

Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Kovářová

Copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog

Coping Strategies of Employees of Low-threshold Services for People Who
Use Drugs

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková

Praha, 2021

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci „*Copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog*“ zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

Podpis

Bc. Tereza Kovářová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KOVÁŘOVÁ, Tereza. *Copingové strategie pracovníků v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog*. [*Coping Strategies of Employees of Low-threshold Services for People Who Use Drugs*]. Praha 2021. 63 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Janíková, Barbara.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především své rodině a přátelům za jejich podporu v průběhu celého studia. Dále bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské diplomové práce Mgr. Barbaře Janíkové za cenné rady a podporu. V neposlední řadě patří velký dík všem respondentům, které délka dotazníku neodradila a výzkumu se zúčastnili.

ABSTRAKT

Východiska: Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog jsou v kontaktu především s aktivními uživateli drog a řeší velmi širokou škálu problémů a situací, včetně těch krizových. Copingové strategie mohou být klíčové při předcházení syndromu vyhoření, kterým jsou lidé vykonávající pomáhající profese, tedy i pracovníci v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog, ohroženi. Na našem území nejsou známy výzkumy zaměřující se na copingové strategie výše zmíněné cílové skupiny.

Cíle: Zmapování copingových strategií u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog a popsání případných rozdílů těchto strategií mezi muži a ženami.

Metody: Jedná se o on-line dotazníkovou studii mezi pracovníky všech nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v ČR. Výběrový výzkumný soubor tvořili všichni pracovníci těchto zařízení, kteří zde pracují v minimálním rozsahu 20 h/týdně. Respondenti byli získáni metodou samovýběru. Zvolen byl smíšený design výzkumu. Ke sběru dat byl využit standardizovaný dotazník Strategie zvládnání stresu 78 a otevřená otázka zaměřená na způsoby zvládnání stresu a napětí. Strukturovaný dotazník byl převeden do elektronické formy a rozeslán respondentům prostřednictvím jednotlivých nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Získaná data byla následně analyzována prostřednictvím kvantitativní analýzy zahrnující výpočty deskriptivní statistiky a kvalitativní analýzy, v rámci které byla využita metoda vytváření trsů.

Výsledky: Preferovanou copingovou strategií je potřeba sociální opory, ve které se respondenti lišili o více než o směrodatnou odchylku od normy. Obecně převažují u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog pozitivní copingové strategie, zejména strategie kontroly. V rámci negativních copingových strategií převažovala strategie perseverace. Signifikantní rozdíly mezi copingovými strategiemi v závislosti na pohlaví nebyly identifikovány.

Závěr: Získané informace mohou být využity pracovníky zařízení a managementem jednotlivých organizací při intervencích zaměřených na prevenci syndromu vyhoření a na pracovní spokojenost, které by mohly cílit na osvojení si pozitivních copingových strategií a omezení negativních.

Klíčová slova: copingové strategie, coping, stres, nízkoprahová zařízení, lidé užívající drogy, syndrom vyhoření

ABSTRACT

Background: Low-threshold addiction facilities are in contact primarily with active drug users and deal with a very wide range of problems and situations, including those in crisis. Coping strategies can be crucial in preventing the burnout syndrome, which puts people in the helping professions, including workers in low-threshold addiction facilities, at risk. There is no published study in our territory that would aim at coping strategies on above mentioned target group.

Aims: To map coping strategies of workers in low-threshold addiction facilities and to describe possible differences in these strategies between men and women.

Methods: This is an online questionnaire study among employees of all low-threshold addiction facilities in the Czech Republic. A sample research group consisted of all employees of these facilities who work here for at least 20 hours a week. Respondents were acquired by the method of self-selection. A mixed research design was chosen. Data was obtained through a standardized Stress Management Strategy questionnaire 78 and an open-ended question focusing on what helps respondents reduce stress and tension. The structured questionnaire was converted into electronic form and sent to respondents through individual low-threshold services for drug users. The obtained data were analyzed through quantitative analysis involving calculations of descriptive statistics and a qualitative analysis using the method of creating clumps.

Result: The most preferred coping strategy is the need for social support in which respondents differed by more than the standard deviation from the norm. In general workers prefer positive coping strategies, especially control strategies. Within negative coping strategies, the strategy of perseveration prevailed. No significant differences between coping strategies depending on gender were identified.

Conclusion: The information obtained can be used by the management of individual organizations in interventions aimed at the prevention of burnout syndrome and job satisfaction, which could target to the adoption of positive coping strategies and reduce negative ones.

Key words: coping strategies, coping, stress, low-threshold services, people who use drugs, burnout syndrome

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY STRESU	10
2.1.1 DEFINICE STRESU A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ.....	10
2.1.2 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY KE STRESU.....	11
BIOLOGICKÉ POJETÍ.....	12
PSYCHOLOGICKÉ POJETÍ STRESU	13
2.1.3 PROJEVY A DŮSLEDKY STRESU	14
2.1.4 PROTEKTIVNÍ FAKTORY A ZVLÁDÁNÍ STRESU.....	15
2.2. COPING A COPINGOVÉ STRATEGIE	17
2.2.1 DEFINICE COPINGU A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ.....	17
2.2.2 PŘÍSTUPY KE COPINGU	18
SITUAČNÍ PŘÍSTUP	18
DISPOZIČNÍ PŘÍSTUP	18
TRANSAKČNÍ PŘÍSTUP	19
2.2.3 COPINGOVÉ STYLY A STRATEGIE	19
2.3. NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG.....	22
2.3.1 DEFINICE NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ	22
2.3.2 TERÉNNÍ PROGRAMY.....	23
2.3.3 KONTAKTNÍ CENTRA.....	25
3 PRAKTICKÁ ČÁST	30
3.1. PŘEDMĚT VÝZKUMU	30
3.1.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMU.....	30
3.1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY.....	30
3.2. METODOLOGICKÉ UKOTVENÍ VÝZKUMU	31
3.2.1 DESIGN VÝZKUMU	31
3.2.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ A ANALÝZY DAT	31
STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU 78 (SVF 78).....	32
3.2.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	34
3.2.4 ORGANIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT	35
3.2.5 ETICKÉ ASPEKTY A OCHRANA SOUKROMÍ.....	36
3.3. VÝSLEDKY VÝZKUMU	36
3.3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37
3.3.2 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT.....	39

VO1: JAKÉ COPINGOVÉ STRATEGIE SE VYSKYTUJÍ U PRACOVNÍKŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO UŽIVATELE DROG?	39
VO2: ODLIŠUJÍ SE COPINGOVÉ STRATEGIE PRACOVNÍKŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO UŽIVATELE DROG OD BĚŽNÉ POPULACE?.....	42
H1: COPINGOVÉ STRATEGIE MUŽŮ A ŽEN PRACUJÍCÍCH V NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO UŽIVATELE DROG SE OD SEBE STATICKY VÝZNAMNĚ LIŠÍ.	44
4 DISKUZE	47
5 ZÁVĚR	51
POUŽITÁ LITERATURA	52
PŘÍLOHY.....	57

1 ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje problematice copingových strategií, na které lze zjednodušeně nahlížet jako na způsoby vyrovnávání se se stresujícími či náročnými situacemi a jejich zvládnutí. Tyto způsoby zvládnutí mohou mít velký vliv na to, zda se sníží, či zvýší vliv nepříznivé situace, který může vést až k rozvoji tělesného či duševního onemocnění (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Copingové strategie tak tedy mohou hrát klíčovou roli při předcházení onemocnění spojených se stresem, mezi které patří například i syndrom vyhoření, který je poměrně často spojován s pomáhajícími profesemi, tedy i pracovníky v nízkoprahových službách pro uživatele drog, kteří jsou cílovou skupinou výzkumu v rámci této bakalářské práce. Způsob zvládnutí zátěže také úzce souvisí s pracovní spokojeností, která se promítá do kvality odvedené práce a délky setrvání v zaměstnání, což může být důležité pro management jednotlivých služeb a organizací (Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew & Sanchez, 2007).

Impulzem pro zpracování této problematiky byla zejména stáž v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog, díky které jsem měla možnost alespoň částečně zažít, jak je tato práce zajímavá, ale současně z různých důvodů náročná. Dalším podnětem byl i nedostatek výzkumů zabývajících se konkrétně touto cílovou skupinou.

Cílem bakalářské práce je proto především zmapovat copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog a zaměřit se na případné rozdíly mezi pohlavími. Získané informace by následně mohly být využity například při intervencích zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, který může být v současné době velmi aktuálním tématem. Tématu se věnuji i dále ve své magisterské diplomové práci na katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, práce je zaměřena na syndrom vyhoření a psychickou odolnost u stejné cílové skupiny.

Téma bakalářské práce se může zdát spíše psychologické než adiktologické, na druhou stranu se domnívám, že tyto oblasti spolu úzce souvisí nejen kvůli cílové skupině, ale i například kvůli tomu, že copingovou strategií může být i užívání návykových látek.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, přičemž teoretická část zahrnuje uvedení do problematiky stresu a copingových strategií a vymezení nízkoprahových služeb pro uživatele drog, jejich popisu a specifikům práce v těchto službách. V praktické části jsou blíže popsány metodologické aspekty výzkumu, charakteristiky výzkumného souboru a následně jsou představeny výsledky analýzy dat.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY STRESU

Následující podkapitoly obsahují základní uvedení do problematiky stresu, které zahrnuje především vymezení pojmu, seznámení s elementárními teoriemi stresu a jeho možnými projevy a důsledky. Součástí je i krátké představení protektivních faktorů a způsobů zvládání stresu, které jsou stěžejním tématem této práce.

2.1.1 DEFINICE STRESU A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ

Pojem stres původně vychází k latinského slovesa *stringo*, které je možné přeložit jako utahovat či stahovat. Do českého jazyka se však tento pojem přenesl až z anglického slova *stress*, které je nejčastěji překládáno jako zátěž nebo tlak (Křivohlavý, 1994).

V dnešní době je stres jedním z pojmů, jehož nadužívání v běžné konverzaci vedlo ke ztrátě jeho přesného významu. Zjednodušeně však lze říct, že ke stresu dochází při náročných situacích a zátěži (Baštecká & Goldmann, 2001).

Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotná definice stresu, je vymezení tohoto pojmu poměrně složité. Jednu z prvních definic formuloval Selye, který stres považoval za „*stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému*“ (Selye, 1966, str. 82). Podobně tento pojem definuje i Hartl (2004, str. 263), který stres popisuje jako: „*nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci.*“

Dle Křivohlavého (1994) je možné tímto pojmem označovat buď celou náročnou situaci, nebo pouze fyziologickou odpověď organismu na stresující podněty, jako ho z počátku popisoval například již výše zmíněný Selye, či jako celkový vnitřní stav při nepříznivých okolnostech, který zahrnuje fyzický i psychický aspekt. Jednotlivé definice se poté odvíjejí od toho, které z výše zmíněných možností je příkládán větší důraz. Na základě těchto poznatků definoval Křivohlavý stres následovně: „*Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“ (Křivohlavý, 1994, str. 10).

Výše popsany ohrožující a nepřiměřený stres je často označován pojmem *distres*, který je spojován s pocitem přetížení a ztrátou nadhledu a jistoty, že situaci zvládneme. Protipólem je *eustres*, tedy přijatelný a mobilizující stres, spojený například s překonáváním překážek a příjemným očekáváním. V literatuře se někdy objevuje zjednodušující označení

eustresu jako dobrého a distresu jako špatného stresu, obě tyto varianty však doprovází podobná tělesná reakce (Praško & Prašková, 2007).

Kromě rozdělení stresu z hlediska jeho kvality (eustres, distres) je jej možné dělit i podle intenzity na hyperstres, ke kterému dochází při situacích přesahujících naši schopnost adaptability, a hypostres při nižší zátěži. Dále také podle doby trvání rozlišujeme krátkodobý *akutní stres* a dlouhodobý *chronický stres* (Křivohlavý, 1994).

Situace, nepříznivé vlivy či ohrožení, které jsou v předchozích odstavcích zmíněny, odborně nazýváme pojmem *stresor*. Stresorem tedy může být jakýkoliv podnět či situace, která narušuje homeostázu organismu a vede tak k stresové reakci (Mravec, 2011).

Stresory lze dle Selyeho (1976) dělit na:

- **Fyzikální** – do této kategorie spadají například úrazy, viry, vibrace, znečištění vzduchu, užívání návykových látek apod.
- **Emocionální** – tato kategorie zahrnuje například úzkostnost, strach, zármutek či zlobu.

Jiné rozdělení nabízí Paulík (2017), který rozlišuje stresory na:

- **Reálné** – aktuální rušivé a ohrožující faktory.
- **Potenciální** – různé situační faktory, které při překročení určité intenzity, doby trvání či kumulaci vedou k vyvolání stresové reakce. Může se jednat například o chlad nebo nahromadění pracovních úkolů při časové tísní.

Na to, zda se z potencionálního stresoru stane stresor reálný, má vliv celá řada individuálních faktorů, kterým je věnován prostor v následujících podkapitolách. Jedním z těchto faktorů je například subjektivní vyhodnocení situace, od které se odvíjí i to, zda se bude jednat o eustres, či distres (Paulík, 2017).

Kromě stresorů je důležité zmínit i existenci salutorů, které lze dle Křivohlavého (2009) definovat jako pozitivní a ochranné faktory, které člověka posilují v náročné situaci. Podrobněji jsou tyto faktory popsány v podkapitole věnované protektivním faktorům a zvládnání stresu.

2.1.2 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY KE STRESU

V současné době je možné narazit na řadu teorií a autorů věnujících se této problematice. V následujících odstavcích jsou krátce představeny pouze základní koncepce stresu, které lze rozdělit na pojetí biologické a psychologické.

Biologické pojetí

Pro biologické pojetí stresu je typické, že se zaměřuje převážně na biochemickou a neurofyziologickou reakci organismu při narušení rovnováhy. Stres je tedy v tomto pojetí chápán jako důsledek stresorů, které na člověka působí. Současně je však důležité zmínit, že tento pohled nepopírá vliv vzájemné interakce osobnosti a prostředí, pouze je přesouvá do pozadí (Paulík, 2017).

Jedním z prvních představitelů toho pojetí je fyziolog Cannon, který v rámci výzkumu fyziologických změn organismu zvířat vystavených náročným situacím objevil význam sympatoadrenálního systému při stresu (Křivohlavý, 2009). Na tento objev poté navázal rozvinutím koncepce poplachové reakce, v rámci které uvedl, že základní reakcí organismu na stres je útok nebo útěk (fight or flight), a současně popsal základní fyziologické změny, ke kterým při poplachové reakci dochází. Mezi tyto změny, které mají organismu umožnit pohotové uvolnění energie, patří například: tachykardie, mydriáza, zvýšení srdečního výdeje, hyperglykemie a kontrakce sleziny (Baštecká & Goldmann, 2001).

Na práci Cannona navázal Selye, který je autorem první systematické teorie stresu zahrnující i problematiku adaptace a zakladatelem tzv. kortikoidního pojetí stresu. Selye popisoval stres jako nespécifickou globální odpověď organismu, ke které dochází při jakémkoliv narušení homeostázy. Na tento stav poté organismus reaguje syndromem, který popsal v roce 1939 jako obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome) (Paulík, 2017).

Obecný adaptační syndrom zahrnuje tři stadia, přičemž první vychází z práce Cannona (Selye, 1950), konkrétně se jedná o stadia:

- **Poplachová reakce** – v tomto stadiu je aktivován autonomní nervový systém a dochází k biochemickým změnám, které jsou spojeny s vylučováním glukózy, adrenalinu a dalších látek do krevního řečiště.
- **Stadium rezistence** – dochází ke zklidnění a zpřístupnění dalších energetických zdrojů pro případnou mobilizaci. V této fázi se organismus snaží na stres adaptovat.
- **Stadium vyčerpání** – tato fáze nastane v případě, kdy je působení stresoru příliš dlouhé a organismus nemá dostatečné zdroje na to, aby se adaptoval. Organismus se vyčerpá a při pokračujícím působení stresoru může být nevratně poškozen.

Selyeho koncepce obecného adaptačního syndromu je nadále všeobecně přijímána, další výzkumy však odhalily, že se nejedná o nespécifickou reakci, jak Selye uváděl, nýbrž o reakci specifikou. Stresová odpověď se může lišit například podle předchozí zkušenosti, kognice či aktuálního emočního naladění, čímž se dostáváme k psychologickému pojetí stresu (Paulík, 2017).

Psychologické pojetí stresu

Psychologické pojetí se kromě zkoumání neurohumorálních dějů při stresové reakci věnuje zejména činitelům rozvoje či inhibice stresových dějů s důrazem na činnost centrálního nervového systému a mozkové kůry. Nosnou myšlenkou tohoto pojetí je, že stres může vzniknout i na základě chybné či zkreslené interpretace situace, a ne pouze v reakci na objektivní tlak a ohrožení organismu (Paulík, 2017).

Významným představitelem psychologického pojetí stresu je Lazarus, který se věnoval studiu lidského chování v náročných situacích a na základě svých poznatků rozpracoval koncept kognitivního hodnocení (Cognitive appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984).

Kognitivní hodnocení lze rozdělit na (Lazarus & Folkman, 1984):

- **Primární hodnocení** – organismus se setkává se stresorem a vyhodnocuje, zda je pro něj ohrožující. Výstupem je individuální hodnocení stresoru buďto jako irelevantního, pozitivního či stresujícího. Stresující podnět poté rozděluje na výzvu, hrozbu či ztrátu. Při vyhodnocení situace jako stresující dochází k sekundárnímu hodnocení.
- **Sekundární hodnocení** – představuje komplexní evaluační proces možností jak stresující situaci zvládnout, na který navazuje aktivizace příslušných mechanismů k navození změny a přehodnocení situace. Tento komplexní hodnotící proces se odvíjí zejména od subjektivního vnímání vlastních kompetencí, bilance pravděpodobnosti úspěšnosti či ztráty a hodnotové a morální orientace.

Situace je tedy na základě této koncepce vnímána jako stresující až ve chvíli, kdy člověk vyhodnotí, že nemá dostatečné zdroje k tomu, aby se s ní vyrovnal, a situace se mu tak jeví nevladatelná. Lazarus také upozornil na důležitost a respektování individuální zranitelnosti a dalších emocionálních a kognitivních aspektů, které mají na celkové hodnocení vliv (Křivohlavý, 2009).

Dalším představitelem psychologického pojetí stresu je Cox, který je autorem interakční koncepce stresu, v rámci které rozlišuje vnitřní a vnější požadavky. Vnitřní požadavky mohou být aktivovány vhodnými podněty a pojí se s potřebami jedince, zatímco vnější požadavky představují potenciální zdroje stresu (Paulík, 2017).

Stresové děje rozděluje Cox (1978, in Paulík, 2017) do pěti fází:

- **Prvotní identifikace stresorů či nároků**
- **Hodnocení požadavků** – s ohledem na schopnost jedince uspokojit své potřeby. Stres nastává v případě, kdy z hodnocení vyplývá, že se nároky a potřebné předpoklady neshodují.

- **Stresová odpověď** – cílem je vyrovnání se se stresujícími nároky prostřednictvím změn chování, prožívání či změn organismu.
- **Posouzení aktuálního stavu** – v případě nezvládnutí požadavků či očekávání nezvládnutí v budoucnosti pokračuje stresová odpověď.
- **Závěrečné zpětnovazební hodnocení** – vede buď k rozvinutí adaptačních schopností jedince (při adekvátních reakcích), nebo ke změnám chování, zesílení stresové odpovědi či zhoršení důsledků (při neadekvátních reakcích).

2.1.3 PROJEVY A DŮSLEDKY STRESU

Stres se projevuje komplexně, proto je jeho příznaky možné zaznamenat nejen na fyziologické úrovni, ale i na úrovni chování a psychického prožívání.

Mezi nejčastější projevy stresu patří (Křivohlavý, 1994; Kryl, 2004):

- **Fyziologické projevy** – palpitace, pocení, tremor, bolest a tenze za hrudní kostí, bolesti hlavy a migrény, nechutenství či zvýšený apetit, svírající bolesti břicha, průjem, častá potřeba močení, exantém, napětí a bolest v oblasti krční a dolní části páteře, snížené libido či sexuální impotence, změny menstruačního cyklu, bodavé a řezavé pocity v končetinách, nepříjemné pocity v krku a dvojité vidění.
- **Psychické projevy** – pocity frustrace a bezmoci, úzkost, deprese, nadměrná bdělost, fobické reakce, depersonalizace, derealizace a únava.
- **Behaviorální projevy** – výbušnost, nerozhodnost, podrážděnost, abúzus návykových látek, agresivita, agitovanost, nepozornost, zhoršená kvalita práce, přejídání či zvracení, sexuální excesy či dysfunkce a změněný denní rytmus.

Vliv chronického či opakujícího se akutního stresu na zdraví je předmětem řady studií, jejichž výsledky poukazují na negativní změny zdravotního stavu spojené se stresem. Určení přesného vlivu stresu na konkrétní onemocnění je však vzhledem k tomu, že je nemoc způsobena synergii mnoha faktorů, téměř nemožné. Můžeme nicméně pozorovat nepřímé či přímé působení stresu na zdravotní stav. Nepřímé působení si můžeme představit jako změnu životního stylu spojenou se zhoršenou životosprávou či užíváním návykových látek, zatímco přímé působení stresu je nejčastěji zmiňováno v souvislosti s nervovým, imunitním a endokrinním systémem (Křivohlavý, 2009).

Chronický stres, stejně jako například deprese, snižuje aktivitu imunitního systému a zvyšuje tak četnost infekčních onemocnění. K snížení aktivity vrozené i adaptivní imunity dochází díky zvýšené hladině kortizolu, který se při stresové reakci vyplavuje. Kortizol má také vliv na zpomalení hojení ran (Höschl & Horáček, 2016).

Pokles aktivity imunitního systému z důvodu dlouhodobého stresu má kromě výše zmíněného také vliv na progresi maligních onemocnění. Rakovinové buňky, jejichž bujení

bylo imunitním systémem korigováno, se začnou při chronickém stresu množit tak, že je poté imunitní systém nezládne již likvidovat (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák & Vorlíček, 2019).

Mezi onemocněním spolupodmíněná stresem patří i kardiovaskulární poruchy, vředová choroba gastroduodena, herpetické infekce, vertebrogenní algický syndrom, autoimunitní onemocnění, astma, diabetes mellitus či migréna. Se stresem také souvisí i řada duševních onemocnění, například posttraumatická stresová porucha nebo porucha přizpůsobení (Kryl, 2004; Křivohlavý, 2009).

Poměrně specifickým důsledkem dlouhodobého, zejména pracovního stresu je syndrom vyhoření, který se projevuje emocionálním vyčerpáním (Kebza & Šolcová, 2003).

Je tedy zřejmé, že stres, především tedy chronický distres, může mít na naše psychické i fyzické zdraví negativní vliv, který může vést k poškození organismu. Současně je však potřeba zmínit, že určitá optimální hladina stresu organismus mobilizuje a zvyšuje jeho výkonnost (Večeřová – Procházková & Honzák, 2008).

2.1.4 PROTEKTIVNÍ FAKTORY A ZVLÁDÁNÍ STRESU

Na první pohled stejná situace, kterou jedinec považuje za mírnou nebo téměř žádnou zátěž, může naopak někdo jiný vnímat jako nadměrně stresující situaci. Jaké faktory hrají v tomto individuálním procesu roli?

Ukazuje se, že mezi salutory, tedy faktory přispívající k zvládnání stresu, patří několik osobnostních charakteristik. Mezi tyto charakteristiky patří například:

- **Nezdolnost** – jinak také odolnost či houževnatost. V odborné literatuře je možné bližší popis této osobnostní charakteristiky a teorie nezdolnosti nalézt například pod pojmy resilience, hardiness či coherence (Křivohlavý, 2009).
- **Optimismus** – víra a očekávání, že navzdory překážkám bude výsledek dění kladný. Scheier a Carver (1985) definovali tento rys jako tzv. dispoziční optimismus a sestrojili dotazník (The Life Orientation Test), kterým je jej možné diagnostikovat.
- **Sebeúčinnost** – neboli také self-efficacy je pojem Bandury, který zahrnuje víru ve své schopnosti a dovednosti, díky kterým je člověk schopen zvládat nároky okolí. Důležitou roli při zvládnání náročné situace hraje také sebedůvěra a kladné sebehodnocení (Křivohlavý, 2009).
- **Smysluplnost** – ukazuje se, že vnímání života jako smysluplného napomáhá redukovat negativní dopady stresu a přispívá k životní spokojenosti (Van Tongeren, Hill, Ironson & Pargament, 2017).

Dalším faktorem, který napomáhá snižovat stres, je sociální opora, jejímž přirozeným zdrojem by měla být zejména rodina. Sociální opora se projevuje pocitem jistoty, důvěry, akceptace a porozumění ze strany našich blízkých a pomáhá nám se adaptovat na náročné životní situace (Paulík, 2017).

Formou pomoci při zvládání životních těžkostí může být i náboženská víra, která zřejmě souvisí i s již zmíněným smyslem a sociální oporou (Křivohlavý, 2009).

Výše zmíněné salutory jsou nám do jisté míry dané, antistresovou prevencí však můžeme podpořit například pravidelnou fyzickou aktivitou, nácvikem relaxačních technik, péčí o výživu a stravování či stanovením si dosažitelných cílů (Bartůňková, 2010).

Vypořádání se stresem je v literatuře často spojováno s pojmem coping či copingové strategie. Problematice copingu je věnována následující kapitola, proto v této části pouze zmíním, že tento pojem zahrnuje vědomé zvládací strategie a způsoby, jak reagujeme na náročné situace.

Kromě copingu se na zvládání stresu podílí i obranné mechanismy, které lze definovat jako nevědomé vnitřní strategie zabraňující vnitřní nerovnováze a narušení vnitřní integrity (Paulík, 2017).

Obranné mechanismy jsou neodmyslitelně spojeny s Freudem a jeho dcerou, kteří definovali základních 12 obranných mechanismů. Této problematice se poté věnovala řada dalších autorů, kteří tento přehled rozšířili o další mechanismy. V současné době tedy rozlišujeme až 40 různých druhů obranných mechanismů. Mezi základní obranné mechanismy patří například projekce, pro kterou je typické přepisování svých charakteristik někomu jinému, či vytěsnění nebo racionalizace, která bývá někdy popisována jako sebeospravedlňování (Vašina & Strnadová, 2009).

V odborné literatuře je možné se setkat s řadou rozdělení obranných mechanismů. Jedno z nich popsal například Vaillant (1977, in Paulík, 2017), který rozlišoval zralé a nezralé obranné mechanismy.

Obranné mechanismy jsou však oproti copingu mnohdy považovány jako neplnohodnotné způsoby adaptace, které nám dávají čas a prostor pro nalezení vhodné strategie. Níže uvedená tabulka shrnuje základní rozdíly mezi copingem a obrannými mechanismy (Paulík, 2017).

Tabulka 1: *Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí*

Obranné mechanismy	Coping
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy

Determinovány osobnostními rysy	Determinovány situačně i osobnostně
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení vlastních možností i situace
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

Zdroj: Paulík, 2017

2.2. COPING A COPINGOVÉ STRATEGIE

Cílem kapitoly je komplexní přiblížení problematiky copingu a copingových strategií a seznámení se základními definicemi, teoriemi a klasifikacemi dotýkajícími se této problematiky. Součástí poslední podkapitoly je i bližší přiblížení dotazníku, který byl využit k získání dat pro účely této práce.

2.2.1 DEFINICE COPINGU A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ

Pojem coping je odvozen z řeckého slova kolaphus, překládaného jako rána uštědřená protivníkovi v boxu. Z hlediska copingu je tímto protivníkem konkrétní stresor, se kterým se snažíme vypořádat. Jinými slovy lze tedy tento pojem charakterizovat jako zvládání stresující situace, případně pouze jako zvládání (Křivohlavý, 2009).

Z odborného hlediska je důležité rozlišovat mezi adaptací, která je spojována s běžnou a poměrně snadno zvládnutelnou zátěží, a copingem, kterým je míněno zvládání nadlimitní, a tedy stresující situace (Vašina & Strnadová, 2009).

Lazarus a Folkmanová (1984) popsali coping jako „*neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout specifické vnitřní nebo vnější požadavky, které jsou hodnoceny jako ohrožující či překračující zdroje dané osoby*“ (Lazarus & Folkman, 1984, str.225). Coping je tedy dle jejich definice dynamickým vědomým procesem, jehož součástí je kognitivní zhodnocení konkrétní situace.

Oproti tomu autoři dotazníku *Strategie zvládání stresu*, který je blíže popsán v empirické části diplomové práce, definují zvládání stresu jako „*psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při vzniku stresu, tak aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení*“ (Janke & Erdmannová, 2003, str. 7). Na rozdíl od předchozí definice jsou způsoby zvládání v tomto pojetí považovány za relativně stabilní v čase, současně však autoři připouští, že tento repertoár způsobů zvládání může být modifikován zkušenostmi (Janke & Erdmannová, 2003).

Přestože je copingu věnována poměrně velká pozornost, nepanuje zatím konsenzus týkající se definice či klasifikace tohoto pojmu. Odborníci věnující se této problematice se

však shodují, že studium copingu je pro pochopení vlivu stresu na jedince klíčové. Zároveň také zmiňují, že volba způsobu vyrovnávání se se stresem může zvýšit, či naopak snížit vliv nepříznivé situace, který může vést až k rozvoji tělesné či duševní poruchy (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003).

Způsoby zvládání, které zvyšují negativní vliv nepříznivé situace a jsou tak považovány za poškozující či nebezpečné strategie zvládání stresu, označujeme pojmem malcoping. Takovouto poškozující strategií může být dle Vašiny a Strnadové (2009) například užívání návykových látek či promiskuita.

Kromě malcopingu se v odborné literatuře objevuje i rozdělení na coping anticipační, který je spojován s bezprostřední hrozbou, a coping preventivní, zaměřený na pravděpodobné hrozby ve vzdálené budoucnosti. Setkat se můžeme i například s copingem proaktivním, který je zaměřený více na cíl než na hrozbu (Paulík, 2017).

2.2.2 PŘÍSTUPY KE COPINGU

Podobně jako u stresu můžeme i u jeho zvládání nalézt rozdílné přístupy, lišící se zejména v určení hlavního faktoru, který má vliv na chování a způsoby zvládání náročných situací.

Situační přístup

Situační přístup klade důraz na determinující vliv situace na lidské chování. Coping se tedy z hlediska toho přístupu odvíjí podle druhu stresové situace. Představitelem situačního přístupu je například McCrae (1984, in Baumgartner, 2001), který rozděloval stresové situace na výzvu, která mobilizuje aktivní a adaptivní způsoby zvládání, jako je například humor, a na ztrátu a ohrožení, které jsou zvládány spíše pasivně, například obracením se k víře či fatalismem.

Dispoziční přístup

Dispoziční přístup na rozdíl od situačního vychází z předpokladu, že existují určité osobnostní predispozice, na jejichž základě inklinujeme k specifickému způsobu zvládání stresu (Orosová, 2019).

Mezi tyto osobnostní charakteristiky patří například již výše zmíněná nezdolnost, smysluplnost, optimismus, sebedůvěra a pozitivní sebepojetí, které jsou považovány za moderátory vlivu stresující situace na zdraví jedince (Paulík, 2017).

Vztahu mezi copingem a dílčími osobnostními charakteristikami je věnována řada výzkumů a studií, z jejichž poznatků je zřejmý určitý vliv osobnosti na způsob zvládání náročných situací. Studie například potvrdily pozitivní korelaci mezi mírou neuroticismu a užíváním zvládacích strategií zaměřených na emoce. Pozitivní souvislost byla nalezena

i mezi svědomitostí a strategiemi zaměřenými na řešení problému či na emoce (Penley & Tomaka, 2002).

Transakční přístup

Transakční neboli také integrativní či interakční přístup překonává jednostrannost situačního a dispozičního přístupu jejich kombinací. Zvládací způsoby se dle tohoto přístupu odvíjejí nejen od povahy náročné situace či osobnostních charakteristik, ale i od kulturního kontextu a motivace jedince. Integrativní přístup tak zdůrazňuje transakci mezi prostředím a jedincem (Orosová, 2019).

Nejvýznamnějšími představiteli transakčního přístupu jsou Lazarus a Folkmanová (1984), kteří zdůraznili důležitost již výše zmíněného kognitivního hodnocení, na které navazuje vícedimenzionální dynamický proces copingu odvíjející se od vyhodnocení situace. Coping dále systematicky rozpracovali na coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. Obě tyto kategorie budou blíže popsány v následující kapitole.

2.2.3 COPINGOVÉ STYLY A STRATEGIE

Coping jako takový je možné chápat zejména jako děj, pokud se však zaměřujeme již na určité způsoby zvládnání, je vhodné tyto varianty označovat jako copingové nebo zvládací styly a strategie. Terminologie v této problematice bohužel není jednotná, lze však říct, že copingové styly jsou spíše obecnější a stabilnější tendence chovat se v zátěžové situaci určitým způsobem, zatímco strategie představují již zvolené postupy, které se do jisté míry odvíjí od konkrétní situace (Paulík, 2017).

Copingové styly můžeme rozlišit například na *vyhýbání se stresu*, při kterém se snažíme minimalizovat styk se stresem a uniknout mu, a na styl *stavění se na odpor stresu*, který reprezentuje aktivní přístup a postavení se stresoru. Ukazuje se, že vyhýbavý copingový styl je vhodné využít při situacích, kdy je možné očekávat, že stres nebude trvat příliš dlouho a nebude tak velký. Naopak aktivní styl je vnímán jako vhodnější při dlouhodobé či opakující se stresové situaci (Křivohlavý, 2009).

Mareš (2000, in Křivohlavý, 2009) popsal sebeznehodnocující copingový styl, který je nejčastěji využíván ve chvílích, kdy se jedinec obává, že v náročné situaci neobstojí. Pro zachování image v případě prohry již dopředu uvádí důvody, kvůli kterým vlastně ani uspět nemohl.

I u copingových strategií můžeme v odborné literatuře nalézt řadu rozdělení. Jedno z nejznámějších rozpracovali Lazarus a Folkmanová (1984), kteří rozdělili zvládací strategie podle jejich funkce na:

- **Copingové strategie zaměřené na emoce** – tato kategorie zahrnuje široké spektrum aktivit, jejichž cílem je minimalizace či úplné zamezení negativních emocí spojených se stresory. Konkrétně se může jednat například o přijetí či popření situace, sebeobviňování, distancování se, vyjádření emocí nebo únikové reakce typu denní snění, spánek či užívání návykových látek. Součástí může být i hledání sociální opory.
- **Copingové strategie zaměřené na problém** – tyto strategie spočívají v úsilí působit na stresor a měnit tak situaci. Příkladem copingové strategie zaměřené na problém je například převzetí kontroly, analýza problému a hledání možností, připravení plánu postupu či hledání sociální opory.

Oba tyto druhy copingových strategií mohou probíhat souběžně a situaci tak usnadňovat, či si vzájemně bránit. Tyto poznatky autoři uplatnili při sestavování metody s názvem Dotazník způsobů zvládnání (Ways of Coping Questionare), který obsahuje subškály zjišťující copingové strategie zaměřené na emoce a problém a jednu smíšenou subškálu zaměřenou na vyhledávání sociální opory (Lazarus & Folkman, 1984).

Z výše zmíněného rozdělení copingových strategií vycházela řada dalších autorů. Například autoři Multidimenzionálního dotazníku copingových strategií (Coping Orientation to Problems Experienced), kteří převzali kategorie dle Lazaruse a Folkmanové a rozlišovali copingové strategie zaměřené na problém, do kterých zahrnovali například plánování, vyhledávání instrumentální sociální podpory, aktivní řešení situace či sebeovládání, a copingové strategie zaměřené na emoce, mezi které patří například vyhledávání emoční sociální podpory, akceptace, obrácení se k víře či pozitivní reinterpretace a růst. Současně však přidali kategorii maladaptivních copingových strategií, která zahrnuje mentální a behaviorální odstoupení. Toto odstoupení popisují autoři jako spektrum rozmanitých aktivit, které vedou k vytěsnění situace, příkladem může být denní snění či zvýšená spavost (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Klement (2014) uvádí kromě již výše zmíněného zvládnání zaměřeného na emoce či problém i zvládnání typu únik a útok, zvládnání zaměřené na hledání významu či například preventivní a proaktivní typ copingu.

Jinou koncepcí copingových strategií uvádí Janke a Erdmannová (2003), autoři dotazníku Strategie zvládnání stresu, dle kterých lze copingové strategie rozdělit z hlediska toho, zda se strategie zaměřují na reakci při zátěži, nebo na zátěžovou situaci jako takovou. Dle autorů si také jedinec do jisté míry osvojuje zvládací strategie podle jejich předchozího efektu, z hlediska účinnosti rozlišují:

- **Pozitivní strategie (POZ)** – tedy strategie, které stres snižují. Pozitivní strategie jsou dále rozděleny na strategie přehodnocení a devalvace, strategie odklonu a strategie kontroly.
- **Negativní strategie (NEG)** – zahrnují strategie, které stres spíše zvyšují.

Pro lepší přehled následuje tabulka se základním popisem jednotlivých strategií, více prostoru je tomuto dotazníku věnováno v empirické části práce.

Tabulka 2: Dělení copingových strategií

Kategorie	Název subtestu	Charakteristika
POZ 1: Strategie přehodnocení a devalvace	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
POZ 2: Strategie odklonu	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit / situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám / situacím
POZ 3: Strategie kontroly	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat si kompetenci a schopnost kontroly
NEG	Úniková tendence	Tendence vyváznout ze zátěžové situace
	Perseverace	Dlouho přemítat a nedokázat se myšlenkově odpoutat
	Rezignace	Vzdát se s pocitem bezmoci, beznaděje
	Sebeobviňování	Připisovat zátěž vlastnímu chybnému jednání
Nevztahují se k žádné kategorii a vyžadují samostatnou interpretaci	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěži, nebo se jí vyhnout

Zdroj: Janke & Erdmannová, 2003

Na výběru copingové strategie má vliv celá řada vnějších i vnitřních faktorů. Některé z těchto faktorů jsou již zmíněny v předchozích kapitolách. Dalším takovým faktorem může být i pohlaví jedince. Dle autorů dotazníku Strategie zvládání stresu vykazovaly ženy například vyšší hodnoty v subtestech Sebeobviňování, Rezignace či Potřeba sociální opory,

zatímco muži skórovali výše v subtestech Podhodnocení a Odmítání viny (Janke & Erdmannová, 2003).

Ačkoliv se výše zmínění autoři leckdy liší v terminologii či klasifikaci copingových strategií, je možné si povšimnout, že se opakují téměř stejné či podobné způsoby zvládnání.

2.3. NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG

Cílem kapitoly je uvedení do problematiky nízkoprahových služeb pro uživatele drog, které zahrnuje seznámení se základními principy, vymezení a popis jednotlivých služeb a přiblížení specifik práce v těchto zařízeních.

2.3.1 DEFINICE NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG A VYMEZENÍ SOUVISEJÍCÍCH POJMŮ

Princip nízkoprahovosti, a tedy i nízkoprahových služeb, spočívá v zajištění co největší dostupnosti služby pro vybranou cílovou skupinu. Dostupností je myšlena zejména přístupnost časová, místní a finanční. Nízkoprahová služba by tedy měla fungovat bezplatně či za symbolickou částku, vyskytovat se v místech, ve kterých se cílová skupina přirozeně pohybuje, a být klientům k dispozici tehdy, kdy ji potřebují (Hrdina & Korčíšová, 2003; Klíma & Jedlička, 2009).

V případě uživatelů drog lze za nízkoprahové považovat služby a zařízení, která se zaměřují zejména na tuto cílovou skupinu, nevyžadují od svých klientů abstinenci a snaží se omezit překážky, které by klientům mohly znesnadňovat přístup ke službě. Díky splnění těchto kritérií nejsou uživatelé drog diskriminováni, nabízené aktivity a služby jsou jim přizpůsobeny a služba usnadňuje přístup i hůře dostupné populaci, díky čemuž jsou nízkoprahové služby často místem prvního kontaktu s uživateli (Mofizul Islam, Topp, Conigrave & Day, 2013).

V České republice tvoří síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog terénní programy a kontaktní centra. V roce 2019 do této sítě patřilo celkem 107 nízkoprahových programů, se kterými bylo v kontaktu 39,7 tisíc uživatelů drog. Současně byl v roce 2019 provozován jeden automat na injekční materiál (Mravčík et al., 2020).

Kontaktní centra a terénní programy jsou blíže popsány zejména v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen Zákon o sociálních službách) a ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (dále jen Standardy), které zahrnují komplexní popis požadavků pro splnění dostatečné kvality služby (Janíková, 2015). Více prostoru je těmto službám věnováno v následujících podkapitolách.

Důležitou součástí nízkoprahových služeb pro uživatele drog je přístup harm reduction, který je organizací Harm Reduction International (HRI) definován jako: „koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snižování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“ (HRI, 2021, str. 2).

Harm reduction (dále jen HR) nahlíží na drogovou problematiku z hlediska ochrany veřejného zdraví a lidských práv a zaměřuje se na konkrétní škody a rizika spojená s užíváním psychoaktivních látek. Ukázkou HR intervencí je například výměnný program injekčního materiálu, distribuce alkoesterů, vaporizace či distribuce naloxonu (Janíková, 2015).

Minimalizace rizik a škod neboli HR je také jednou ze čtyř hlavních oblastí Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (dále jen NSZ 2019–2027), na kterou navazuje Akční plán realizace NSZ 2019–2027. Součástí tohoto akčního plánu je například zajištění dostatečné kapacity nízkoprahových harm reduction programů pro problémové uživatele pervitinu a opioidů či zvýšení množství distribuovaného harm reduction materiálu pro uživatele drog (aktivity 2.6 a 2.13) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019).

2.3.2 TERÉNNÍ PROGRAMY

Terénní programy fungují prostřednictvím terénní práce, která spočívá v aktivním vyhledávání, kontaktování a poskytování informací a intervencí cílové skupině v jejím přirozeném prostředí. Místo pojmu terénní práce se také můžeme setkat s označením streetwork (Rhodes, 1999).

Obecně jsou terénní programy zakotveny zejména v Zákoně o sociálních službách v § 69, dle kterého jsou terénní služby poskytovány osobám, které jsou ohroženy rizikovým způsobem života či takový život přímo vedou. Cílovou skupinou tedy nejsou pouze uživatelé návykových nebo omamných psychotropních látek, ale i například osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, osoby bez přístřeší či jiné sociálně ohrožené skupiny. Služba by měla výše popsaným osobám zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím, aktivně je vyhledávat a pomáhat jim při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Sbírka zákonů Česká republika)¹.

¹ Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

Dle Standardů jsou terénní programy definovány jako: „*Služba aktivního vyhledávání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním prostředí uživatelů drog*“ (Libra, Adameček & Šedivá, 2015, str. 81).

Terénní pracovníci neboli také streetworkeri se setkávají s uživateli z tzv. skryté populace, kteří nemají příliš velkou motivaci službu vyhledat a řešit své zdravotní, sociální či psychické problémy. Mezi tuto skrytou populaci patří například „děti ulice“, experimentátoři, pravidelní uživatelé drog či problémoví uživatelé v již rozvinutém stupni závislosti, kteří nejsou sami schopni tyto služby vyhledat (Hrdina & Korčíšová, 2003). Cílovou skupinou terénních programů jsou tedy primárně osoby, které užívají návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, osoby ohrožené patologickým hráčstvím a osoby škodlivě užívající či experimentující s návykovými látkami včetně alkoholu (Libra, Adameček & Šedivá, 2015).

S těmito klienty se terénní pracovníci snaží navázat vztah postavený na vzájemné důvěře, snižovat sociální a zdravotní rizika užívání drog a motivovat je ke změně rizikového chování a vyhledání další odborné pomoci. Mezi dílčí cíle terénních programů patří například snížení výskytu VHB a VHC, udržení nízkého výskytu HIV / AIDS positivity, učení uživatelů drog zásadám bezpečného sexu a méně rizikovému užívání, předcházení kriminalitě, motivování klientů k výměně použitého injekčního materiálu či jeho bezpečné likvidaci a udržování exponovaných míst na otevřené drogové scéně v čistotě (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Terénní programy klientům nabízí (Libra, Adameček & Šedivá, 2015):

- **Výměnný program** – příjem použitého injekčního materiálu a poskytnutí nových injekčních setů.
- **Distribuci materiálu pro snižování rizik zdravotního poškození a šíření infekčních chorob** – mezi tyto materiály patří například sterilní voda, alkoholové dezinfekční tampony, aluminiová folie, kyselina askorbová, kapsle, bavlněné filtry, kondomy či základní zdravotnický materiál.
- **Testování na krvi přenosné choroby včetně před–testového a po–testového poradenství** – minimálně se testuje HIV a VHC.
- **Poradenství** – zejména sociální a zdravotní poradenství týkající se například možností léčby a sociálního začlenění včetně zprostředkování.
- **Základní zdravotní ošetření**
- **Poskytování informací** – tyto informace by měly klienty srozumitelně seznamovat se snižováním rizik spojených s užíváním drog.
- **Krizovou intervenci**

Tento výčet intervencí může být rozšířen o další služby s ohledem na potřeby konkrétní skupiny uživatelů drog. Terénní programy hrají také důležitou roli v monitorování drogové scény a sběru dat (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Terénním pracovníkem by měla být osoba starší 21 let s dokončeným středoškolským vzděláním a kvalifikací pracovník v sociálních službách / zdravotnický asistent / sanitář nebo s jinou kvalifikací v oborech pro práci s lidmi, která má znalosti v oblasti léčby a prevence drogových závislostí (Libra, Adameček & Šedivá, 2015).

Součástí týmu mohou být i tzv. indigenní terénní pracovníci (peerworkers), což jsou v tomto kontextu bývalí či současní uživatelé drog, kteří mohou díky osobní zkušenosti lépe chápat problémy spojené s užíváním. Současně mohou mít také lepší přístup ke skryté populaci a vzbuzovat v klientech větší důvěru a respekt. U bývalých uživatelů drog však může hrozit, že začnou znovu užívat (Rhodes, 1999).

2.3.3 KONTAKTNÍ CENTRA

Dalším typem nízkoprahových služeb jsou kontaktní centra neboli K-centra, která jsou často napojena na terénní programy. Tato centra navštěvují převážně klienti s nízkou motivací k léčbě, u kterých se pracovníci zařízení snaží zaměřit zejména na navázání kontaktu, budování vzájemné důvěry a minimalizaci zdravotních a sociálních rizik užívání drog (Bednářová & Pelech, 2003).

Zákon o sociálních službách popisuje kontaktní centra v § 59 jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách.*“ Základní činností kontaktních center je dle tohoto paragrafu zejména sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování oprávněných zájmů a práv, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Sbírka zákonů Česká republika)¹.

Cílovou skupinou těchto nízkoprahových zařízení jsou dle Standardů osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu a osoby ohrožené patologickým hráčstvím. Současně jsou, na rozdíl od terénních programů, určena i rodinným příslušníkům a osobám blízkým výše zmíněné cílové skupiny (Libra, Adameček & Šedivá, 2015).

K – centra poskytují klientům velmi podobné služby jako terénní programy, navíc jim nabízí například podmínky pro vykonání osobní hygieny a zázemí konzultační místnosti, ve které mohou probíhat individuální rozhovory, strukturovanější poradenství, krizové

¹ Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

intervence, skupinové aktivity či terapie. Kontaktní centra tedy klientům nabízí (Libra, Adameček & Šedivá, 2015):

- **Výměnný program** – viz předchozí kapitola.
- **Distribuci materiálu pro snižování rizik zdravotního poškození a šíření infekčních chorob** – viz předchozí kapitola.
- **Možnost provedení osobní hygieny** – použití WC, osprchování a umytí.
- **Poradenství** – zaměřené zejména na možnosti léčby a doporučení do vhodných léčebných a jiných odborných služeb.
- **Sociální práci** – intervence a poradenství zaměřené na podporu v oblasti bydlení, zaměstnání, sociálních dávek, vyřizování dokladů apod.
- **Základní zdravotní ošetření**
- **Testování na krvi přenosné choroby včetně před–testového a po–testového poradenství**
- **Krizovou intervenci**
- **Doplňkové programy** – jsou zřízeny na základě vyhodnocení potřeb cílové populace. Patří mezi ně například vyšetření moče na přítomnost metabolitů návykových látek, potravinový, vitamínový a nápojový servis, farmakoterapie, praní a sušení prádla, zapůjčení holícího strojeku, podpůrné skupinové aktivity, pracovní aktivity klientů či práce s rodinou a blízkými osob užívajících návykové látky.

Součástí služeb je kromě poradenství i komplexní zhodnocení stavu klienta, na které navazuje zpracování individuálního plánu péče a cílů práce a uzavření společného kontraktu, který by měl být průběžně revidován (Libra, 2003b).

Kontaktním pracovníkem může být osoba starší 21 let s dokončeným středoškolským vzděláním a s kvalifikací adiktolog /pracovník v sociálních službách /sanitář, zdravotnický asistent či s jinou kvalifikací v oborech pro práci s lidmi (Libra, Adameček & Šedivá, 2015). Tým K – center by měl být sestaven mezioborově neboli multidisciplinárně, tedy aby v něm byly zastoupeny různorodé profese a kvalifikace odpovídající různorodé skladbě programu této nízkoprahové služby.

V dubnu 2020 schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) realizaci pilotního programu distribuce naloxonu v nízkoprahových programech pro uživatele drog (Mravčík et. al. 2019)².

² Pilotní projekt byl zahájen v dubnu 2021 (<https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/projekt-zajisteni-dostupnosti-naloxonu-uzivatelum-drog-v-cr/>)

2.3.4 SPECIFIKA PRÁCE V NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH PRO UŽIVATELE DROG

Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je poměrně pestrá a zahrnuje široké spektrum aktivit, mezi které patří kromě již výše zmíněného vyhledávání, rozvoje a udržení kontaktu s klienty, výměny injekčního materiálu, poradenství a řešení zdravotních a sociálních problémů klientů i posouzení potřeb klientů a využívání postupů krizové intervence a motivačních rozhovorů (Libra, 2003b).

Vzhledem k tomuto spektru aktivit je důležité, aby měli pracovníci systematické a komplexní znalosti v oblasti závislostí a zaměřovali se nejen na jednotlivce, ale i na systémové souvislosti situace a věnovali pozornost i jeho širším sociálním vazbám (Matoušek, Kodymová & Koláčková, 2015). Současně je také kladen velký důraz na osobnostní kvality pracovníka, komunikační dovednosti a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Dalším specifikem práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je cílová skupina uživatelů, kteří jsou často ve fázi prekontemplace, tedy ještě před uvažováním o změně svého chování. U těchto klientů by mělo být hlavní intervencí zejména doprovázení (Richterová Těmínová, 2008).

Při případném poradenství je důležité vycházet z individuálních možností a schopností klienta a současně si být vědom toho, že klientovi pomáháme najít nejlepší možné cesty, ale rozhodnutí, zda se klient některou z nich vydá, je pouze na něm (Úlehla, 2005). Je velmi důležité mít tuto skutečnost na paměti a umět pracovat s tím, že se klient rozhodne pro úplně něco jiného, což může být velmi frustrující. Cílem poradenství by mělo být zejména vedení klienta k postupnému přebírání aktivity a odpovědnosti za své chování a rozhodování, posilování motivace ke změně a podpora klientových rozhodnutí (Broža, 2008).

V případě kontaktních center vynakládají klienti alespoň nějaké úsilí k navázání spolupráce už jen tím, že do služby přijdou. V terénních programech se však často stává, že pracovníci přichází do prostředí klientů nezváni, což může jednak nést určité riziko, zároveň málokdy zahrnuje ocenění či poděkování. Současně se také nemohou pracovníci spoléhat na kontinuitu procesu a často si musí vystačit s útržkovitými informacemi, což může vzbuzovat frustraci (Broža, 2015). Šikl (2009) reflektuje náročnost této profese v popisu terénního pracovníka, kterého vnímá jako: *„špatně zaplaceného a špatně vybaveného velvyslance na extrémně obtížném území, kam se všichni jinak bojí“* (Šikl, 2009, str. 108).

Šikl (2009) také zmiňuje nižší ocenění těchto služeb v systému adiktologické péče. S tímto tématem souvisí i obecné nastavení společnosti na uživatele drog a nízkoprahové služby, a tedy i na pracovníky těchto služeb. Toto nastavení můžeme demonstrovat

například na událostech letošního roku, kdy starostka Prahy 5 vyjádřila podporu rozšíření kontaktních center. Vzápětí se ze strany veřejnosti zvedla vlna nesouhlasu a nespokojenosti s tímto rozšířením (Bereň, 2021). Nesouhlas můžeme zaznamenat i v komentářích pod příspěvky jednotlivých nízkoprahových služeb na sociálních sítích. V některých případech se kromě negativních komentářů a stížností uchyluje veřejnost i k útokům ve formě verbální agrese, vyhrožování či házení fekálií na zázemí služby (Úřad vlády České republiky, 2016).

Z výzkumu, kterého se účastnilo 98 sociálních pracovníků v sociálních službách veřejné správy ČR, vyplývá, že respondenty vnímaly svou pracovní zátěž jako „spíše vysokou“ a 62 % z nich souhlasilo s názorem, že sociální pracovníci jsou vystaveny větší pracovní zátěži, než je běžné u jiných profesí. Mezi důvody, které se na náročnosti profese podílejí, uváděly například velkou rozmanitost řešených problémů, psychické a fyzické vyčerpání, byrokracii, nedostatečné finanční ohodnocení, nevhodné chování klientů či nedostatek pochopení pro jejich práci ze strany rodiny a blízkých (Paulík, 2006). Tyto údaje jsou zmíněny především kvůli tomu, že uvedené důvody či faktory hrající roli v náročnosti profese mohou být velmi aktuální i u pracovníků v nízkoprahových službách.

U uživatelů návykových látek se objevuje poměrně vysoká prevalence psychiatrické komorbidity (duální diagnózy). Dle EMCDDA (2015) trpí přibližně polovina uživatelů návykových látek i nějakým duševním onemocněním. V prostředí nízkoprahových služeb se může často jednat o nediodagnostikované klienty, kteří se mohou projevat nejasným způsobem komunikace, vymykajícím se chováním či projevy agrese, což klade zvýšené požadavky na pracovníky. V některých případech může vést chování těchto klientů i k porušení základních pravidel služby (Morávková, Staňková & Titman, 2018).

Pracovníci nízkoprahových služeb se také mohou setkat s celou řadou krizových situací, mezi které patří například stavy akutní úzkosti, úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání, oběti násilí, onemocnění závažnou infekční chorobou, úmrtí člena party například na předávkování či odsouzení za trestný čin (Libra, 2003a).

Specifickým tématem může být i hledání způsobu spolupráce s policií, při které může dojít ke střetu s loajalitou vůči klientům. Služba by proto měla mít pro tyto případy nastavená pravidla tak, aby chránila oprávněnou integritu klienta a zároveň pracovníka (Libra, 2003b).

Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je bezesporu zajímavá, má však i svá rizika, mezi která patří již zmíněná fyzická a duševní náročnost, manipulace s potenciálně nebezpečným materiálem či vyskytování se v nebezpečných situacích (Hrdina & Korčíšová, 2003). Rizikem může být i vznik syndromu vyhoření, na kterém se

může podílet velká osobní investice vložená do pomáhajícího procesu. Roli však může hrát i spokojenost se spolupracovníky či finanční ohodnocení (Kopřiva & Šiklová, 2006).

Těmto rizikům je potřeba věnovat pozornost a v rámci jejich prevence poskytnout pracovníkům supervizi, řádné proškolení a možnost osobního rozvoje a vzdělávání (Hrdina & Korčíšová, 2003). Pro prevenci syndromu vyhoření je doporučeno dodržovat zásady duševní hygieny, mezi které patří například udržování si určitého odstupu od klientů, osvojení si zdravého životního stylu či budování dobrých vztahů se svým okolím (Kebza & Šolcová, 2003).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. PŘEDMĚT VÝZKUMU

Následující kapitola seznamuje s výzkumným problémem, cílem výzkumu a se souvisejícími výzkumnými otázkami a hypotézami.

3.1.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMU

Předmětem výzkumu je problematika zvládnání zátěžových situací neboli copingu pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog. Copingové strategie, tedy způsoby zvládnání stresu / zátěže, mohou mít velký vliv na to, zda se sníží, či zvýší vliv nepříznivé situace, který může vést až k rozvoji tělesného či duševního onemocnění (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Mezi tato onemocnění patří například i syndrom vyhoření, který je poměrně často spojován právě s pomáhajícími profesemi. Současně mohou mít způsoby zvládnání zátěže výrazný vliv na pracovní spokojenost, která mimo jiné souvisí i s délkou setrvání v zaměstnání a kvalitou odvedené práce (Welbourne, et al., 2007). Ke zkvalitnění služeb je využívána zejména supervize, která je důležitou součástí adiktologických služeb (Broža, 2009).

V odborné literatuře můžeme najít výzkumy zabývající se touto problematikou ve vztahu k pomáhajícím profesím obecně, či konkrétně zaměřené na copingové strategie sociálních pracovníků nebo zdravotních sester. Předchozí výzkumy věnující se cílové skupině pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog se zaměřovaly zejména na prevalenci syndromu vyhoření a mapování rizik této profese (Kozubíková, 2011), příčiny syndromu vyhoření a jeho prevenci (Šiková, 2015) či na oblast psychohygieny v souvislosti se syndromem vyhoření (Buziová, 2020), ne však na copingové strategie těchto pracovníků.

Cílem výzkumu je proto zmapovat copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog a popsat případné rozdíly v těchto strategiích mezi muži a ženami.

Získané informace by následně mohly být využity například při intervencích zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, který může být v současné době velmi aktuálním tématem.

3.1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

V návaznosti na výše zmíněný cíl byly formulovány dvě výzkumné otázky a jedna hypotéza.

Výzkumné otázky a hypotézy:

VO1: Jaké copingové strategie se vyskytují u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog?

VO2: Odlišují se copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog od běžné populace?

H1: Copingové strategie mužů a žen pracujících v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog se od sebe staticky významně liší.

3.2. METODOLOGICKÉ UKOTVENÍ VÝZKUMU

Cílem kapitoly je představení metodologického ukotvení výzkumu, které zahrnuje popis výzkumného designu, metod získávání a analýzy dat a seznámení s organizační stránkou výzkumu. Součástí je mimo jiné i podkapitola věnovaná etickým aspektům výzkumu.

3.2.1 DESIGN VÝZKUMU

S ohledem na stanovený cíl byl zvolen smíšený design výzkumu. Konkrétně byla vybrána forma kvantitativně – kvalitativní, která umožňuje prohloubení a dokreslení kvantitativních dat informacemi kvalitativní povahy (Vlčková & Lojdová, 2016).

Kvantitativní složku výzkumu reprezentuje standardizovaný dotazník *Strategie zvládání stresu 78*, který poskytuje informace o obecných způsobech, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zátěžových situacích (Janke & Erdmannová, 2003). Tyto informace jsou poté doplněny konkrétními výpověďmi probandů na otevřenou otázku zaměřenou na to, co jim pomáhá redukovat stres a napětí.

Jedná se o on-line dotazníkovou studii v ČR.

3.2.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Sběr dat probíhal souběžně se získáváním dat pro účely diplomové magisterské práce věnující se syndromu vyhoření a psychické odolnosti pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog.

Data byla získána prostřednictvím elektronického strukturovaného dotazníku, který zahrnoval pět psychodiagnostických metod, doplněných několika otevřenými i uzavřenými otázkami (viz. přílohy). Konkrétně se jednalo o dotazník *Strategie zvládání stresu 78*, *Copenhagen Burnout Inventory*, *Maslach Burnout Inventory*, *Sence of Coherence* a *Dotazník obecné vlastní efektivity*. Kompletní testová baterie byla převedena do elektronické verze prostřednictvím serveru Vyplňto.cz

Pro účely této bakalářské práce byl klíčový zejména dotazník *Strategie zvládání stresu 78* a dobrovolná otázka kvalitativního charakteru ve znění: „*Co Vám pomáhá zmírňovat stres a napětí?*“ Celkem dotazník zahrnoval 179 položek, otevřené otázky byly z důvodu snížení rizika drop – outu pouze dobrovolné.

Strategie zvládání stresu 78 (SVF 78)

Dotazník SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen 78) umožňuje zachytit variabilitu způsobů, které jedinec uplatňuje a rozvíjí při zvládání a zpracování zátěžových situací. Autoři dotazníku, kterými jsou W. Janke a G. Erdmanová, tedy vycházejí z předpokladu, že strategie zvládání stresu jsou natolik vědomé, že se na ně lze dotázat pomocí verbálních technik. Tato testová metoda je určena zejména dospělé populaci a je vhodné ji využít jak pro účely individuální diagnostiky, tak při srovnávání skupin (Janke & Erdmannová, 2003).

Dotazník SVF 78 obsahuje 78 výroků zaměřených na to, jakým způsobem může člověk reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým vyveden z míry, poškozen či rozrušen. Jednotlivé výroky jsou poté respondenty hodnoceny pomocí škály od 0 (vůbec ne) do 4 (velmi pravděpodobně) podle toho, nakolik daný výrok odpovídá jejich způsobu jednání. Dílčí položky sytí 13 subtestů, které autoři z hlediska účinnosti dále rozdělují na pozitivní (POZ) a negativní strategie (NEG) zvládání stresu, viz tabulka 3 (Janke & Erdmannová, 2003).

Tabulka 3: *Kategorie a subtesty dotazníku SVF 78*

Kategorie	Číslo subtestu	Název subtestu
POZ 1: Strategie přehodnocení a devalvace	1	Podhodnocení
	2	Odmítání viny
POZ 2: Strategie odklonu	3	Odklon
	4	Náhradní uspokojení
POZ 3: Strategie kontroly	5	Kontrola situace
	6	Kontrola reakcí
	7	Pozitivní sebeinstrukce
NEG	10	Úniková tendence
	11	Perseverace
	12	Rezignace
	13	Sebeobviňování

Nevztahují se k žádné kategorii a vyžadují samostatnou interpretaci	8	Potřeba sociální opory
	9	Vyhýbání se

Zdroj: Janke & Erdmannová, 2003

Popis jednotlivých kategorií a subtestů dle Jankeho a Erdmannové (2003):

- **Strategie přehodnocení a strategie devalvace (POZ 1)**

Tyto strategie spojuje snaha přehodnotit či snížit závažnost či prožívání stresoru / stresové situace.

Oblast zahrnuje subtesty:

- **Podhodnocení** – tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s ostatními.
- **Odmítání viny** – vyznačuje se defenzivní strategií, projevující se odmítáním vlastní odpovědnosti za zátěž.

- **Strategie odklonu (POZ 2)**

Strategie zahrnující tendence jednání orientovaného na odklon od stresující situace či na příklon k alternativním aktivitám, situacím či stavům.

Oblast zahrnuje subtesty:

- **Odklon** – zahrnuje složku odvrácení zátěže a tendenci navození zmírňujících psychických stavů, které mohou zahrnovat emoce s pozitivní valencí, a být tak nekompatibilní s city s negativní valencí.
- **Náhradní uspokojení** – jednání zaměřené na kladné city a sebeposílení vnějšími odměnami, jako je např. koupení si něčeho nového.

- **Strategie kontroly (POZ 3)**

Strategie zaměřené na snahu o konstruktivní zvládnutí či kontrolu situace.

Oblast zahrnuje subtesty:

- **Kontrola situace** – je považován za velmi konstruktivní způsob zvládnutí stresové situace, který zahrnuje analýzu aktuální situace a jejího vzniku, plánování opatření vedoucích ke zlepšení situace a aktivní zásah do situace.
- **Kontrola reakcí** – tendence kontrolovat vlastní reakce při zátěži tak, aby nedošlo ke vzrušení či je na sobě nedat znát (nenechat se vyvést z míry a zachovat klid).
- **Positivní sebeinstrukce** – demonstruje, do jaké míry mají jedinci sklon k dodávání si odvahy a přisuzování si kompetencí v zátěžové situaci. Subtest zahrnuje kladné postoje a myšlenky zvyšující sebedůvěru a sugesci nevzdat se.

- **Negativní strategie (NEG)**

Strategie, které stres spíše zesilují.

Oblast zahrnuje subtesty:

- **Úniková tendence** – rezignační tendence, která je spojená se sníženou pohotovostí a schopností čelit náročné situaci. Tento maladaptivní způsob zpracování stres spíše zvyšuje (minimálně z dlouhodobějšího hlediska).
- **Perseverace** – prodloužené přemítání a myšlenkové ulpívání na prožívané zátěži. Tento způsob zpracování prodlužuje zátěžovou situaci a ztěžuje obnovení výchozího stavu.
- **Rezignace** – patří sem pocity bezmocnosti a beznaděje, které vedou k tomu, že se jedinec vzdává dalšího snažení o zvládnutí situace.
- **Sebeobviňování** – sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání.
- **Strategie, které se nevztahují k žádné kategorii**
 - **Potřeba sociální opory** – tendence navazovat a vyhledávat při náročných situacích kontakt a podporu u druhých. Může se jednat o pomoc ve formě pohovoru, rady či konkrétní pomoci při řešení. Potřeba sociální opory může naznačovat pasivně rezignační postoj, či může naopak naznačovat aktivní hledání konkrétní podpory při zvládnutí problému.
 - **Vyhýbání se** – zachycuje tendence vyhnout se zátěži či snahu zamezit další konfrontaci s podobnou situací. Tento způsob zpracování může vést ke kladným, nebo záporným důsledkům stresu.

Dle Jankeho a Erdmannové (2003) se u standardizovaného souboru pohybovala reliabilita jednotlivých subtestů vyjádřena koeficientem Cronbachovo alfa mezi 0,77 a 0,94.

Surová data byla převedena do elektronické datové tabulky a poté byla analyzována pomocí programu Microsoft Office Excel 2019 a Statistica 14.0.0., v rámci kterých byly realizovány výpočty základních popisných statistik, mezi které patří například aritmetický průměr (M), medián (MD) či směrodatná odchylka (SD). Dále bylo prostřednictvím Shapiro – Wilkova testu zjišťováno normální rozložení, které bylo spolu s rozsahem výzkumného souboru zohledněno při výběru jednotlivých statistických metod.

Data kvalitativní povahy byla analyzována kombinací metody vytváření trsů, která spočívá ve tvoření obecnějších skupin vznikajících na základě vzájemných podobností, a metody prostého výčtu, která stojí na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem (Miovský, 2006). Výpovědi respondentů byly tedy seskupeny do obecnějších trsů, které byly poté analyzovány z hlediska absolutní i relativní četnosti.

3.2.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výběrový výzkumný soubor tvořili všichni pracovníci v nízkoprahových službách pro uživatele drog, kteří vykonávají práci v těchto zařízeních v minimálním rozsahu 20 h/týdně

(poloviční pracovní úvazek). Výzkumný soubor tedy zahrnoval terénní pracovníky i zaměstnance kontaktních center.

Výzkumný soubor byl vybrán kombinací metody účelového výběru přes instituci, v tomto případě jednotlivé nízkoprahové služby pro uživatele drog, a metody samovýběru, která je charakterizována dobrovolností a projevením aktivního zájmu o zapojení se do výzkumu. Obě tyto metody spadají do skupiny nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru (Miovský, 2006).

Potenciální respondenti byli osloveni s prosbou o vyplnění on-line dotazníku přes e-mailové adresy jednotlivých kontaktních center a terénních programů. Tyto adresy byly vyhledány prostřednictvím mapy pomoci na stránkách drogy-info.cz. Celkem bylo osloveno 130 nízkoprahových služeb. Velikost základního souboru není známa.

3.2.4 ORGANIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT

Výzkumu předcházela rešerše literatury, výzkumů a studií dotýkající se zkoumané problematiky. Na základě rešerše byly vybrány jednotlivé psychodiagnostické metody, které byly následně zkompletovány a převedeny spolu s dalšími položkami do elektronické verze dotazníku. Dotazník byl několikrát konzultován a před spuštěním finální verze proběhla pilotní studie, v rámci které byl osloven potenciální respondent, který posuzoval srozumitelnost jednotlivých položek.

Sběru dat dále předcházelo natočení krátkého úvodního [videa](#), které bylo přiloženo k dopisu pro respondenta, a vytvoření mailing listu, podle kterého byly následně 22. března 2021 jednotlivé služby osloveny. S prosbou o vyplnění a rozeslání dotazníku kolegům byli primárně osloveni vedoucí služeb. V případě, že na ně nebylo možné dohledat e-mailový kontakt, byla prosba odeslána na základní e-mailovou adresu služby. Současně byla také s prosbou o sdílení dotazníku oslovena i vedoucí Sekce Harm Reduction Asociace nestátních organizací (dále jen HR ANO). Sběr dat probíhal od 22. března do 23. dubna 2021.

Vzhledem k délce dotazníku byli respondenti motivováni možností vyhodnocení a zprostředkování individuálních výsledků jednotlivých psychodiagnostických metod. Této možnosti využilo celkem 78 respondentů. Součástí výzkumu bylo tedy i výše zmíněné vyhodnocení a připravení nástroje pro anonymní zprostředkování výsledku, kterému je věnováno více prostoru v následující kapitole.

Harmonogram výzkumu:

- **září–listopad:** přípravná fáze
- **prosinec–leden:** natočení úvodního videa, zkompletování a převedení dotazníku do elektronické verze

- **únor:** oslovení HR Sekce ANO, vytvoření mailing listu
- **březen–duben:** oslovení jednotlivých nízkoprahových služeb pro uživatele drog a sběr dat
- **květen:** analýza dat
- **červen–červenec:** zpracování individuálních výsledků a jejich zprostředkování respondentům

3.2.5 ETICKÉ ASPEKTY A OCHRANA SOUKROMÍ

Po celou dobu realizace výzkumu a následném zpracování a vyhodnocení dat byly dodržovány platné etické principy a zásady. Respondenti byli řádně seznámeni s povahou a cíli výzkumu prostřednictvím úvodního dopisu pro respondenta a krátkého videa, které bylo k dopisu přiloženo. V případě jakýchkoliv dotazů, nejasností či poznámek se respondenti mohli obrátit na kontaktní e-mailovou adresu uvedenou v obou výše zmíněných materiálech.

Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a respondenti byli informováni o tom, že mohou vyplňování dotazníku kdykoliv ukončit a odstoupit tak od výzkumu. Výzkum probíhal anonymně, účastníci tak potvrzovali ochotu se do výzkumu zapojit zahájením vyplňování. Veškerá data byla použita pouze pro účely výzkumu v souladu s aktuálně platnými českými a evropskými předpisy a normami a potenciálně identifikující informace byly při analýze dat anonymizovány.

Pro spárování dotazníku a anonymní zprostředkování jednotlivých výsledků byli respondenti požádáni o sestavení unikátního identifikačního kódu ve tvaru: první tři písmena jména Vaší matky, den Vašeho narození (dvě číslice), měsíc Vašeho narození (dvě číslice), libovolné slovo bez háčeků a čárek např. MAR0104PES. Takto komplikovaný kód byl vybrán z důvodu zvýšení ochrany citlivých údajů, kterými výsledky psychodiagnostických metod zaměřených na syndrom vyhoření, psychickou odolnost a copingové strategie bezesporu jsou. Respondentům byl následně původními komunikačními kanály rozeslán odkaz na webové stránky, kde se jim po zadání identifikačního kódu zobrazily jejich výsledky. Původně jsem chtěla okódované výsledky rozesílat do služeb v jednotlivých krajích, které respondenti uvedli, nakonec jsem se však rozhodla pro výše zmíněnou nákladnější, ale bezpečnější formu zprostředkování výsledků.

3.3. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující podkapitoly zahrnují seznámení s charakteristikami výzkumného souboru a výsledky analýzy dat.

3.3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumu se celkem zúčastnilo 95 respondentů, jeden však musel být vyřazen, protože se jednalo o pracovníka nízkoprahového zařízení pro děti a mládež. Výzkumný soubor tedy zahrnuje celkem 94 respondentů, z toho 74 žen (78,72 %) a 20 mužů (21,28 %). Průměrný věk respondentů je 33 let (dle mediánu 30,5 let), nejmladšímu respondentovi je 23 let a nejstaršímu je 59 let.

Tabulka 4: *Věk respondentů v letech*

N	M	MD	Min.	Max.
94	33	30,5	23	59

Průměrná délka praxe respondentů v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog činí 5,34 let (dle mediánu 4 roky), přičemž minimální délka praxe je 0,5 roku a maximální je 20 let.

Tabulka 5: *Délka praxe pracovníků v letech*

N	M	MD	Min.	Max.
94	5,34	4	0,5	20

Do výzkumu se kromě Libereckého kraje zapojili respondenti z celé ČR. 18 respondentů (19,15 %) uvedlo jako kraj, ve kterém pracují, Hlavní město Praha, 12 (12,77 %) Ústecký kraj, 11 (11,70 %) Jihomoravský kraj, 9 (9,57 %) Jihočeský kraj, 7 (7,45 %) Karlovarský kraj, 6 (6,38 %) Plzeňský kraj, 6 (6,38 %) Středočeský kraj, 5 (5,32 %) Moravskoslezský kraj, 5 (5,32 %) Kraj Vysočina, 4 (4,26 %) Zlínský kraj, 4 (4,26 %) Olomoucký kraj, 4 (4,26 %) Pardubický kraj a 3 respondenti (3,19 %) uvedli Královehradecký kraj.

Tabulka 6: *Zastoupení pracovníků dle jednotlivých krajů*

Kraj	N	%
Hlavní město Praha	18	19,15
Středočeský kraj	6	6,38
Jihočeský kraj	9	9,57
Plzeňský kraj	6	6,38
Karlovarský kraj	7	7,45
Ústecký kraj	12	12,77
Liberecký kraj	0	0
Královehradecký kraj	3	3,19

Pardubický kraj	4	4,26
Kraj Vysočina	5	5,32
Jihomoravský kraj	11	11,70
Olomoucký kraj	4	4,26
Moravskoslezský kraj	5	5,32
Zlínský kraj	4	4,26
Celkem	94	100

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání uvedlo 56 respondentů (59,57 %) vysokoškolské vzdělání, 19 respondentů (20,21 %) vyšší odborné vzdělání, 17 respondentů (18,09 %) uvedlo střední vzdělání s maturitou, 1 (1,06 %) střední vzdělání bez maturity a 1 (1,06 %) respondent uvedl kategorii základní vzdělání/nedokončené vzdělání.

Tabulka 7: Zastoupení dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	N	%
Základní / nedokončené	1	1,06
Střední bez maturity	1	1,06
Střední s maturitou	17	18,09
Vyšší odborné	19	20,21
Vysokoškolské	56	59,57
Celkem	94	100

Dále nás také zajímala kvalifikace a pracovní pozice pracovníků. U obou těchto kategorií mohli respondenti uvést více možností. Kategorie kvalifikace zahrnovala i studenty a frekventanty, 56 respondentů (57,06 %) uvedlo kvalifikaci sociální pracovník, 26 (27,66 %) pracovník v sociálních službách, 16 (17,02 %) kvalifikaci adiktolog, 6 (6,38 %) zdravotní sestra, 3 (3,19 %) kvalifikaci psychoterapeut a 2 respondenti (2,13 %) uvedli kvalifikaci psycholog. Výzkumný soubor zahrnuje 56 terénních pracovníků (59,57 %), 52 kontaktních pracovníků (55,32 %) a 9 vedoucích nízkoprahových služeb pro uživatele drog (9,57 %).

Z 94 respondentů by se 5 respondentů (5,32 %) označilo jako ex – user, tedy bývalý uživatel drog.

3.3.2 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

VO1: Jaké copingové strategie se vyskytují u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog?

Z aritmetických průměrů hrubých skóre dotazníků SVF 78 (viz Tabulka 8 a 9) je zřejmé, že u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog převládají pozitivní copingové strategie ($M=13,46$, $SD=2,45$), které stres redukují. Převažují zejména pozitivní strategie kontroly (POZ 3, $M=15,53$, $SD=2,92$), pro které je typická konstruktivní snaha zvládnutí či kontroly situace. U výzkumného souboru se z pozitivních copingových strategií nejvíce objevuje zejména strategie kontrola situace ($M=16,82$, $SD=3,57$), která je dle Jankeho a Erdmannové (2003) považována za obzvlášť konstruktivní způsob zvládnání, který zahrnuje analýzu situace a jejího vzniku, plánování opatření ke zlepšení a aktivní zásah do situace. Naopak nejméně zastoupenou pozitivní copingovou strategií je podhodnocení ($M=9,93$, $SD=3,57$).

Negativní copingové strategie, tedy spíše stres zesilující strategie, se u výzkumného souboru objevují méně ($M=10,81$, $SD=4,24$). Z negativních copingových strategií se nejčastěji objevuje perseverace ($M=14,51$; $SD=5,49$), která indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže, naopak nejméně zastoupenou negativní copingovou strategií je rezignace ($M=8,22$, $SD=4,50$).

Obecně je u výzkumného souboru nejvíce zastoupena copingová strategie potřeba sociální opory ($M=18,20$, $SD=4,11$), která zahrnuje tendence při stresu navázat kontakt s druhými. Tato strategie může být buď projevem pasivně rezignačním, či může naopak naznačovat aktivní hledání podpory při zvládnání problému. Další nejvíce zastoupenou copingovou strategií je již zmíněná kontrola situace ($M=16,82$, $SD=3,57$) a následně strategie pozitivní sebeinstrukce ($M=15,18$, $SD=4,02$), která poukazuje na sklon přisuzovat si kompetence a dodávat si odvahu v zátěžových situacích (Janke & Erdmannová, 2003).

Tabulka 8: Zastoupení copingových strategií dotazníku SVF 78 dle kategorií

Copingové strategie	N	M	SD
Negativní strategie	94	10,81	4,24
Pozitivní strategie:	94	13,46	2,45
POZ 1	94	10,45	3,74
POZ 2	94	13,21	3,63
POZ 3	94	15,63	2,92

Tabulka 9: Zastoupení copingových strategií dotazníku SVF 78 dle subtestů

Subtest	N	M	SD
Podhodnocení	94	9,93	4,86
Odmítání viny	94	10,97	3,70
Odklon	94	13,68	3,70
Náhradní uspokojení	94	12,73	4,79
Kontrola situace	94	16,82	3,57
Kontrola reakcí	94	14,90	3,02
Pozitivní sebeinstrukce	94	15,18	4,02
Úniková tendence	94	10,24	4,88
Perseverace	94	14,51	5,49
Rezignace	94	8,22	4,50
Sebeobviňování	94	10,28	5,52
Potřeba sociální opory	94	18,20	4,11
Vyhýbání se	94	13,47	4,04

V rámci kvalitativní analýzy dat byly zpracovávány odpovědi respondentů na otevřenou otázku: „Co Vám pomáhá zmírňovat stres a napětí?“ Tyto odpovědi byly poté na základě obsahu rozděleny do 7 kategorií, které jsou spolu s příklady konkrétních odpovědí blíže popsány v tabulce 10. Z hlediska četnosti se nejvíce objevují fyzické a volnočasové aktivity, které uvedlo 73 respondentů (77,66 %). Poté následuje kategorie sociální opory, kterou zmiňuje 63 respondentů (67,03 %). Kategorie sociální opory zahrnuje nejen sdílení zátěžové situace se svým okolím, ale i vyhledávání a trávení času se svými blízkými bez toho, aby byla věnována větší pozornost situaci způsobující stres a napětí. 15 respondentů (15,96 %) uvedlo různé seberozvojové aktivity a relaxační techniky a 14 respondentů (14,89 %) uvedlo užívání vybraných psychotropních látek, převážně tedy legálních. Salutory, které zmiňuje 13 respondentů (13,83 %), jsou obecně popsány v teoretické části (kapitola 2.1.4.), v rámci kvalitativní analýzy zahrnuje tato kategorie faktory přispívající k zvládnutí stresu, které jsou nám do jisté míry dané a odvíjí se od osobnostního nastavení. Do kategorií odstup a nadhled, kterou uvedlo 9 respondentů (9,67 %), a vyhýbání se stresu, kterou uvedli 2 respondenti (2,13 %), by bylo teoreticky možné zařadit jako podkategorii, například psychotropní látky či pasivní odpočinek v závislosti na funkci tohoto chování. Kategorie odstup a nadhled a vyhýbání se stresu jsou však uvedeny zvlášť z důvodu explicitního

vyjádření chování a způsobu zvládnání spadajících do těchto kategorií. Pouze 2 respondenti (2,13 %) zmínili aktivní řešení situace.

Tabulka 10: *Přehled kategorií kvalitativní analýzy dat*

Kategorie	Příklady odpovědí respondentů
Fyzické a volnočasové aktivity	<i>Běh nebo jiná fyzická aktivita; procházky se psem; vycházky s foťákem a proces vyvolávání v temné komoře; čtení; videohry; hra na kytaru; tanec; koukání na filmy; manuální práce; zajdu si do kavárny.</i>
Sociální opora	<i>Společný čas s rodinou; rozhovor s někým blízkým; sdílet situaci v týmu; sdílení a komunikace s přáteli a kolegy, rodinou; vypuštění emocí s někým kdo mi rozumí a mohu si dovolit před ním být sama sebou; s někým mluvit, ale klidně o něčem jiném než o tom, co se zrovna děje.</i>
Seberozvoj a relaxační techniky	<i>Meditace; vnitřní práce na sobě samém; dechové cvičení; řízená relaxace; mindfulness, sebevzdělávání, četba zajímavých odborných článků z mého oboru; učit se něco nového v práci nebo něco úplně jiného.</i>
Psychotropní látky	<i>Návykové látky; alkohol; tabák, kouření; občas MDMA; zahulím si; dát si po vyřešení nějaké nepříjemné situace cigo; CBD.</i>
Pasivní odpočinek	<i>Spánek; civění do zdi; dám si šlofíka; klid.</i>
Odstup a nadhled	<i>Povznést se nad tím; vytvořit si od dané situace odstup; časový odstup a utvoření zdravého náhledu na situaci; nebrat si nic osobně, všechny věci se dějí z nějakého důvodu, i ty dobré i ty špatné; vůbec si to nepřipouštět a hledat na tom pozitiva.</i>
Salutory	<i>Víra; humor; modlitba; pracovní i rodinné zázemí; vědomí, že na to nejsem sama a vždy se mám na koho obrátit; smysluplnost práce.</i>
Aktivní řešení situace	<i>Akce v dané věci (př. začít plnit to, co mě stresuje); hledat řešení, pokud to jde.</i>
Vyhýbání se stresu	<i>Aktivně se vyhýbat stresovým situacím, ale když už do stresové situace vcházím, snažím se hluboce prodýchat; snažím se myslet na něco jiného a vyhýbat se těmhle situacím.</i>

Tabulka 11: Četnost kategorií kvalitativní analýzy dat

Kategorie	N	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzické a volnočasové aktivity	94	73	77,66 %
Sociální opora	94	63	67,02 %
Seberozvoj a relaxační techniky	94	15	15,96 %
Psychotropní látky	94	14	14,89 %
Pasivní odpočinek	94	5	5,32 %
Odstup a nadhled	94	9	9,67 %
Salutory	94	13	13,83 %
Aktivní řešení situace	94	2	2,13 %
Vyhýbání se stresu	94	2	2,13 %

VO2: Odlišují se copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog od běžné populace?

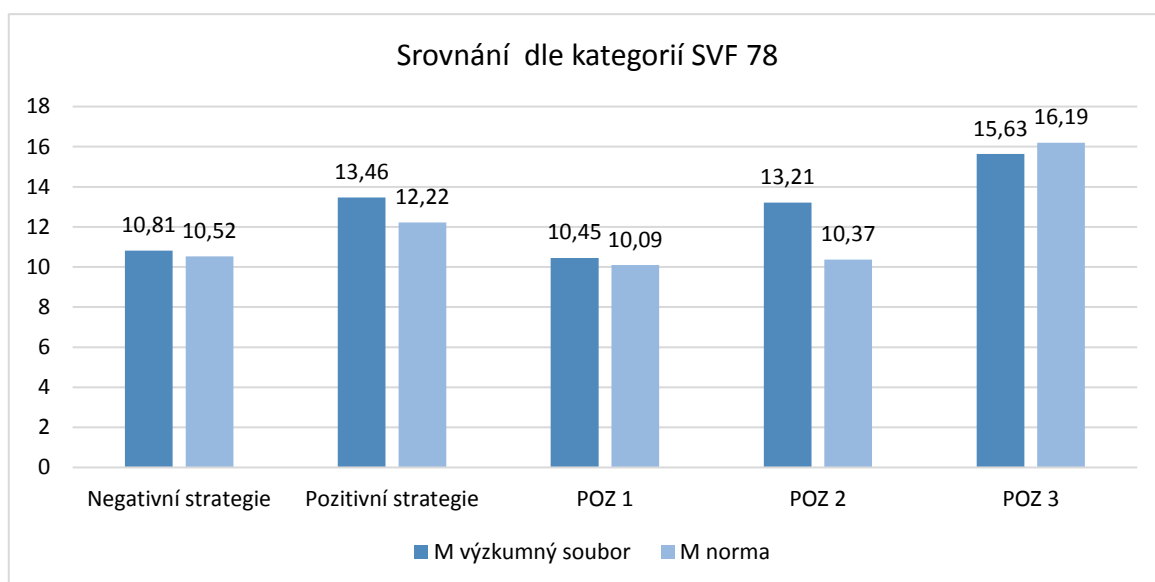
Výzkumná otázka byla zkoumána pomocí srovnání aritmetických průměrů hrubých skóre jednotlivých kategorií a subtestů dotazníku SVF 78 u výzkumného souboru s aritmetickými průměry a směrodatnými odchylkami normy, které publikovali Janke a Erdmannová (2003). Normy vychází ze standardizace výzkumného souboru, který zahrnoval 122 žen a 124 mužů.

Srovnání jednotlivých kategorií a subtestů přibližují tabulky 12 a 13, ze kterých je zřejmé, že významně, tedy o více než směrodatnou odchylku normy, se pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog liší od běžné populace v copingové strategii potřeba sociální opory (rozdíl=5,31, SD normy=5,22). U ostatních copingových strategií nejsou zaznamenány rozdíly překračující směrodatné odchylky normy. Nicméně si můžeme všimnout vyššího skóre u copingové strategie náhradní uspokojení (rozdíl=3,82, SD normy=4,69) a úniková tendence (rozdíl=2, SD normy=4,70). Naopak nejmenší rozdíly v copingových strategiích můžeme zaznamenat například u copingové strategie kontrola reakcí (rozdíl=0,04, SD normy=3,73) či obecně u negativních copingových strategií (rozdíl=0,29, SD normy=3,86), například u strategie rezignace (rozdíl=0,18, SD normy=4,36).

Tabulka 12: Srovnání výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle kategorií

Copingové strategie	M	M norma ³	SD norma ³	Rozdíl
Negativní strategie	10,81	10,52	3,86	0,29
Pozitivní strategie:	13,46	12,22	2,32	1,24
POZ 1	10,45	10,09	3,47	0,36
POZ 2	13,21	10,37	3,59	0,36
POZ 3	15,63	16,19	3,24	-0,56

Graf 1: Srovnání aritmetického průměru výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle kategorií



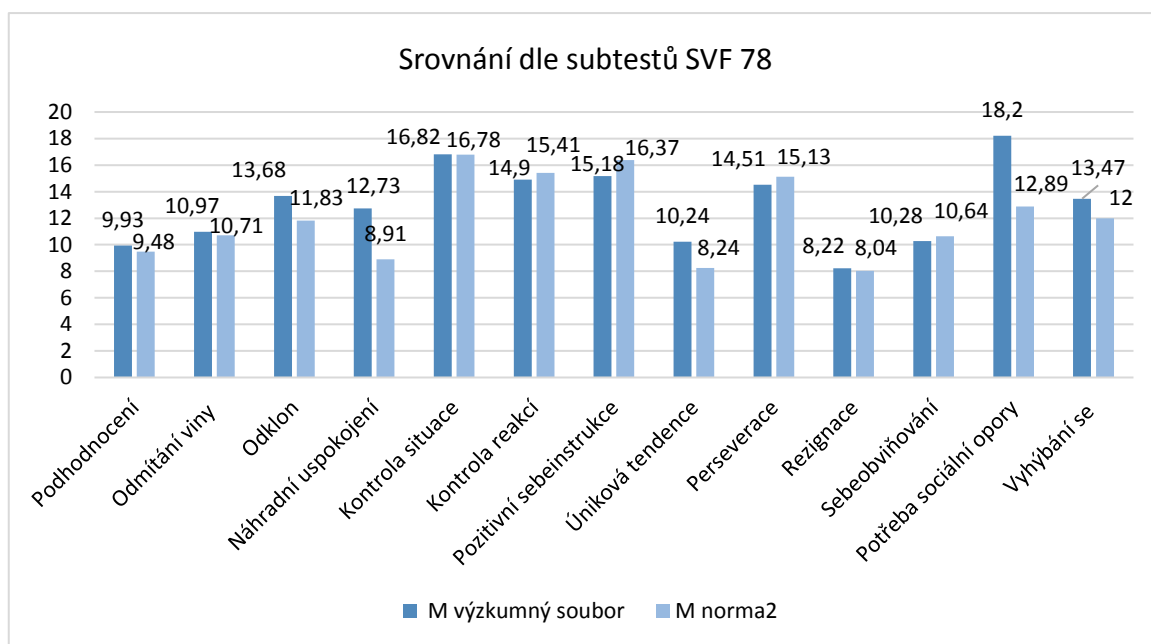
Tabulka 13: Srovnání výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle subtestů

Subtest	M	M norma ³	SD norma ³	Rozdíl
Podhodnocení	9,93	9,48	4,44	0,45
Odmítání viny	10,97	10,71	3,74	0,26
Odklon	13,68	11,83	3,66	1,85

³ Normy aritmetického průměru a směrodatné odchylky jsou převzaty z dotazníku SVF 78. Tyto Normy vychází ze standardizace výzkumného souboru, který zahrnoval 122 žen a 124 mužů (Janke & Erdmannová, 2003).

Náhradní uspokojení	12,73	8,91	4,69	3,82
Kontrola situace	16,82	16,78	3,73	0,04
Kontrola reakcí	14,90	15,41	4,00	-0,51
Pozitivní sebeinstrukce	15,18	16,37	3,97	-1,19
Úniková tendence	10,24	8,24	4,70	2
Perseverace	14,51	15,13	5,67	-0,62
Rezignace	8,22	8,04	4,36	0,18
Sebeobviňování	10,28	10,64	4,19	-0,36
Potřeba sociální opory	18,20	12,89	5,22	5,31
Vyhýbání se	13,47	12	4,71	1,47

Graf 2: Srovnání aritmetického průměru výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle subtestů



H1: Copingové strategie mužů a žen pracujících v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog se od sebe staticky významně liší.

Před samotným ověřením hypotézy byl proveden Shapiro-Wilkův test normality, dle kterého mají normální rozdělení pouze subtesty pozitivních copingových strategií. Z toho důvodu byl pro ověření hypotézy u výše zmíněné kategorie a subtestů použit parametrický t – test pro dva nezávislé výběry bez předpokladu stejných rozptylů a u ostatních subtestů

byl použit neparametrický Mann – Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry. Pro ověřování hypotézy byla zvolena hladina významnosti $\alpha=0,05$.

Z výsledků statistické analýzy (viz. tabulka 14) vyplývá, že copingové strategie mužů a žen pracujících v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog se od sebe signifikantně neliší, hypotéza tedy nemůže být přijata. Můžeme si však všimnout, že nejvíce se od sebe muži a ženy výzkumného souboru liší v copingové strategii podhodnocení.

Tabulka 14: Hodnoty T-testu pro dva nezávislé výběry bez předpokladu stejných rozptylů a Mann – Whitneyova U testu

	Ženy		Muži			
T-test pro dva nezávislé výběry bez předpokladu stejných rozptylů						
Copingové strategie	N	M	N	M	T	p-hodnota
Pozitivní strategie:	74	13,39	20	13,71	1,85	0,62
POZ 1:	74	10,11	20	11,67	0,61	0,55
Podhodnocení	74	9,41	20	11,85	1,85	0,07
Odmítání viny	74	10,82	20	11,50	0,61	0,55
POZ 2:	74	13,36	20	12,65	-0,87	0,39
Odklon	74	13,68	20	13,70	0,03	0,98
Náhradní uspokojení	74	13,04	20	11,6	-1,28	0,21
POZ 3	74	15,60	20	15,77	0,24	0,81
Kontrola situace	74	16,84	20	16,75	-0,10	0,92
Kontrola reakcí	74	14,86	20	15,05	0,24	0,81
Pozitivní sebeinstrukce	74	15,09	20	15,50	0,36	0,72
Mann – Whitney U test						
Copingové strategie	N	MD	N	MD	Z	p-hodnota
Negativní strategie:	74	10,00	20	9,50	-0,37	0,71
Úniková tendence	74	10,00	20	9,50	0,00	1,00

Perseverace	74	14,00	20	15,00	-0,36	0,72
Rezignace	74	7,50	20	7,00	-0,67	0,51
Sebeobviňování	74	9,00	20	10,00	0,04	0,97
Potřeba sociální opory	74	18,00	20	18,50	-0,02	0,98
Vyhýbání se	74	13,00	20	13,50	-0,45	0,65

4 DISKUZE

Následující kapitola je věnována zejména souhrnu a interpretaci výsledků praktické části bakalářské práce. Součástí kapitoly je však i zamyšlení nad limity práce a doporučení pro potenciální výzkumy zabývající se problematikou copingových strategií pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, či copingovými strategiemi jiné cílové skupiny.

Cílem výzkumu bylo zejména zmapovat copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog a popis případných rozdílů těchto strategií v závislosti na pohlaví. Výzkumu se zúčastnilo 94 respondentů, 74 žen (78,72 %) a 20 mužů (21,28 %) ve věku 23–59 let. Výzkumný soubor je, co se týče různých kvalifikací, poměrně pestrý. Nejvíce respondentů uvedlo kvalifikaci sociální pracovník (57,06 %), své zastoupení měli však i pracovníci v sociálních službách (27,66 %), adiktologové (17,02 %), zdravotní sestry (6,38 %), psychoterapeuti (3,19 %) a psychologové (2,13 %).

Z výsledků dotazníku SVF 78 vyplývá, že nejpreferovanější copingovou strategií pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog je strategie potřeba sociální opory ($M=18,20$, $SD=4,11$), která se dle autorů dotazníku nevztahuje k žádné, tedy pozitivní ani negativní kategorii copingových strategií. Potřeba sociální opory je charakterizována tendencí navázat při stresu kontakt s druhými. Tato strategie může být projevem aktivního hledání podpory při zvládnání problémů, či naopak může být výrazem pasivně rezignačního postoje (Janke & Erdmannová, 2003). Současně je důležité zmínit, že strategie potřeba sociální opory je jedinou strategií, ve které se respondenti lišili o více než směrodatnou odchylku od normy. Pro srovnání můžeme uvést například výzkum zaměřený na copingové strategie zdravotních sester a bratrů, kteří v této strategii dosahovali hodnoty $M=11$ (Romanova, 2018). Dalším příkladem může být starší výzkum copingových strategií pracovníků v sociální oblasti, kteří dosahovali u této strategie hodnoty $M=15,7$ (Porzerová, 2012). V obou případech tedy uváděli respondenti nižší preferenci této strategie než náš výzkumný soubor. Za zmínku stojí i poměrně rozsáhlý výzkum, kterého se účastnilo 2 394 vyučujících na základních školách, dle kterého se u výzkumného souboru objevila potřeba sociální opory jako druhá nejpreferovanější copingová strategie, autorky bohužel neuvádí průměry jednotlivých subtestů (Smetáčková & Pavlas Martanová, 2020).

Preferenci copingové strategie zaměřené na sociální oporu potvrzuje i kvalitativní analýza dat. Sociální oporu v různé formě zmínilo 63 respondentů (67,02 %), kteří ve svých odpovědích zohledňovali funkci emočně podpůrnou i instrumentální. Vysoká preference této copingové strategie může do jisté míry souviset i s epidemiologickou situací, která při sběru dat probíhala. Dle Klimenta a Nádvorníkové (2020), autorů reflexe dopadů epidemie koronaviru na sociální služby u nás, zmiňovali dotázaní různou formu sociální opory jako tu nejvíce nápomocnou při zvládnání krizové situace. Vliv mohlo mít i nerovnoměrné

zastoupení jednotlivých pohlaví, které by mohlo výsledky zkreslit. Dle Jankeho a Erdmannové (2003) dosahují ženy vyšších hodnot právě v subtestu potřeba sociální opory. Na druhou stranu je potřeba zmínit, že ve výzkumném souboru byly v tomto subtestu zaznamenány minimální rozdíly mezi muži a ženami.

Co se týče dalších copingových strategií, převládaly u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog pozitivní copingové strategie ($M=13,46$, $SD=2,45$), které stres redukují. Z pozitivních copingových strategií převládaly zejména pozitivní strategie kontroly (POZ 3, $M=15,53$, $SD=2,92$), pro které je typická konstruktivní snaha zvládnutí či kontroly situace. Konkrétně je z této kategorie nejpreferovanější copingová strategie kontrola situace ($M=16,82$, $SD=3,57$), která je považována za obzvlášť konstruktivní způsob zvládnání, který zahrnuje analýzu situace a jejího vzniku, plánování opatření ke zlepšení a aktivní zásah do situace. Druhou nejpreferovanější pozitivní copingovou strategií, celkově tedy třetí nejpreferovanější, je strategie pozitivní sebeinstrukce ($M=15,18$, $SD=4,02$), která poukazuje na sklon přisuzovat si kompetence a dodávat si odvalu v zátěžových situacích, což je i jedním ze salutorů při zvládnání zátěžové situace. Je však třeba poznamenat, že v tomto subtestu pracovníci v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog dosahovali nižšího průměrného skóru než norma. Negativní copingové strategie, tedy spíše stres zesilující strategie, se u výzkumného souboru objevují méně ($M=10,81$, $SD=4,24$), můžeme si však všimnout větší směrodatné odchylky. Nejpreferovanější negativní copingovou strategií je perseverace ($M=14,51$; $SD=5,49$), která indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže. Naopak nejméně zastoupenou negativní copingovou strategií je rezignace ($M=8,22$, $SD=4,50$) (Janke & Erdmannová, 2003).

Negativní copingové strategie hrají dle Smetáčkové a Pavlas Martanové (2020) významnou roli v souvislosti se syndromem vyhoření. Vyšší preference těchto strategií uváděli učitelé, kteří vykazovali silnější projevy vyhoření. Na základě těchto dat autorky usuzují, že využívání pozitivních copingových strategií působí protektivně proti syndromu vyhoření, jako podstatně důležitější však vnímají vyvarování se negativním copingovým strategiím.

Tato zjištění by mohla být využita při intervencích zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, které by se mohly zaměřovat na osvojování pozitivních copingových strategií a omezení těch negativních. V případě pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog by dle výsledků mohly hrát roli intervence zaměřené na copingovou strategii perseverace, tedy neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže. Schopnost mentálního odpoutání může podpořit například již výše zmíněná sociální opora či osvojení si základních pravidel duševní hygieny, relaxačních a imaginačních technik a osvojení si mentálně hygienických rituálů, jako je například převlečení se z pracovního oblečení či sprcha po příchodu domů (Gillernová & Krejčová, 2012). U účastníků výzkumu může tyto intervence

částečně podpořit i to, že budou respondentům zaslány jejich individuální výsledky jednotlivých psychodiagnostických metod.

Z kvalitativní analýzy dat vyplývá, že respondentům nejvíce pomáhají zmírňovat stres a napětí různé fyzické a volnočasové aktivity. Tuto kategorii uvedlo 73 respondentů (77,66 %). Nabízí se proto možnost, že by zaměstnavatelé v rámci prevence syndromu vyhoření mohli pracovníkům nějakým způsobem finančně přispívat na tyto aktivity či je podporovat v jejich rozvoji a realizaci. Dále byla uvedena sociální opora, které bylo věnováno více prostoru již výše. 15 respondentů (15,96 %) uvedlo různé seberozvojové a relaxační techniky, mezi kterými byla zmíněna i všímavost, která se v posledních letech stává poměrně populární. Právě všímavost by dle Kaczora (2018) mohla být u profese sociálního pracovníka možným nástrojem pro transformaci hrozby stresu na výzvu, což by dle autora vedlo k efektivnímu zpracování stresu. Nabízí se, že by zaměstnavatelé mohli investovat i do kurzů věnujících se seznámení s různými relaxačními technikami a jejich rozvoji.

Poměrně důležitou kategorií, která z analýzy dat vyplynula, je kategorie zahrnující užívání psychotropních a návykových látek, kterou zmínilo 14 respondentů (14,89 %). Užívání návykových látek je například dle Vašiny a Strnadové (2009) považováno za nebezpečnou či poškozující strategii zvládnání stresu. Případné intervence zaměřené na užívání návykových látek by však v nízkoprahových službách pro uživatele drog mohly být vzhledem k filozofii těchto služeb a zaměstnávání indigenních pracovníků poměrně komplikované. Do budoucna by mohlo být zajímavé zmapovat výskyt a vzorce užívání návykových látek u těchto pracovníků.

V souvislosti s kvalitativní částí práce bych ráda zmínila i to, že otevřená otázka byla položena tak, že zahrnovala kromě konkrétních copingových strategií i salutory, které sice s problematikou copingu souvisí, ale vzhledem k cíli této práce by bylo vhodnější položit otázku ve znění: „*Jakým způsobem zvládáte stres a napětí?*“

Předmětem výzkumu bylo i ověření hypotézy, zda se od sebe statisticky významně liší copingové strategie mužů a žen. Dle výsledků statistické analýzy je největší rozdíl v copingové strategii podhodnocení, která je více preferována muži, což potvrzují i Janke a Erdmannová (2003). Nejedná se však o signifikantní odlišnost a hypotézu proto nemůžeme přijmout. Významný vliv na tuto skutečnost mohlo mít již výše zmíněné nerovnoměrné zastoupení skupin.

Limitujícím faktorem, který měl zřejmě vliv i na počet respondentů, byla zejména délka dotazníku. Tento aspekt byl ošetřen motivací ve formě individuálního vyhodnocení jednotlivých psychodiagnostických metod a nepovinným vyplněním otevřených otázek. Ukázalo se však, že server Vyplňto.cz označuje nepovinné položky pouze absencí malé

hvězdičky, které si zřejmě respondenti nevšimli, a několik jich výzkum ukončilo ve chvíli, kdy se dostali k těmto otázkám. V budoucnu proto plánuji tuto informaci napsat přímo k otázce, které se bude týkat.

Současně vnímám jako důležité zmínit i fakt, že normy dotazníku SVF 78 byly vytvořeny na standardizovaném souboru německé populace. V dalších výzkumech by proto mohlo být zajímavé zahrnout do výzkumu i kontrolní skupinu.

Při případném zobecnění výsledků by měl být brán v potaz počet respondentů. Současně by mělo být zohledněno i období sběru dat, který probíhal v poměrně nepříznivé epidemiologické situaci, což se dle některých respondentů mohlo odrazit na jejich výsledcích.

Do budoucna by mohlo být zajímavé se zaměřit i na analýzu copingových strategií v souvislosti s délkou praxe pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje problematice copingových strategií pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Teoretická část práce je zaměřena na uvedení do problematiky stresu a copingových strategií a seznámení s nízkoprahovými službami pro uživatele drog, jejich rozdělením a specifiky. Cílem výzkumu je, vzhledem k nedostatku výzkumů zaměřených na tuto cílovou skupinu, zejména zmapování copingových strategií pracovníků nízkoprahových zařízení a popis případných rozdílů těchto strategií v závislosti na pohlaví.

Výzkumu se zúčastnilo 94 respondentů, 74 žen (78,72 %) a 20 mužů (21,28 %). Dle výsledků, které byly získány prostřednictvím analýzy výsledků dotazníku Strategie zvládnání stresu 78 a kvalitativní analýzy dat, preferují pracovníci nízkoprahových zařízení pro uživatele drog zejména copingovou strategií potřeba sociální opory ($M=18,20$, $SD=4,11$), ve které se liší od normy o více než směrodatnou odchylku. Obecně převažují u pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog pozitivní, tedy stres redukující, copingové strategie ($M=13,46$, $SD=2,45$), ze kterých převládají zejména pozitivní strategie kontroly (POZ 3, $M=15,53$, $SD=2,92$), pro které je typická konstruktivní snaha zvládnutí či kontroly situace. Negativní copingové strategie, tedy spíše stres zesilující strategie, se u výzkumného souboru objevují méně ($M=10,81$, $SD=4,24$). Nejpreferovanější negativní copingovou strategií je perseverace ($M=14,51$; $SD=5,49$), která indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže. V rámci kvalitativní analýzy uvedli respondenti jako stres redukující zejména různé fyzické a volnočasové aktivity (77,66 %), již výše zmíněnou sociální oporu (67,02 %) či různé seberozvojové a relaxační techniky (15,95). 14 respondentů (14,89) zmínilo jako způsob zvládnání stresu užívání různých psychotropních a návykových látek. V rámci výzkumu nebyly shledány signifikantní rozdíly copingových strategií v závislosti na pohlaví, na tuto skutečnost mohlo mít vliv nerovnoměrné zastoupení obou skupin.

Zjištění mohou být využita při intervencích zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, které by mohly cílit na osvojení si pozitivních copingových strategií a omezení negativních. V případě pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog by dle výsledků mohly hrát roli intervence zaměřené na copingovou strategii perseverace. Současně by se v rámci prevence syndromu vyhoření mohli zaměstnavatelé pracovníků zaměřit na podporu osvojení a rozvoje různých fyzických a volnočasových aktivit a relaxačních technik. Větší pozornost by si zasloužilo i téma užívání návykových látek jako způsobu zvládnání stresu. Výsledky mohou být využity pracovníky služeb a managementem jednotlivých organizací.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A. & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing.
2. Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
3. Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
4. Baumgartner, F. (2001) Zvládanie stresu – coping. In Slaměník, I., & Výrost, J. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie (II)* (191-206). Praha: Grada Publishing.
5. Bednářová, Z. & Pelech, L. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk.
6. Bereň, M. (2021, duben). Drogově závislí jako zdroj nebezpečí? Experti varují: „Ghetta“ problém nevyřeší. *Pražský deník*. [online] Dostupné z: https://prazsky.denik.cz/zpravy_region/drogove-zavisli-praha-5-akce-jehla-mestka-police-bezpecnost-covid-19-ghetto.html?fbclid=IwAR1W8gQVqeSA62rNVmivYgi6hvb6whL8ycC3-9MogI175oL7Ek1sfILhisc
7. Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (111-118). Praha: Grada Publishing.
8. Broža, J. (2009). *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton.
9. Broža, J. (2015). Supervize v adiktologii. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (623–633). Praha: Grada Publishing.
10. Buziová, S. (2020). *Psychohygienu terénních sociálních pracovníků pracujících s uživateli drog*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/h6xi4/Buziova_Sabina-Buziova_-_diplomova_prace.pdf
11. Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
12. EMCDDA. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorder in Europe. *EMCDDA Insights*. Luxemburg: Publications office of the European Union.
13. Gillernová, I. & Krejčová, L. (2012). *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada Publishing.
14. Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
15. Höschl, C. & Horáček, J. (2016). Duše jako imunomodulátor. *Vnitř Lék*, 62 (4), 36-41.
16. Hrdina, P. & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (159-164). Praha: Úřad vlády České republiky.
17. HRI (2021). *Co je Harm Reduction?* [online] Dostupné z: https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_Czech_HRI.pdf

18. Janíková, B. (2015). Harm reduction. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (272-280). Praha: Grada Publishing.
19. Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
20. Kaczor, M. (2018). Stres jako hrozba a současně výzva v profesi sociálního pracovníka *Caritas et Veritas*, 2 (8), 176–184.
21. Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření (Vyd. 2)*. Praha: Státní zdravotní ústav.
22. Klíma, P. & Jedlička, R. (2009). Sociálně pedagogická práce s dětmi a mládeží v tíživých životních situacích v nízkoprahovém kontextu. In Klíma, P. (Ed.). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork. 2. vyd* (11-20). Praha: Česká asociace streetwork.
23. Kliment, P. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
24. Kliment, P. & Nádvorníková, L. (2020). Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby ČR. *Fórum sociální práce*, 2, 20-28.
25. Kopřiva, K. & Šiklová, J. (2006). *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese (5. vyd.)*. Praha: Portál.
26. Kozubíková, H. (2011). Terénní sociální pracovníci terciální protidrogové prevence v Praze a syndrom vyhoření. (Bakalářská práce) Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/y5v74/bakalarska_prace_kozubikova.pdf
27. Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Solen*, 9(1), 38-40.
28. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing.
29. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vyd. 3). Praha: Portál.
30. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
31. Libra J., Adameček, D. & Šedivá, D. (2015). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.5: Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, březen 2015. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
32. Libra, J. (2003a). Krizová intervence. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (276-282). Praha: Úřad vlády České republiky.
33. Libra, J. (2003b). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (165-171). Praha: Úřad vlády České republiky.
34. Matoušek, O., Kodymová, P. & Koláčková, J. (Eds.). (2015). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

35. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
36. Mofizul Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M. & Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': What should be the criteria?. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 220–222. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.03.005
37. Morávková, K., Staňková, N. & Titman, M. (2018, červen). *Co způsobuje obtíže při poskytování odborných služeb klientům s duální diagnózou?*. Příspěvek prezentovaný na AT konferenci, Seč. Dostupné z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2018/08/moravkova-k.-stankova-n.-titman-m.-co-zpusobuje-obtize-pri-poskytovani-odbornych-sluzeb-klientum-s-dualni-diagnozou.pdf>
38. Mravčík, V. (Ed.), Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ...& Vopravil, J. (2020) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
39. Mravec, B. (2011). *Stres a adaptácia*. Bratislava: Faber.
40. Orosová, O. (2019). Sociální psychologie zvládání a resilience. In Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (Eds.). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace* (612-621). Praha: Grada Publishing.
41. Paulík, K. (2006). Problem of managing professional requirements in social work. *Kontakt*, 8(2), 292-300. doi: 10.32725/kont.2006.048
42. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti - 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
43. Penley, J.A. & Tomaka, J. (2002). *Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress.*, 32(7), 1215–1228. doi:10.1016/s0191-8869(01)00087-3
44. Porzerová, K. (2012). *Strategie zvládání zátěžových situací u pracovníků v sociální oblasti*. (Bakalářská práce). Univerzita palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/hk2f7a/Bakalsk_prce_Porzerov.pdf
45. Praško, J., & Prašková, H. (2007). *Asertivitou proti stresu: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
46. Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Brno: Albert.
47. Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (369-384). Praha: Grada Publishing.
48. Romanova, A. (2018). *Copingové strategie v profesi zdravotní sestry*. (Bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44154/romanova_2019_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–*

- 2027 [Action Plan for the Implementation of National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2021]. Praha: Úřad vlády České republiky.
50. Selye, H. (1950). Stress and The General Adaptation Syndrome. *BMJ*,1 (4667), 1383–1392. doi:10.1136/bmj.1.4667.1383
51. Selye, H. (1966). *Život a stres*. 1. vyd. Bratislava: Obzor.
52. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworths.
53. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. doi:10.1037/0278-6133.4.3.219
54. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
55. Smetáčková, I. & Pavlas Martanová, V. (2020). Strategie zvládnání stresu vyučujícími v základních školách. *Orbis scholae*, 1 (14), 101–119.
56. Šikl, J. (2009). Supervize v terénních programech. In Broža, J. *Supervize v adiktologické praxi* (106-118). Praha: Triton.
57. Šiková, K. (2015). *Prevence syndromu vyhoření při práci s klienty s drogovou závislostí*. (Bakalářská práce). Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/g06f2/Bakalarska-prace_Kristyna-Sikova.pdf
58. Úlehla, I. (2005). *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství.
59. Úřad vlády České republiky. (2016, leden). *Útoky na centra SANANIM*. (Tiskové prohlášení). Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/29269/698/Tiskove%20prohlaseni_utoky%20na%20SANANIM_160128.pdf
60. Van Tongeren, D.R., Hill, P.C., Krause, N., Ironson, G.H. & Pargament, K.I. (2017). The Mediating Role of Meaning in the Association between Stress and Health. *Annals of Behavioral Medicine*, (), –. doi:10.1007/s12160-017-9899-8
61. Vašina, L., & Strnadová, V. (2009). *Psychologie osobnosti I*. Hradec Králové: Gaudeamus.
62. Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní Med.*, 10(4), 188-192.
63. Vlčková, K., & Lojdová, K. (2016). Když čísla a slova spolupracují: smíšený design v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě. *Pedagogická orientace*, 26(3), 482–511. doi:<https://doi.org/10.5817/PedOr2016-3-482>
64. Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., & Sanchez, F. (2007). Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 70, 312-325. doi: 10.1016/j.jvb.2006.10.006

65. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů Česká republika*.
14.března 2006. Břeclav: Moraviapress.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Úvodní informace pro respondenty

Vážená respondentko / Vážený respondente,

jmenuji se Tereza Kovářová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Adiktologie na 1.LF UK a 5. ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc při realizaci výzkumu, který slouží pro účely mé bakalářské a magisterské diplomové práce, které se zabývají problematikou psychické odolnosti, syndromu vyhoření a copingovými strategiemi u pracovníků v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog.

Dotazník obsahuje 8 okruhů otázek a jeho vyplnění Vám zabere asi **30 minut**. Vyplněním přispějete k zmapování výše zmíněných fenoménů a jejich vzájemné provázanosti. V praxi mohou tyto výsledky ovlivnit zaměření dalších intervencí týkajících se např. prevence syndromu vyhoření.

Uvědomuji si Vaše časové vytížení, proto Vám prostřednictvím tohoto výzkumu nabízím i možnost dozvědět se něco víc o sobě. Pokud v dotazníku vyberete možnost, že máte zájem o své výsledky, tak Vám jednotlivé psychodiagnostické dotazníky vyhodnotím a zcela anonymně Vám poskytnu výsledky týkající Vaší psychické odolnosti, copingových strategií a syndromu vyhoření.

Dobrovolným vyplněním dotazníku souhlasíte s anonymním zpracováním dat dle aktuálně platných evropských norem a předpisů. Po ukončení výzkumu budou veškerá data smazána a výstupy souhrnně zveřejněny.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a děkuji Vám za upřímnost při vyplňování.

Tereza Kovářová

tereza.kovarova01@upol.cz

V následujícím dotazníku **neexistují žádné správné ani špatné odpovědi**. Nejprve si, prosím, pečlivě přečtěte otázku, na kterou poté odpovídejte dle uvedených pokynů.

Strukturovaný dotazník

Na úvod Vás prosím o vyplnění základních sociodemografických údajů.

1. Jaké je Vaše pohlaví? *¹

Žena

Muž

Jiné (doplňte)

2. Jaký je Váš rok narození? *

3. V jakém kraji pracujete? *

Hlavní město Praha

Středočeský kraj

Jihočeský kraj

Plzeňský kraj

Karlovarský kraj

Ústecký kraj

Liberecký kraj

Královehradecký kraj

Pardubický kraj

Kraj Vysočina

Jihomoravský kraj

Olomoucký kraj

Moravskoslezský kraj

Zlínský kraj

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

základní vzdělání/nedokončené vzdělání

střední vzdělání bez maturity

střední vzdělání s maturitou

vyšší odborné vzdělání

vysokoškolské vzdělání

5. Co Vás baví na práci v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog?

6. Jaká je Vaše kvalifikace? (zahrnuje i studenty a frekventanty) *

Adiktolog

Psycholog

Sociální pracovník

Zdravotní sestra

¹ * = povinná položka kterou nebylo možné přeskočit

Pracovník v sociálních službách

Psychoterapeut

Jiné (doplňte)

7. Jaká je Vaše pracovní pozice v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog? *

Terénní pracovník

Kontaktní pracovník

Jiné (doplňte)

8. Označil byste se jako ex-user (bývalý uživatel drog)? *

Ano

Ne

9. Jak dlouho pracujete v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog? (uvádějte, prosím, v letech např. 1.5 apod.) *

10. Jaký je Váš úvazek v tomto zařízení? (ve tvaru 0.5 apod.) *

11. Máte i jiný pracovní úvazek? *

Ano

Ne

Pokud „Ano“

12. Jedná se o pomáhající profesi? *

Ano

Ne

13. Uvažoval/a jste někdy o tom, že opustíte zaměstnání v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog (podnikl jste v této věci určité kroky např. prohlížení pracovních nabídek apod.)? *

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Pokud „Ano“ a „Spíše ano“

14. Co Vás k tomu vedlo?

15. Máte zájem o vyhodnocení a zprostředkování Vašich výsledků? *

Ano

Ne

16. Nyní si prosím vytvořte identifikační kód ve tvaru: první tři písmena jména Vaší matky, den Vašeho narození (dvě číslice), měsíc Vašeho narození (dvě číslice), libovolné slovo bez háčeků a čárek např. MAR0104PES *

Identifikační kód bude využit pro účely spárování psychodiagnostických dotazníků a anonymního zprostředkování jednotlivých výsledků a je sestaven tak, aby ochránil Vaše výsledky.

- 17. Dotazník obecné vlastní účinnosti (DOVE) – 10 položek *
- 18. Dotazník Strategie zvládnání stresu (SVF 78) – 78 položek *
- 19. Co Vám pomáhá zmírňovat stres a napětí?
- 20. Maslach Burnout Inventory (MBI) – 22 položek *
- 21. Používáte nějaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření ve svém osobním životě? *

Ano

Ne

Pokud „Ano“

- 22. Jaká preventivní opatření používáte?
- 23. Sence of Coherence (SOC) – 27 položek *
- 24. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – 19 položek *
- 25. Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření můžete využít ve svém zaměstnání?
U této otázky můžete vybrat více odpovědí. *

Supervize

Intervize

Konzultace s vedoucím pracovníkem

Debriefing s kolegy

Jiné doplňte

- 26. Domníváte se, že je prevence vzniku syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele dostatečná? *
- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

- 27. Napadá Vás něco, co byste rád/a dodal/a? Pokud ano, napište, prosím, svůj komentář/poznámku nebo dotaz do textového pole níže.

Děkuji, že jste mi věnoval/a svůj čas. Velmi si toho cením.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek mi neváhejte napsat na email: tereza.kovarova01@upol.cz

Přeji Vám příjemný den :)

Informace pro ty, kteří uvedli, že mají zájem o zaslání svých výsledků

Po vyhodnocení dotazníků Vám rozešlu odkaz na stránky, na kterých se Vám po vložení identifikačního kódu zobrazí Vaše výsledky.

Příloha č. 3

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: *Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí*

Tabulka 2: *Dělení copingových strategií*

Tabulka 3: *Kategorie a subtesty dotazníku SVF 78*

Tabulka 8: *Zastoupení copingových strategií dotazníku SVF 78 dle kategorií*

Tabulka 9: *Zastoupení copingových strategií dotazníku SVF 78 dle subtestů*

Tabulka 10: *Přehled kategorií kvalitativní analýzy dat*

Tabulka 11: *Četnost kategorií kvalitativní analýzy dat*

Tabulka 12: *Srovnání výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle kategorií*

Tabulka 13: *Srovnání výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle subtestů*

Tabulka 14: *Hodnoty T-testu pro dva nezávislé výběry bez předpokladu stejných rozptylů a Mann – Whitneyova U testu*

Graf 1: *Srovnání aritmetického průměru výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle kategorií*

Graf 2: *Srovnání aritmetického průměru výzkumného souboru s normou dotazníku SVF 78 dle subtestů*

