *nároky, jež kladou tyto požadavky a podmínky na vlastnosti jedince“ (Štikar, Rymeš, Riegel, Hoskovec, 2003, s. 74).*

Zátěž a stres může člověk prožívat v osobním i pracovním životě. Paulík et al. (2009) rozlišuje mezi pracovní a životní zátěží, kdy pro naši práci je důležitá především zátěž spojená s pracovní sférou.

### Pracovní zátěž

Především na pracovní zátěž a její zdroje je zaměřen náš výzkum. *„Pracovní zátěž (occupational stress, případně work-related stress či work load) lze chápat jako podstatnou, relativně samostatnou součást celkové životní zátěže, která plyne z podmínek vykonávané profese a ze souvisejících vztahů“ (tamtéž, s. 14). Následně odlišuje pracovní stres od pracovní zátěže – „pracovní stres je zvláštním případem pracovní zátěže, která je extrémní buď tím, že nároky jsou vzhledem k možnostem jedince nadměrné nebo nedosahují jeho úrovně stimulačních potřeb (optimální hladiny stimulace), případně trvají neúnosně dlouho.“*

Mlčák, Paulík, Záškodná (2008, s. 92) ve své publikaci chápou pracovní zátěž *„jako obecný pojem zahrnující všechny situace, kdy jsou na člověka (pracovní sílu) kladeny určité pracovní nároky.“* Na pracovníky vedoucí sociální rehabilitaci v tréninkovém prostředí jsou kladeny v mnoha oblastech značné

nároky – zastřešují provoz tréninkového pracoviště, mají na starosti vedení sociální služby, vedou tým pracovníků, a k tomu pracují s klienty v přímé péči.

Lze stanovit určité charakteristiky pracovních podmínek na něž většina lidí zpravidla reaguje jako na zdroj stresorů. Těmi jsou:

- *„pracovní prostředí ohrožující zdraví,*
- *špatné vztahy mezi lidmi,*
- *práce s nadměrným nebo nedostatečným množstvím a kvalitou podnětů,*
- *vysoká pravděpodobnost chyb v rozhodnutí a výkonech spojená s rizikem velkých škod,*
- *vnější kontrola významně snižující samostatnost rozhodování a možnosti volby nebo bránící osobnímu rozvoji a využití schopností,*
- *vysoké nároky na výkon (hlavně ve spojení s omezenými možnostmi jeho dosahování, nedostatek informací pro rozhodování a řešení naléhavých problémů,*
- *vysoká zodpovědnost za práci vlastní i ostatních,*
- *pocit neadekvátního hodnocení práce,*
- *nedostatek podpory,*
- *malá pravděpodobnost povýšení a osobního rozvoje, pocit nejistoty a obavy ze ztráty zaměstnání.“*

(Mlčák, Paulík, Záškodná, 2008, s.93)

Křivohlavý (2013, s. 175, 176) uvádí tyto faktory, které ovlivňují pracovní zátěž:

- *Přetížení množstvím práce:* množství práce je vyšší než je člověk schopen vykonat v daném čase.
- *Časový stres:* je důležité mít dostatek času na vykonání určité práce.

- *Neúměrně velká odpovědnost:* ukazují se velké rozdíly v míře stresu mezi pracovníky, kteří nesou odpovědnost za druhé lidi, a kteří nikoliv.

- *Nevyjasněné pravomoci:* jako stresogenní může působit situace, kdy jsou úkoly, limity a hranice stanoveny nejasně, což je následně pro pracovníky matoucí; důležitým faktorem je zde také zpětná vazba na odvedenou práci;

- *Vysilující snaha o kariéru:* pracovníci očekávají při nástupu do práce, „že v daném zaměstnání budou trvale (že to budou dělat delší dobu), že jim v práci bude umožněno prokázat jejich schopnosti a dovednosti, že budou úměrně ke svému výkonu odměňováni a jejich plat se bude zvyšovat, že s ohledem na nabyté zkušenosti bude formována i jejich profesionální kariéra apod.“ (Křivohlavý, 2013, s. 176).

- *Kontakt s lidmi:* povolání se liší dle toho, jak hodně se pracovník stýká s lidmi, zda pracuje v týmu nebo individuálně.

- *Nezaměstnanost:* „ztráta zaměstnanosti a nemožnost nalezení vhodného místa a zajišťování s tím spojené potřebné ekonomické základny rodiny patří ke stresogenním faktorům.“ (tamtéž, s. 176)

Práce v neziskových organizacích, ať na úrovni řadových pracovníků či vedoucích služeb představuje práci s lidmi a z toho vycházející zátěž, a zároveň je zde tlak na nekolísající výkon. „Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření“ (Kebza, Šolcová, 2008, s.9). A proto je důležité s touto zátěží a stresem konstruktivně a pravidelně pracovat, ideálně působit v této oblasti preventivně.

Vedoucí pracovníci v sociálních službách jsou v každodenním kontaktu s lidmi – řídí tým pracovníků, spolupracují s vedením organizace, a zároveň se stále věnují přímé práci s klienty. Maslachová (in Cooper, 1998, s. 69) považuje

emocionální stres za jeden z rizikových faktorů a spouštěč rozvoje vyhoření. Zdrojem stresu je dle ní emocionální zátěž vycházející ze stálého kontaktu s lidmi.

V sociálních službách se pracuje týmově. Pracovníci se setkávají pravidelně v kanceláři, na poradách a supervizích. Společně probírají jednotlivé případy klientů. Každému pracovníkovi může vyhovovat jiný styl práce – individuální práce nebo skupinová spolupráce. Frankenhauserová (in Křivohlavý, 2009, s. 176) při porovnávání práce lidí, kteří pracovali individuálně, a těch, kteří pracovali skupinově zjistila, že *„ve druhé skupině bylo větší množství zaživačích potíží, hypertenzí, bolestí hlavy apod.“*

Jak jsme uvedli výše, na pozici manažerů sociálních služeb pracují zaměstnanci, kteří jsou dle zákona o sociální službách (zákon č. 108/2006 Sb.) kvalifikováni jako sociální pracovníci. I když jsou tyto pracovníci na vedoucí pozici, stále pracují v přímé péči s klienty. Jsou na ně kladeny nároky jako na sociální pracovníky i manažery. Jako na manažery na ně jsou kladeny specifické nároky. *„Jedná se například o zvýšený pocit odpovědnosti, problémy s dodržováním termínů, nutná komunikace s podřízenými i nadřízenými, ale i s dodavateli a odběrateli a podobně“* (Bínová, 2017, s. 25).

Z výše uvedeného vychází také to, že vedoucí sociálních služeb je ve dvou rolích – je manažerem a zároveň sociálním pracovníkem. Zde tedy může docházet ke konfliktu rolí, což následně může vyvolat v pracovníkovi stres. Jak uvádí Fontana (2016, s. 61): *„v případě sociálního pracovníka může loajalita vůči klientovi kolidovat s jeho právní zodpovědností.“* U manažera může docházet ke konfliktu mezi loajalitou vůči firmě a loajalitou vůči podřízeným či klientům.

Dříve existovala domněnka, že čím výše je člověk v organizaci postavený v rámci managementu, tím větší zažívá v práci stres. Jak uvádí Křivohlavý (2003, s. 174): *„i zde empirické studie ukázaly, že to jsou naopak právě pracovníci střední společenské vrstvy (mistři, dílovedoucí apod.), kteří nejvíce trpí pracovním stresem. Vedoucí pracovníci v nestátních neziskových organizacích jsou součástí středního managementu, a tak se zde mohou dostávat do stresu, jelikož jsou na ně kladeny nároky jak od lidí, které mají řídit, tak od vedení organizace.“*

Samozřejmě u každého může být míra, kdy díky pracovní zátěži pocítují nadměrný stres a přetížení, velmi individuální. *„To, co je pro jednoho člověka nadměrné, může být pro druhého v mezích normálu. To, co je pro daného člověka nasměrné dnes, může být v jiném časovém úseku či v jiné situaci normální apod.“* (Křivohlavý, 2013, s. 175) Každý člověka má svou individuální zranitelnost neboli vulnerabilitu.

*„Optimální rovnováha práce a mimopracovního života je vždy individuální. Velmi významnou roli sehrávají kromě životních (zvláště existenčních) podmínek ambice člověka, jeho představa o úspěšné pracovní kariéře a seberealizaci a na druhé straně představy (potřeby) člověka vztahující se zejména ke způsobu života, k životnímu stylu, rodinnému životu, volnému času, ke koníčkům, k dalšímu vzdělávání a osobnímu mimoprofesionálnímu rozvoji“* (Kocianová, 2012, s. 106).

Samozřejmě vyváženost pracovního a mimopracovního života nezaručuje spokojenost člověka. Nicméně tato vyváženost je důležitou součástí práce se zátěží, stresem a je cestou k předcházení syndromu vyhoření.

V příčinách vzniku syndromu vyhoření se kombinuje *„velké očekávání pracovníka (subjektivní příčiny) a zátěže (působení stresu chronické povahy), která plyne z vysokých nároků (objektivní podmínky)“* (Bartošíková in Kocianová, 2012, s.107).

Zaměstnavatelé tedy mohou přispět k prevenci syndromu vyhoření a aktivně nabízet možnosti aktivit přispívajících k psychohygieně například skrze flexibilní pracovní režimy nebo pomocí nefinančních benefitů.

Jak uvádí Bedrnová, Jarošová, Nový a kol. ve své publikaci z roku 2012 (s. 173), uspokojivý pracovní život vyžaduje určitou míru znalosti sebe sama. Je důležité při práci se zátěží a snahou o pracovní život, který nás uspokojuje, pracovat sami se sebou. Do určité míry máme schopnost pracovat a odolávat zátěži vrozené, z části lze na této dovednosti pracovat a zvyšovat tak svou odolnost.

## Odolnost organismu

O velikosti stresu, který působí v organismu, rozhodují dvě veličiny (Plamínek, 2013, s. 128): „*zátěž, která na organismus působí, a schopnost organismu tuto zátěž snášet (odolnost).*“ Tuto odolnost popisuje konstrukcionistický přístup jako výsledek interakcí (negotiations) jedinců, jejichž cílem je získat jeden od druhého a od prostředí životní zdroje (Ungar in Šolcová, 2009, s. 12), a tak si jedinec může zachovat duševní zdraví i za nepříznivých podmínek. Příkladem nám může být známý psychiatr a psychoterapeut Viktor E. Frankl, který si udržel své duševní zdraví i přes hrůzy prožité v koncentračním táboře.

Dle Franklina a Downinga (in Paulík, 2017, s. 147) lze odolnost vymezit prostřednictvím tří charakteristik:

1. *„rozsah změn, které může systém podstoupit, aniž by se zásadně změnila jeho identita, struktura, funkce a zpětnovazební mechanismy;*
2. *rozsah schopnosti sebeorganizace systému;*
3. *rozsah, v němž je systém ještě schopen uplatnit kapacitu pro učení a adaptaci.“*

Paulík (tamtéž, s. 147) pak navrhuje, že „*v aplikaci tohoto vymezení na člověka v obecné rovině odolnost představuje kvalitu jeho adaptační schopnosti umožňující adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž žije, a vyrovnat se v interakci s nimi s kladenými nároky zátěží, aniž by bylo podstatně narušeno fungování jeho osobnosti.*“ Tato odolnost, adaptace neboli schopnost „přizpůsobit se“, kterou lze rozdělit na psychickou a fyzickou odolnost, je u každého člověka individuální, i z tohoto důvodu je každý člověka schopen odolávat různě velké zátěži, a vyrovnává se se zátěží a stresem individuálně.

Individuální odolnost je do určité míry vrozena, nicméně lze ji nácvikem zvyšovat. „*Odolnost vůči stresu je dána jednak konstitučně, jednak faktory vývojovými, a také je možno ji nacvičovat. Vnímání stresoru a jeho kognitivní zpracování je jednou z možností, jak stresující prvky modulovat*“ (Honzák in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2013, s. 43). To znamená, že co pro jednoho

člověka může znamenat zátěž, popř. i přetížení, může být pro druhého člověka stále přijatelným stavem, ve kterém se cítí dobře nebo i stále motivován k výkonu.

Jak doporučují Pešek a Praško (2016, s. 23) *„jednou z možností, jak lépe zvládat stres a udržet si „zapálenost“ v práci i v osobním životě, je pracovat na sobě a zvyšovat vlastní odolnost vůči stresu.“* Autoři popisují odolné lidi jako ty, kteří mají *„vyvážený a harmonický hodnotový systém a životní styl postavený na třech pilířích:*

- *mají uspokojivou práci,*
- *pěstují a kultivují své vztahy s blízkými lidmi,*
- *umějí si najít čas na své zájmy.“* (tamtéž, s. 22)

Z toho vyplývá, že pokud chceme pracovat na své osobní odolnosti vůči zátěži a tedy stresu, můžeme se zaměřit na tyto oblasti a posilovat je. Jedinec i jeho okolí mohou odolnost sledovat v jednotlivých konkrétních situacích, kdy *„je úkolem odolnosti volba adekvátních adaptivních vzorců chování (v případě stresu copingových strategií) a jejich realizace za daných podmínek“* (Paulík, 2017, s. 170).

Ke snižování stresu a prevenci syndromu vyhoření slouží sociální opora. *„Zdá se, že největší význam má v této souvislosti opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky (peer-support)“* (Kebza, Šolcová, 2004, s. 18).

## 2. VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce navazuje na předchozí teoretickou část a zabývá se popisem výzkumu zaměřeného na zdroje zátěže u vedoucích pracovníků. Hloubkové rozhovory pro výzkum probíhaly od února do září roku 2020.

V této kapitole bude popsána metodologie výzkumu, formulovány budou cíle a výzkumné otázky, technika sběru dat, proces výběru participantů i informace o nich. Stručně přiblížíme roli výzkumníka a etické aspekty výzkumu.

### 2.1. Metodologie výzkumu

Existují dvě základní metody sběru dat, kterými lze postupovat ve výzkumném šetření – kvantitativní a kvalitativní. Tyto dva přístupy lze také kombinovat. Pro výzkumnou část této diplomové práce byl využit přístup druhý, kvalitativní výzkumná strategie.

Pro popis kvalitativního výzkumu použijeme definici Creswella (in Hendl, 2005, s. 50):

*„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.“*

Dle Švaříčka a Šedřové (2007, s. 24) je podstatou kvalitativního výzkumu *„do široka rozprostřený sběr dat, kdy na začátku nejsou stanoveny základní proměnné a s nimi spojené hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou před tím někdo vybudoval“.*

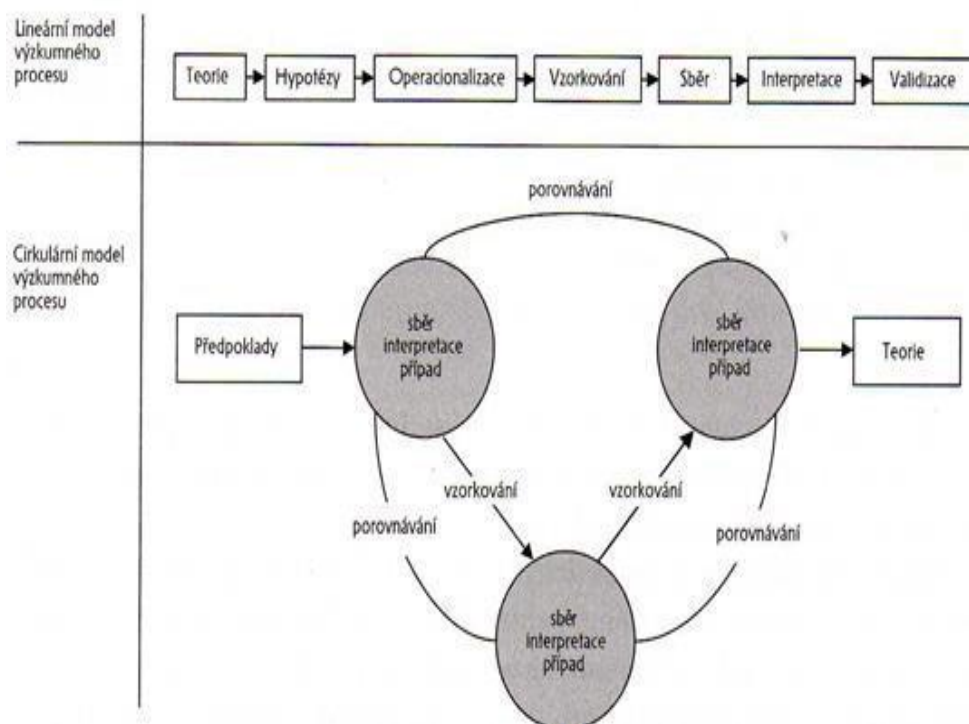


Od začátku výzkumu jsme postupovali dle fází, které uvádí Švaříček a Šed'ová (2007, s. 54):

- 1) „stanovení cílů výzkumu;
- 2) vytvoření konceptuálního rámce;
- 3) definování výzkumných otázek;
- 4) rozhodnutí o metodách;
- 5) zajištění kontroly kvality výzkumu;
- 6) sběr dat a jejich organizace;
- 7) analýza a interpretace dat;
- 8) formulování závěrů do výzkumné zprávy.“

Kvalitativní výzkum je proces, který probíhá cirkulárně. Pro znázornění tohoto procesu je vhodné použít Flickův model kvantitativního a kvalitativního výzkumu (in Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 52). Stejným způsobem, jaký představuje „cirkulární model výzkumného procesu“, jsme postupovali v našem výzkumném šetření.

Obr. č. 4 – Flickův model kvantitativního a kvalitativního výzkumu



Jak uvádějí Švaříček a Šedřová (2007, s. 51): „na začátku jsou předpoklady, se kterými výzkumník do procesu vstupuje, na konci potom nově vytvořená teorie. Mezi tím však stojí cirkulární cyklus, ve kterém jsou současně vybírány případy do vzorku, prováděn sběr dat a paralelně jsou tato data analyzována a interpretována. Jednotlivé případy jsou porovnávány mezi sebou, na základě rodících se analýz jsou vybírány nové případy a sbírána další data. V kterékoli chvíli je možné se vrátit k některé z předcházejících fází a modifikovat ji.“

„Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů.“ (Hendl, 2005, s. 53). Pro získání dat v kvalitativním výzkumu můžeme využít několik metod – dotazování pozorování a sběr dokumentů. Při našem sběru dat jsme využili metodu hloubkového rozhovoru. „Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 13).

Hendl (2005, s. 176) tento způsob rozhovoru označuje za *narativní rozhovor*. Popisuje čtyři fáze rozhovoru: „stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující vyprávění.“ Tento přístup se nejčastěji používá u vyprávění životního příběhu nebo může být zaměřen na určitou oblast či část života.

Pro vysvětlení kvalitativní analýzy a interpretaci dat používáme popis Švaříčka a Šedřové (2007, s. 16): „kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků“.

„Analýza dat a jejich sběr probíhají současně – výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou“ (Hendl, 2005, s. 50). Jednotlivé kroky se při kvalitativním výzkumu cirkulárně střídají.

## 2.2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jak uvádí Hendl (2005, s. 50): „v typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat.“ Tento postup jsme během výzkumného šetření využívali i my.

Cílem této práce je porozumět zdrojům pracovní zátěže optikou vedoucích, kteří vedou služby sociální rehabilitace pro klienty s duševním onemocněním. Na základě tohoto cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka.

*„Významnost cíle není univerzální, nýbrž se vždy vztahuje ke konkrétní skupině osob nebo jevů“ (Sháněl, Hellenbrandt, Sebera, 2014, s.43). Je potřeba si tedy na začátku ujasnit jeho důležitost a významnost. „Prospěšné je, abychom řešením výzkumného projektu naplňovali, pokud možno, více cílů.“ (Sháněl, Hellenbrandt, Sebera, 2014, s. 43)*

#### Hlavní výzkumná otázka zní:

- 1) Jaké jsou zdroje pracovní zátěže optikou vedoucích služeb sociální rehabilitace pracujících s lidmi s duševním onemocněním?

Pro naplnění cíle výzkumu a co nejlepšího zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly dále definovány další dílčí výzkumné otázky.

#### Dílčí výzkumné otázky:

- 1) Co považují vedoucí ve své práci za náročné?
- 2) Existují druhy zátěže specifické pro vedoucí těchto služeb z pohledu vedoucích pracovníků?
- 3) Co považují vedoucí ve své práci za nejnáročnější?

### 2.3. Metody výzkumu a zpracování dat

Pro získání co nejkonkrétnější představy o zátěži vedoucích pracovníků, jsme zvolili kvalitativní metodu výzkumu, která byla popsána v předchozí kapitole.

Konkrétně jsme pro sběr dat použili metodu hloubkového rozhovoru (*in-depth interview*) s návodem, při kterém jsou participantovi kladeny otevřené otázky. *„Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 159).*

Z důvodů dodržení co největší anonymity participantů jsou jejich jména nahrazena pouze označením R1 – R7. Dále byly změněny také konkrétní názvy

provozoven a sociálních služeb, byly nahrazeny neutrálními označeními např. provoz, sociální služba. Konkrétní jména spolupracovníků byla nahrazena jejich pracovní pozicí. V interpretaci výsledků následně používáme pro zachování anonymity jednotně mužský rod.

Každý rozhovor byl zaznamenán na diktafon (audiozáznam), což představuje pro výzkumníka velkou podporu, může si dělat poznámky pouze pro svou potřebu a na záznamu nalezne vše, co bylo řečeno (Miovský, 2006, s. 197). Snahou bylo, aby zvukový záznam co nejméně rušil výzkumný kontakt, a tak bylo použito kvalitní zařízení, které eliminuje okolní hluk, jako je hluk návštěvníků kavárny, a zároveň aby nemuselo tak být v rušivé blízkosti respondenta.

Po každém rozhovoru jsme použili doslovnou transkripci rozhovorů (příklad rozhovoru uveden jako příloha č. 1). Záznam jsme přehrávali opakovaně a kontrolovali jeho transkripci dle doporučení Miovského (2006, s. 207).

Jak bylo uvedeno výše, jednotlivé fáze analýzy a získávání dat, se v kvalitativním výzkumu cyklicky opakují. Jednotlivé rozhovory jsme po jejich přepisu analyzovali pomocí otevřeného kódování a tematické analýzy. Otevřené kódování znamená, že *„významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy, pocity, soudy atd.) (Miovský, 2006, s. 228).* Následně jsme se po provedení dalšího interview vraceli k předchozím rozhovorům, které jsme znovu pročítali a znovu se věnovali vzniklým kódům. *„Tím, novým, co v průběhu otevřeného kódování vzniká, je sada pojmů, kategorií a konceptů, které jsou následně seskupovány podle podobnosti, a tak se buduje základ pro jejich další „síťování“, definování vztahů a závislostí mezi nimi“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 222).*

V další fázi analýzy dat jsme z jednotných pojmů vytvářeli kategorie. *„Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu (významové jednotky se z různé části překrývají), nebo jinému jevu nenáleží, a tvoří tedy samostatný odlišitelný celek“ (Miovský, 2005, s. 229).* I tento proces probíhal cyklicky – opakovaně jsme se vraceli k vzniklým pojmům a kategoriím, opakovaně docházelo k jejich přeskupování, změně názvu kategorie. Analytické kategorie byly následně propojeny vztahy pomocí

selektivního kódování, kdy se jedná o „práci s kategoriemi, jejímž cílem je vybudovat zakotvenou teorii nějakého jevu. Je to závěrečná integrace kategorií do jednoho celku“ (Hájek, 2014, s.73).

V analýze dat bylo také použito hodnocení zátěže dle „váhy“ vyjádřené určitou částkou od 0 do 20 000. Každý participant byl vyzván, aby napsal na jednotlivé lístečky všechny druhy vnímané zátěže, které je v práci zatěžují, a následně jim přiřadili určitou částku podle toho, které zátěže by se nejraději zbavili. Konkrétní instrukce zněly:

- Jsou zde papírky. Na jednotlivé papírky napiš jednu konkrétní zátěž.
- Jeden papírek znamená jedna zátěž.
- Může se jednat o zátěže, o kterých jsme již mluvili i o nové.
- Následně se budeme o jednotlivých zátěžích bavit, a ty jim budeš přiřazovat částku pomocí papírových peněz dle toho, kolik bys zaplatil(a) za to, aby zátěž zmizela. To znamená, že nejvíce zátěžová věc bude mít největší hodnotu.
- Jednotlivé sumy lze během povídání měnit.

Respondenti byli dotázáni, zda instrukcím rozumí, a měli možnost se zeptat, pokud některé z instrukcí neporozuměli.

Rozhovory s participanty jsme ukončili ve chvíli, kdy nové rozhovory nepřinášely nová data, to znamená, že došlo k saturaci údajů pro výzkumné šetření.

#### 2.4. Výběr participantů

V projektu diplomové práce jsme si určili, že participanty pro kvalitativní výzkum budou vedoucí pracovníci registrovaných sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Tento výběr jsme následně konkretizovali na vedoucí pracovníky služeb sociální rehabilitace, které poskytují nestátní neziskové organizace, a jejichž služby probíhají přímo v rámci provozu, podniku.

Dále byla stanovena následující kritéria výběrů respondentů:

- Vedoucí má praxi na aktuální vedoucí pozici minimálně tři měsíce.
- Vedoucí řídí tým skládající se minimálně ze tří pracovníků bez ohledu na výši úvazku či druh pracovní smlouvy.

Jelikož jsem na stejné pozici pracovala (viz. více v kapitole 2.7. Role výzkumníka a jeho sebereflexe), jsem stále v kontaktu s dvěma vedoucími těchto služeb ve stejné organizaci, a proto jsme nejprve oslovili tyto participanty.

Následně jsme využili kontaktů uvedených na webových stránkách neziskových organizací poskytujících stejný druh služby. Z těchto kontaktů se ozvala jedna vedoucí služeb, díky níž jsme následné kontakty získali pomocí metody *sněhové koule*. Miovský (2006, s. 131, 132) popisuje postup v této metodě tak, že nejprve získáme kontakt na první vlnu participantů (první „generace“ účastníků výzkumu). S těmito participanty může mít výzkumník osobní kontakty nebo je vybírat skrze instituce. Od těchto účastníků získáme následně kontakty na další potencionální participanty.

## 2.5. Informace o participantech

Celkem bylo realizováno a zpracováno sedm rozhovorů s participanty ze tří různě velkých organizací poskytujících služby sociální rehabilitace pro klienty s duševním onemocněním. Uvedená sociální služba je spojena s businesssem, to znamená, že probíhá v provozu, jako je například kavárna nebo obchod.

Tabulka č. 1 – Účastníci rozhovorů

Číslo participanta	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe na vedoucí pozici	Délka praxe na aktuální pozici
R1	29 let	Muž	VŠ bakalářského studia v oboru sociální práce	2 roky	2 roky
R2	33 let	Žena	VŠ magisterského studia v oboru psychologie	3 roky	2 roky
R3	32 let	Žena	VŠ magisterského studia v oboru	3 roky	3 roky
R4	31 let	Žena	VOŠ diplomovaný specialista studia v oboru sociální práce	3 roky	3 roky
R5	24 let	Žena	VŠ bakalářského studia v oboru sociální práce	0,5 roku	0,5 roku
R6	35 let	Žena	VŠ magisterského studia v oboru sociální práce	4 roky	1 rok
R7	33 let	Žena	VŠ magisterského studia v oboru sociální práce	1,5 roku	0,5 roku

Jak je zřejmé z výše uvedené tabulky, všichni z vedoucích pracovníků splňují požadavek na způsobilost k výkonu práce sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Je to jedna z podmínek, kterou musejí vedoucí pracovníci sociálních služeb splňovat.

Co se týče vzdělání v manažerských dovednostech, pouze jeden z respondentů absolvoval systematické vzdělávání – kurz manažerských dovedností v rozsahu 172 hodin. Ostatní vedoucí využívali pouze povinné vzdělávání sociálních pracovníků v podobě krátkodobých (1-2 denních) kurzů. Tato informace byla doplněna zpětně pomocí emailové komunikace.

## 2.6. Postup při tvorbě dat

Rozhovor probíhal jako rozhovor s návodem. Na začátku rozhovoru jsme si určili tzv. „otevírací otázky“, kterými začínal každý z rozhovorů. Tyto otázky zněly přibližně takto: „Jak dlouho zde pracujete? Co vás pro tuto pozici motivovalo? Jak jste se do této pozice dostala?“ Dále pak následovaly otázky, které se týkaly jejich zkušenosti s vedoucí rolí, představami o řízení na začátku při nástupu a jak se tyto představy proměňovaly, s jakou podporou a obtížemi se participant setkával. Posléze rozhovor přešel ke zdrojům zátěže.

- „Co považujete ve své práci za nejvíce obtížné?“
- „Zkuste si, prosím, vybavit, jaké obtížné situace jste ve své práci zažil(a)?“
- „Jaké obtížné situace se vám v práci opakují?“

Jednotlivé rozhovory probíhaly dle preferencí respondentů – v jejich domácím prostředí, v kanceláři služby nebo v neutrálním prostředí jako je například kavárna.

Vzhledem k tomu, že se výzkumník s některými respondenty předem znal a všichni respondenti byli předem informováni pomocí emailu o cílech výzkumu a o tom, že výzkumník má zkušenosti na vedoucí pozici, byl vstup do terénu zjednodušen a výzkumník nepociťoval problém ve vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí pro rozhovor.

Na začátku rozhovoru byli respondenti požádáni o možnost si rozhovor nahrávat (o čemž byli již informováni pomocí emailu). Následně dostali informace o tématu a záměru diplomové práce a výzkumu. Byly jim vysvětleny zásady anonymního nakládání se získanými informacemi. Byli srozuměni se snahou maximalizovat anonymitu nahrazením vlastních jmen a názvů služeb, provozů pomocí jiných názvů či označení. Informovaný souhlas byl od respondentů získán ústně.

Respondenti dostali možnost se při odpovědi volně se rozpovídat, volně asociovat, následně byli doptáváni na detaily a byly jim kladeny další otázky dle návaznosti na jimi zmiňovaná témata a zátěžové situace.



Jako první byl uskutečněn rozhovor s respondentkou R2. Tento rozhovor podal zajímavou výpověď, nicméně po transkripci a analýze rozhovoru bylo zřejmé, že se jednalo především o výsledky psychologického charakteru. Tento rozhovor byl tedy považován za pilotní a ve výzkumu nebyl následně použit.

V každém interview byli participanti požádáni také o zvážení oblastí zátěže pomocí „částky“. Instrukce zněla, aby napsali na lístečky jednotlivé jimi vnímané pracovní zátěže (více popsáno v kap. 2.3. Metody výzkumu a zpracování dat). Následně je měli ohodnotit pomocí částky (použity byly kartičky-peníze ze hry „Sázky a dostihy“). Částky přiřazovali zátěžím dle toho, jaké zátěže se chtějí nejvíce zbavit a kolik jsou ochotni za to zaplatit. To znamená, že za nejvíce zátěžové oblasti zaplatili největší částku.

Na závěr každého rozhovoru jsem poděkovala za ochotu účastnit se výzkumu a za otevřenost při rozhovoru. Také jsme se domluvili, že mohu následně také poskytnout k dispozici výsledky své práce.

Tvorba dat byla přerušena na dobu dvou měsíců z důvodu koronavirové pandemie. V těchto dvou měsících sociální služby nefungovaly běžně, a tak nebylo možné se s participanty setkat. Z toho důvodu se realizace výzkumného šetření prodloužila minimálně o dva měsíce.

## 2.7. Role výzkumníka a jeho sebereflexe

Téma diplomové práce a v rámci ní probíhající výzkum jsem zvolila, jak jsem již zmínila, z důvodu, že jsem sama na vedoucí pozici v organizaci poskytující služby sociální rehabilitace přímo v provozu pracovala.

Má zkušenost z organizace, ve které jsem pracovala, byla, že kolegové na stejné pozici odcházeli v průměru po dvou letech na této pozici. Jejich odchod byl doprovázený únavou a pocitem velké přetíženosti. Stejně tak i já jsem po zhruba dvouletém působení organizaci opustila. Fluktuace pracovníků zde bylo velké téma. Avšak i přes to, že jsme téma řešili na poradách i supervizích, nebyl nikdo schopen snížit přetížení vedoucích, ani určit konkrétní zdroje této zátěže a navrhnout možnosti změny.

Do výzkumného terénu jsem tedy vstupovala s těmito zkušenostmi. Také jsem znala dva z účastníků výzkumu osobně. Jsem si od začátku přípravy vědoma

všech uvedených faktů, které mají své výhody i nevýhody. Výhodou může být znalost terénu, znalost způsobu fungování služeb, znalost cílové skupiny. Z ní vyplývá větší pochopení pro informace, které respondenti ve svých výpovědích popisovali. Tato znalost terénu a zkušenost z pozice vedoucí však mohla mít i své nástrahy a nevýhody v podobě kladení návodných otázek či zaměření se na oblasti, které působily zátěž mně osobně, což mohlo způsobit bezděčné opomenutí ostatních možností.

Během přípravy výzkumné šetření i diplomové práce jsme si uvědomili, že naše téma je stanoveno velmi široce, a bylo potřeba jej zúžit. Zúžení tématu vedlo k odchýlení se od projektu diplomové práce – zaměřili jsme se výhradně na zdroje zátěže vedoucích pracovníků jejich pohledem. V projektu toto téma odpovídá hlavní výzkumné otázce. Dále jsme si také po provedení a analýze prvního rozhovoru uvědomili, že je na místě zaměřit se na specifické prostředí sociální služby, která probíhá v provozu a je určena pro dospělé lidi s duševním onemocněním. Tím jsme výzkumné šetření opět zúžili a konkretizovali. Toto vymezení považujeme za správný krok proto, aby došlo k relevantním výsledkům, které mají přidanou hodnotu pro tuto oblast.

## 2.8. Limity výzkumu

Některé možné limity výzkumu byly zmíněny v předchozím textu. S tím souvisí i možnost omezení výzkumu z důvodu vlastní zaujatosti tématem a ovlivnění výzkumu vlastními zkušenostmi, které se mohly promítnout do kladení otázek i zpracování dat. Těmto limitům jsme se snažili předcházet díky opravdově důkladné přípravě na výzkum, dostatečné četbě odborné literatury a průběžným konzultacím s vedoucí diplomové práce.

Dalším limitem je omezené množství participantů, jelikož diplomová práce je zaměřena velmi úzce na vedoucí sociálních služeb sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním, jejichž převážná část probíhá přímo v provozu – kavárně, restauraci či obchodu. V České republice je osm neziskových organizací (Hejzlar, 2009, s. 228; Registr poskytovatelů sociálních služeb<sup>25</sup>, webové stránky jednotlivých organizací), které poskytují sociální rehabilitaci pro dospělé lidi s duševním onemocněním přímo v rámci provozu. Z toho na území Hlavního

---

<sup>25</sup> Více informací na:

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1609353446291\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1609353446291_2)

města Prahy jsou to čtyři organizace poskytující tento typ služby. Tím bylo množství možných participantů limitováno. K zúžení výběru participantů došlo ve chvíli, kdy bylo zjištěno prvními rozhovory, že jsou zde oblasti zátěže, které jsou specifické přímo pro tento druh služeb.

Výzkum probíhal v době, kdy začala být aktuální situace související s koronavirovou pandemií. V době nouzového stavu nebylo možné provádět rozhovory, jelikož sociální služby fungovaly ve velmi omezeném provozu a vedoucí nebyli příliš ochotni se kvůli výzkumu setkávat. Jak bylo již uvedeno, touto situací došlo k prodloužení výzkumného šetření o přibližně dva měsíce.

## 2.9. Etické aspekty výzkumu

*„Jeden z podstatných důležitých etických aspektů je důvěryhodnost výzkumníka“* (Miovský, 2006, s. 279). Tento aspekt výzkumu byl naplněn získáním důvěry tím, že jsem vstupovala do terénu se zkušeností a znalostí prostředí, respondenti tedy často vyjadřovali to, že jsou si vědomi, že je mi jejich prostředí blízké a pro jejich zátěž mám pochopení.

Je potřeba také dodržovat obecné etické pravidlo tzv. empatickou neutralitu – výzkumník by měl informace od respondentů vyslechnout, zaznamenat, ale měl by si dávat pozor při jakémkoliv jejich hodnocení a ideálně se tomuto hodnocení v průběhu fáze získávání dat vyhnout (Miovský, 2006, s. 280).

Důležitými zásadami etického jednání při výzkumu, které považuji za nezbytné zmínit, jsou dle Hendla (2005, s. 155):

- poučený neboli informovaný souhlas,
- svoboda rozhodnutí,
- anonymita.

Všechny tyto tři zásady byly ve výzkumu dodrženy. Poté co byli respondenti plně informováni o cílech práce, průběhu výzkumu i použití výsledků, vyjádřili svůj souhlas s účastí na výzkumu. Dále byli poučeni o možnosti kdykoliv svou účast ve výzkumu ukončit a svůj souhlas s použitím jejich výpovědi odvolat. Účastníci výzkumu byli předem poučeni a souhlasili s nahráváním rozhovoru, který bude sloužit pouze pro transkripci rozhovoru. Byli informováni i o postupu při maximalizaci anonymizace rozhovorů výzkumníkem

– jejich jména i jména kolegů, názvy neziskových organizací a sociálních služeb, provozů byly nahrazeny neutrálními označeními.

## 2.10. Výsledky a interpretace dat

V této části diplomové práce budou představeny výsledky vycházející z analýzy uskutečněných rozhovorů. Díky otevřenému kódování vzniklo velké množství pojmů. Následně jsme z pojmů, které se vztahovaly k tématu práce a výzkumným otázkám, vytvořili tři velké oblasti, pod které spadají jednotlivé kategorie a pod ně subkategorie, které uvádíme v jednotlivých tabulkách níže.

Tabulka č. 2 – Obecné manažerské zátěže

Kategorie	Téma
Vedení organizace	Vedoucí má pocit malé podpory od vedení
	Nejasný styl vedení
	Zavádění novinek, rozvoj organizace
	Ambicióznost a přenos ambicí
Role středního managementu	Osamělá role
	Vedoucí má pocit velké zodpovědnosti
	Vedení a podpora týmu
	Zavalení velkým počtem porad
Personální změny v organizaci	Fluktuace v organizaci
	Důsledky fluktuace
	Malé finanční ohodnocení v neziskovém sektoru

Tabulka č. 3 – Specifická zátěž u zkoumaného typu služeb

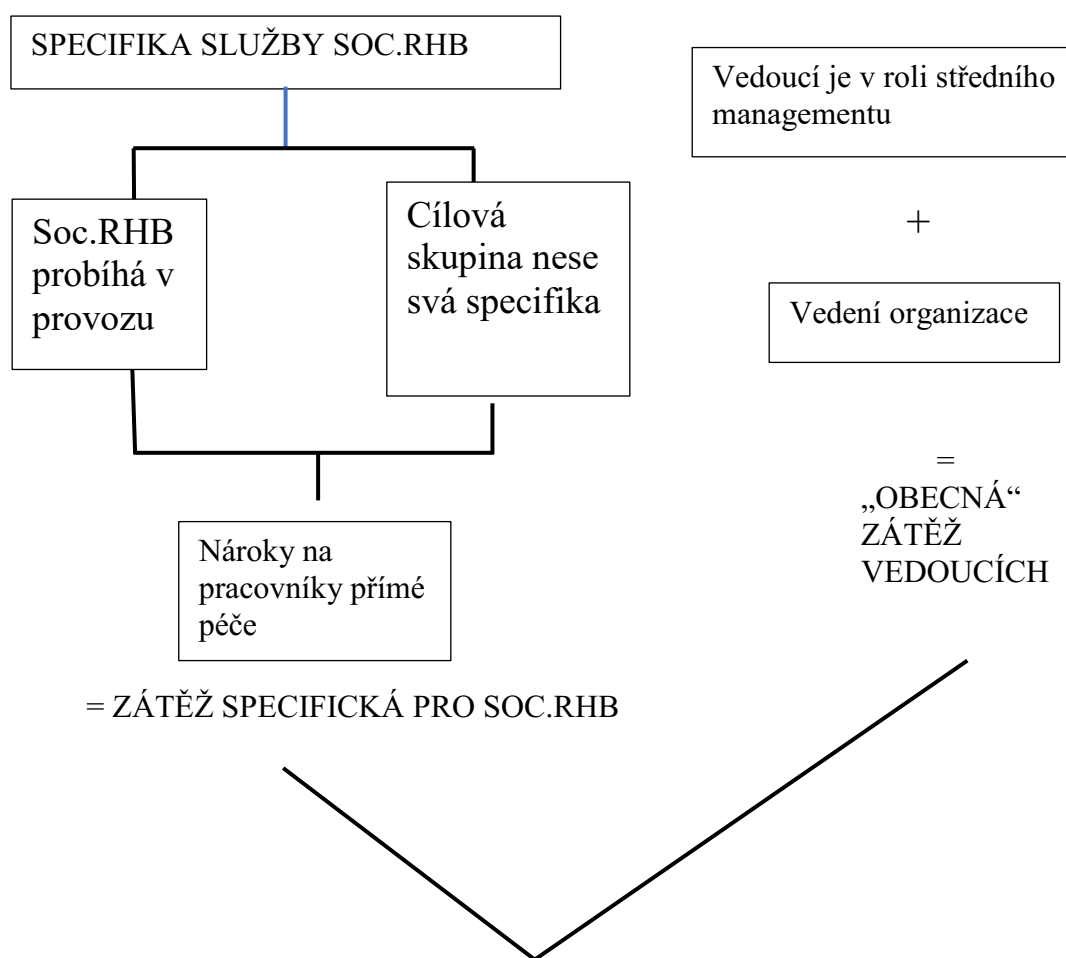
Kategorie	Téma
Zátěž vycházející z charakteru cílové skupiny	Lidi s duševním onemocněním nelze jednotně popsat
	Různé diagnózy ve službě
	Větší spektrum diagnóz nese větší nároky na přímou péči
	Cílová skupina má své limity
	Specifika diagnózy poruch osobnosti
	Potřeba hlídání hranic a pravidel u Dg PO
	Tlaky předsudků ze společnosti o lidech s duševním onemocněním
Nároky na pracovníky v přímé péči	Přímá péče je náročná
	Nutnost hlídání hranic
	Nárok na pracovníky v oblasti sebereflexe
	Cílová skupina připomíná pracovníkům osobní témata
Sociální rehabilitace probíhá v provozu	Nejasnost v zodpovědnosti (provoz vs. RHB)

Tabulka č. 4 – Kumulovaná zátěž ze souběhu předchozích

Kategorie	Téma
Přetížení vzniká kumulací zátěže	Nároky na přímou péči i další rozmanité činnosti
	Ohrožení satisfakce

Následující text, který popisuje interpretaci výsledků, je rozdělen do kapitol, které odpovídají jednotlivým kategoriím a pod ně spadajícím tématům a podtématům, která byla popsána v tabulce výše. Pořadí kapitol je seřazeno dle následujícího schématu vztahů mezi jednotlivými kategoriemi, které vzniklo jako výsledek selektivního kódování. Mezi jednotlivými kategoriemi a tématy existují další souvislosti, které jsou popsány přímo v textu u jednotlivých kapitol.

Obrázek č.5 – oblasti zátěže vedoucích sociální rehabilitace



### *Přetížení vedoucích vzniká kumulací zátěže*

V práci vedoucích se ukazovalo, že existují zdroje zátěže, které dle odborné literatury mohou zažívat kteříkoliv manažeři, a zároveň existují zdroje zátěže, které jsou specifické pro služby sociální rehabilitace určené pro lidi s duševním onemocněním, a ty se vzájemně kumulují, čímž vzniká třetí zátěžová oblast.

Jednotlivé kategorie, které jsme sestavili, postupují od „obecné“ zátěže, kterou mohou zažívat vedoucí jakékoliv služby (popřípadě i jakýkoliv manažer) až ke „specifickým“, které jsme rozpoznali jako svým charakterem příznačné pro vedoucí služeb sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním, která probíhá v provozu a její fungování je spjato s určitým podnikem/businessem. Na konci umístíme kategorii, která se týká právě vzájemné kumulace zátěže z obecné a specifické zátěže. U každé kategorie či podkategorie vyložíme obsah a doplníme jej vybranými úryvky z rozhovorů či jejich částmi.

### **2.10.1. Obecná manažerská zátěž**

#### **Vedení organizace**

Tato kategorie se zaměřuje na výpovědi vedoucích služeb týkající se zátěže spojené s vedením organizace. Participanti považovali za zátěžové některé oblasti týkající se stylu a způsobu řízení a podpory vedoucích nejvyšším managementem organizace, nejčastěji zde především jmenovali osobu ředitelky.

Dále v této kategorii participanti zmiňovali zátěž, která vychází z nároku na rozvoj organizace a ambicióznosti vedoucích i ostatních pracovníků managementu, kdy tato ambicióznost se šíří a předává mezi jednotlivými pracovníky.

#### **Vedoucí má pocit malé podpory od vedení**

Respondenti zde uváděli situaci, kdy pocítují malou podporu od vedení organizace, kterým je nejvyšší management – nejčastěji jimi je v neziskových organizacích ředitelka, metodický pracovník či projektový pracovník.

R5 vyjádřila potřebu podpory konkrétně od své přímé vedoucí:

*„Já bych asi potřebovala, možná nějakou jako trošku větší podporu od svojí vedoucí sociální rehabilitace.“ (R5)*

Vedoucí by v této oblasti ocenili větší aktivitu ze strany vedení – to znamená, aby se vedení organizace více samostatně a aktivně nabízelo s pomocí či podporou.

*„A ty instrukce od vedení, tak to je i jako nějaká podpora jakoby v tom. Že to není jen nejasné instrukce od vedení, ale fakt i ty konkrétní rady a aktivní fakt hledání řešení těch problémů. Aktivita v tom je podle mě taky v tom dost důležitá, kterou tam necítím vůbec. Je tam taková pasivní připravenost být k dispozici, ale vlastně tam není žádná iniciativa.“ (R2)*

*„Ale asi mi chybí, aby se mě jako doptávala. A nevím, jestli si jako úplně uvědomuje to, jako že jsem jako poprvé v životě v roli vedoucího a je to jako hrozná chvíle, co jsem, a je to hodně nových věcí. Tak jako nějaký její doptávání, jestli to je jako v pohodě, a jak se jako v tom cítím.“ (R4)*

Vedoucí by si přáli větší podporu, pomoc od svých nadřízených, a také je pro ně zátěžové, pokud má jejich vedení nejasný styl.

### **Nejasný styl vedení**

Předchozí téma navazuje na zátěž, kterou pocítují vedoucí, a týká se nejvyššího managementu. V této oblasti popisovali vedoucí styl vedení, jež používají či přesněji nepoužívají jejich nadřízení.

*„No. Nemyslím jako lepší lidi, ale lepší styl vedení jako. Jasnější, aktivnější, podpůrnější, možná vlastně aby vůbec byl. Nějaký víc systematictější třeba. Ne takhle random, to si můžu zavolat supervizorovi na individuální. Což je fakt něco jiného než tvoje nadřízená.“ (R2)*

*„Místo toho, aby holt organizace rozhodla, a holt to budeme dělat, tak pak to taky nebere tolik energie, protože prostě to člověk přijme, že se to holt bude takhle dělat.“ (R4)*

*„Teda jako ředitelka je v tom taková jako, tak si to jako nějak nastavte, ale je mi to takové jako náročné to pobrat, pochopit, kdo, kde.“ (R7)*

Vedoucí by si přáli, aby jejich vedoucí byli jasnější a pevnější ve svém stylu vedení. Následně by to pro ně znamenalo menší zátěž.



### **Zavádění novinek, rozvoj organizace**

Většina z respondentů uváděla jako zátěžovou tendenci organizace k tlaku na zavádění novinek v organizaci. Tuto oblast považují za zátěžovou ve chvíli, kdy mají na starosti běžné fungování služby a k tomu se přidává ještě nárok na rozvoj služeb a organizace.

*„To znamená rozvoj, vývoj... to už jsem měla pocit, že se z toho slova osypu. To prostě ve chvíli, kdy všechno tohle řeší, tak prostě na ten rozvoj není prostor.“  
(R3)*

*„Takže ta dynamika, ten rozvoj a vlastně všechny ty nové procesy a to řízení je taky zátěž. Nebo jako náročný.“ (R6)*

*„...třeba jakoby teď máme CARE a začleňování jako CARu... je to náročný, hodně lidí se vzteká, protože je to prostě hodně práce navíc a všechno, a to taky ubírá síly.“ (R4)*

S tímto tématem rozvoje a zavádění novinek v organizaci také souvisí následující téma – ambice a jejich přenos. Tato ambice právě vyjadřuje snahu o rozvoj organizace i služeb.

### **Ambicióznost, přenos ambicí**

Tři ze všech respondentů uváděli jako zátěžové to, že sami sebe hodnotí jako ambiciózní a zároveň se tato ambicióznost přenáší i mezi jednotlivými pracovníky.

*„No je to asi nějaká ... nějaká za mě nepotlačitelná ambice nebo nějaké vnitřní nastavení, které mám. Které je o tom, že vlastně chci rozvíjet, chci růst, chci podporovat ostatní v růstu. A chci zlepšovat, jít dopředu, být prostě dobrý. Ideálně být nejlepší. To znamená, žene mě tam nějaká moje vlastní ambice, nebo vlastně nějaká moje ctižádost, k tomu, abychom byli jenom a jenom lepší.“ (R1)*

*„Tak vysoké ambice jako kultura. To znamená rozvoj, vývoj...“ (R3)*

*„Já osobně si myslím, že to vždycky začíná od vedoucího, takže pokud mám ambiciózního šéfa, tak já si to dokážu velmi jednoduše přenést na sebe a*

*samozřejmě to nesu dál. A to je pro mě otázka, že kdybych nevnímala tuhle ambicióznost z toho vysokého managementu, z toho nejvyššího, tak nakolik bych já v tom byla umírněná. Ale tak už se znám na tolik, že sama jsem ambiciózní člověk, takže když se to sejde a přenáší se to z jednoho na druhého, tak to potom asi si to nastavujeme takovou past.“ (R3)*

*„No to je asi nějakým dorostením do toho. Prostě jsme takový dost výkonnostní tým a dost se jako přepaluju, ale už jsem na to dost jako doplatila na to.“ (R7)*

## **Role středního managementu**

Vedoucí sociálních služeb jsou součástí středního managementu. Mají své nadřízené v nejvyšším managementu a také řídí své řadové výkonné pracovníky, kteří pracují v přímé péči s klienty. V této roli středního managementu jsou také další kolegové - vedoucí sociálních služeb, kteří mají pracoviště, pracovní zázemí i tým na jiném místě. Potkávají se tedy pouze na poradách a supervizích.

### **Osamělá role**

V jednotlivých organizacích funguje vícero sociálních služeb, které mají na starosti jednotliví vedoucí pracovníci. I přes to, že jsou vedoucí pracovníci rozdílných služeb na stejné hierarchické úrovni a mohlo by se zdát, že se mohou navzájem podporovat, vedoucí uváděli, že nijak nespolupracují, a ani nemají pocit, že by fungovali jako tým. Tuto oblast uváděli jako zátěžovou všichni z respondentů.

*„Jo no, tak ta role, že tam je taková sólová, že tam jako vedoucí jsi sama. Že můžeš se snažit ty lidi do toho tak jako dostat, ale nikdy tam nebude nikdo úplně... nebo jako trochu s tou naší provozní to trochu tak mám, ale zase spoustu těch věcí ve službě, tak tam to s ní úplně nefunguje... Ale že nikdy nebude nikdo tvůj parťák... Takže takhle někdo by byl fajn, ale nikdy do toho vlastně úplně nevidí do toho, co děláš. Každý fakt jenom vidí tu svojí jenom... kdyby aspoň jeden člověk, kdyby tam jako byl, že ti v tom jako může pomoci se zorientovat prostě nebo prostě nějak jako... ale tam nevidí vůbec nikdo, ani ředitelka, ani provozní, ani jiný tým, ani jiný vedoucí, ani tvůj tým.“ (R2)*

*„Takže i to vědomí, že tě v tom někdo nechává jako samotnou plavat, je trochu náročný.“ (R2)*

*„Tak to mi přijde jako těžký, že jsem na to do určitý míry, jako sama jako, jak to jako vysvětlit.“ (R4)*

*„Vlastně... zároveň je tam v týhle pozici, že je tam člověk taky dost sám. Na tý horizontální svojí úrovni tam není až takový dosah těch kolegů.“ (R3)*

### **Vedoucí má pocit velké zodpovědnosti**

Jak bylo uvedeno v předchozím tématu, vedoucí se cítí na své pozici osamělí, zároveň na své pozici cítí velký pocit zodpovědnosti a mají pocit, že tato velká zodpovědnost leží pouze na jejich bedrech.

*„Protože pak je ta zodpovědnost jenom na mě. A né vždy, nebo třeba nejsem až tak vyvrálý na to, abych tu všechnu zodpovědnost zvládnul, a proto, abych měl splněno a mohl se věnovat jiným úkolům.“ (R1)*

*„Hodně zodpovědnosti, která je předaná prostě jenom na mě s tím, že ty jsi šikovná, to je tvoje pozice, ty to všechno zvládneš...“ (R2)*

*„A často si myslím, že by se mi líbili sejmout ze mě takovou míru jako zodpovědnosti...“ (R3)*

*„Jo. To je něco náročnýho. Nebo já ještě to možná vnímám nějak jako víc. My jsme teď dělali úkoly na CARE, takže... víc mě to zvedá jako ze židle. Týká se to hodně jako zodpovědnosti. Víš, jako se musím krotit, že to tak jako je. Ale je to tak.“ (R4)*

### **Vedení a podpora týmu**

Vedoucí sociální rehabilitace má za jeden z úkolů vést a podporovat tým, který má na starosti. Jedná se o sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách (popř. i peer konzultanty), kteří jsou v přímé práci s klienty. Konkrétně vedoucí pracovníci mají na starosti vedení jednotlivých pracovníků, jejich příjem, hodnocení, podporu a rozvoj.

*„Persoagenda. To bych určitě zmínil. To je něco na co člověk, co třeba vychází ze školy není úplně připraven. Čemu se věnovat, nebo co je potřeba se naučit. A tím stylem řízení a hodnocení lidí a ... vlastně vedení, rozvíjení a přijímání a zaučování nových pracovníků, vyhodnocování zaučujících se pracovníků. Celá tady tahle velká agenda, vlastně pak...“ (R1)*

*„Jo, jasně, vést tu službu, dohlížet na její kvalitu. Hmm... zajistit, aby to všechno fungovalo. Aby mý podřízení fungovali. Nejen je kontrolovat a řízení, ale také je podporovat a hodnotit a rozvíjet.“ (R6)*

### **Zavalení velkým počtem porad**

Vedoucí zmiňovali v rozhovorech také zátěž vzniklou tím, že jsou zavaleni velkým počtem porad. Tyto porady zahrnují přípravu, účast na poradě i následně plnění úkolů vzniklých na poradě.

*„Když člověk tráví několik hodin příprav a potom tou realizací a potom vlastně následně po těch poradách ještě těmi úkoly, takže úplně logicky přichází to, že se cítí zavalenej. A že pro něj pak ty porady představují zátěž a přítěž.“ (R3)*

*„Nevím, jestli tam počítáš porady? To bylo velmi častý, velmi častá věc, co se řešila, ale nějak se to nedokázalo udělat jinak. Ale těch porad v té organizaci je prostě tolik, že člověk měl občas pocit, že mu na tu samotnou práci pak už nezbývá čas.“ (R3)*

*„... potom je tu strašně moc různých porad, které berou strašně moc času, ...“ (R7)*

*„Další je množství porad. Mě prudí, ale zároveň vím, že bez toho to nejde. Prostě se to nedá změnit. Nebo nevím, jak.“ (R6)*

Dva z vedoucích, kteří uváděli počet porad jako zátěž, zároveň vyjádřili snahu organizace tuto zátěž změnit, avšak tato snaha byla dle nich bez úspěchu.

## **Personální změny v organizaci**

Respondenti považují za zátěžové situace, kdy se v organizaci často mění zaměstnanci. Pro vedoucí tyto změny znamenají nároky na práci s atmosférou v týmu, musejí vybírat nové pracovníky a následně s nimi trávit čas a věnovat jim energii při zaučování.

### **Fluktuace v organizaci**

Výměna personálu je zátěží pro jednotlivé vedoucí, stejně tak je zátěžovou pro celou organizaci. Pět ze sedmi respondentů jej uváděli jako zátěžovou složku jejich práce.

*„...za organizaci bych to dal určitě minimálně za 1000. Tam je to určitě téma, jedno z témat číslo jedna, jedno z těch zákulisních.“ (R1)*

*„No u nás v organizaci je taky docela dost velká fluktuace pracovníků“ (R4)*

*„No, jo, asi fluktuace. To je další zátěžová složka asi jako v týhleto pozici.“ (R6)*

*„Fluktuace byla a bylo to časté téma. A další zátěž pro pracovníka vedoucího, protože neustále řeší, že jo, ten proces přijímání, zaučování...“ (R3)*

*„Ale rozhodně vidím tu fluktuaci a prostě teď kolega odchází, vedoucí z jiné služby odchází, metodička odešla. A to je jen ta chvilka za mě a do toho v provozu je dost velká obměna toho týmu. Takže lidi odcházejí a teda jako vidím to.“ (R7)*

### **Důsledky fluktuace**

Fluktuace sebou nese své důsledky, které respondenti popisovali následovně:

*„A že fakt jakýkoliv odchod pracovníka se prožívá nebo se nese tíže a tíže.“ (R1)*

*„Ale nějak se to... nějak cítím, že se to přehouplo z toho: jasně, lidi přicházejí a odcházejí, do situace: tyjo! Zůstane vůbec někdo! Jak to bude vůbec dál!... Tam se kumuluje jako nějaká nejistota.“ (R1)*

*„Hmm... jako myslím si, že celou tu atmosféru a úplně jako všechno, i co se týká nějak i tu klientskou práci, tak ovlivňuje to, že se tam ti pracovníci točí.“ (R7)*

*R7: „Protože pak ty turbulence v tom týmu, a vlastně tím, jak se ti to celé střídá, tak je těžký něco nastavovat, když se tam pak furt točíme.“ (R7)*

### **Malé finanční ohodnocení v neziskovém sektoru**

Dva vedoucí během rozhovoru mluvili o nedostatečném finančním ohodnocení v neziskovém sektoru. Mají pocit, že za velké úsilí nejsou dostatečně finančně odměňováni. To má následně vliv na jejich osobní život.

*„... když prostě jako vedoucí pracovník musíš řešit všechny tyhle věci, tak pak prostě ti přijde, že musíš prostě ještě v osobním životě řešit jako to, že vlastně si nemůžeš odejít na dovolenou tam, protože prostě si na to ani nevyděláš...“ (R3)*

*„Pro mě, co si myslím tak jako dlouhodobě, tak pro mě je náročné pracovat za peníze neziskové a v jednu chvíli máš pocit, že do toho dáváš strašně hodně, ale dostáváš strašně minimální peníze, kdežto jinde prostě máš x zpětných vazeb, že bys mohla dostávat třikrát tolik za ještě menší úsilí. Tak si myslím, že to je potom takový bilancování toho smysl práce a prostě poslání nějaké a prostě nějaký životní standard, co za to můžeš mít.“ (R7)*

V následujících kategoriích se dostáváme již k informacím o zátěži, kterou účastníci uváděli a můžeme ji spolu s nimi označit jako „specifickou“ právě pro námi zkoumané sociální služby. Z výpovědí je zřejmé, že tuto zátěž prožívají pouze vedoucí a další pracovníci pracující s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním.

#### **2.10.2. Specifická zátěž u zkoumaného typu služeb**

##### **Zátěž vycházející z charakteru cílové skupiny**

Do této kategorie spadá více témat, které se týkají zátěže vznikající z důvodů otevření se služeb klientům s různými druhy diagnóz a specifčnosti projevů lidí s diagnózou poruch osobnosti. Účastníci zde také mluvili o limitech

těchto cílových skupin a tlaku, který vytváří předsudky společnosti o lidech s duševním onemocněním.

Služby sociální rehabilitace, které jsou zahrnuty do tohoto výzkumu, byly přibližně do roku 2016 otevřeny pouze pro diagnózy označené F20-F29 - schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy. Následně po roce 2016 došlo k rozšíření cílové skupiny a do služeb začali přijímat i klienty s jinými duševními onemocněními, které jsou uvedeny v teoretické části.

### **Lidi s duševním onemocněním nelze jednotně popsat**

Pokud respondenti mluvili o lidech s duševním onemocněním, uváděli, že není možné tyto lidi jednotně popsat. Toto téma souvisí i s navazujícím tématem, které souvisí s tím, že služby jsou otevřeny pro různé psychiatrické diagnózy.

*„Protože každéj to má jako hodně jinak, u každýho se to projevuje jako hodně jinak.“ (R2)*

*„Protože...no to je tak strašně individuální, že nevím, jak se dají popsat lidé s duševním onemocněním. Prostě různě.“ (R7)*

### **Různé diagnózy ve službě**

S rozšířením cílové skupiny souvisí následující zátěž, kterou vedoucí popisovali, a znamenala pro ně zátěž díky nutnosti individuálního přístupu ke každému klientovi.

*„A co je zátěžový hodně, co mě teď napadá, když jsou tam lidi, co mají různý jako diagnózy. Jako každéj má jinou.“ (R4)*

*„...Takže tohle je tam hoodně znát. Jako v tý dílně tam ne, protože tam je ta cílovka jako daná, ale na obchodě už je to trošku víc jako rozvolněný, takže je to tam trošku víc znát. A když se nám tam dostane ještě jako ten hraničář, hehe. Tak to je potom no...to je pak hodně jako.“ (R4)*

*„A teď je to fakt jako prostě, co člověk to úplně odlišný přístup.“ (R2)*

*„No, různý no, samozřejmě. Jako jak jsme... a nemyslím si, že to bylo mým rozhodnutím, že jsem řekla, nebo že jsem chtěla, abychom si otevřeli vůči lidem*

*s celým spektrem duševních onemocnění. Nebo neřešit tolik ty jednotlivé diagnostické jednotky. Tak ale to si nemyslím, že to je tím, ale myslím si, že to je tím trhem práce, že se k nám samozřejmě hlásí mnohem více lidí s depresivně-úzkostnými poruchami, neurotickými poruchami, poruchami osobnosti nebo nějaká kombinace nebo přechodný psychózy. Nebo není to jako, když jsem nastupovala, tak tam byla ta skupina 4-5 lidí se schizofrenií. Letitých pacientů nebo lidí, co mělo fakt dlouholetou zkušenost s tímhle. A vypadalo to taky jinak, bylo to vlastně v něčem taky takový víc jako srozumitelný. Že ty jejich potřeby nebo očekávání, co se tam bude dít, tak byly dost podobný.“ (R2)*

*„Vím, že tyhle náročné situace se vázaly s určitěma konkrétníma diagnózama.“ (R3)*

### **Větší spektrum diagnóz nese větší nároky na přímou péči**

Různé diagnózy ve službě sebou přinášejí i větší nároky na přímou péči. Tato přímá práce nese i jiné nároky, které popíšeme v samostatném tématu. Zde se věnujeme pouze výpovědím respondentů týkajících se zátěže plynoucí z různých diagnóz.

Pokud vedoucí mluvili o přímé péči, měli na mysli pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty. To znamená, že s nimi pracují v rámci podniku (na směnách, v obchodě) i při individuálních schůzkách. V této přímé péči pracují i sami vedoucí.

*„Takže i pro ty terapeutky je to jako těžší na té směně, když mají dva lidi a jeden člověk je prostě jako brutálně úzkostnej a pořád potřebuje mluvit a pořád potřebuje podporu a pozornost. A druhý člověk je třeba, já nevím, hrozně cholerickéj a dominantní. A potřebuje nějak usměrňovat v tom. A to zas působí jako na toho druhýho. A to nese samozřejmě nároky i víc umět pracovat s tou dynamikou jako mezi těma lidma a prostě taky trochu skupinový práce. Což potom taky souvisí s tím, čeho si jako potom musím všimnout já, jako v čem se jako musíme zlepšovat. Nebo že to jsou i takový věci, který sami ti pracovníci ještě nevědí, nedefinují a nevědí v čem to je, že ty směny byly tak těžký.“ (R2)*

*„No je to jako hrozně těžký. Jako na jednu stranu jim to člověk chce vysvětlit, že to není proti němu, že by ten člověk byl jako hulvát, nebo z druhý*



*strany hajzl, ale zase jako nevím někdy, co můžu říct a nebo neříct. Že nevím, co o sobě jako vědí. Že kdybych věděla, co vědí, tak pak můžu jako říct, ale podívejte se on má prostě jako bipolárku a v tom je to takhle a takhle. Ale jestli to ten člověk neví... Takže se vždycky snažím jako náznakama jako a hrozně jsem z toho vyčerpaná. A jeden jako konkrétně prodavač má problémy jako s tím sociálním fungování a kontaktem, takže tam jako vymýšlet příklady je vlastně těžký. On to chápe jako na příkladech, ale já jsem vždycky tak vyšřavená, když po mě chce jako pět příkladů na něco. To je jako hodně náročný.“ (R4)*

### **Cílová skupina má své limity**

To, co participanti uváděli jako společnou charakteristiku pro lidi s duševním onemocněním je, že mají v porovnání s běžnými pracovníky více limitů. S těmito limity lze pracovat a posouvat je, nicméně je zde nárok, aby pracovníci i klienti tyto limity znali a nepřekračovali příliš možnosti klienta, jelikož následně může dojít k zhoršení jejich zdravotního stavu.

*„Že potřebujou prostě... že jako mají své limity určitý, ať už je to lékama, nemocí určený prostě, nebo zdravotním stavem, protože z těch léků taky kolikrát mají dvacet kilo navíc a najednou to je úplně jinak. Takže si myslím, že tady v tom je taky dobrý vědět pro nás jaký mají limity a je dobrý, když to taky vědí oni. Ne, že by se nedali překročit limity nebo že s nima nejde jako nějak pracovat, ale podle mě jako dobrý jako i u všech lidí jako znát ty limity. A u nich kor, protože si pak člověk nepřešlápne to u nich.“ (R4)*

*„...že pracuji s lidmi, kteří mají nějakou zkušenost, mají nějaké limity, ale vlastně dá se s těmi lidmi nějak pracovat a mají možnost se zotavit a my jim pomáháme v té úzdravě, v tom zotavení se, takže vlastně mají, když se někdo ptá, takže tak mají nějaký limit v tom, jak zvládají stres, jakou mají koncentraci a tak...“ (R7)*

### **Specifika diagnózy poruchy osobnosti**

Za specifickou uváděla většina participantů konkrétně diagnózu poruchy osobnosti, kterou považují za výjimečně náročnou, pokud se objeví jako klienti ve službě.

*„Že hlavně osobnostní poruchy byly pro nás náročný. Že jsme měli prostě několik takových situací.“ (R3)*

*„A ještě potom, když máme konkrétně lidi s hraniční poruchou osobnosti. My jako nemáme tuto cílovku, ale občas se stane, že ten psychiatr to tak hezky napíše, že se k nám dostanou. Já ty lidi mám teda hrozně ráda, ale je to s nima... možná je to s nima o mnoho víc zátěžový než lidi, co mají v diagnóze jako schizofrenii.“ (R4)*

*„A mě se to jako nelíbilo, že v rámci toho zotavení, tak jsme to jako začali zkoušet a najednou jsem měla na skupině tři lidi s poruchou osobnosti a vlastně to má nějaký jiný projev a jako má tendenci jako skupinu tak jako narušovat, ale vlastně jsem to tak nějak zvládala.“ (R7)*

### **Potřeba hlídání hranic a pravidel u diagnózy poruch osobnosti**

Jako podtéma u tohoto tématu se v rozhovoru objevila potřeba hlídání hranic a pravidel u této diagnózy. Poruchy osobnosti bývají výjimečné tím, že mají tendence překračovat hranice.

*„A mám teďka aktuálně asi 4 klienty, kteří mají hraniční poruchu a dva kteří mají poruchu osobnosti. A je to, no... Hlídám si ty hranice vědomě, je to tam, že jdu na tu schůzku a vlastně musím vědomě být teď a tady a vědomě si říct, zda to sem patří nebo nepatří. Vědomě si říct je to osobní, není to osobní.“ (R1)*

*„No u poruch osobnosti tam jsme měli zkušenost, že je tam víc tý manipulace ze strany těch klientů. Byli tam hodně tendence jako šfóurat do těch pravidel, který byly nastavený. Což se nám prostě moc nestávalo běžně. Takže klient většinou, stalo se nám to asi třikrát tady u té diagnózy. A že prostě jsme pak právě museli přenastavovat pravidla, protože se tam objevilo něco, co nás do té doby vůbec nenapadlo. A bylo to jen o tom, že se muselo něco jinak... Ty pravidla, že jsme museli často upravovat a pak tam byly často přesně prvky nějaký manipulace. To člověka přesně občas tlačilo někam, kde bejt nechtěl. Takže to opravdu bylo náročný.“ (R3)*

## **Tlaky předsudků ze společnosti o lidech s duševním onemocněním**

Podle vedoucích ve společnosti existuje stále jistá stigmatizace lidí s duševním onemocněním. To znamená, že běžní lidé mají předsudky a zkreslené představy o tom, jací lidé s touto zkušeností jsou a jaké jsou jejich projevy.

*„Pak si i říkám, že nějaký jiný obraz společnosti o lidech s duševním onemocněním. Že jak ty představy jsou mnohdy jako zkreslené, takže specifikum může být v tom, že zaměstnat vozíčkáře, takže když upravím to prostředí tak fyzicky, aby se dostal do práce a mohl tu práci vykonávat, tak to sebou nese, si myslím, menší stigma, než když zaměstnám člověka s diagnózou schizofrenie. Takže to povědomí společnosti o duševní nemoci a nějaký ty předsudky s tím spojené.“ (R6)*

*„Já nevím. Většinou, když vysvětluji lidem, co o tom nic neví, co dělám já, tak jim říkám, že tím, že předpokládám tu stigmatizaci a vím, jak je většina společnosti jako nastavena...“ (R7)*

## **Přímá péče je náročná**

Vedoucí uváděli, že jsou si vědomi náročnosti přímé práce s klienty. Sami v této přímé péči pracují, mají na starosti klienty, pracují s nimi na jednotlivých směnách. Zároveň vedou tým sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

*„Myslím si, že ta práce přímé péče je jako náročná.“ (R6)*

*„... že i ty běžný pracovníci museli zvládat jak práci s klienty, tak provoz, museli na sobě neustále pracovat, vzdělávat se, být docela časově flexibilní, hodně času věnovat taky těm poradám a tak dále.“ (R3)*

## **Nutnost hlídání hranic**

Pracovníci při práci s klienty musejí dávat pozor na hlídání svých hranic, jelikož klienti se snaží tyto osobní hranice často překračovat. Tato zátěž se objevila již u konkrétní diagnózy poruch osobnosti, nicméně tyto náročné situace se vyskytují i u ostatních lidí s duševním onemocněním.

*„No hlídání hranice hlavně ve vztahu ke klientům, to je specifikum hlavně konkrétně téhle cílové skupiny.“ (R1)*

*„A u nás třeba to naopak, si třeba myslím, že to je trochu víc, ne v tom, že ty lidi by ti psali nebo by se s tebou chtěli bavit po směně, ale že ty hranice překračují během tý směny jako.“ (R2)*

### **Nároky na pracovníky v oblasti sebereflexe**

Cílová skupina vede pracovníky k nároku na jejich sebereflexi. Při každé práci s klienty musejí reflektovat své prožívání a situace, ke kterým docházelo při a po spolupráci s klienty.

*„To prostě protože ty jsi s nima v běžném kontaktu, ve fakt takovým jako, kde ty nemůžeš být pořád ve střehu, co vlastně on dělá a říká, a ztrácíš kontrolu jako totální, že jo. Ale i nad svým jednáním. Takže i svým jednáním jako. Nejses si pořád vědoma toho, co děláš na tý směně.“ (R2)*

*„A hlavně teda, což je asi nejdůležitější část té práce, reflektovat ve správnou chvíli a správným způsobem.“ (R3)*

### **Cílová skupina připomíná osobní témata pracovníkům**

Sebereflexe pracovníků je také důležitá z toho důvodu, že klienti, jejich příběhy, potíže a životní cesta mohou pracovníkům připomínat některá z jejich osobních témat, která mohou být citlivá či dokonce zraňující. Pro vedoucího pracovníka je důležité o této možnosti vědět.

*„A já jsem jí říkala, že to je dobrý, že to ví a že je dobře, že v tom něco viděla a něco se naučila, protože já jsem v tom taky viděla taky svoje téma, a to je to, že mě zase někdo neposlouchá a ona mi to jenom zase jako takhle... a tak jsme si to tam takhle obě jako řekly. Že jako takovýhle věci spíš. Že to vždycky jde přes tebe.“ (R2)*

*„Jasně, pro mě je náročný, že vím, že to brnká těm pracovníkům na něco jejich.“ (R6)*

*„...občas k nám přicházeli lidi, kteří jsou stejného věku, jako jsme my, jako byli kolegové. Měli třeba... Někdo se tam nacházel v těch příbězích nebo těch životech, které žili. Takže občas mu to připomnělo něco z jeho života nebo života jejich blízkých. Takže tam bylo těžší si uchovat nějakou objektivitu.“ (R3)*

## **Sociální rehabilitace probíhá v provozu**

Jak již bylo vysvětleno služby sociální rehabilitace s jejichž vedoucími byly vedeny rozhovory, probíhají v rámci provozů. To znamená, že služba je poskytována přímo v provozu kavárny, restaurace či obchodu. Specifičnost této služby sebou přináší zátěž pro vedoucí, která vychází z nejasnosti rozdělení zodpovědnosti.

### **Nejasnost v zodpovědnosti (provoz vs. rehabilitace)**

Vedoucí zastřešují celou službu, která obsahuje i provoz – jsou nadřízenými provoznímu pracovníkovi nebo tuto pozici sami zastávají. Dva respondenti uváděli, že si nejsou jisti, za jaké konkrétní činnosti nesou v rámci provozu zodpovědnost.

*„Ale to, jakých kavárna dosahuje tržeb, jaký prodává sortiment, jak funguje ve směru k zákazníkům, a to je další řada věcí, které náleží samozřejmě provoznímu pracovníkovi, ale od začátku až do konce nebylo jasné na kolik je tohle pouze provozní a na kolik i vedoucího. Já osobně jsem to měla tak, že jsem přebírala hodně i z téhle zodpovědnosti. Samozřejmě ty konkrétní činnosti dělal ten provozní, ale spoustu těch oblastí jsem si v nich udržovala přehled a spoustu jsme jich dělali společně. A kolikrát možná i jako svoji vinou, že jsem se do toho příliš integrovala, tak mě to prostě zatěžovalo. A byla to stoprocentně zátěž.“ (R3)*

*„Ono se jako oficiálně stalo, že služba dostala vlastního vedoucího a ten má vše na starosti, tak se to jako vnímá, že já jsem teda jako vedoucí provozu i služby, ale vlastně hodně mé náplně práce je jakoby zdabované s tou provozní částí, a je to tam pak takové jako náročné.“ (R7)*

*„...a kdo ví co udělat, tak to udělá, a prostě nikdo nemá jako přesně dané, co je jeho kompetence, a je to trošku celé volné, a v tom jsem měla trošku problém i do teď se trochu jako zorientovat.“ (R7)*

### 2.10.3. Kumulovaná zátěž ze souběhu předchozích

#### **Přetížení vzniká kumulací zátěže**

V předchozím tématu participanti popisovali specifické projevy cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Tato specifika s sebou nesou nároky na pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty a z manažerského hlediska na jejich výběr, vedení, atmosféru v týmu. Uvedené nároky jsou důsledkem toho, že se služby otevřely většímu spektru diagnóz. Tím vzrůstají nároky na přímou péči a dosahování rehabilitačních cílů. Vedoucí jsou v dvojroli - pracují v přímé péči s jejími nároky a zároveň mají, jak už bylo řečeno, na starosti vedení a rozvoj týmu pracovníků, s vyššími nároky na ně v přímé péči.

#### **Nároky na přímou péči i další rozmanité činnosti**

Dle obrázku č. 5 je zátěžové pro vedoucí to, že dochází ke kumulaci různých pracovních činností a cílů - pocit přetížení vzniká kumulací zátěže. Vedoucí tento výskyt zátěže a souhrnu jednotlivých činností popisovali následovně:

*„A tím stylem řízení a hodnocení lidí a... vlastně vedení, rozvíjení a přijímání a zaučování nových pracovníků, vyhodnocování zaučujících se pracovníků. Celá tady tahle velká agenda, vlastně pak... Samozřejmě jsou v organizaci lidé, kteří pak na tom semnou spolupracují, ale hodně toho jde za tím vedoucím a hodně je to postavené na tom, že si to ten vedoucí pohlídá, pohlídá si ty termíny, přitáhne si ty lidi, zadá jim tu práci, vytáhne ty informace nebo vysbírá je, zas je nějak založí. A hlídá celou tuhle agendu, pro tu svoji službu.“ (R1)*

*„Jo, jasně, vést tu službu, dohlížet na její kvalitu. Hmm... zajistit, aby to všechno fungovalo. Aby mý podřízení fungovali. Nejen je kontrolovat a řízení, ale také je podporovat a hodnotit a rozvíjet. Ted'kons nově i zodpovědnost za rozpočet. Ne tak, že bych žádala o dotace, ale že mám vidět z čeho je ta služba placená a jak se ty prostředky čerpají, ale není to tak jako ekonom. Za co mám vysloveně odpovědnost v těch financích, tak je budget na vzdělávání, rozdělení čerpání, budget na supervize. Hmm... jo a i ve směru jako toho vzdělávání, teda i rozvoje zaměstnanců, respektive těch přímých podřízených. Ještě do ted' mám zodpovědnost za příjem klientů do služby. Což je něco čehož se od začátku snažím*

*jako zbavit. Hehe.. Protože to je něco, co prostě časově nestihám. A takže teď kons mám zodpovědnost za to, abych to předala. Hehe. Teď nově ještě, protože jak jsem říkala, že je ten rozvoj a procesy a vlastně se zrušila pozice manažera služeb, tak část těch kompetencí přešla na nás na manažery konkrétních služeb a část jako k řediteli. Takže tam mám i podpisy smluv, ukončování pracovního poměru přímých podřízených a v případě nesrovnalostí mám právo veta při ukončení pracovního poměru. A schvaluju metodiky ve službě.“ (R6)*

*„Rozdílnost agendy bych asi taky zvládla v tom nějak brouzdat a bruslit, kdybych nemusela řešit tým třeba, kterej mi bere strašného času. Nejen výběrka, ale i ty vztahy i to nastavování těch věcí tam, aby ty podmínky pro tu jejich práci byly nějak lepší. Takže to jsou takové věci, které by přišly... nebo kdyby byly ty základní hotový, a tak by nebyly teda, tak by se mi i tyhle líp zvládaly. Ty se už jen jako tak nabalujou.“ (R2)*

### **Ohrožení satisfakce z práce**

Dle vedoucích jsou pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty, ohroženi neuspokojeností z práce, jelikož nemusí vidět okamžitě nebo v tak velké míře výsledky své práce, popřípadě nelze výsledek práce příliš ovlivnit.

*„Je to práce s lidma, kteří mají nějaký handicap, nacházejí se povětšinou ve velmi těžké životní situaci, a to prostě člověku úplně nepřidá no. A někdy jsou ty životní příběhy někdy tak těžký, že není moc cesta ven nebo není tam... není tam vidět, buďto tak rychle nebo vůbec, výsledek tý práce.“ (R6)*

*„No náročné je to, že neovlivníš to, co se tomu člověku děje jako v životě a jaký to má pak dopad na jeho psychický stav. A že vlastně to, co už dejme tomu, se už nějakým způsobem zotaví, tak velmi lehko spadne zase zpět. A že vlastně my se snažíme o něco, ale tak nějak neumíme splnit všechno. A tak můžeme jen zkoušet zvládat způsoby a nějak předpokládat a nějak, ale...“ (R7).*

## Shrnutí výsledků a diskuze

Za cíl práce jsme si stanovili porozumět tomu, jaké jsou zdroje zátěže optikou vedoucích pracovníků služeb sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním, jaké oblasti hodnotí vedoucí jako zátěžové a které považují za nejvíce obtížné ve své práci.

Výzkumné šetření, při kterém byl použit kvalitativní design výzkumu, odhalilo dvě hlavní oblasti uváděné v rozhovorech, jejichž specifickým souběhem a vzájemnou kumulací vzniká přetížení. První z nich jsme označili jako **obecná manažerská zátěž** s tématy pojmenovanými:

- Vedení organizace
- Role středního managementu
- Personální změny v organizaci

Druhou oblast jsme označili jako **specifická zátěž zkoumaného typu služeb** a zahrnuli jsme do ní témata:

- Sociální rehabilitace probíhá v provozu
- Zátěž vycházející z cílové skupiny

Poslední oblast charakteristická prolínáním a kumulací témat souvisejících s prvními dvěma jsme nazvali **kumulovaná zátěž ze souběhu předchozích** a zahrnuli jsme do ní témata:

- Nároky na přímou péči a další rozmanité činnosti
- Ohrožení satisfakce z práce

Analyticky se tu ukazuje souběh dvou typů zátěže, z nichž plyne další kumulovaná zátěž. Na jedné straně je tu „obecná“ manažerská zátěž spojená s dosahováním firemních cílů. Ta je ovlivněna zátěžovou oblastí „specifickou“ pro službu sociální rehabilitace. Patří k ní charakteristiky klientů, jež narážejí na řadu limitů přímo v provozu firmy a současně na rehabilitační cíle, které mohou být často v rozporu s cíli provozu. Právě souběh popsanych dvou typů zátěží vede



k jejich kumulaci a dalším zatěžujícím důsledkům pro práci s týmem pracovníků služby i satisfakce z práce vedoucího. Ty se v perspektivě participantů v jejich roli vedoucího a současně sociálního pracovníka umocňují a mohou tak být zdrojem pocitů přetížení. Tyto poznatky můžeme doplnit názorem Fontany (2016, s. 61): „*v případě sociálního pracovníka může loajalita vůči klientovi kolidovat s jeho právní zodpovědností.*“ U manažera může docházet ke konfliktu mezi loajalitou vůči firmě a loajalitou vůči podřízeným či klientům.

Participantů výzkumu mají vesměs právě zmíněnou dvojí roli, jsou jak manažery služby, tak zároveň stále pracují s klienty v roli sociálního pracovníka. Dle tzv. obrácené řídicí pyramidy (Schermerhorn in Bachmann, 2011, s. 65) jsou tak tito vedoucí pracovníci manažery, kteří udržují směr organizace a jsou i v pozici výkonných pracovníků, kteří pracují přímo s klienty. Podporují tedy výkonné pracovníky a také společně s výkonnými pracovníky poskytují služby klientům. Tyto dvě agendy se nutně dostávají do vzájemného napětí.

„*Manažer je v každé organizaci jakýmsi zástupcem vlastníka. V jeho zastoupení organizaci řídí a je mu odpovědný*“ (Mládková, Jedinák a kol, s. 15). Může tak pociťovat velkou míru zodpovědnosti, která vychází z velkého množství rozmanitých úkolů a činností, které má na starosti. Zde vedoucí potřebují mít jasně definovanou svou roli, aby věděli přesně co je jejich kompetence a zodpovědnost (Fontana, 2016, s. 60), avšak v popsané situaci dvojí loajality je v podstatě nemožné jednou pro vždy role ohraničit a hranice je nutné hledat vždy znovu. Nejasné definování rolí a jejich konflikt je však též často spojen s nerealistickým očekáváním od sebe sama (tamtéž, s. 62), které se mohou mezi vedoucími pracovníky přenášet jako ve vysoké ambici dostat obou loajalit naplno, tak i k velkému tlaku na výkonnost a rozvoj organizace.

Manažer má na starosti také vedení lidí, které patří mezi základní manažerské funkce a zahrnuje (Mládková, Jedinák a kol, s. 61): „*schopnost, dovednost a umění vedoucích pracovníků (manažerů) vést, usměrňovat, stimulovat a motivovat své spolupracovníky ke kvalitnímu, aktivnímu a tvůrčímu poslání své práce.*“ Vedoucí sociálních služeb do svých pozic ale nastupují především z pozice sociálního pracovníka s jeho hodnotami, cíli a metodami, v nichž jsou vzděláni svým studiem. Při nástupu do role vedoucího ovšem musejí plnit nároky na ně jako na manažery, přičemž k tomu vzdělání nejsou.

Nadřizenými vedoucími jsou pracovníci nejvyššího neboli top managementu organizace. „Vedení“ pracovníky vedoucí sociální služby hodnotí, dává jim odměny a vyjadřuje uznání (Fontana, 2016, s. 64). Pro vedoucí je významný pocit uznání a podpory jak od nadřízených, tak i od kolegů, jenž je dále motivuje v práci. Možná demotivace a zátěž může přicházet ve chvílích, kdy se vedoucí cítí osamělý, postrádá zpětnou vazbu a pochopení pro napětí, v němž se musí rozhodovat.

Považujeme za důležité vyzdvihnout informaci, že pouze dva z respondentů výzkumu měli zkušenosti s manažerskou pozicí – z toho jeden pouze jeden rok, druhý tři roky. Všichni ostatní respondenti pracovali na vedoucí pozici poprvé a neprošli žádným systematickým vzděláním v oblasti manažerských dovedností a řízení. Jako jednu z příčin stresu uvádí Fontana (2016, s.71) nedostatečné školení pracovníků, kdy nemají dostatek potřebných profesních dovedností ani vědomostí.

*„Hlavním úkolem vedoucího pracovníka je stanovení personální politiky a funkčního systému koordinace lidských zdrojů“ (tamtéž, s. 350). Vedoucí by měl mít znalosti odborné týkající se sociální práce a také manažerské znalosti. Ve službách sociální rehabilitace, kde je služba poskytována přímo v provozu, a je tedy neoddělitelnou součástí businessu, jsou kladeny nároky na vedoucího i z oblasti provozu, ve kterém nemají vedoucí běžně zkušenosti ani vzdělání.*

Dlouhotrvající zátěž a stres mohou vést k syndromu vyhoření. *„Podstatným znakem je chronický stres vycházející z pracovní činnosti, kdy profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, často i s pocitem profesního „poslání““ (Ptáček in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2013, s. 22). Ve chvílích, kdy je v organizaci velký tlak na rozvoj služeb i organizace, pracovníci jsou ambiciózní ve své práci a tyto ambice se mezi jednotlivými pracovníky šíří v kombinaci s dalšími zátěžovými faktory, které byly uvedeny v této práci, může tento dlouhotrvající stav vést k nadměrnému stresu a syndromu vyhoření.*

V souvislosti s velkým pracovním nasazením a práci v pomáhajících profesích Maslachová (2003, s. 190) zdůrazňuje, že práce s lidmi, která je

emocionálně velmi náročná, vede k přehnané emocionální zainteresovanosti a následně k přehnanému pracovnímu nasazení.

V této práci jsme se pokusili o identifikování zdrojů stresu a zátěže konkrétně na pozici vedoucích služeb sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním, které je přímo spojeno s provozem. Jak jsme popsali ve výzkumu, na této pozici se vyskytují zátěžové oblasti obecného typu, které jsou spojeny s manažerskou činností jako takovou a s představami vedoucích o tom, jak by potřebovali, aby fungovali jejich nadřízení, a kromě toho zátěž spojená se „specifickými“ zátěžovými oblastmi pro tuto pozici, jako je zátěž vycházející z povahy cílové skupiny, z povahy toho, že sociální rehabilitace probíhá v provozu, což následně nese i nároky na tým pracovníků v přímé péči, které má vedoucí za úkol vést a podporovat. Dle našeho výzkumného šetření tato kumulace zátěže a rozmanitých činností u vedoucích může vést k zátěži a přetížení.

Jednotliví autoři (např. Fontana, 2016; Křivohlavý, 2013; Kebza Šolcová, 2008 apod.) popisují zátěž manažerů, kterou jsme popsali jako zátěž „obecnou“ manažerskou. U zmíněných autorů nalezneme v jejich výčtu zdrojů zátěže některé z námi identifikovaných zátěží, nikdy však všechny. Práce přináší originální pohled na „specifickou“ zátěž a kumulovanou zátěž vznikající souběhem „obecné“ a „specifické“ zátěže vedoucích pracovníků. Přestože se odborná literatura (např. Atkinosonová, 2013; Raboch, Zvolský, 2001; Maslachová, 2003; Mahrová, Venglářová a kol., 2008 apod.) věnuje popisu cílové skupiny a nárokům na pracovníky v přímé péči, neukazuje vliv těchto nároků přímo na vedoucí služeb.

V diplomové práci popisujeme zdroje zátěže u specifického druhu sociální služby, čemuž není v odborné literatuře věnována potřebná pozornost. Přidanou hodnotu této práce spatřujeme především v uceleném pohledu na zátěž manažerů sociální rehabilitace probíhající přímo v provozu.

Během výzkumného šetření došlo k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, stejně jako první a druhé dílčí výzkumné otázky. U třetí otázky jsme očekávali zodpovězení pomocí hodnocení jednotlivých zátěží skrze přiřazování sumy respondenty. Tato technika však nepřinesla očekávané výsledky, nepřispěla k výzkumným výsledkům ani neukázala hluboké souvislosti. Proto jsme se

rozhodli výsledky hodnocení sumou zahrnout do výsledků. Hodnocení sumou posloužilo ve výzkumu k rozvinutí debaty ohledně zátěže a získání přesnějších slovních obsahů pro jednotlivé druhy zátěže.

Dle našich úvah během psaní práce, i během celého výzkumného šetření by bylo zajímavé, a pro práci se zátěží těchto vedoucích pracovníků i žádoucí, věnovat se tématu odlišnosti kultur, ve kterých se pracovníci setkávají – na jedné straně se zde pracovník pohybuje v kultuře sociální práce, na druhé straně však má i zodpovědnost za provoz podniku, kde se setkává s kulturou gastronomického světa, ve kterém pracují lidé především jako kuchaři, barmani apod.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje zdrojům zátěže vedoucích pracovníků sociálních služeb, konkrétně služby sociální rehabilitace, která je poskytována lidem s duševním onemocněním a probíhá přímo v konkrétním provozu. Motivací pro toto téma byla potřeba porozumět zdrojům zátěže optikou vedoucích pracovníků, jelikož zkušenosti nám ukazují, že mezi těmito pracovníky dochází k vysoké fluktuaci. Pro to, abychom zmapovali konkrétní zdroje zátěže pracovníků, jsme zvolili kvalitativní design výzkumu, v rámci něhož jsme vedli hloubkové rozhovory s vedoucími.

V teoretické části diplomové práce jsme se věnovali třem oblastem přímo souvisejícím s cíli našeho výzkumu. Popsali jsme charakteristické znaky lidí s duševním onemocněním, věnovali se stigmatizaci a recovery přístupu. Dále jsme se věnovali charakteristice nestátních neziskových organizací a sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním a zaměřili se na management organizací. Teoretickou část jsme zakončili kapitolou o zátěži a odolnosti. Čerpali jsme přitom z odborné české i zahraniční literatury.

Na teoretickou část a poznatky v ní uvedené navazuje empirická část, která představuje námi provedené výzkumné šetření za použití kvalitativního výzkumu. Cílem bylo porozumět zdrojům pracovní zátěže optikou vedoucích, kteří vedou služby sociální rehabilitace pro klienty s duševním onemocněním. Proběhlo sedm hloubkových rozhovorů s vedoucími pracovníky služeb sociální rehabilitace. Rozhovory byly zaznamenány na elektronický nosič, následně přepsány a analyzovány pomocí otevřeného kódování a tematické analýzy. Analyticky vzniklé kategorie byly následně propojeny vztahy pomocí selektivního kódování. Byly konstruovány dvě oblasti zdrojů zátěže – obecně manažerské a specifické pro zkoumané služby a třetí oblast zátěže, která souvisí se souběhem a kumulací jich obou.

Výsledkem našeho výzkumu je hlubší porozumění zátěžovým oblastem a jejich interakcím, které dopadají na vedoucí v popsáném typu služeb. Věříme, že tento vhled může pomoci vedoucím i celým organizacím vědomě pracovat se zátěží tak, aby docházelo k větší spokojenosti pracovníků, k prevenci syndromu vyhoření a snížení fluktuace v organizacích.

## Seznam použité literatury

1. ANTHONY, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. [online], Psychosocial rehabilitation journal .16: 11-23. [cit. 1. 11. 2020]. Dostupné z: <<https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>>
2. ARMSTRONG, M., STEPHENS, T. (2008). Management a leadership. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2177-4.
3. ATKINSONOVÁ, R. (2003). Psychologie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
4. BACHMANN, P. (2011). Management neziskové organizace. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-130-3.
5. BÍNOVÁ, L. (2017). Subjektivní hodnocení zátěže manažerské profese. [online] Pardubice: Univerzita Pardubice. Diplomová práce. [cit. 1. 11. 2020]. Dostupné z: <[https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69237/BinovaL\\_SubjektivniHodnoceni\\_JD\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69237/BinovaL_SubjektivniHodnoceni_JD_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>
6. CROWTHER, R.E., MARSHALL, M., BOND, G.R. & HUXLEY, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. [online] BMJ (Clinical research ed.). 322(7280): 204–208. [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7280.204>>
7. Česká unie pro podporované zaměstnávání [online]. Metodika pro rozmanitost. [cit. 27. 11. 2020]. Dostupné z: <<https://www.unie-pz.cz/files/files/knihovna/euse-se-toolkt.pdf>>
8. DÖNER, K., PLOG, U. (1999). Bláznit je lidské. Praha: Grada. ISBN 80-7169-628-5.
9. DAVIDSON, L., TONDOROVÁ J. a RIDGWAYOVÁ, P. (2010). Life is not an „Outcome“: Reflections on Recovery as and Outcome and as a Process [online]. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13:1, 1-8. DOI: 10.1080/15487760903489226. [cit. 1. 12. 2020] Dostupné online z: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487760903489226>>
10. DUŠEK, K., VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

11. FARBIAKOVÁ, I. (2008). Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Sociální práce: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, 2008(1): 77-87.
12. FONTANA, D. (2016). Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1033-7.
13. HÁJEK, M. (2014). Čtenář a stroj: Vybrané metody sociálněvědní analýzy textů. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-161-9.
14. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2009). Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
15. HEJZLAR, P. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. Psychiatrie v praxi. 2009, 10(5) 226-230.
16. HENDL, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
17. CHROMÝ, K. (1990). Duševní nemoc: sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0050-4.
18. JAGOŠOVÁ, B. (2011). Tréninkové kavárny jako možnost uplatnění pro osoby se zdravotním postižením. Brno: Masarykova univerzita. Diplomová práce.
19. JANOUŠKOVÁ, M., WINKLER, P. (2015) Stigma a psychiatrie. Praha: NUDz. ročník 19, číslo 1, s. 30-36.
20. KADLČÍK, M. (2004). Osobnost v zátěži. Praha: Institut pro místní správu.
21. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2004). Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
22. KŇAŽKO, V. (2008). Metodika práce v podporovaném zaměstnání. Praha: Evropské sociální zdravotní centrum Praha. ISBN 978-80-87244-07-4.
23. KOCIANOVÁ, R. (2013). Personální řízení: východiska a vývoj. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3269-5.
24. KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P. (2017). Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza[online]. Čes.a slov.Psychiat; 113(3): 132-139. [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z:  
<[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2017\\_3\\_132\\_139.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_132_139.pdf)>

25. KRECHOVSKÁ, M., HEJDUKOVÁ, P., HOMMEROVÁ, D. (2018).  
Řízení neziskových organizací: klíčové oblasti pro jejich udržitelnost.  
Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3075-2.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
27. LIBIGER, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Praha: Tisg. 5(1): 38-40.
28. LOMIKÁMEN, z.ú. (2016). Duševní onemocnění a jejich léčba [online].  
Lomikámen [cit. 27. 11. 2020]. Dostupné  
z: <[http://www.lomikamen.cz/documents/brozura\\_blaznit\\_pribeh\\_final\\_poslat.pdf](http://www.lomikamen.cz/documents/brozura_blaznit_pribeh_final_poslat.pdf)>
29. MATOUŠEK, O. a kol. (2013). Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
30. MATOUŠEK, O. a kol. (2007). Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
31. MATOUŠEK, O. a kol. (2007). Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
32. MÁHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
33. MARINELLI, P. ROBERT, DELL ORTO, ARTHUR R. (1999). The psychological & social Impact of Disability. Spring Publishing Company. ISBN 0826122132, 9780826122131.
34. MASLACH, CH. (1998). A Multidimensional Theory of Burnout In: COOPER CAARY L. Theories of Organizational Stress. Manchester: Manchester School of Management. ISBN 978-0198297055.
35. MASLACH, CH. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention [online]. California: University of California, 12(5), 189-192 [cit. 1.12.2020]. Dostupné z: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1111/1467-8721.01258>>
36. MLÁDKOVÁ, L., JEDINÁK, P. a kol. (2009). Management. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Čeněk. ISBN 978-80-7380-230-1.
37. MLČÁK, Z., PAULÍK, K., ZÁŠKODNÁ, H. (2008). Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-532-4.



38. MPSV (2002). Standardy kvality sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>>
39. MPSV (2008). Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <[https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss\\_final\\_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9)>
40. MPSV (2002). Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatelem [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pruvodce+%281%29.pdf/a3da091b-e13e-bb30-eafa-e62f1e4fe817>>
41. MZČR (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030>>
42. NÝDRLE, T. (2008). Management malé neziskové organizace [online]. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <[https://is.muni.cz/th/lwyys/Management\\_male\\_neziskove\\_organizace\\_\\_bakalarska\\_prace\\_\\_Tomas\\_Nydrle\\_\\_UCO163219.pdf](https://is.muni.cz/th/lwyys/Management_male_neziskove_organizace__bakalarska_prace__Tomas_Nydrle__UCO163219.pdf)>
43. NÝVLTOVÁ, V. (2010). Psychopatologie pro speciální pedagogy, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-85-3.
34. OCISKOVÁ, M., SEDLÁČKOVÁ, Z., PRAŠKO, P., LÁTALOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D. (2009). Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma [online]. Olomouc: Psychiatrie pro praxi [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/04.pdf>>
45. PARALELTNÍ ŽIVOTY, z.s. (2014). Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpory (IPS) – metodický materiál [online]. Praha: Paralelní životy [cit. 27.11.2020]. Dostupné z: <<http://docplayer.cz/1530860-Podporovane-zamestnavani-metodou-individualni-umisteni-a-podpora-ips-metodicky-material.html>>
46. PAULÍK, K. (2009). Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-635-2.

47. PEŠEK, R., PRAŠKO, J. (2016). Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohled kognitivně behaviorální terapie. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
48. PIAT, M., LAL, S. (2012) Service Providers' Experiences and Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health System Reform. Piat, M., & Lal, S. (2012). Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(4), 289–296. Dostupné z: <<https://doi.org/10.2975/35.4.2012.289.296>>
49. PILAŘOVÁ, I. Leadership & management development: role, úlohy a kompetence managerů a lídrů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5721-6.
50. PLAMÍNEK, J. (2013). Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání. ISBN 978-80-247-4751-4.
51. PROJEKT EQUAL, VITÁKOVÁ, P. (2005). Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání. Praha: Rytmus. ISBN 80-903598-0-9.
52. PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. (2013). Burnout syndrom jako mezioborový jev. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5114-6.
53. RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. et al. (2001). Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
54. RAGINS M. (2018). Cesta k zotavení. Praha: Fokus. ISBN 978-80-902741-1-2.
55. REKTOŘÍK, J. a kol. (2010). Organizace neziskového sektoru: základy ekonomiky, teorie a řízení. Praha: Ekopress. ISBN 978-80-86929-54-5
56. RODGERS, MARTIN L. MS., NORELL, DIANE M., OTR/L, ROLL, JOHN M., DYCK DENNIS G. (2007). An Overview of Mental Health Recovery, *Primary Psychiatry*, 14 (12): 76-85.
57. SIGMUND, M., KVINTOVÁ, J., ŠAFÁŘ, M. (2014). Vybrané kapitoly z manažerské psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého. Dostupné z: <<https://publi.cz/books/171/07.html>>
58. SLEZSKÁ DIAKONIE (2010). Podporované zaměstnávání v otázkách a odpovědích [online]. [cit. 1. 11. 2020]. Dostupné z: <[https://www.msk.cz/assets/socialni\\_oblast/pz-brozura1.pdf](https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/pz-brozura1.pdf)>
59. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2020). 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Praha: Ústav zdravotnických

- informací a statistiky ČR [cit. 1.11.2020]. Dostupné z: <<https://mkn10.uzis.cz>>
60. ŠEDIVÝ, M., MEDLÍKOVÁ, O. (2017). Úspěšná nezisková organizace. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0249-5.
61. ŠIMKOVÁ, E. (2012). Management a marketing v praxi neziskových organizací. ISBN 978-80-7435-230-0.
62. ŠTIKAŘ, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. (2003). Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinu. ISBN 80-246-0448-5.
63. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. (2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
64. ULČ I. a kol. (1999). Úzkost a úzkostné poruchy. Praha: Grada. ISBN 80-7169-790-7.
65. VÁGNEROVÁ, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
66. VIDA, z.s. (2015). Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České Republice [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 27.11.2020]. Dostupné z: <<http://www.vidacr.cz/wp-content/uploads/VIDA-Adresar-sluzeb-2016.pdf>>
67. WHO (2017). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2
68. WHO, MZ ČR (2017). Malý průvodce reformou psychiatrické péče [online]. © Psychiatrická společnost ČLS JEP. [cit. 7.12.2020]. Dostupné z: <[https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)>
69. WILKEN, JEAN W., DEN HOLLANDER D. (1999). Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci [online]. [cit. 27. 11.2020]. Dostupné z: <[http://kcentrumnoe.cz/cze/index.php?action=subject\\_publication](http://kcentrumnoe.cz/cze/index.php?action=subject_publication)>
70. ZHÁNĚL, J., HELLENBRANDT, V., SEBERA, M. (2014). Metodologie výzkumné práce [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 27. 11.2020]. Dostupné z: <[https://is.muni.cz/el/1451/jaro2017/nk2019/um/Zhanel-metodologie-vyzkumne-prace\\_2014.pdf](https://is.muni.cz/el/1451/jaro2017/nk2019/um/Zhanel-metodologie-vyzkumne-prace_2014.pdf)>

## Zákony

71. Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace postupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením
72. Občanský zákoník č. 89/2012 Sb.
73. Vyhláška č. 505/2006 Sb.
74. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
75. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.

## Seznam příloh

Příloha č. 1	Příklad transkripce rozhovoru
Příloha č. 2	Projekt diplomové práce

## **Příloha č. 1:**

### **Příklad transkripce rozhovoru (respondent R7)**

O: Takže jen ať je to na záznamu – domluvily jsme se, že si mohu náš rozhovor nahrávat.

R: Jo.

O: Tenhle náš rozhovor slouží k diplomové práci, která se zabývá právě zátěží vedoucích pracovníků. Výzkum zaměřujeme právě na vedoucí služeb pro lidi s duševním onemocněním. Chci přijít na to, co je na té pozici náročné. Tohle téma vzniklo z mé zkušenosti ve službě a organizaci, kde jsme řešili fluktuaci vedoucích pracovníků po dvou letech. To je můj záměr. Přijde mi to téma zajímavé.

Tak jo, můžeme začít?

R: Ehm.

O: Jak se máš v práci?

R: No, jak se mám. No, já jsem...

O: Jak dlouho tady vlastně pracuješ?

R: No jako, abys měla jako kontext. Já jsem tady vlastně od toho ledna, takže a přišla korona, a tak jak tě tak poslouchám o té zátěži, tak si myslím, že něco tady nehraje. Ale zatím nemám teda jako asi nějaký názor na to, co to může být. Ale rozhodně vidím tu fluktuaci a prostě teď kolega odchází, vedoucí z jiné služby odchází, metodička odešla. A to je jen ta chvilka za mě a do toho v provozu je dost velký obměna toho týmu. Takže lidi odcházejí a teda jako vidím to. No, ale jako úplně co si o tom mám myslet, tak zatím nevím. Musím mi pomoci otázkami...

O: Je to zátěž?

R: Nono! Jakože určitě! Jako vím, že v nezisku...nebo mám tu zkušenosti, že to je normální nebo je to ta norma, ale možná to je dost subjektivní... kdo to, jak vidí... já nevím. Pro mě, co si myslím tak jako dlouhodobě, tak pro mě je náročné pracovat za peníze neziskové a v jednu chvíli máš pocit, že do toho dáváš strašně hodně, ale dostáváš strašně minimální peníze, kdežto jinde prostě máš x zpětných vazeb, že bys mohla dostávat třikrát tolik za ještě menší úsilí. Tak si myslím, že to je potom takový bilancování toho smysl práce a prostě poslání nějaké a prostě nějaký životní standard, co za to můžeš mít.

O: A co bylo tvým motivem jít do této pozice pracovat?

R: Jako pozice vedoucí?

O: Ano, proč vedoucí pozice a proč zrovna tahle organizace?

R: Hmm... kontext toho je takový, že já jsem pracovala, když jsem přišla do Prahy v jiné organizaci pracující s lidmi s duševním onemocněním, tam jsem dělala rok jako socku a potom jsem šla na vedoucí pozici, kde jsem dělala koordinátora služby. Vlastně to jsem se zapojovala do destigmatizace v rámci ústavu, kde jsem pracovala na částečný úvazek. A pak jsem tam měla nabídku, abych tam odešla na celý úvazek, tak jsem odešla z předchozí organizace úplně. A dělala jsem rok a půl v ústavu. A vlastně tam jsem měla takovou tu jinou zkušenosti, ne neziskovou prostě. Protože moje předchozí práce, a i při studiu byli prostě pořád v nezisku. Takže bylo fajn zažít to pracovat za jiné peníze a být trochu jako v tom jiném prostředí. Ale vlastně tak trošku se mi... asi se mi zastesklo za nějakou takovou tou pohodou toho nezisku. Ale... A tahle

organizace, protože jsem dělala v předchozí organizaci, kde vedle je tahle organizace, tak jsem tuhle organizaci jako vnímala úplně od začátku a stále myslím, že mi organizace a pořád jí tak jako vnímám jako svými aktivitami nebo jak se organizace prezentuje, tak je taková jako nejsympatičtější jo. Že stále všude jsem organizaci viděla, líbilo se mi to PR a vlastně tak nějak jak to zvenku působilo, tak to bylo fajn. Takže jsem si stále říkala, že pokud nezisk, takže chci tuhle organizaci. No a vlastně proč jsem se rozhodla jít sem, bylo, že jsem byla nějak nespokojená, jak to bylo v ústavu jako vedené, jakože ze strany vedení. Takže v té chvíli jsem strašně náhodou se podívala na nabídky práce a byla tam tahle pozice, takže jsem v průběhu třech dní rozhodla, že jdu sem. A byl to hrozně rychlý proces. Takže to nebylo žádný jako přemýšlení, prostě jsem sem přišla no.

O: A předtím v předchozí organizaci jsi pracovala jak dlouho?

R: Čtyři. Čtyři roky dohromady.

O: A jak to v předchozí organizaci vypadalo?

R: Tam je to malá služba. My jsme... pořád mluvím, jako my jsme. V předchozí organizaci jsou tři služby a vlastně jedna z toho byla, když já jsem tam nastupovala, že byl jen jeden pracovník pode mnou a potom peři. A byla tam rehabilitační skupina. Spíše se tam dělala skupinová práce a nějaký jako individuály. Spíš to byl nějaký jako nácvik dovedností, komunikací a taková dřívější rehabilitace, taková prvostupňová. Když ještě se ty lidé necítí na práci.

O: To znamená, že máš zkušenosti se soc.službou RHB a s cílovou skupinou.

R: Ano.

O: Jak jsi se tedy dostala do této pozice?

R: Já jsem začala dělat v ústavu jakoby regionálního specialistu destigmatizace. Já jsem prošla takovým půl ročním školení v ústavu, kde nás v té destigmatizaci vzdělávali. A potom jsem dělala toho regionálního a vlastně naší starostí bylo rozběhnout ty destigma akce, což se ze začátku jako tak pomaleji rozbíhalo. A to jsem vlastně dělala jenom nějaké asi 4 měsíce a byla mi nabídnuta ta pozice na plný úvazek, kde jsem dělala specialistu destigmatizace jako interní zaměstnanec v ústavu. A odtud jsem šla rovnou sem.

O: Měla jsi představy, jak tahle pozice bude vypadat a jaká je realita?

R: Liší se to hodně. Jak jsem vzpomínala teď, tak se mi postesklo za takovou pohodu nezisku... no proti ústavu jsem si to tak představovala. Protože ta předchozí organizace je jako menší než tahle organizace. A dost jsme tam byli i v takové konstelaci těch pracovníků, že tady to bylo strašně takové, že to mělo takovou hrozně rodinnou atmosféru. Ale tak dobře rodinnou, prostě jsem se tam strašně těšila na lidi. Prostě jednoduše to bylo takové neformální, že jsme tam byli tým 10 lidí, tak to bylo úplně něco jiného. No a vlastně...no úplně ta situace v současné službě byla, když jsem tam přišla, jakože úplně tragická, destruktivní, prostě totálně hodně zle. Takže jsem byla hodně překvapená. Protože jako jasný, že na výběrku ti úplně jako neřeknou, do čeho jdeš. A já jsem si tak trochu myslela, že si tak jako oddychnu. Že z toho ústavu tak jako přijdu a bude to pohoda, budu v nezisku a bude to všechno super. Já mám strašně ráda, jak jsou lidé nastavení v nezisku. Že všichni jsou mi nějak blízcí. A to tak nějak mám ráda na tom. Mám pocit, že když je nějaký konflikt, problém, tak vše jde jako nějak vykomunikovat. Tohle mám strašně ráda. A zatím všechny služby, kterými jsem prošla, tak to tak v nich bylo. No a to jsem trošku narazila, že v tom gastru je to

trochu jiné i jako komunikačně. A z toho jsem měla celkem velký šok, co se tam vlastně děje. Takže ta představa byla úplně jinde.

O: Takže čím se liší představy a realita?

R: Počkej, když už jsem nastoupila?

O: Představa o pozici, když si nastoupila a realita nyní.

R: Jo, tak to byla moje představa, že to bude snažší. No, že to bude takový, jakože ta práce je v něčem náročná, v něčem jako vyčerpávající, ale stále tam jsou takové, jako mimo těch peněz, tak je tam hodně těch benefitů takových těch pohody. Nemyslím to tím, že nic neděláš, ale že tam máš hodně těch lidí, takovou tu podporu a to no.

O: Rozumím. A jaké situace v práci považuješ za nejvíce obtížné?

R: No, nejobtížnější asi je jako udělat si pořádek v těch všech úkolech, které tam jako ke mně přicházejí zprava, zleva, a tak nějak se to nedá nějak úplně koordinovat. Tak vlastně si v tom tak nějak udělat takové škatulky, co, kdy, a vlastně si udělat nějaký dobrý time-management a vlastně si určovat priority. Protože když tak nějak jsem brala všechno, co se střílí, tak to je dost takové...

O: A odkud jsou střílené úkoly?

R: Odevšud se to střílí! Táhle na nástěnce mám napsané, že si neříkáme věci mezi dveřmi, ale prostě...já kde s kým mluvit, tak z toho vznikne úkol prostě. A porady ty jsou úplně zničující.

O: Jak se řídíš teda v určování priorit?

R: No... možná to není tak, že já si to umím určit. Určitě s tím mám problém. A vlastně pomáhá mi nějak se hodit do klidu a nemám tendenci řešit všechno naráz, protože tak celkem lehko do toho jako naskočím. A tak se snažím tak nějak si sednout, na chvíli se tady odpojit, protože v kavce je strašně těžké se nějak tak jako odpojit. Tak si nějak sednu rovně, zkouším si sepisovat nějakou strukturu do jakých dnů si, co kam dávám. A co mi hodně pomáhá je si určovat dny, kdy ani náhodou si tam nedám nic extra a jenom se věnuju úkolu, co je na nějaký půl den, co potřebuju udělat například nevím Highlander nebo něco metodického, a prostě si tam nemůžu pustit nic, protože když tam pustím jednu věc, tak už mi toho tam naskáče víc. Takže to mi tak nějak pomáhá si vlastně věci, já nevím, který vím, že fakt nejsou clientské, že někdo nemá zhoršený stav, a je to něco co se dá odložit, tak si nenapíšu do toho dne. Takže tak nějak si v tom dělám pořádek.

O: Mluvila si o prostředí služby, že je náročný – v čem je ta náročnost?

R: Já si myslím, že to gastro, že je jiné mít kavárnu a sociální službu, a mít restauraci a sociální službu. Myslím si, že do toho jdu úplně od začátku, že mi provozujeme restauraci, ale že mi nemám úplně jako finance na to být nějak konkurenčně schopný vůči restauracím, který to mají jako business, víš. Tímpádem ty věci se dělají tak jako neziskově, a tak trochu jako na koleni, a kdo ví co udělat, tak to udělá, a prostě nikdo nemá jako přesně dané, co je jeho kompetence, a je to trochu celé volné, a v tom jsem měla trochu problém i do teď se trochu jako zorientovat. Ono se jako oficiálně stalo, že kavka dostala vlastního vedoucího a ten má vše na starosti, tak se to jako vnímá, že já jsem teda jako vedoucí té kavky, ale vlastně hodně mé náplně práce je jakoby zdabované s tou provozní částí, a je to tam pak takové jako náročné. Teda jako ředitelka je v tom taková jako, tak si to jako nějak nastavte, ale je mi to takové jako náročné to pobrat, pochopit, kdo, kde. A potom vlastně já mám takový pocit, že musím



dohlížet na tolik věcí. Je fakt, že teď mám takovou super provozní, která je tak hodně samostatná, že jí v tom můžu nechat samotnou, že jí můžu věřit. Ale ta provozní, která byla před ní, tak fakt to byla jako katastrofa, a teď se přichází na ty věci, které tam jako nefungovali. Já si jako říkám, jestli já za tři měsíce, co jsem tam byla, jsem měla všechny tyhle věci vědět, a jakože od úplných blbostí, jak se zapisuje čištění trubek od piva až po jestli je teploměr v mrazáku... víš jako sociální pracovník asi nějak nezná HutsUp, ale samozřejmě jsem už prošla školením, ale prostě tak nějak se... jako musím si jako říct, co fakt ještě jo a co fakt už jako ne.

O: A co by ti v tom pomohlo?

R: Co by mi pomohlo mít jasnější ty pracovní náplně?

O: No, aby to pro tebe bylo méně náročné.

R: No já právě nevím, já si pořád tak říkám, že jsem tady jako krátce, a že si říkám, že teď je tady nová provozní a je tady měsíc, tak trošku si říkám, že přijde taková jako nová éra toho všeho, že si to jako nějak nastavíme, a podle toho budeme fungovat. Protože pak ty turbulence v tom týmu, a vlastně tím, jak se ti to celé střídá, tak je těžký něco nastavovat, když se tam pak furt točíme.

O: Co na tom bylo obtížného?

R: Nedělá to dobrou atmosféru, protože ten tým, který tam je, tak dlouhodobý lidi odcházejí, ty kteří jsou tam roky, a pak to na ty, co tam zůstávají to na ně jako dost padá. Dokola jako zažívají, že se děje tohle. A že vlastně jejich problém, jakože už snad není problém, že už se snad pochopili, ale že jsem tam dost bojovala s takovým tím jejich, že se nechtělo zapomenout na to, co bylo, a že jsme to tam museli jako strašně řešit. Já jsem od začátku chtěla říct, že koukám na to, co bude, a už se nehrabme v tom, co všechno bylo špatně jo. Že vlastně to bylo to, co mě v prvním momentě jako asi nejvíc demotivovalo, že se řešili věci, o kterých jsem neměla vlastně já, co říct, a každý chtěl jako, aby byla vyslyšena ta jeho stížnost, jak je to strašně na hovno, a jako kdyby každý můj nápad nebo jako návrh, který jsem směřovala jako do budoucnosti, že pojd'me to dělat tak, tak mi bylo řečeno, že to nejde prostě. A ono to tam ještě pořád je tak trochu zakořeněný, ale s tou novou provozní mám docela pocit, že si docela sedíme v tom, že se to tam snažíme trochu jako vyčistit.

O: A jak to jde?

R: Nooo... ono víš co ono to je celkem takové čerstvé. My jsme to řešili teprve minulý týden na supervizi a jestli a jak se to daří, to ti zatím neřeknu. Ale s odchodem kuchaře, což se táhne od kdy... no co jsem nastoupila v lednu, tak poslouchám, jak kuchař dává výpověď. A fakt to dělalo strašnej bordel v týmu, až tak, že jí nakonec dostal z naší strany. A v tu chvíli otočil a už nechtěl a vlastně se to táhne pořád. Dneska je snad poslední den v práci, co tak jako trochu nevím, co bude zítra... jestli tam přijde a bude tam sedět nebo nevím. Fakt jako jsem z toho taková... uvidíme. A abych se vrátila k tvojí otázce. Fakt jako jsme si to tady řekli narovinu, fakt jako, že chci, aby vlastně ta kultura toho, jak si říkáme informace a jak ty informační tolik jako tam fungují, tak aby se tím povedlo něco uvolnit. A ta supervize byla jako nějaká první věc, kde jsme si řekli dost otevřeně, jak to tedy je. Což mi přišlo vlastně fajn a vůbec si teda nejsem jistí, jak to bude fungovat. To vůbec nevím...

O: Takže tvůj nástup byl spojený s obtížemi?

R: Víš, co, třeba ta kuchařova výpověď přišla až na základě mých podnětů, protože on tam dělal strašnej bordel. A on byl velmi vyhořelý, když jsem nastoupila. Jakože fakt hodně. Jakože takový to, že tam přijde nový člověk a každý se tě ptá, jak se máš, jak ti to jde, víš ne, a oni na mě tak koukali prostě tak nenávistně...

O: Jak jsi to zvládla?

R: No strašně důležitá pro mě byla, že mi fandilo vedení. To jsem jako měla takové to hodnocení té zkušebky, a to jsem tam hodně zdůrazňovala, že mi jako hodně fandili. Že když jsem začala jako ukazovat na to, že s tím kuchařem je fakt těžká spolupráce, a že se jako už fakt nechová slušně ke mně, jako k vedoucí ale ani jako ke mně jako k člověku, jako k ženě, jako prostě absolutně základní služnost...tak prostě dostal nějaké napomenutí, a nenarážela jsem. Oni věděli, že já v té době, že byla náročná situace jako najít kuchaře, ale věděli, že to co on dělá, a že jsem se tam jako dusila, tak nějak mi neříkali, jako abych to vydržela, že je náročné najít kuchaře, ale jako mě v tom podpořili, víš. Takže vidina toho, že tam je nějaký proces, a že to kuchařovo chování bylo takové, že to skončí, tak to mi pomáhalo.

O: Napadne tě další náročná situace, se kterou jsi se setkala?

R: No, co se týče klientských věcí, tak vlastně za minulý rok se vystřídali tři vedoucí a tři provozní, a tým...tak tam nastalo něco, co bylo nastaveno ještě dávno od provozního, co jsme tak pochopila, tak se tak nějak strašně rozplizlo až to mělo nějaký dost velký vliv na klienty a na pravidla, které nějak oni dodržovali, nedodržovali. A měli jsme celkem náročnou situaci s jednou klientkou, která dva roky byla ve službě, a museli jsme ji ukončit teď, což bylo před nějakými dvěma měsíci, protože nedodržovala pravidla a vlastně tam stoické nějaké speciální postavení tam měla, protože asi tím, jak se měli pracovníci, tak nějak tak procházela. Nechci to jako říkat zle, ale já mám tak nějak ráda dané pravidla, ať jsou hlavně férové vůči ostatním, a teda prostě nevím, co se to tam stalo. Tak to bylo taky jedno z témat na supervizi.

O: A co v tom bylo náročné?

R: Víš co, těžké bylo to, že já jsem se nikdy předtím nesetkala, to asi bylo nejtěžší, že jsem se nikdy nesetkala s lidmi, kterým ty vezmeš práci a vlastně oni budou v nějakých existenčních problémech. Víš, že když klientka, když byl koronavirus a my jsme zavřeli restauraci, tak ona přišla, zda bysme nemohli jí nějakou směnu...že zda jí nemůžeme půjčit peníze, že má 30 korun na dva týdny, a to je dost jako brutál. Vlastně klienti v tom Baobabu, chodili na skupiny a řešili si tam ty svoje věci, ale nikdo neměl fakt jako takovéhle problémy. Tak to bylo pro mě...jakože to, že ona nedodržela ty pravidla, bylo pro mě náročné, když ona žila předtím na ulici, a vlastně že měla blízko tomu, aby se to zopakovalo.

O: Napadnou tě další náročné situace, které jsi zažila?

R: Tohle byla taková jedna. A pak vlastně pak jsem měla jednoho zájemce, který má nařízenou ústavní léčbu, a vlastně za napadnutí, jakože fyzickou agresivitu, jako napadnutí policajtů. A už jí má nařízenou potřetí tu léčbu. A teda když mi tohle řekl, tak to bylo úplně nové, ještě jsem se s tím předtím nesetkala. Jakože ten člověk má tu duální diagnózu a vlastně též žil na ulici, a teď ty jeho zakázky jsou jako fakt super, ráda bych je podpořila, ale mám v tom takovou hodně nejistotu. To jsem fakt nezažila. My jsme byli tady na schůzce, jako bylo to v pohodě... jsem nějak otevřená tomu, co říká a snažila jsem se doptávat, co to

bylo, tak říkal, že zlobil...že když se napije, takže zlobí. Tak jako chlap, který nebyl vůbec jako takový ten člověk, co má psychózu, že je takovej jako pomalejší, a že když podepisoval ten papír, tak skoro udělal do toho papíru díru, jak měl tu tenzi, úplně byl takovýhle... Takže jsem přemýšlela nad tím, že kdyby se mu opravdu nelíbilo něco v restauraci, v kuchyni, tak jak by to řešil...

O: Bylo by jiné vést službu pro jinou cílovou skupinu?

R: No to nedokážu popsat, když nemám tu zkušenost. Já jsem předtím ještě pracovala s injekčními uživateli drog a s ženami v sexbyznise. A vlastně hodně z nich mělo nějaké duševní onemocnění. Ale tyjo...já nevím, to je dost těžká otázka.

O: Dobře... tak liší se nějak vaši klienti?

R: No, tím, že jsem pracovala na destigmatizaci, tak je pro mě velmi náročné se vyjádřit nějak nestigmatizačně a popsat naše klienty. Protože...no to je tak strašně individuální, že nevím, jak se dají popsat lidé s duševním onemocněním. Prostě různě. Já nevím. Většinou, když vysvětluji lidem, co o tom nic nevím, co dělám já, tak jim říkám, že tím, že předpokládám tu stigmatizaci a vím, jak je většina společnosti jako nastavena, tak začínám tím, že pracuji s lidmi, kteří mají nějakou zkušenost, mají nějaké limity, ale vlastně dá se s těmi lidmi nějak pracovat a mají možnost se zotavit, a my jim pomáháme v té úzdravě, v tom zotavení se, takže vlastně mají, když se někdo ptá, takže tak mají nějaký limit v tom, jak zvládají stres, jakou mají koncentraci a tak...

O: Určitě nejde o nějaké nálepkování. Jde o to podívat se na zátěž, když pracujete s lidmi s duševním onemocněním.

R: Hmm...no, já si to neumím představit jako pracovat s někým jiným. Neumím si představit, jaké by to bylo třeba pracovat s lidmi na vozíku, nevím, jaká mají třeba omezení. A strašně to záleží potom od zda je to člověk, který má úzkosti nebo má poruchy osobnosti nebo má schizofrenii.

O: A mezi nim je jaký rozdíl?

R: No zase musím nějak škatulkovat a strašně se mi do toho nechce.

O: Ok. Tak nemusíme.

R: Jako povím, že co máš za poruchou osobnosti...strašně moc služeb, teď se to teda maže, ale že vysloveně brali lidi, kteří měli nějaké psychotické onemocnění, nechtěli brát lidi s poruchou osobnosti nebo u nich měli nějaký limit nastavený, tak mohl být jeden člověk dejme tomu na skupině. To bylo, když jsem přišla do předchozí práce tak takhle to bylo. A mě se to jako nelíbilo, že v rámci toho zotavení, tak jsme to jako začali zkoušet a najednou jsem měla na skupině tři lidi s poruchou osobnosti a vlastně to má nějaký jiný projev a jako má tendenci jako skupinu tak jako narušovat, ale vlastně jsem to tak nějak zvládala. Takže to byla moje zkušenost, která mi potvrdila, že bych to úplně nechtěla.

O: Co je náročné ještě v práci, když doprovázíte lidi v zotavení?

R: No náročné je to, že neovlivníš to, co se tomu člověku děje jako v životě a jaký to má pak dopad na jeho psychický stav. A že vlastně to, co už dejme tomu, se už nějakým způsobem zotaví, tak velmi lehko spadne zase zpět. A že vlastně my se snažíme o něco, ale tak nějak neumíme splnit všechno. A tak můžeme jen zkoušet zvládat způsoby a nějak předpokládat a nějak, ale...

O: A o co se snažíte ve službě?

R: No konkrétně v restauraci tréninkové se snažíme vlastně o nácvik dovedností, které mají pak člověka přivést na otevřený trh práce, a kde by vlastně mohl fungovat. Těžko to vysvětluji někomu, kdo o tom nic neví, tak říkám, že člověk, který má nějakou ataku a je pod vlivem na začátku medikace, potřebuje si na to nějak zvyknout jako celkově, úplně jako je rozbitý, unavený po tom, co se mu stalo, tak je potřeba ho nejdříve začít nějak jako rehabilitovat. A to co děláme my, takže vlastně dáváme mu prostor na to mít ten režim denní, mít nějakou náplň dne, a vlastně... a není to jako nějaká náplň jak v chráněné dílně, nechci to jako snižovat, ale já kdybych se zbláznila, a mě by řekla, tak si tady dělej s hlínou něco co bude vypadat vlastně hrozně, tak by mě to úplně tak nebralo jako ta reálná práce, kterou jako vidíš... že jako nandáš to jídlo a to odneseš ho někomu na stůl. Že je to takové jako reálné. Že vlastně to má nějaký...

O: Mluvila jsi o náročnost gastro oblasti a sociální služeb, co je na tom náročné?

R: No prostě udržet to nějak atraktivní pro ty zákazníky, protože my máme tu jako dobrou pozici, že jsme docela v centru města, a tahle oblast je velmi specifická v tom, že je tu hodně dobrých podniků a my vlastně jsme nezisk a nemáme úplně finance investovat do toho, aby ten podnik nějak vypadal, abychom zaplatili ty lidi nějak nadstandartně. To má pak vliv jak se ty lidi v tom gastře mění u nás. A vlastně asi nejsme úplně tak pěkní jako jsou jiné podniky. A upřímně já jsem do naší restaurace, když jsem předtím tady nepracovala a chodila jen proto, že jsem chtěla podpořit tu myšlenku, ale teda vůbec jsem se tam necítila jako dobře.

O: Co by se muselo změnit?

R: Finance, zaplacení lidí, předělání restaurace... Myslím, že by... teď jsme dost v nějaké ztrátě a potřebovali bysme to nějak nakopnout. A myslím si, že nevím, co bylo historicky, ale teď jsme fakt v situaci, kdy je tam x roků nepředělaný interiér, prostě strašně to je vidět a jednoduše nejsme tak atraktivní. A můžeme těžit jen z toho, že jako dobře, máme dobré jídlo a vlastně máme tu myšlenku nějakou s přesahem.

O: A ty jako sociální pracovník řešíš taky provozní věci?

R: No, ano! Ano! To už mi ani nepříjde. Jasně jsem manažer, jsem sociální pracovník, a ještě teď dělám do gastrobusinessu. Já jsem stavbyvedoucí teďka, protože já teď koketuju s dělníky a s designery. Před tebou jsem mluvila se zedníkem, jestli v pondělí přijde a vytrhá nám obložení. A on se mě ptal na rozměry, tak jsem hledala půdorysy. A potom minulý týden mi volala designer, jestli nezměřím výdejové okénko. Tak jakože koukám, že to jako nemáte laser, abyste si to změřili? To já tam mám jako jít s výtahovacím metrem a tam to to? No, takže když mě pěkně poprosil, tak co jako, co neudělá sociální pracovník... jde a jde měřit okénko.

Tak samozřejmě, když kuchař je naštvaný a řekne, že jako neupeče, tak já upeču, že jo. Takže ráno cestou do práce natrhám kytičky na poli... Haha. A víš co, abychom měli na stole pěkně kytičky.

O: Očekávala jsi, že tohle bude také náplní tvé práce?

R: To jsou ty věci, které mě trochu baví. To je to, čím se trochu sama potěším, a vlastně tady nějak mi to bylo řečeno, a já jsem celkem ráda, že do toho gastru já můžu tak mluvit, protože gastro a jídlo to je jako moje téma, takže to je pro mě ta věc, co mě nabíjí. Stavbyvedoucí teda nechci být, to jako ne, to je úplně šílený, ale to je jídlo je lákavý.

O: Co je ještě zátěžové na tvé práci? Zátěž myslím, co je pro tebe náročné...

R: Nooo... Dneska konkrétně mě celkem vystresovalo to, že jsem tak nějak nevěděla, že musím do dneška mít zapsané věci v Officu. Je to jako o vzdělávání informace, supervizích. A že jako na jedné straně je super, že mi tady máme hodně těch systémů jako Trello, Offico, prostě strašně moc takovýchle, kde musíme, kde co zapisovat. A to mi přijde takové, že nejradši bych měla excelovskou tabulku, a nejradši bych neměla na všechno nějaký nástroj. Jako je tu hodně administrativy a potom je tu strašně moc různých porad, které berou strašně moc času, a porad, supervizí, intervizí. Že vlastně na jedné straně mi přišlo, když jsem sem přišla, že takové jako promakaný tady, jakože hrozně super, ale to se nedá jako stíhat ještě s tím, když máš mít klientskou práci. To je takový strašně nahuštěný, že já už mám pocit, že už se nechci s nikým o ničem bavit.

O: Kdo to takhle nastavil ten systém?

R: To bylo už, už to tady bylo prostě nastavené, když jsem nastoupila. To si pamatuji, že se jenom zorientovat v tom, co jsou všechno tyhle věci, patronské, příjmové a takové, a ještě potom ty pikniky, výjezdy a všechno tohle...

O: Co by ti v tom pomohlo?

R: To zatím nevím. Na to jsem tady ještě fakt moc krátce. Protože ještě ty dva měsíce, to byla korona, takže to nefungovala tak jako normálně. Já nevím, já bych tady potřebovala to víc zažít, nedokážu to teď ještě říct.

O: To je v pořádku. Z předchozí práce máš jinou zkušenost?

R: Nene, tam to tak vůbec nebylo. Ani v jedné z prací. Zároveň jsme byli menší tým. Ale ono to bylo asi i v té náplni té práce toho člověka, co to vede. Že tady je asi víc těch úrovní, na kterých se musíš zapojovat. Tak například dělám příjem, musím být přítom na příjmové poradě. Mám klienty, takže musím být na patronské poradě. Pak jsem taky na poradách managementu, pak musím být na poradách já nevím, toho gastro týmu. Pak každý týden na poradách jenom mě a provozní. Hmmm... a potom tahle všechna agenda je i na úrovni, co se týká supervizí, a potom jsou ještě extra intervize. A pak jsou ještě celo organizační, jakože porady a setkání a tak.

O: Takže je to velký balík práce a na různých úrovních?

R: Ano. Ono to, jakože dává smysl, že to tak nějak je, ale nějak tak nevím... se to nedá stíhat.

O: Trávíš tedy víc času v práci?

R: Nene, to si právě hlídám, protože si to prostě hlídám. To už jsem se naučila, že nemůžu pracovat víc jak osm hodin, že někdy prostě je nějaká situace, že s tím nemám jako problém. Ale fakt si to jako hlídám. Maximálně mám 2-3 hodiny přesčasů, které si potom vyberu.

O: Musíš v tom být na sebe přísná nebo je to tvá přirozenost?

R: No to je asi nějakým dorostením do toho. Prostě jsem takový dost výkonnostní tým, a dost se jako přepaluju, ale už jsem na to dost jako doplatila na to. Takže to mám teď fakt tak jako nastavené, že to je jen práce, a že jako čau, zavírám. Ani o víkendu nepracuji.

O: Takže míváš čistou hlavou mimo práci?

R: no jen tak někdy v neděli večer na mě padne taková jako nechť z toho, že zkončil víkend, ale to je asi tak jako všechno.

O: Co by se muselo stát, abys řekla, že to tady za to nestojí?

R: Pro mě je strašně...nebo jako nejdůležitější ty vztahy na tom pracovišti. Že dejme tomu, že v tom týmu gastroprovozu je to jednou tak a jednou tak, a tak uvidíme. Ale nějak věřím tomu, že se jednou sladíme nějak, ale vlastně kdybych fakt necítila podporu z vedení, tak by to pro mě bylo tak jako, že mi to za to nestojí. Anebo kdyby se mě nějak osobně změnila jako životní situace, že by mi ty peníze jako nestačily. Mě přijde tak jako strašně vtipné, tak jako celkově, že je to strašně špatně slazené to téma, že tady máš být jako odborník na různých úrovních až jako po stavbyvedoucího, máš vlastně, když tě přijímají, tak vidíš ty výběrka, že máš mít minimálně jako výcvik započatý, máš mít jaké já nevím dovednosti, a plat jako odpovídající neziskovému sektoru. Ale nebo když už jen se chceš vzdělávat a investovat do toho ty peníze, tak jakože asi z těch 30 tisíc nebo kolika, což jako myslím, že ještě naše organizace jako platí dobře na nezisk, tak já jako nevím...

A ještě promiň, když vidíš, že v Lidlu mají prodavačky stejné peníze.

O: A co se s tím dá podle tebe dělat?

R: No nic tak já nevím, mě jako mrzí, že Centra duševního zdraví, že zdravotník tam má větší plat ten sociální pracovník, víš. To mě fakt jako trochu mrzí. Že jsi jako nějak tým a pracuješ jako na stejné úrovni, a jeden má víc a jeden míň... a zdravotník myslím jako zdravotnická sestra, ne jako psychiatr.

O: Má tady pro tebe takovou menší jakoby hru. Dám ti papírky a na každý z papírků napiš jednu zátěž, která tě napadne. Cokoliv tě napadne, ať jsme o ní mluvily nebo ne. A pak se o jednotlivých zátěžích budeme bavit a na tobě bude jednotlivou zátěž ohodnotit, kolik bys dala za to, aby zmizela jednotlivá zátěž z tvého pracovního života. Během povídání můžeš měnit ty hodnoty. Je jen na tobě, jak to ohodnotíš. Jde prostě o to, že zaplatíš nejvíce za zátěž, která je nejvíce náročná.

R: Hmm. Ok. A jak hodně času na to máme?

O: Tohle je poslední o čem budeme mluvit.

R: Jo, tak můžeme začít? Říkej vše, co tě napadne a já se budu kdyžtak doptávat. Díky.

O: Tak jako první mám nestabilita týmu. To už jsem říkala. Hmm... jako myslím si, že celou tu atmosféru a úplně jako všechno i co se týká nějak i tu klientskou práci, tak ovlivňuje to, že se tam ti pracovníci točí.

R: Jak to potom ovlivňuje klientskou práci?

O: No třeba teď to, že klienti odcházeli. Tři klienti odcházeli ze služby a všechny v hodnocení uvedli, že jim to teda jako přišel brutál jak se tam točili lidi, a že často jim nebylo příjemné, že vůbec nevěděli, kdo s nimi je v kuchyni právě a kdo je na baru, a vůbec to tam nebylo podchycený, aby s tím byli jako seznámený. Že tam se jako točilo asi 50 brigádníků. Jsem se chodila ptát provozní, kdo to tam jako je, kdo to jako jde do kuchyně. Takže jsem jako koukala, že jako co to je. Mimo to, že tím, že ten náš kuchař byl jako dlouhodobě frustrovaný, že se tam točili ti kuchaři, tak vlastně to mělo dopad na to, jak on komunikoval, jak byl naštvaný. A potom vlastně ta atmosféra v kuchyni byla jako brutální. A klienti to

jako takhle reflektovali, ale nikdo to jako dál neřešil už. Takže já jsem z toho byla celkem jako šokovaná, bylo mi to líto, že se to jako dlouho neřešilo.

O: A čím myslíš, že to je, že se lidé takhle točí?

R: No tím, že kuchaři jsou zvyklý brát v gastro provozu tak 60-70 tisíc na té úrovni jako my nějak vaříme, my nejsme jídelna. A když chceme, aby to nějak vypadalo, a ještě jsme vegetariánsko-veganští, a ještě tam chceme po tom kuchařovi, aby uměl nějak komunikovat, aby věděl, jak zaučit klienty, že to není tak jednoduché a dáme mu za to 30 tisíc. A i toto je velmi důležitá věc, proč se lidé takhle točí.

O: A napadá tě, co s tím?

R: A proto nám právě teď docela zahrála do karet ta situace s korunou, a máme teď vlastně super kuchaře, a já jsem za to strašně ráda, a doufám, že nám jako pak neodejde, protože já si jako pak myslím, já to říkám úplně jako od začátku, udělejme nějaký jako bistro, něco, co nebude náročné jídlo, kdy nebudeme odkázáni na kuchaře jako. Jo, přemyslím nad tímhle konceptem... Jako určitě to беру jako úplně od začátku by mi to přišlo jako nejrozumnější řešení. A ze strany vedení, jako od ředitelky tak bylo pojďme zkoušet změnit koncept. A na základě toho, že ekonomický ukazovatel k tomu spěje. Jedině, že by nám ta korona teď k tomu pomohla no. Protože jako fakt máme největší problém udržet toho kuchaře v kuchyni.

O: Chceš k tomu dát hodnotu?

R: Víš, co asi takhle to tam můžeme nechat. Tak já to nějak jako odstupňuju ty hodnoty. A je to. (foto)

O: Tak co máš to druhé?

R: To druhé je finanční ohodnocení, které v současné chvíli nějak netrhá žili, protože mám manžela, takže když jsou příjmy ze dvou stran, ale úplně mi není příjemná představa, že jsem jako závislá na tom, že s někým žiju. A zase já úplně bych nerada slevovala z nějakého životního standardu kvůli prostě tomu, že pracuju v neziskku.

R: Potom tam mám jako neohraňovanost pracovní náplně nebo jako celkově mám pocit, že co jsem si jako začala všimnout, že v tom vedení je v tom nějaký jako problém, který se tady jako dlouhodobě jako točí, že nejsou jako nějak striktně nastaveny kompetence, a že vlastně ty nějak ty úkoly různě plynou. A že by tam jako za mě mělo tak nějak vzniknout lepší vymezení.

O: A kdo by to měl vymezit?

R: No já si myslím, že konkrétně ředitel. Hmmm... já jsem to myslela tak jako obecně, že lidé si tak jako na to stěžují. Ale když to vztáhnou konkrétně na sebe jako, tak je to na jednu stranu jako něco příjemného, prostě jako si sem tam natrhat květinu, to si jako nepíšu do pracovní doby, ale že... na jedné straně je ta volnost příjemná, ale na druhé straně... víš, co chci říct, že někdy by bylo fajn vědět, že ty jsi vědomá a máš právo na to to a to. A ne tak, tak se teda dohodněte, jak to teda bude.

O: Co by se muselo stát, aby se to zlepšilo?

R: Víš co, já se zatím nechci bavit jako, že to je nějaký problém jako problém. Já chci teď věřit tomu, že něco nějak si nastavíme teď, a to bude jako fungovat. A zase na druhou stranu jsem se tady ještě nesetkala s tím, že bych nebyla vyslyšená.

O: Tak už teď mluvíš o velkém balíku práce?

R: Jo, nebo já jako nevím tak nějak těch úkolů je tak nějak hodně, že z každé strany se jako sypou a ani se jako nedají zařadit do těch jednotlivých pracovních zářezek tak jako všechno, a že vlastně potom mám pocit, že hrnu před sebou ty úkoly. A že fakt jako mám to dané, že jako nebudu pracovat víc jak jako osm hodin, ale asi jako časem se může stát, že už toho mám takovou hromadu, že...

O: A jak by se to stalo?

R: No, že prostě nejsem si jistá, že to všechno, co se jako valí, že se jako dá stihnout za těch osm hodin práce.

O: V čem je to teda náročné?

R: Je toho prostě hodně, je to hodně zodpovědnosti a všeho... No asi takové to, že to nikdy jako nekončí, že si nikdy nemůžeš říct TAK a je prostě pátek a ty jsi stihla všechno, a nemusíš jako přemýšlet, co jako další týden. A teď jako je to tak, že sedíš a přepisuješ ty úkoly různé.

O: A v tvých předchozích zaměstnáních to bylo jiné?

R: Jo, že právě tam má vlastně jako zodpovědnost pouze za tu službu a úplně jsem jako neviděla to, jak to mají ostatní, a taková jako ta manažerská úroveň toho tam jako, co tady do toho spadá, tak tam to vůbec nebylo. Tak to jako řešila jako ředitelka a já jsem se jako starala o tu naši minislужbu, o tu propagaci a o klienty a tak. A co se týče jako manažerských věcí, tak to vůbec.

O: Co myslíš těmi manažerskými věcmi?

R: Tak jakože to všechno, co jsem tady popisovala jako jaké tady jsou všechny ty úrovně, tak to všechno tam nebylo. Tam to všechno řešila jako ředitelka. Jako ve smyslu zapojování se do jako do nějaké metodiky, do některých projektů, zapojení se, kdy do čeho, to jednoduše jako ne. Tam to bylo jako o klientech, o tom, zda mají program, co budeme dělat, a o tom, aby byla propagována služba, a aby byl příjem klientů.

O: Jak je možné, že to bylo v předchozím zaměstnání jiné?

R: No víš co, ono to jako nebylo dobře nastavené. To si určitě jako nemyslím. Že tam jako každé dva roky, každý rok všechno jako měnilo, a vlastně ta ředitelka tam byla tu nejdelší dobu, a tak to tam padalo jako na ní. Ona byla jako jediné vedení, tam nebyl žádný mezistupeň jako. Tam byli jednotliví pracovníci jako koordinátoři služby a ředitelka, víš. A jednoduše jako absolutní podstav vedení jako. Že jako mi psala ředitelka, která psala, jestli nemám nějaký výstup nebo nějaké fotky z něčeho, jestli si nevzpomínám, protože ona dělá závěrečnou zprávu z něčeho. A tady je to rozdělené, každý si dělá tu jako svoji službu, ale ona dělá furt jako všechno.

O: A když jsi cejtla nějakou sounáležitost?

R: No jasně! To rodinné jako to bylo blbé slovo. Ale jednoduše – já jsem jako odešla, ale nejbližší lidi jsou mí tam. Jedna věc je, že já jsem jako přistěhovala a jako začínala jsem tady úplně jako na novo a jako ty lidi v minulé organizaci, tak z toho mi vznikli nejbližší lidi, se kterými mám kontakt do teď. To jako jednoduše asi takhle proto tak pěkně popisuju tu předchozí zkušenost v práci.

O: Myslíš, že to vznikne i tady?



R: Hmm... noo... je to asi jako moc brzy hodnotit, ale jako určitě jako vidím, že v tom týmu toho gastra je to jako tak nemožné, že to tak prostě vůbec nemůže být, a vlastně to tak ani nechci. A nooo... uvidíme.

Jako tak jak jsem to teď v tom provozu zažila, jak to bylo náročný, tak si jako rozhodně teď nemyslím, že bych to chtěla jako.

O: Ok. Tak co tam máš dál?

R: No dál tam mám určení priorit úkolů. A to vlastně souvisí, aha, to vlastně souvisí s tou neohraničeností té pracovní pozice dost. No. Jakože prioritu mají vždy jako klienti, a co jim se děje. A když je to jako tohle nějak vyřešené a neděje se jim jako žádná akutka, tak jsou tu ještě ty všechny další věci, co tady padaly...

O: Jak balancuješ, aby byli klienti na prvním místě?

R: Víš co, dá se to, ale je to z velké míry, že ta pracovní asistentka naše pracuje velmi dobře, a že já jako se o ní můžu jako opřít vlastně v tom, že ona je tam nonstop. Ona má vlastně celý úvazek oproti tomu, jak to bylo před tím, to je jako změna. Takže já jako vím, že kdyby něco bylo, tak se o tom dozvím. A já tam vlastně jako chodím taky každý den, a tak nějak se jako ptám těch lidí, a nějak jako myslím na nějaké to, kdyby někomu bylo jako fakt akutně zle, což jsem se dnes jako dozvěděla, že klient vysadil nějaké léky, a už tam mám jako varovný prst a jako už si s ním chci dát schůzku. Ale víš jako už je dobrý, že to vím. Že to nějak mezi řečí jako řekl. Je určitě důležité tam i trávit čas. Jako být tam a sedět tam je vlastně strašně důležité.

O: Napadnou tě ještě další náročné situace?

R: No jako úplně nejobtížnější situace byla jako s tím našim kuchařem a okolo té jeho výpovědi, to jako bylo úplně nejobtížnější. Protože to jako bylo nejasný. Že fakt to trvalo jako od začátku, co jsem nastoupila, a ještě pořád tady kuchař je. Ale byla jsem jako kladně ohodnocená za to, že jsem do toho „řízla“. Ale zase on jako dostal napomínky, ale jako nikdo to nechtěl jako řešit jako takhle. Jako já vím, že on má taky jako někdy lepší a horší období, a já jsem jako zrovna přišla do toho fakt jako horšího, zlého no. Jako člověk jako z nezisku nebo já nechci ani říct, že z nezisku, ale jakýkoliv člověk na mě nemůže jako zvyšovat hlas jako.

O: Co je na tom bylo náročné?

R: Jako, že si musím obhájit tu svou pozici. Jednak jsem jako mladá, jsem žena, a myslím si, že ten můj nástup byl jako náročný v tom si jako hned říct, že některé věci jako akceptuješ a do jaké míry. A já jako když jsem tam přišla, tak se jako zorientovat v tom, že jako já nevím... se řeklo, že jsme tu jedna velká rodina, ale to je prostě jako absolutně pak o tom nedodržování hranice a to se pak zrcadlilo v tom jak klienti jako dodržovali hranice a fakt jako velký bordel. Číšník mi jako řekl: „ahoj kočko“. A fakt jako takovýhle jako pecky asi jako první tři čtyři dny. A další člověk, který tam přišel něco opravovat, tak jako mě zval do sauny. Takže jsem jako koukala, kde to jako jsem. Takže bylo jako náročné přijít a nebýt hned za krávu, pardon. Ale si tak jako nastavit ty hranice.

O: Napadne tě ještě něco dalšího zátěžového, co se ti třeba v práci opakuje?

R: Já myslím, že jsem tak nějak, že tohle jsou ty hlavní body jako.

O: Měla jsi vážně těžký start, tak ti přeju, aby to bylo lepší.

R: Jo, já si opravdu myslím, že bude, protože fakt jako máme nového kuchaře. Fakt vypadá jako perfektně, fakt jako vařil na supr místech a je neskutečně

šikovný. Tak snad nám jako neodejde. A nová provozní naskočila prostě a dává do pořádku fakt takový jako hnoje, že fakt ji děkuju každý den.

## **Příloha č. 2:**

### Projekt diplomové práce

KATEDRA ŘÍZENÍ A SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICKÝCH A  
SOCIÁLNÍCH ORGANIZACÍCH  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Zaměření: Řízení

Jméno: Bc. Antonie Chrástecká

Osobní číslo: 91261945

Imatrikulační ročník studenta: 2018

**Předběžný název připravované DP:** Zátěž u vedoucích pracovníků sociálních služeb (Zdroj zátěže a práce s ní u vedoucích pracovníků služeb pracujících s psychiatrickými klienty)

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

**Formulace a vstupní diskuse problému. Popis výchozí a předpokládané cílové situace nebo otázky popř. hypotézy, na které by měla práce odpovědět. Co autor o tématu ví, proč ho považuje za relevantní – na základě studia odborné literatury, vlastních zkušeností.**

V diplomové práci se zaměřím na zátěž sociálních pracovníků, kteří vedou sociální služby určené pro lidi s psychiatrickým onemocněním. Sama jsem na této vedoucí pozici pracovala a fluktuace vedoucích pracovníků byla vysoká – opouštěli tuto pozici v průměru po dvou letech, což považuji za krátkou dobu setrvání v zaměstnání a v organizaci to bylo tématem. Tuto zkušenost mají i v jiných organizacích pracujících se stejnou cílovou skupinou. Ráda bych se tedy zaměřila na zjištění zdrojů této zátěže a jak s těmito zdroji vedoucí pracují.

Diplomová práce bude mít teoreticko-empirický charakter. Na začátku své práce definuji a popíši zátěž a její možné zdroje na základě, kterých může docházet u pracovníků k dlouhodobému vyčerpání, a to vést k syndromu vyhoření. Shrnu také základní poznatky o syndromu vyhoření a stručně srovnám rozdílný přístup k němu v některých zemích.

V empirické části provedu výzkum s kvalitativním designem. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zaměřím na zjištění zdrojů zátěže a stresu, a na to, jakými způsoby vedoucí pracují se zdroji svého přetížení a

jak se věnují své psychohygieně (kde vidí nedostatky své, organizace či vzdělávacích institucí).

Jak uvádí Ptáček (2013, s.22): „*syndrom vyhoření je důsledkem chronického stresu a obecně nadměrné pracovní zátěže a může na něj navazovat celá řada dalších obtíží psychických, somatických a tím i v oblasti pracovního výkonu a sociální přizpůsobení.*“

Je tedy důležité se tomuto tématu věnovat, aby se nacházely zdroje nadměrné pracovní zátěže a systematicky se s nimi pracovalo. Sami pracovníci i celé organizace by měli mít zájem na aktivitách vedoucích ke snižování potenciálních rizik vyhoření u pracovníků a tím ke snižování jejich fluktuace – získají tak zkušené a spokojené pracovníky, kteří jsou tím nejcennějším, co organizace mají.

### **Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat zátěž u vedoucích pracovníků sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, popsat její zdroje a způsoby, které využívají pracovníci a organizace v prevenci proti syndromu vyhoření, ke kterému může tato dlouhodobá zátěž směřovat.

Práce má sloužit jako zdroj podnětů a inspirace pro vedoucí pracovníky, organizace i vzdělávací organizace – jakým způsobem by mohla být zlepšena práce se zátěží jako prevence syndromu vyhoření a tím sníženo riziko fluktuace vedoucích pracovníků.

### **Teoreticko-metodologické východisko, pracovní postupy, resp. výzkumné metody a techniky.**

Zátěž, stres a resilience (nebo-li odolnost) jsou pojmy propojené se syndromem vyhoření a pro mou diplomovou práci a výzkum zásadní.

Zátěž je způsobena stresory a pod jejich vlivem může v organismu vznikat stres (Plamínek, 2013). Co je považováno za stresory se může u každého jedince lišit. O jaké konkrétně se jedná u vedoucích pracovníků bude zjišťováno v rámci této práce.

Všichni autoři poukazují na spojitost mezi stresem a rozvojem syndromu vyhoření. Maslachová (1998) považuje emocionální stres jako jeden z rizikových faktorů a spouštěč rozvoje vyhoření. Zdrojem stresu je dle ní emocionální zátěž vycházející ze stálého kontaktu s lidmi. Vedoucí pracovníci v sociálních službách jsou v každodenním kontaktu s lidmi – řídí tým pracovníků, spolupracují s vedením organizace, a zároveň se stále věnují přímé práci s klienty.

Kebza a Šolcová (2003) uvedli jako jednu z pěti položek definice syndromu vyhoření právě to, že příčinou je chronický stres. Stejně tak Michael P. Leiter (1991) zahrnuje chronický stres do své definice syndromu vyhoření. Dle něj se jedná o emocionálně-kognitivní reakci na chronický stres v prostředí pomáhajících profesí a pro jeho zvládnutí je nutné se zaměřit na jeho zdroje v pracovním prostředí.

*„Syndrom vyhoření je tedy důsledkem chronického stresu a obecně nadměrné pracovní zátěže a může na něj navazovat celá řada dalších obtíží psychických, somatických a tím i v oblasti pracovního výkonu a sociální přizpůsobení.“* (Ptáček in Ptáček, Raboch, Kebza a kol., 2013, s. 22).

O velikosti stresu, který působí v organismu, rozhodují dvě veličiny (Plamínek, 2013): *„zátěž, která na organismus působí, a schopnost organismu tuto zátěž snášet (odolnost).“* Tuto odolnost konstrukcionistický přístup, ze kterého vycházím i ve svém výzkumu, popisuje jako výsledek interakcí (*negotiations*) jedinců, jejichž cílem je získat jeden od druhého a od prostředí životní zdroje (Ungar in Šolcová, 2009), a tak si jedinec může zachovat duševní zdraví i za nepříznivých podmínek.

Ve výzkumné části diplomové práce proběhne kvalitativní šetření vycházející ze sociálně-konstruktivistického paradigmatu, ve kterém není realita neměnná, ale je vytvářena prostřednictvím sociálních procesů.

Použiji metodu polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky služeb určených pro dospělé lidi se zkušeností s psychiatrickým onemocněním na území hlavního města Prahy (např. organizace Green Doors, organizace Fokus, Baobab a Bona). Organizace budou vybrány dle místa poskytování sociální služby s minimálním počtem 10 pracovních úvazků na organizaci.

Respondentů bude 8-10. Jedná se o aktuálně pracující na vedoucích pozicích i ty, kteří již svou pozici již opustili. Tito respondenti budou přímo osloveni pomocí emailu s vysvětlením, o jaký výzkum se jedná a co je jeho cílem. Následně budou data analyzována, interpretována a zasazena do kontextu. Přímé oslovení zkombinuji také s tzv. „sněhovou koulí“ – tzn. další účastníci výzkumu budou doporučeni přes stávající.

Kritéria výběru:

- Vedoucí pracovník registrované sociální služby pro lidi s duševním onemocněním – ambulantní, terénní i pobytové formy.
- Jedná se o sociální služby v rámci Nestátních neziskových organizací.
- Praxe na vedoucí pozici alespoň tři měsíce.
- Vedoucí řídí tým skládající se minimálně ze tří pracovníků bez ohledu na výši úvazku či druh pracovní smlouvy.

### Hlavní výzkumná otázka

- 1) Jaké jsou zdroje pracovní zátěže u vedoucích sociální služeb pracujících s lidmi s duševním onemocněním?

### Další výzkumné otázky

- 1) Jak je s těmito zdroji pracováno na úrovni pracovníka?
- 2) Jak je s těmito zdroji pracováno na úrovni organizace (z pohledu pracovníka)?
- 3) Jak na zdroje zátěže reagují vzdělávací organizace (z pohledu pracovníka)?

### Harmonogram:

Září – prosinec 2019	Studium literatury, oslovení respondentů
Prosinec – leden 2019	Příprava scénáře polostrukturovaného rozhovoru, provedení rozhovorů
Leden – únor 2019	Analýza dat a jejich zpracování
Březen – květen 2019	Finalizace Diplomové práce

### **Předběžná bibliografie k tématu, včetně zahraniční (celkem v rozsahu min. 10 titulů).**

- BEDRNOVÁ, E. *Duševní hygiena a sebeřízení: pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna, 1999, ISBN 80-7168-681-6
- BEDRNOVÁ, E., JAROŠOVÁ E., NOVÝ, I. *Manažerská psychologie a sociologie*. Praha: Management Press, 2012, ISBN 978-80-7261-239-0
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-271-0080-4

- EVANS, S.; HUXLEY P.; GATELY, C.; WEBBER, M.; MEARS. A.; PAJAK, S.; MEDINA, J.; KENDALL, T.; KATONA, C. *Mental health, burnout and job satisfaction among health social workers in England and Wales*. British Journal of Psychiatry, 188(1), 75-80.
- FELDMAN, R. *Efektivní strategie zvládání stresu*. In NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: Přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978- 80-7387-443-8.
- FONTANA, D. *Stres v práci a v životě: Jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-1033-7.
- HAFFORD-LETCHFIELD, T. *How to be a better manager in social work and social care: essential skills for managing care*. Gallop, Les, 2012, 9781849052061
- KEBZA, I.; ŠOLCOVÁ *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.
- KEBZA, I.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- LEITER, M. *The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations*. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 32., 1991 547-558. 10.1037/h007904
- MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MASLACH, C., GOLDBERG, J.: *Prevention of burnout. New perspectives*. Applied and Preventive Psychology 7, 1998
- MIKULÁŠTÍK, M. *Manažerská psychologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4221-2.
- NOVÁK, T. *Jednej asertivně!: Asertivně na duševní hygienu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3999-1.
- ORGESTA, J.; RUSAC, S.; ZORAC.L. *Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction*

- Among Mental Health Wrokers*. Croatian medical journal. Croatian medical journal, 2008, 49.3: 364-374.
- PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.
  - PTÁČEK, R.; RABOCH, J., KEBZA V. a kol. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.
  - SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-2620865-5.
  - ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.
  - ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 80-246-0448-5.
  - VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.