

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální práce s tématem smrti z pohledu krizových center
(Social Work with the Theme Death from the Perspective of Crisis Centers)

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Sylvie Stretti

Autor:

Bc. Nicole Firbacherová

Praha 2020

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Sylvii Stretti za metodické vedení, její cenné rady a velkou psychickou podporu ve chvílích bezradnosti. Dále bych chtěla poděkovat komunikačním partnerkám, že si našly čas a věnovaly své zkušenosti do mého výzkumu. Také bych ráda poděkovala svému snoubenci Filipovi, za jeho nepopsatelnou podporu a za to, že mě při psaní nenechal umřít hlady. Děkuji také své rodině a přátelům za velkou trpělivost.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Sociální práce s tématem smrti z pohledu krizových center“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 8.5.2020

Bc. Nicole Firbacherová

Anotace

Diplomová práce se zabývá tématem: Sociální práce s tématem smrti z pohledu krizových center. Cílem této práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, tedy: Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy, s ohledem na oborovou specificitu sociální práce, využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt? V teoretické části se zabývám vymezením sociální práce, jejích hranic a konceptem PIE. Dále definuji krizovou intervenci a její jednotlivé kroky, ze kterých se dají využít určité prvky při práci s klientem v akutní reakci na smrt. Výzkumná část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie, ze které byly využity pouze dílčí části, které se vztahovaly k samotné analýze dat.

Klíčová slova

Sociální práce – sociální pracovník – oborová specificita sociální práce – metoda krizové intervence – akutní reakce na smrt

Annotation

The diploma thesis deals with the topic: Social work with the theme of death from the perspective of crisis centers. The aim of this work is to answer the main research question, thus: How do social workers of crisis centers in the territory of Prague, with regard to the specificity of social work, use the method of crisis intervention in situations of acute death reaction? In the theoretical part, I deal with the definition of social work, its borders and the concept of PIE. Furthermore, I define crisis intervention and its individual steps from which certain elements can be used within working with a client in an acute reaction to death. The research part was realized by using semi-structured interviews. Data were analyzed by using grounded theory from which only partial sections related to the data analysis were used.

Keywords

Social work – social worker – field specificity of social work – method of crisis intervention
– acute reaction to death

Obsah

Úvod	9
1. Sociální práce	11
1.1. Sociální pracovník.....	11
1.1.1. Profesionální identita sociálního pracovníka.....	12
1.2. Definice sociální práce.....	13
1.2.1. Pojetí sociální práce dle Musila.....	15
1.2.2. Cíle a hodnoty sociální práce.....	18
1.2.3. Profesionální diskurs sociální práce.....	20
1.2.4. Specializace sociální práce.....	21
1.2.5. Koncept PIE v sociální práci.....	22
1.2.6. Hranice oborové specificity.....	24
2. Krizová intervence	25
2.1. Vymezení pojmu krize.....	25
2.1.1. Typologie krize.....	26
2.1.2. Ztráta jako krize.....	27
2.2. Definice krizové intervence.....	27
2.2.1. Specifické znaky krizové intervence.....	28
2.3. Krizová intervence jako metoda sociální práce.....	29
2.4. Kroky krizové intervence.....	30
2.4.1. Model dle Robertse.....	30
2.4.2. Kroky krizové intervence.....	30
2.4.3. Kroky krizové intervence dle českých autorů.....	33
2.5. Formy odborné krizové pomoci.....	34
3. Akutní reakce na smrt	37
3.1. Definice akutní reakce.....	37
3.1.1. Jak pracovat s člověkem, při akutní reakci na stres.....	37

3.2.	Definice smrti.....	38
3.2.1.	Anticipované versus náhlé úmrtí	39
3.3.	Reakce na smrt	41
3.4.	Truchlení	42
3.5.	Rozlišení běžného a komplikovaného truchlení	43
3.5.1.	Modely truchlení.....	44
4.	Metodologie výzkumu	49
4.1.	Cíle výzkumu	49
4.2.	Metoda sběru dat	49
4.3.	Operacionalizace	51
4.4.	Výběr vzorku.....	53
4.5.	Metoda analýzy dat	54
4.6.	Postup realizace výzkumu.....	56
4.7.	Etické zásady výzkumu	56
4.8.	Limity výzkumu	57
4.9.	Charakteristika výzkumného vzorku.....	57
5.	Výsledky výzkumu.....	59
5.1.	Tvorba konceptů.....	59
5.2.	Axiální kódování	70
5.3.	Selektivní kódování.....	72
6.	Diskuze k výsledkům.....	75
	Závěr	79
	Literatura.....	81
	Seznam příloh.....	87
	Seznam tabulek.....	87
	Seznam obrázků	87
	Abstrakt	88

Seznam zkratk

DVO	Dílčí výzkumná otázka
HVO	Hlavní výzkumná otázka
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PIE	Person in Environment
SP	sociální pracovník

Úvod

Smrt se stala v dnešní době méně tabuizovaným tématem. V důsledku pandemie COVID-19 se o ní začalo více mluvit. Přesto někteří pozůstali, při ztrátě blízkého člověka, nenacházejí potřebnou podporu ve svém okolí a musí vyhledat odbornou pomoc, aby si ztrátu mohli prožít. Dle statistického úřadu zemřelo v roce 2018 v České republice 112 920 lidí, z toho náhlou smrtí okolo 11 550 osob. Existuje tedy velké % pozůstalých, které zasáhla náhlá ztráta a potřebují odbornou pomoc, aby se mohli se smrtí vyrovnat. Téma smrti a práce s pozůstalými je určitou výzvou pro práci sociálních pracovníků. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla v své diplomové práci zabývat tématem, jak sociální pracovníci pracují s lidmi, kterým někdo blízký zemřel, v rámci oborové specifity sociální práce a jak při své práci využívají krizovou intervenci jako metodu sociální práce. Zajímá mě tedy jak sociální pracovníci pracují s lidmi, kteří se nacházejí v akutní reakci na smrt, která nastává většinou po náhlém úmrtí a trvá několik hodin či dní. Vhodnou pomocí při akutní reakci na smrt blízkého člověka je krizová intervence, ze které mohou sociální pracovníci využívat při akutní reakci určité prvky pro stabilizaci člověka v krizi. Dle zákona o sociálních službách mají sociální pracovníci kompetenci poskytovat krizovou pomoc.

Sociální práce jako obor nemá přesně vytyčené hranice, a proto je některými autory (Matoušek, Špatenková, Levická, Knox, Robert) krizová intervence považována za metodu sociální práce na rozdíl od jiných autorů (Musil), kteří ji za metodu sociální práce nepovažují, protože v ní nenacházejí specifické prvky sociální práce.

Většina výzkumů týkajících se intervence po úmrtí blízkého člověka je zaměřená na práci sociálních pracovníků s pozůstalými v hospicových zařízeních. Jejich práce spočívá v předání kontaktu, pro případ, kdyby potřebovali s něčím poradit. Nejedná se tedy přímo o emoční stabilizaci pozůstalých, při které by pomoc spočívala v podpoře vyrovnání se se ztrátou, ale týká se především pomoci s administrativními záležitostmi. Nalezené zahraniční výzkumy, které se zabývaly prožíváním ztráty u pozůstalých, se věnovaly průběhu zármutku u vdov a vdovců (Weiss, Glick, Rees, Gorer). Došly k závěru, že existují rozdíly jednak ve vyjádření emocí a jednak ve vypořádání se s narušeným společenským a pracovním životem.

V teoretické části diplomové práce se budu zabývat vymezením sociální práce a jejích hranic, krizovou intervencí a jejími jednotlivými kroky, které se dají využít při akutní reakci na smrt, která může být způsobena náhlou ztrátou blízkého člověka.

Empirická část je věnována kvalitativnímu výzkumu, který jsem provedla pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky krizových center, kteří se při své

práci setkávají s lidmi v akutní reakci na smrt. Data byla analyzována pomocí metody zakotvené teorie, ze které byly využity pouze dílčí části, které se vztahovaly k samotné analýze dat. Nejprve jsem definovala hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, popsala jsem metodologii tvorby a analýzy dat a následně jsem provedla interpretaci získaných dat.

Cílem mé diplomové práce je odpovědět na základní výzkumnou otázku: Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy, s ohledem na oborovou specifitu sociální práce, využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?

1. Sociální práce

V této první kapitole vymezím základní pojmy, kdo je sociálním pracovníkem a jak je nejednoznačně vnímána jeho profesionální identita. Dále se budu zabývat definováním sociální práce různými autory a zaměřím se na definici sociální práce dle Musila, který vymezil čtyři pojetí sociální práce – administrativní, profesionální, filantropické a aktivistické. Sociální práci definuji skrze její hodnoty a cíle, snažím se ji vymezit oproti jiným oborům s pomocí definování profesionálního diskurzu sociální práce a využití konceptu PIE jako hranici tohoto oboru.

1.1. Sociální pracovník

Definice sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách § 109: *Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*

Hanuš definuje sociálního pracovníka jako odborníka, který pojí společnost se společenským úkolem – pomáhat, podporovat, motivovat, vést, učit, přispívat, organizovat. (Hanuš, 2017, str. 5)

Baláž sociální pracovníky považuje za specificky připravené odborníky, kteří v denní praxi v různých institucionálních systémech užívají teorie, metody a techniky sociální práce (Baláž, 2017, str. 135). Payne uvádí, že sociální pracovníci ve své praxi mohou mít sklon k terapeutickému, aktivistickému či poradenskému pojetí sociální práce. V terapeutickém pojetí praxe sociální pracovníci aspirují o duševní zdraví a pohodu klientů, v aktivistickém pojetí se pokouší o reformu omezujícího sociálního prostředí klientů a v poslední řadě v poradenském pojetí usilují o sociálně právní podporu a pomoc klientům. (Payne, 2015). Sociální pracovník tato pojetí v praxi od sebe nijak neodděluje, mezi pojetími je určitá prolínávanost. Sociální pracovník se může přiklánět k určitému pojetí, a to v závislosti na danou situaci klienta. (Musil, 2008)

V České republice nejsou definovaná kvalitativní kritéria sociální práce, existují jen standardy kvality sociálních služeb, z tohoto důvodu požadavky na kvalitního sociálního

pracovníka se definují různými způsoby, podle různých kritérií například podle: typu služby, cílové skupiny, cílového poskytovatele, promítají se do nich i potřeby klientů a osobní profesní cíle sociálních pracovníků (Kašlíková, Sýkorová et al., 2008, str. 132).

1.1.1. Profesionální identita sociálního pracovníka

Slovo profesionální nemá jednoznačnou definici. Profesionalitu sociálních pracovníků lze odvozovat od vzdělání, získané praxe, jeho kompetencí, podle kvality výkonu sociální práce nebo jeho identifikace s profesí. Pozice sociálních pracovníků prochází vývojem, nejdříve byla sociální práce poskytována jako laická pomoc a postupem času začala být považována za profesionální výkon (Zajacová, 2014, str. 8).

Aby byla sociální práce profesionalizovaná, je důležité, aby sociální pracovníci vedli odborné diskuse, kterými přesvědčí veřejnost o své odborné výjimečnosti. Je podstatné, jak sami sociální pracovníci o vlastní profesionalitě přemýšlí. (Baláž, 2017, str. 132)

Profesionální identita sociálních pracovníků může být vnímána skrze měkké a tvrdé dovednosti, které bývají považovány za ukazatele profesionality. Mezi tvrdé dovednosti (hard skills) řadíme dovednosti, které se dají doučit a je možné je změřit. Jako například vzdělání VOŠ, VŠ, znalost zákonů potřebných pro sociálního pracovníka, administrativní úkony, orientace v problematice, znalost práce na počítači (VCVS, 2012). Mezi měkké dovednosti (soft skills) jsou řazeny psychosociální dovednosti, tedy psychická odolnost a osobnostní dispozice (Elichová, 2017, str. 101). Vzdělávací systém se těmito dovednostmi příliš nezabývá, i když bývají později vyžadovány u zaměstnavatelů. Podle Golemana lze tyto schopnosti v lidech pěstovat a tím u nich rozvíjet jejich nadání. (Goleman, 2011) Sociální pracovníci by měli být při své práci samostatní, umět pracovat koncepčně, ale zároveň být flexibilní a kreativní, při hledání řešení daného případu nepohlížet na případ s rutinou a stereotypem, dokázat se rozhodnout v rámci morálních dilemat a unést toto své rozhodnutí (Zajacová, 2014, str. 8).

Navrátil uvádí, že jedním ze zdrojů profesionální identity sociálních pracovníků i jednou z podmínek jejich práce a vzájemné komunikace je teoretická výbava (Navrátil, 1998). Můžeme říci, že užívání teorie sociálním pracovníkům usnadňuje praxi, protože z ní vyplývá, co se má v daných situacích dělat a proč (Zajacová, 2014, str. 9). Podle standardu má být sociální pracovník vybaven znalostmi, jak teoretickými, tak praktickými. Do kterých zahrnujeme praxi a supervizi, díky které si pracovník rozvíjí kompetence k výkonu sociální práce. Studenti by měli umět reflektovat zkušenosti z odborné praxe, sebereflektovat

a vytvořit si motivaci k hledání vlastní profesní identity (Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP, 2011).

Podle Kredátuse není možné, aby se pouhým vzděláním z absolventa sociální práce stal profesionál. Kromě propojení teoretického a praktického poznání, jak jsem zde již zmínila, je důležité mít správný set schopností, dovedností a vlastností (Kredátus, 2007, str. 12-13). Sociální pracovníci by se měli stát kompetentními, díky způsobu vzdělávání v České republice, který využívá kompetenční model. Tento způsob vzdělávání sociálních pracovníků má zásadní vliv, jak na jejich výkon, tak na identitu oboru (Navrátilová, 2013, str. 509).

Profesionalita sociálního pracovníka může být odvozena od definice pojmu profese. Z výzkumu Baláže vyplývá, že vnímání pojmu profesionalita je u sociálních pracovníků různá. Někteří profesionalitu definovali jako snižování nejistoty sociálních pracovníků a nejasností práce nebo ji vnímali jako zástěrku nezájmu a strachu sociálních pracovníků z klientů. Na závěr mluvili o profesionalitě jako o vyjádření uznání systémem nebo o profesionalitě jako překážce partnerského vztahu s klienty. (Baláž, 2017, str. 148)

Nejasnost toho, co je profesionální identita sociálního pracovníka, vyplývá především z nejasnosti definování sociální práce. Ke zvyšování profesionalizace sociální práce a sociálních pracovníků je nutností provádět výzkumy pro praxi, které se budou zabývat konkrétním problémem v konkrétním prostředí, ve kterém budou sociálními pracovníky řešeny. (Zajacová, 2014, str. 9)

1.2. Definice sociální práce

Jedna ze starších definic sociální práce říká, že „Sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“ tato definice byla aktualizovaná na tvrzení „*Sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají*“ (Hanvey, Philpot, 1996, str. 1). Tato definice vede k velmi širokým cílům, které posouvají hranice oboru. (Navrátil, 2001, str. 11) Díky tomu, ji někteří lidé považují za nespécifikované a z hlediska nákladu na mzdy laciné pomáhání, aniž si nedokážou představit, co specifického by jim mohli sociální pracovníci nabídnout, a proto si o to neříkají. (Musil, 2008, str. 60)

Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích, posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Využívá teorií lidského chování a sociálních systémů, tedy zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým

prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti. (Sveřepa, 2015)

Zaměřuje se na společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti. Snaží se reagovat na krize a akutní situace, každodenní osobní i společenské problémy. Využívá k tomu velkou škálu dovedností, postupů a činností spojených jejím celkovým zaměřením na člověka a jeho prostředí. (Sociální práce, 2008, č. 2, str. 35)

V sociální práci je základní ideou podpora člověka, aby dokázal prosazovat svá práva a oprávněné zájmy v situacích, kdy je tato schopnost z různých důvodů oslabena. Podle Žárského by sociální práce měla naplňovat formulovanou společenskou zakázku, nikoli aby byla formulována účelově jako sankční nástroj, tím se poslání sociální práce deformuje. (Žárský, 2008, str. 3)

Sociální pracovníci by měli být schopni předložit odpověď na otázku: „V čem dokážeme lidem pomáhat jinak, než ti ostatní?“ potřebují k tomu vůli a schopnost tuto odpověď hledat a uplatňovat v praxi. Sociální pracovníci musí společnost oslovit zřetelnou nabídkou a ukázat jí, že dokáží něco, čemu ostatní dobře nerozumějí, a že díky těmto schopnostem mohou v určitých situacích zmírňovat nejistotu společnosti a bezradnost lidí. (Musil, 2008, str.61) Dle Špiláčkové je pro profesionální sociální práce důležité „*vytvoření vlastní vnitřní logiky a mechanismů, které jsou založeny na specifickém pochopení [...], definování místa a role v prostředí ostatních disciplín a poskytované péče*“ (Špiláčková, 2016, str.69).

Musil předkládá k diskusi strategii vzájemného chování, s jejíž pomocí by se mohly sjednotit představy o sociální práci a mohlo by to vést k formulaci nabídky, která by:

- byla odlišná od nabídky jiných pomáhajících oborů a díky jasnému vymezení dělby práce by se dalo rovnocenně spolupracovat v rámci týmů nebo při vzájemném předávání klientů,
- nahradila rozplizlý obraz sociální práce zřetelnou (i když vnitřně diferencovanou) nabídkou,
- ukázala klientům, zákonodárcům a zaměstnavatelům, že sociální pracovníci mohou nabídnout služby, které jsou v ČR dosud využívané jen ojediněle,
- sociálním pracovníkům dala naději na získání „jejich“ specifické zakázky, které se jim od zadavatelů a klientů, kteří by jejich služby mohli potřebovat, dosud často nedostává.

(Musil, 2008, str. 62)

1.2.1. Pojetí sociální práce dle Musila

Musil upozorňuje na různé představy jednotlivců, personálu a organizací, co je sociální práce. Tyto představy rozdělil do tří typů, které pojmenoval „administrativní“, „profesionální“ a „filantropické“ pojetí, označuje je za „myšlenkové orientační body“, o které se zmíněné představy jedinců a skupin opírají. (Musil, 2008, str. 64)

Administrativní pojetí: sociální pracovník je v tomto pojetí považován za úředníka, bude pracovat ustáleným způsobem, podle předem předepsaných příslušných normativních aktů, tedy sociálními zákony a předpisy. V těchto organizacích si sociálně-administrativní pracovníci formulují vlastní výklad norem a předpisů své agendy, aniž by tento výklad byl považován za zkreslení obsahu litery. Role sociálního pracovníka je spojována s loajalitou a obeznameností s částí legislativy, jejíž administrace je mu úřadem svěřena. Od sociálního pracovníka se očekává, že dokáže zvládat postup vyřizování svěřené agendy a že dokáže zvládnout osobní kontakt s klienty, kteří se nechovají vyhovujícím způsobem. Jako vzdělání u sociálního pracovníka coby úředníka často zaměstnavatelům postačí maturita, ale někteří dávají přednost VOŠ, VŠ. (Musil, 2008, str. 64-68)

Profesionální pojetí: sociální pracovník je označován jako specialista, který se zaměřuje na komplexní posouzení různorodých a individuálně specifických okolností, které klientovi brání zvládat interakce se sociálním prostředím. Od sociálního pracovníka se očekává, že výsledky, které zjistí, dokáže koncipovat, realizovat a vyhodnocovat v intervenci, která bude posilovat schopnosti klienta, aby mohl zvládnout obtížnou životní situaci. Své úkoly vykonává samostatně a zároveň zprostředkovává spolupráci pracovníků jiných pomáhajících oborů nebo jejich zaměstnavatelských organizací při řešení různorodých nesnází konkrétních klientů. Vzdělání u profesionálního sociálního pracovníka je VOŠ, lépe VŠ, díky vzdělání dokáže koncipovat a realizovat intervenci, která je přiměřenou reakcí na specifické potíže a osobité rysy životní situace konkrétního klienta. Očekává se, že se takový pracovník bude dále vzdělávat, prohlubovat samostudiem svoji specializaci v konkrétní oblasti sociální práce. Klade se důraz na jasné rozlišení oblasti působnosti a pojetí pomoci v sociální práci a v dalších pomáhajících profesích. (Musil, 2008, str. 64-68)

Filantropické pojetí: je zde kladen důraz, aby sociální pracovník nebyl úředníkem ani specialistou, má být především člověkem, který poskytuje klientovi to, co podle sociálního pracovníka potřebuje. Takový pracovník je empatický a vnímavý k specifickým potřebám klienta. Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je považován za základní nástroj pomoci. Pracovník se nechává vést vlastním úsudkem a svými osobními prožitky. Za

potřebnou kvalifikaci pracovníků je považován altruismus a praktická láska k bližnímu, empatie a ochota využít kvalifikaci, kterou má k dispozici, při uskutečňování těchto hodnot. Přednější je manažerská supervize, krátkodobé školení v psychosociálních dovednostech než formální kvalifikace sociální práce. Sociální pracovník má spontánně spolupracovat jak s lidmi v organizaci a dalšími kolegy, tak s klientem a jeho blízkými. Jakákoliv pomáhající práce je pro ně „sociální práce“, protože ten, kdo pomáhá, navazuje s klientem, jehož potřeby pomáhá uspokojovat, lidský vztah. (Musil, 2008, str. 64-68)

Aktivistické pojetí: sociální pracovník by měl vystupovat jako „parták“, který svým klientům pomáhá, jako sobě rovným, čelit sociálním nerovnostem. Jejich jménem obhajuje zájmy diskriminovaných lidí nebo je podporuje, aby zájmy prosazovali vlastními silami. Role sociálního pracovníka je vnímána jako vtělení principu solidarity se znevýhodněnými. Pracovník nese zodpovědnost za uplatňování zájmů znevýhodněných, vnímavost vůči zneužívání moci a jeho důsledkům, schopnost vyjednávat s těmi, kdo zneužívají moc a schopnost vyjednávat, spolupracovat s koaličními partnery. (Musil, 2009, str. 93)

Většina formulovaných zakázek pro sociální pracovníky od zadavatelů sociální práce vychází z administrativního nebo filantropického pojetí. Jejich zastánci nekladenou zřetelné odlišení oblasti působnosti sociální práce a jiných pomáhajících oborů. (Musil, 2008, str. 64-68)

Tabulka 1 - Pojetí sociální práce dle Musila

Hlediska vymežující pojetí SP	Typy pojetí sociální práce			
	„administrativní“	„profesionální“	„filantropické“	„aktivistické“
Role SP	úředník	specialista	člověk	parťák
Předmět SP	agenda	situace	potřeby	nerovnost
Úkol SP	vyřizování žádostí, volba z daných variant	posouzení, plánování, provedení evaluace intervence	navázání vztahu, poskytnutí toho, co je „potřebné“	obhajoba zájmů, zmocnění
Étos SP	loajalita	respekt	altruismus	solidarita
Autonomie SP	Při výkladu normy a poskytování poradenství navíc.	V rámci celého úkolu.	Při používání vztahu a potřeb klienta.	V rámci celého úkolu.
Kvalifikace SP	SŠ, zvládání agendy a abnormalit chování klienta	VŠ/VOŠ v SP, samostatné zvládání procesu intervence	Schopnost nasazení plnění úkolu	Cit pro zneužívání moci a schopnost vyjednávat
Důraz na specifičnost oboru SP	Běžné úřední postupy, důraz na specifičnost „sociální“ agendy.	Důraz na unikátnost zaměření SP a na specifičnost jejich postupů.	Důležitý je vztah, ne obor.	Důležitá je angažovanost, ne obor.
Pojetí spolupráce	poskytování informací „ze zákona“	zprostředkování služeb klientovi, koordinace pomáhajících partnerů	koordinaci zajišťuje manažer, někdy chápaný jako „guru“	vyjednávání a respektování koaličního ujednání

(<https://is.muni.cz/el/1423/podzim2010/SPR101/um/prispevek.pdf>)

1.2.2. Cíle a hodnoty sociální práce

Podle Navrátila: *Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociální fungování)* (Navrátil, 2010, str. 12).

Matoušek se při definování cílů sociální práce nezabývá pojmem sociální fungování. Cíle odvozuje podle Americké asociace sociálních pracovníků (Zastrowa, 1995):

1. Podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se.
2. Zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti.
3. Napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně (profesionální sociální pracovník může mít roli poskytovatele, organizátora služeb, supervizora, konzultanta a také roli obhájce klientových zájmů).
4. Rozvíjet a zlepšovat sociální politiku.

(Matoušek, 2008, str. 13-14)

Hodnoty

Sociální práce vzešla z humanistických a demokratických idejí a její hodnoty jsou založeny na úctě v rovnost, hodnotu a důstojnost všech lidí (Sociální práce, 2008, č.2, str. 35). Sociální práce se od svého začátku zaměřuje na naplnění lidských potřeb a rozvinutí lidských možností. Motivací a zdůvodnění činnosti sociální práce jsou lidská práva a společenská spravedlnost. *V solidaritě se znevýhodněnými se sociální práce snaží zmírňovat chudobu a osvobodovat zranitelné a ponížené lidi za účelem posílení jejich společenského zapojení* (Sociální práce, 2008, č.2, str. 35). Hodnoty sociální práce nalezneme jak v národních, tak v mezinárodních etických kodexech. (Sociální práce, 2008, č.2, str. 35)

Rada pro rozvoj sociální práce (2008) přijímá pět hodnot, kterými jsou úcta, důstojnost, spravedlnost, partnerství a odbornost. Autoři věnující se v České republice hodnotám sociální práce jsou Nečasová, Havrdová nebo Řezníček. Nečasová definuje čtyři hlavní principy sociální práce, mezi které řadí sebedeterminaci, welfare (dobrý život, kvalita života), rovnost a distributivní spravedlnost. (Elichová, 2017, str. 39) Machula upozorňuje na nedostatečné definování pojmu hodnota, vnímá to jako zásadní problém etiky sociální práce. (Machula, Machulová, 2009, str. 97) Musil říká, že hodnoty sociální práce by měly

vzejít od sociálních pracovníků. (Musil, 2008) Sociální pracovník by měl nejdříve hodnoty přijmout, vydávat je za své, jinak může dojít k syndromu vyhoření, pramenící z neúspěchu při práci. (Elichová, 2017, str. 41)

Hodnoty sociální práce

- Hodnota lidství (důstojnost) – sociální práce se zaměřuje na naplňování lidství, jedná se o základní etický pojem, který zahrnuje základní požadavky humanity. (Šrajfer, 2006, str. 111) Sociální pracovník by si měl uvědomit svoji důstojnost, hodnotu sebe sama, rozvíjet a prohlubovat ji skrze své jednání. (Elichová, 2017, str. 40)
- Hodnota úcty – souvisí úzce s hodnotou lidství, Biestek ji vyjádřil s pomocí sedmi principů (individualizace, vyjadřování pocitů, empatie, akceptace, nehodnotící postoj, sebedeterminace, diskretnost). Tato hodnota se neváže jen na vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem, ale také mezi sociálním pracovníkem a zaměstnavatelem, dále k veřejnosti a sociálním pracovníkům a vůči sobě samému. Pomáhá u pracovníků rozvíjet jejich kompetence a nezneužívat jejich status sociálního pracovníka. (Nečasová, 2004)
- Hodnota svobody – Anzenbacher říká, že lidské hodnoty se dají rozvíjet pouze za předpokladu existence nejvýznamnější hodnoty – hodnoty svobody, která řídí dílčí hodnoty a cíle. Člověk má mít možnost vytvářet si vlastní život, za který je sám zodpovědný. Sociální práce má klientovi pomáhat, pokud u něj selhává sociální fungování, ale především má klienta vést k zodpovědnosti a seberealizaci. (Elichová, 2017, str. 43)
- Hodnota sociální spravedlnosti – je zásadní hodnotou deklarovanou v etických kodexech, profesním posláním i cílech. Pojetí spravedlnosti je spojováno s národní politikou, pojednává o postavení člověka ve společnosti. (Matoušek, 2003) Úkolem sociální spravedlnosti je snaha o nápravu různých typů znevýhodnění (ekonomického, politického, společenského, fyzického nebo psychického). (Matoušek, 2008, str. 70) Pomoc potřebným má být uskutečňována na základě solidarity, subsidiarity a participace, podílí se na spoluvytváření cíle sociální politiky. (Kotous, 2013)
- Hodnota komplexnosti – v sociální práci je důležité vnímat bio-psycho-socio-duchovní aspekty člověka i celého jeho společenství tedy rodiny, formální či neformální skupiny, státu. Cílem této hodnoty je naplňování lidství. Barker vztahuje komplexní fungování k pojmu sociální fungování, komplexnost

naplnění potřeb lze definovat jako synonymum osobní pohody (well-being), kterou nalezneme v definici cíle IFSW. (Mezinárodní etický kodex, čl. 2) V sociální práci aplikace komplexnosti spočívá ve spolupráci s dalšími sektory. (Matoušek, 2013, str.11-17)

- Hodnota profesionality – Profesionalita se skládá z mnohých prvků, například z odborné znalosti, potřebné vlastnosti osobnosti sociálního pracovníka, schopnosti práce s klienty a kompetencí. (Havrdová, 1999) Profesionalita je schopnost dodržovat ostatní hodnoty při své práci. (Elichová, 2017, str. 38-46)

1.2.3. Profesionální diskurs sociální práce

V dnešní době se ocitáme v situaci, kdy je sociální práce konstruována mnoha různými diskurz, kterých je okolo čtrnácti. Vztahy mezi těmito diskurz, mohou být složité, obzvláště tehdy, pokud vycházejí z odlišných představ, co je dobře odvedená práce a co je cílem intervencí pracovníků. Termín diskurz má různá pojetí, která sahají od celospolečensky působících pojetí pravdy, moci, až po rozmluvy a texty, které lze vnímat jako určité struktury znalostí. *Můžeme je v některých pojetích diskurzu označit jako aktivity mezi psaním a čtením nebo jako to, co je napsáno či řečeno. Diskurz můžeme tedy chápat jako opakující se strukturu znalostí a tezí v řečeném rozhovoru nebo v psaném textu* (Kaňák, 2016, str.73).

Na diskurz profesionality sociální práce můžeme nahlížet v moderním nebo postmoderním pojetí a je zapotřebí tato pojetí rozlišovat. (Kaňák, 2019, str. 84) Moderní pojetí je spojováno s *charakteristickými rysy* profesionality sociální práce, které jsou založené na *systematických znalostech a doktríně dosažitelné pouze díky dlouhodobému vzdělání (tréninku)* (Baláž, 2017, str.135; Kaňák, 2019, str. 84). *Musí být také dodrženy profesionální normy, které v případě sociální práce znamenají neosobní, citově neangažované jednání a poskytování kvalitní služby* (Wilensky, 1964; Musil, 2013). Slovo profesionální v postmoderním pojetí lze některými autory (Freenwood, Marrow) spojovat s naplněním těchto charakteristik: *existence systematické teorie; možnost mít kontrolu nad podstatou služeb; ovlivňování certifikace pracovníků; existence etického kodexu; kariérní systém; kolegové jako referenční skupina; hodnota veřejné služby; profesní asociace, či akceptace komunitou* (Greenwood, 1975; Marrow, 1973, in Rhodes, 1985). Vše, co bylo charakterizováno jako moderní pojetí diskurzu, je v postmoderním pojetí diskurzu

profesionalita relativizováno. V některých případech je umenšována důležitost kolegů jako referenční skupiny a znalostní báze oboru je nahrazována rozhodováním manažerů (diskurz organizační profesionality) nebo je relativizováno vše a je zdůrazňována otevřenost vůči procesu učení skrze praxi a nutnost více reflektovat životní svět, který přinášejí klienti (profesionalita jako reflexivita a mnohost). (Kaňák, 2019, str. 85) Aby sociální práce byla považována za profesionální, je důležité „vytvoření vlastní vnitřní logiky a mechanismů, které jsou založeny na specifickém pochopení, určit místo a roli v prostředí ostatních disciplín a poskytované péče“. (Špiláčková, 2016, str. 69; Kaňák, 2019, str. 85)

1.2.4. Specializace sociální práce

Specializace v sociální práci se může projevat skrze výcviky, které jsou zaměřeny na získání dovedností, následně jsou použity specifické metody práce, ze kterých mohou vyplývat specifické techniky nebo se tyto techniky mohou specificky použít při práci s klienty. *Pokud sociální pracovníci mají znalosti o specifických postupech práce, které využívají v praxi a stávají se tak jejich hlavním pracovním nástrojem, pak je možné mluvit o specializaci v rámci profese* (Kaňák, 2019, str. 85). Aby tyto charakteristiky mohly být platné, musí si být pracovníci vědomi „jednotlivé identifikace“, kterou považují za vlastní a „zachovávat primární profesionální identitu“, tedy identitu sociální práce (Kaňák, 2019, str. 85). Dle Bella je oporou pro tvorbu hranic specifity sociální práce právě primární profesní identita. (Bell, 2015) Specifický přínos k řešení problému pak nalezneme v primární profesní identitě sociální práce. (Musil, 2010, str. 16)

Primární profesní identitu sociální práce Karpets, Musil a Navrátil nacházejí v konceptu person-in-environment, který zaměřuje svůj pohled na jedince v prostředí. (Kaňák, 2019, str.86) V tomto konceptu se sociální práce odlišuje od ostatních pomáhajících profesí, jelikož nepracuje jen s jedincem, ale zároveň s prostředím, ve kterém se jedinec nachází. Sociální práce se zaměřuje na interakce, které vznikají mezi jedincem a prostředím, přesněji jak zvládá očekávání, která prostředí formulují nebo jak tyto interakce ovlivňují člověka reflexivně životně plánovat a zvládat, v případě postmoderní varianty. (Kaňák, 2019, str. 86) Podle Healy je „vůdčím krédem sociální práce“ právě onen zmiňovaný koncept Person-in-Environment. (Healy, 2014, str. 36) Kaňák ztotožňuje profesionální diskurz a specifický přínos k řešení problému s profesionálním pojetím sociální práce stejně jako Musil. (Kaňák, 2019, str. 86; Musil, 2008)

1.2.5. Koncept PIE v sociální práci

Tento koncept se zaměřuje na person-environment transakce, podporu sociálního fungování nebo na reflexivní životní zvládání. (Kaňák, 2019, str. 86) V tomto konceptu je zdůrazňováno především duální zaměření jak na jednotlivce, tak na jeho prostředí, systém, ve kterém se pohybuje. Cornell předpokládá, že duální zaměření je součástí sociální práce a že se s ním již můžeme setkat v díle Mary Richmond. Zdůrazňuje se v něm vztah jednotlivce a prostředí, které se navzájem ovlivňují a toto ovlivňování je navíc zpětnovazebné. (Cornell, 2006) Funkcionalistické pojetí poukazuje na vliv, které má prostředí na jedince, ve kterém se formulují rolová očekávání. Prostor klade na jedince různé nároky nebo očekávání, které se vztahují k určité roli, kterou má jedinec v tomto prostředí zastávat. Prostor očekává, že se lidé budou na určitých pozicích chovat určitým způsobem. (Navrátil, 2014) Tyto role a očekávání mohou být naplňovány bez problémů, což znamená, že sociální jedinec funguje, nebo je toto naplňování problematické a pak mluvíme o narušení sociálního fungování. Prostor vytváří podněty a předpokládá, že se jedinec bude podle nich chovat. Člověk si takové sociální fungování v dané roli osvojí až do doby, než dojde ke změně podmínek. Sociální práce zasahuje v případě, kdy jedinec není schopen reagovat, správně vyhodnocovat podněty prostředí, tudíž se jeho sociální fungování stává problematickým. (Bartlett, 1970; Allen, 1997, str. 119–122; Navrátil, 2014; in Kaňák, 2019, str. 87) Faktory, které mají vliv na sociální fungování můžeme rozlišit do čtyř dimenzí podle Navrátila a Musila, které jsou považovány za čtyři dimenze životní situace. Jedná se o dimenze fyziologické, psychologické, sociální a noogenní. (Musil, Navrátil, 2000)

Funkcionální pohled na životní situaci rozpracovala Bartlettová, tento pojem má tradici od roku 1970; ovlivnila jím velké množství sociálních pracovníků. Bartlettová poukazuje na problematický vztah mezi člověkem a jeho prostředím. Faktory, které podle ní ovlivňují životní situaci, jsou:

1. vlastnosti klienta,
2. očekávání sociálního prostředí,
3. podpora v sociálním prostředí,
4. interakce mezi očekáváním sociálního prostředí a schopností klienta je zvládat.

(Navrátil, 2014, str. 50)

Sociálním pracovníkům té doby to bylo velmi blízké, protože za své poslání považovali pomoci člověku v nouzi, v moderní éře, šlo především o normalizaci člověka. (Navrátil, 2014, str. 50)

Navrátil, Kondrat měli námitky k funkcionalistickému pojetí PIE, protože nebere v potaz autonomii člověka, spíše zdůrazňuje potřeby sociálního prostředí. (Navrátil, 2014, str. 60; Kondrat, 2002)

V postmoderním pojetí Person-in-environment má sociální práce jiný cíl, než měla ve funkcionalistickém pojetí, kde šlo o schopnost jedince naplňovat očekávání a role, které na něj kladlo prostředí. V postmoderním pojetí Person-In-Environment se tato očekávání rozpouštějí a lidé musí ve svém životě reflexivně plánovat, zvládat a konstruovat svoje životní směřování. Reflexivní plánování můžeme definovat jako průběžné nastavování dlouhodobého či krátkodobého plánu. Pojem zvládání chápeme jako aktivitu, kterou je naplňován reflexivní plán v kontextu prostředí, v němž se jedinec nachází. (Kaňák, Stretti, 2018, str. 153) Do popředí se dostává člověk, který se vztahuje k sobě i k okolí skrze vlastní reflexivní já, které můžeme definovat jako způsob „vytváření vlastní identity, biografický projekt jako individuální“. (Navrátil, 2009, str. 16) Sociální pracovníci, kteří vycházejí z tohoto konceptu, mapují životní plánování svých klientů, jejich schopnost reflexivně jej uchopovat a naplňovat, to jak z hlediska individuálních dispozic, ale také z hlediska naplňování s ohledem na prostředí, v němž k němu má dojít. (Kaňák, Stretti, 2018, str. 153)

1.2.6. Hranice oborové specifity

Při poskytování sociálních služeb je důležité, jestli je zachována „*primární profesní identita*“ sociální práce, nebo tomu tak není. (Bell, 2015; Musil, 2010) Oporou pro tvorbu hranic je primární profesní identita. (Bell, 2015 in Kaňák, 2019, str. 85) Pokud by měla být při poskytování krizové intervence zachována oborová specifita, musely by být v pojetí komunikačních partnerů přítomny prvky konceptu Person-in-Environment, a to cíleně. Tedy jak jsem již zmínila výše, sociální pracovníci by se museli primárně zaměřovat na klienta v prostředí. Konkrétně na interakce mezi klientem a jeho prostředím, jak dokáže naplňovat očekávání, které mu vytváří prostředí a jak tyto interakce působí na schopnost klienta reflexivně životně plánovat a zvládat. (Navrátil, 2014 in Kaňák, 2019, str. 86) Pokud by tyto prvky přítomny nebyly, jednalo by se spíše než o specializaci v rámci oboru o rozpouštění hranic sociální práce v metodě, která má kořeny v jiných oborech. (Kaňák, 2019, str. 93) Hranice oborové specifity jsou zachovány pouze v případě, kdy sociální pracovníci spojují definici sociální práce s konceptem PIE a následně tento koncept aplikují do své práce s klientem. (Kaňák, 2019, str. 94)

2. Krizová intervence

Tato kapitola bude pojednávat nejprve o definici krize, následně definuji krizovou intervenci jako možnou metodu, kterou mohou sociální pracovníci využívat při práci s klientem, který ztratil blízkého člověka. Popisuji zde její jednotlivé kroky a podrobně definuji, z čeho se každý krok skládá. Existuje mnoho modelů krizové intervence, které se liší počtem a pořadím jednotlivých kroků, proto jsem se rozhodla zmínit i třináct kroků krizové intervence dle Myera, Lewise a Jamesona, kteří se snažili sjednotit různé modely pod jeden koncept.

2.1. Vymezení pojmu krize

危机 *Pro slovo krize se v čínštině používají tyto dva znaky: první znamená „nebezpečí a druhý „příležitost“. Zdá se, že takový rozpor je typický pro každou krizi: jedná se o bod zlomu a podle toho, kam se člověk obrátí, najde buď nebezpečí, nebo nové možnosti. (John Powell: Proč žít, proč umírat, Zvon 1995)*

Krizi bychom v dnešní době mohli definovat jako všechno, co nás obklopuje, stává se tak globálním a permanentním jevem. Krize postihuje celou společnost, tedy komunity, sociální skupiny i jednotlivce. Tento pojem může být spojován se situacemi, které jsou vnímány negativně, jsou to situace, ve kterých dochází k dramatické změně a jsou doprovázeny negativními emocemi. (Špatenková, 2004, str. 15) Caplan definoval krizi, jako důsledek střetu s překážkou, kterou nedokážeme řešit vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, s pomocí blízkých lidí v přijatelném čase a navykým způsobem. (Vymetal, 1995 in Matoušek, 2003, str.119) René Thom nahlíží na krizi jako na subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny. (Thom, 1992 in Špatenková, 2004, str. 15) Můžeme říci, že je to reakce na subjektivně vnímanou událost, pro někoho to krize nemusí být a jiného člověka to může velmi ochromit pro další fungování v životě. (Vodáčková, 2007, str. 27) Krize může vyústit také v psychickou labilitu, poruchu zdraví, sociální dezorganizaci, která jedinci negativně ovlivňuje kvalitu života a vede k ohrožení základní jistoty a hodnoty. Zvládnutí krize je závislé na předchozí zkušenosti s krizí, jak se s ní člověk dokázal vypořádat (Matoušek, 2003, str. 120) O krizi můžeme také říct, že to není nemoc, je to normální reakce na nenormální situaci. (Špatenková, 2004, str. 17) Krize je spojována s časovým intervalem 6-8 týdnů, pokud se jedná o extrémně psychickou zátěž, může krize přetrvávat i několik měsíců či let. (Matoušek, 2003, str. 126)

Pokud je příčinou krize ztráta blízkého člověka, během zmíněných 6-8 týdnů dochází k přijetí faktu a změně pohledu, nikoli však k překonání krizového stavu. Sociální pracovník se snaží pozůstalého v krizi povzbuzovat a orientovat ho na přítomnost, aby získal určitou míru kontroly a stability při jednání. (Knox, Roberts, 2016, str. 252)

2.1.1. Typologie krize

Neexistuje jen jedna typologie krize, různí autoři mají různá kritéria typologizace. Krize můžeme například dělit na vývojové, situační nebo kumulované. Vývojové krize jsou součástí života každého z nás, jsou předem očekávané, bývají označovány za pozitivní a příjemné. Situační krize jsou způsobeny vnějšími, z velké části neočekávanými situacemi, bývají označovány jako traumatické, vyvolány silnými stresory. Tyto krize ohrožují u člověka jeho identitu, integritu, pocit bezpečí, zdraví a jeho samotný život. Ke kumulované krizi dochází i v případě traumatické krize, kdy se krize zastavila ve fázi emoční reakce. (Špatenková, 2004, str. 23)

Baldwin má jiný klasifikační systém, který je u nás nejvíce rozšířený, a tedy hojně používaný. Podle Baldwina existuje šest typů krizí, které jsou odstupňované podle závažnosti, přechází od vnitřních příčin krize až po vnější, což se také odráží v přístupu interventů ke svým klientům v krizi. Rozlišuje krize na situační, přechodové, traumatické, vývojové, psychopatologické a krize vyžadující okamžitou pomoc. Náhlu smrt partnera řadí mezi traumatické krize, které jsou způsobeny vnějšími stresory, které člověk neočekává, a tudíž nad ní nemá žádnou kontrolu. Člověk je touto událostí zdrcen a vyrovnávací strategie jsou ochromeny. Za vhodnou intervenci při náhlém úmrtí označuje následujícími kroky: podpořit uznání ztráty, rozeznat význam ztráty, poskytnout podporu, mobilizovat stávající sociální oporu, dovolit a podpořit ventilaci emocí a truchlení, odpoutat se od ztraceného objektu, podpořit vzpomínání, dovolit vyjádřit pocity viny. (Baldwin in Vodáčková, 2007, str. 34)

2.1.2. Ztráta jako krize

Ztráta bývá součástí lidského života, každý z nás ztratíme jednou blízkého člověka. V tabulce Holmese a Rahea nalezneme výčet možných životních událostí, podle kterých můžeme definovat spouštěče krize, na vrcholu celé tabulky se nachází ztráta partnera. (Matoušek, 2003, str. 129)

Smrt řadíme do vztahových ztrát, které pro nás znamenají nemožnost být s tím druhým v kontaktu, komunikovat, mít společné zážitky, milovat se či být jinak v emocionální a fyzické blízkosti. Smrt je brána jako nejtěžší ztráta, protože touto ztrátou ztrácíme člověka navždy a definitivně. U pozůstalého se po ztrátě blízkého člověka změní jeho sebepojetí, identita a integrita. Jejich život přestává mít smysl, mají pocit, že se jim zhroutil celý svět, dostávají se tím do krizového stavu. Je důležité si uvědomit, že krize není nemoc, a proto by se tak nemělo s lidmi jednat, i když v mnoha případech truchlení může nemoc připomínat. (Špatenková, 2005, str. 55-69)

Právě sociální pracovníci se při své práci setkávají s klienty, kteří prožívají ztrátu, která má vliv na jejich sociální fungování a životní situaci. (Elichová, 2017, str. 177)

2.2. Definice krizové intervence

Krizová intervence je specializovaná pomoc, která se snaží pomoci osobám ocitajícím se v krizi. (Matoušek, 2003, str. 129) Spočívá v poskytnutí podpory a její mobilizace, klient se snaží díky navození bezpečného rámce přijmout své zážitky, uchopit je a včlenit do svého života. (Vodáčková, 2007, str. 35) Jejím cílem je nastolit u jedince zpět psychickou rovnováhu, která byla narušena kritickou životní událostí. (Vymětal, 2009, str. 16) Skládá se především z pomoci psychologické, lékařské, sociální a právní. Ve formě psychologické pomoci se jedná o terapeutický kontakt zaměřený na problém, který krizi způsobil, jedinec je s krizí konfrontován a hledá její řešení, dochází k nastolení psychické rovnováhy a zabraňuje dezorganizaci. Lékařská pomoc je poskytována psychiatrickou intervencí, možnou medikací a krátkodobou hospitalizací. Co nás především zajímá je, že krizovou intervencí můžeme chápat také jako sociální pomoc, která směřuje k okamžitému sociálnímu zásahu, který je zaměřen na osoby, které se ocitly v akutní krizové situaci. Jsou zde zahrnuty služby sociální intervence poskytované osobám, které se ocitly nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech. Právní pomoc je poskytována právníky, můžeme se s ní ale setkat i u sociálních pracovníků v omezeném rozsahu, zejména v oblasti sociálně-právní.

(Špatenková, 2004, str.15) Krizová intervence se zaměřuje na překonání akutního problému, snaží se u člověka zaměřit na biopsychosociální vazby a intervenovat tak v několika rovinách. Na řešení se podílí více odborníků – kromě psychologů také sociální pracovníci. (Matoušek, 2003, str. 130) Od sociálních pracovníků se očekává, že budou připraveni řešit akutní krizi různých typů a příčin. Krize klientů mohou být způsobeny akutním stresem, hromaděním stresorů nebo traumatickou událostí. (Knox, Roberts, 2016, str. 249) Krizová intervence končí tehdy, kdy je klient schopen, díky nově získaným strategiím zvládnout krizi, řešit svou situaci konstruktivně a využívá své přirozené nebo nově nabyté formy pomoci. (Klimpl, 1998)

2.2.1. Specifické znaky krizové intervence

- Okamžitá pomoc (pomoc by měla být poskytnuta v co nejkratším čase od započetí krizového stavu)
- Redukce ohrožení (důležitá je emocionální stabilizace, zajištění pocitu bezpečí, v případě i pomoc materiální)
- Koncentrace na problém „tady a teď“ (krizová intervence se zaměřuje na aktuální situaci a problém)
- Časové ohraničení (v některých případech, jde o jednorázovou pomoc, někdy je krizová intervence rozdělena do 6-10 setkání, dle Matouška je takových setkání nanejvýš 6). (Matoušek, 2003, str. 130)
- Intenzivní kontakt krizového intervenanta a klienta (mohou se domluvit na setkání, že když bude klient potřebovat pomoc, může zavolat nebo dojít za pracovníkem)
- Strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup krizového intervenanta (pracovník se snaží být převážně empatický a trpělivý, direktivní přístup volí pouze v případě, kdy je ohrožen život nebo zdraví klienta)
- Individuální přístup ke klientovi (jak už jsem zmínila výše, krize je velmi subjektivní záležitost, proto lidé nereagují stejnými způsoby ve stejných krizových situacích, a proto budou potřebovat za daných okolností něco jiného)
(Rahn, Mahnkopf, 2000, str. 17)

2.3. Krizová intervence jako metoda sociální práce

Metoda bývá označována jako cesta k cíli, kterou pracovníci využívají od začátku až do konce intervence. Existuje totiž určitá pravděpodobnost, že při jejím dodržení, klient dosáhne cíle. *Metody sociální práce jsou označovány jako způsoby, jak dosáhnout předem stanoveného cíle prostřednictvím profesionální činnosti sociálních pracovníků při práci s jednotlivcem, rodinou, skupinou, komunitou nebo institucí* (Mátel, Oláh, Schavel, 2011). Z historického hlediska se metody sociální práce dělí na klasické a moderní. Mezi klasické metody práce patří případová práce, práce se skupinou a komunitou. Mezi moderní metody, které se rozvíjejí v jiných disciplínách a pomáhajících profesích a jsou později aplikovány do sociální práce, řadíme supervizi, management, poradenství a krizovou intervenci. (Levická, 2002, str. 12-18)

Matoušek považuje krizovou intervenci za metodu sociální práce, protože sociální práce čerpá z ostatních vědních disciplín. Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující. Snaží se zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a omezit nebo zastavit ohrožující, kontraproduktivní tendence v jeho chování. (Matoušek, 2013, str. 259)

Některými autory krizová intervence není považována za metodu sociální práce, protože se zaměřuje na znovunastolení psychického equilibria, nikoli že by se primárně zabývala interakcemi mezi člověkem a jeho prostředím. Z toho vyplývá, že nevychází z primární profesní identity sociální práce. (Musil, 2010; Kaňák, 2019, str. 88) Podle Karpetise je profesionalita spojována s aplikací specifické metody práce s klienty, kdy je užívání této metody vyžadováno v organizaci, kde sociální pracovníci pracují. (Karpetis, 2014)

2.4. Kroky krizové intervence

Kroky krizové intervence mají drobnou odlišnost v počtu kroků, ale jádro procesu zůstává stejné. Výstižný model je sedmistupňový model podle Robertse, který se zaměřuje na aktuální soubor problémů a emocionální konflikty při minimálním počtu kontaktů. (Lorenc, 2008) Naopak Vodáčková jednotlivé body rozpracovává a poukazuje na efektivní komunikaci při práci s klientem v krizi.

2.4.1. Model dle Robertse

1. Plánování a vedení zásahu,
2. navázání psychologického kontaktu a rychlé vytvoření vztahu,
3. určení závažnosti problému a jeho definování,
4. podpora vyjádření pocitů a emocí,
5. explorační minulých vyrovnávacích strategií a pokusů,
6. obnova kognitivních funkcí vytvoření akčního plánu,
7. vytvoření plánu návazné péče.

(Roberts, 2000)

2.4.2. Kroky krizové intervence

Podle Myera, Lewise a Jamesona můžeme krizovou intervenci rozčlenit do jednotlivých kroků, ve kterých je definovaný určitý cíl krizové pomoci. Tito autoři se snažili analyzovat dostupné zdroje o modelech krizové intervence, které jsou využívány v praxi a jsou popsány v publikacích. Do svého výzkumu vybrali devět publikací, ve kterých našli standardní modely krizové intervence – tyto knihy vybírali podle počtu vydání v různých disciplínách včetně psychologie, poradenství, sociální práce a medicíny. Mezi modely se jim nepodařilo nalézt shodu. Některé modely obsahovaly jen tři kroky a některé i sedm, proto se rozhodli vytvořit třináct fází/kroků krizové intervence. Autoři v nich rozlišovali zacílené úkoly a kontinuální úkoly neboli průběžné úkoly. (Myer, Lewis a Jameson 2013, str. 96-97)

Mezi průběžné úkoly autoři zařadili zajišťování bezpečí, podporu klienta a mapování; tyto úkoly jsou separátní a mohou se objevovat v průběhu celé intervence. (Myer, Lewis a Jameson 2013, str. 99) Úkol zajišťování bezpečí se dle nich vztahuje nejen na klientovo bezpečí a jeho okolí, ale i na bezpečí pracovníků, kteří s klienty pracují.

Mapováním označují průběžné vyhodnocování situace, stanovení míry ohrožení a možnost aplikování copingových strategií. (Myer, Lewis a Jameson 2013, str. 100-101)

Zacílené úkoly vymezili jako na sebe navazující čtyři fáze – kontakt, znovuzískání kontroly, definování problému a následný plán. Kontakt je považován za úkol, který je zahrnut v každém modelu krizové intervence, který musí být v určitém okamžiku splněn; bývá označován za počáteční úkol, ale nastávají i situace, kdy je navázání kontaktu odsunuto a je upřednostněn úkol zajištění bezpečí klienta. Znovuzískání kontroly definují jako pomáhání klientům regulovat jejich reakce na krizi. Některé modely se soustředí v tomto úkolu na obnovení rovnováhy klienta a jeho zmocnění, aby dokázal svou krizi vyřešit (např. Echerling et al., 2005), v jiných modelech tento úkol spočívá v sestavení plánu na řešení problému spojeného s krizí, který bývá někdy zařazen až do posledního úkolu. (např. Aguilera, 1998; Hoff, 2009; James, 2008; Roberts, 2005). Při definování problému v tomto úkolu se klade důraz na definování krize z pohledu klienta a jeho impulz k vyhledání pomoci. Posledním úkolem je následný plán, který je autory brán jako domluva na dalším kontaktu po ukončení poskytované služby. (Myer, Lewis a Jameson 2013, str. 102-105)

Tabulka 2 - Třináct kroků krizové intervence

Kroky	Cíl
Posouzení, mapování	Posoudit úroveň fungování klientů, sociální pracovník se snaží pochopit situaci a význam, který klienti situaci dali.
Navázání kontaktu a založení vztahu	Navázat spojení s klienty. Cílem je vnést pocit respektu a přijetí klienta.
Kontrolovat	Řídit a organizovat situaci a klienta. Cílem je navázat spojení a prokázat pochopení bezprostřední situace.
Poskytnout podporu	Cílem je s pomocí empatie poskytnout klientům pocit, že jsou přijímáni, nehodnoceni a akceptováni.
Zajistit bezpečí	Posoudit a zajistit bezpečnost klientů před sebevražednými a vražednými myšlenkami. V mezích možností psychicky a behaviorálně fungovat. Zahrnuje se zde i

	bezpečnost pracovníků v krizových situacích s klientem. Cílem je udržovat vlastní bezpečnost.
Prozkoumat problém	Prozkoumat vnímání krize klientem. Posoudit, jak klient svou krizi chápe. Identifikovat specifika problému. Cílem je pomoci klientům popsat problém, který je vázaný na krizové prožívání.
Povzbudit a prozkoumat emoce	Posoudit emoční fungování, povolit vyjádření těchto pocitů. Cílem je pomoci klientům znovu nastolit kontrolu nad jejich emočním prožíváním.
Mapovat minulé copingové strategie	Posoudit minulé dovednosti v oblasti zvládnání krizových situací a použít to jako součást plánu pro řešení nynější krize.
Znovunastolení kognitivních funkcí a akce	Posoudit kognitivní fungování klienta a schopnost dělat konstruktivní kroky k vyřešení krize. Cílem je obnovit u klientů kontrolu nad problémem a schopnost podniknout pozitivní kroky k řešení krize.
Vytvořit plán	Pomoci klientovi navrhnout plány, které usnadní řešení krize. Tento proces se může skládat z brainstormingu možných řešení, nalezení další pomoci, zajištění zdrojů, poskytnutí podpory, posouzení životaschopnosti plánu a pomoci klientům s reálným řešením krize. Cíl je vytvořit s klientem rozumný a praktický plán řešení krize.
Získat vazbu	Ujistit se, že klient bude postupovat dle domluveného plánu a podpořit klienty, že oni mají řešení, jak dále postupovat v řešení své krize.

Doporučení	Pomoci navázat klientům kontakt s vhodnými zdroji. Cílem je pomoci klientům při hledání a získávání pomoci z jiných zdrojů, než je klient sám.
Následný plán	Zůstat klientům k dispozici, ověřit si po nějaké době, jak klient situaci zvládá a jak využívá copingové strategie.

(Myer, Lewis, Jameson, 2013, str. 98)

2.4.3. Kroky krizové intervence dle českých autorů

Vodáčková, Brož a Špatenková podrobněji popisují jednotlivé kroky krizové intervence v českém jazyce.

První krok – příprava konzultace, zabezpečení základních potřeb klienta – tento první krok se odehrává ještě před příchodem klienta. Pracovník by měl mít připravené místo pro konzultaci, aby se klient cítil bezpečně, pohodlně, měl možnost napít se vody, připravené kapesníky, případně deku. Pracovník by měl být schopen vést intervenci, pokud by cítil, že se ho toto téma dotýká, měl by přenechat intervenci někomu jinému. (Vodáčková, 2002, str. 75-84)

Druhý krok – úvod konzultace, vybudování vztahu a atmosféry – Klient by měl dostat možnost vybrat si na jakém místě chce při intervenci sedět. Následně je poučen o tom, že rozhovor bude důvěrný, až na výjimku, kdy by klient informoval pracovníka o trestném činu, který spáchal nebo byl jeho svědkem. V takové chvíli se na pracovníka vztahuje oznamovací povinnost. Pracovník buduje s klientem vztah a zaměřuje ho na prožívání teď a tady. Pracovník by měl posoudit klientův emoční stav, se kterým přišel, a následně sledovat jeho vývoj v průběhu konzultace. Klient může krizi prožívat různým způsobem úzkostně, může mít strach, bez rozmyslu, neadekvátně se chovat, být agresivní. V této situaci je důležité mu všechny tyto projevy dovolit a tím akceptovat klienta. (Brož, Vodáčková, 2015, str. 74)

Třetí krok – započetí rozhovoru a základní orientace v situaci, pojmenování problému a prozkoumání všech jeho dimenzí. Tento krok slouží k získání informací o rozsahu krizové reakce, jaké jsou příčiny krize a okolnosti jejího vzniku, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování, pomocnou otázkou může být zaměření se na katastrofický scénář. Pracovník klienta oceňuje, že přišel,

používá se zde otázka na poslední kapku, co ho dovedla na intervenci. (Špatenková, 2004, str. 19-21)

Čtvrtý krok – ventilace a stabilizace prožívání. Každá krize sebou nese silné emoce, se kterými pracovník musí umět pracovat. Někteří autoři pracují s emocemi pomocí CD metody, která má následující kroky: přivlastnění neboli uznání emocí, legalizace – sdělit klientovi, že má právo se takto cítit, pojmenování emoce, rekapitulace emoce, kterou klient prožívá. (Brož, Vodáčková, 2015, str. 106)

Pátý krok – očekávání a formulace zakázky – Zakázka může být vyslovena přímo klientem nebo pracovníkem, který ji objeví v pozadí vyprávění, pracovník se může na takovou zakázku doptat a nechat si ji potvrdit klientem. Klient si sám určí, co chce řešit jako první. V této fázi dochází k mapování předcházejících pokusů o vyřešení krize a hledání výjimek z problému, kdy se věci dějí jinak. (Vodáčková, 2002, str. 75-84)

Šestý krok – zmapování možných řešení – V tomto kroku je důležité prozkoumání sociální opory klienta, kterou má k dispozici. Zda klient má nebo nemá sociální oporu má vliv na hloubku a trvání krizového stavu. Tvoří se zde konstruktivní myšlenkové vzorce, které mohou pomoci přerámovat klientův pohled na problém a snížit jeho stres a úzkost. Klient se zaměřuje na předešlé řešení problémů a strategie zvládnutí problému do současnosti. (Špatenková, 2004, str. 19-21)

Sedmý krok – vytvoření plánu – Plán by měl být zaměřen na aktuální možnosti a schopnosti klienta. Klient potřebuje získat pocit kontroly nad svým životem. (Brož, Vodáčková, 2015, str. 76)

Osmý krok – domluva další podpory – psychoterapii, psychologa, psychiatra nebo jen domluva zavolání v případě potřeby. (Špatenková, 2004, str. 19-21)

2.5. Formy odborné krizové pomoci

Krizovou intervenci můžeme podle typu kontaktu s klientem rozdělit na prezenční a distanční formu pomoci. Krizová pomoc a telefonická krizová pomoc spadají mezi sociální služby poskytované bez úhrady. (Zákon č. 108/2006 Sb., §72)

V prezenční pomoci je obsažena ambulantní pomoc v krizi, hospitalizace, terénní a mobilní služby. Jedná se o pomoc, která je založena na přímém kontaktu „face to face“. (Špatenková, 2004, str. 23)

Sociální pracovníci poskytují krizovou pomoc v intervenčních centrech nebo zařízení poskytujících krizovou pomoc. Dle zákona o sociálních službách má sociální

pracovník ve svých předpokladech pro výkon povolání poskytování krizové pomoci. (Zákon č. 108/2006 Sb. § 109)

Krizová pomoc je poskytována terénní, ambulantní nebo jako pobytová služba, která pomáhá osobám překlenout nepříznivou životní situaci. Poskytuje ubytování, stravu nebo pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutickou činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006 Sb. §60)

- Ambulantní pomoc – je poskytována klientům, kteří osobně přicházejí do ambulance, v tomto případě se jedná o poradny, které jsou určeny klientům, kteří se ocitli v krizi. Klienti se dostaví na základě vlastního uvážení nebo jsou nasměrováni jinými institucemi, kterými mohou být linky důvěry, policie, sociální pracovníci nebo zdravotnické instituce.
- Hospitalizace – jedná se o pobytovou krizovou intervenci, která má krátkodobý charakter. Pokud klientův stav neumožňuje setrvání v jeho domácím prostředí a nejsou k dispozici ani jiné formy pomoci, přistoupí se k hospitalizaci.
- Terénní a mobilní služby – krizová pomoc je přenesena na místo, kde se nachází člověk v krizi. Může to být domov, škola, nemocnice, místo, ve kterém došlo k neštěstí. (Špatenková, 2004, str. 23)

Instituce, které se zabývají primárně krizovou intervencí se nazývají krizová centra. Pro klienta mohou být krizová centra systémem sociální opory, pokud přirozené zdroje opory nejsou funkční nebo neexistují. V krizových centrech působí multidisciplinární tým, který tvoří psychologové, sociální pracovníci, lékaři i zdravotní sestry. (Špatenková, 2004, str. 24)

Krizová centra, ve kterých se nacházejí sociální pracovníci SOS centrum Diakonie ČCE, Dětské krizové centrum.

Distanční forma pomoci je druh krizové intervence, kdy je pracovník/intervent prostorově vzdálen od klienta. Může být ve formě telefonického nebo internetového kontaktu s klientem. Telefonická krizová pomoc je terénní službou, která je poskytována na přechodnou dobu, pomáhá osobám, které se nacházejí v ohrožení zdraví či života nebo v jiné obtížné situaci, kterou nedokážou řešit vlastními silami. (Zákon č.108/2006 Sb, § 55)

Telefonickou pomoc zajišťují především linky důvěry, které mohou být specializované na specifickou skupinu klientů nebo na nějaký specifický problém.

Internetová pomoc nabývá na své popularitě, lidé začínají v dnešní době více využívat pomoc přes chat poradny. Využívají také intervence po Skypu nebo pomocí mailu, kdy je pomoc v akutní krizi také velmi efektivní, je vhodná pro klienty s omezeným přístupem k prezenčním formám pomoci. (Špatenková, 2004, str. 23-24) V České republice poskytují distanční formu pomoci například Linka bezpečí, Modrá linka, Linka EDA, Cesta z krize z.ú., ve kterých působí také sociální pracovníci.

3. Akutní reakce na smrt

Ve třetí kapitole se budu zabývat definicí smrti. Reakce na smrt bývá rozdílná, může být ovlivněna tím, zda se jedná o anticipované či náhlé úmrtí. Náhlé úmrtí blízkého člověka může u pozůstalého vyvolat akutní reakci na stres/smrt. Pomoc při této reakci mohou pozůstalí nalézt u sociálních pracovníků v krizových centrech. Je velmi těžké stanovit, co je běžné a co je již komplikované truchlení. Uvádím zde determinanty, které působí na prožívání smutku u pozůstalých. Přírozenou reakcí na smrt je nejen smutek, ale i truchlení. Proto se v této kapitole zabývám modely truchlení, které mají pomoci pozůstalým prožít ztrátu blízkého člověka.

3.1. Definice akutní reakce

Smrt může vyvolat u pozůstalých akutní reakci na vzniklý stres, v takovýchto situacích dochází do krizových center během několik hodin nebo dnů po úmrtí blízkého člověka. Akutní reakce je přechodná porucha, která je ale velmi závažná. Předchází jí výjimečný psychický či fyzický stres, takováto reakce odeznívá obvykle během několika hodin či dnů. (Baštecká, 2005, str. 13) Při akutní reakci na smrt se objevují například vegetativní příznaky v podobě tachykardie, pocení a chvění, úplná či částečná amnézie, zúžené vědomí, úzkost nebo emoční otupělost. (Raboch, Zvolský, 2001, str. 294-295) Lidé v akutní reakci podle Yeagera a Robertse mají větší sklon k ublížení sobě, ale i jiným osobám, které mohou být za traumatickou událost zodpovědní. Dále mívají snížené vědomí o svém okolí, disociativní amnézii, flashbacky, nedokáží pracovat ani dělat každodenní činnosti, vyhýbají se jakémukoliv kontaktu. Tyto příznaky se mohou vyskytnout do jednoho měsíce po vystavení traumatickému stresoru. (Yeager, Robert, 2005, str. 95-99) Pomoci člověku v akutní stresové reakci lze pomocí krizové intervence.

3.1.1. Jak pracovat s člověkem, při akutní reakci na stres

- Je důležité nejprve zajistit tělesnou integritu a bezpečí – dbá se na ochranu života a zdraví, až následně dochází k zajištění člověka po emocionální stránce.
- Kotvit jej v realitě – pomoci mu zorientovat se v čase, prostoru a situaci.

- Pracovat s tělem – zajistit fyziologické potřeby, tedy pití, jídlo, klid. Pomoci pozůstalému s fyzickým uzemněním například s pomocí deky. Pokud se klient třese, nijak tuto reakci nepotlačovat, ale podpořit, dochází tím k uvolňování napětí.
- Pracovník krizového centra by měl v prvním kroku respektovat obranné mechanismy pozůstalého a sledovat jeho přirozené vyrovnávání se s akutním šokem.
- Ošetřit akutní emoce – mezi které řadíme pláč, úzkost, agresi, paniku, útlum a všechny projevené emoce uznáme.
- Pokoušení hledat drobné následné kroky.
- Pokud si to pozůstalý přeje, je dobré zajistit nějakého blízkého člověka, který s ním bude alespoň 24 hodin. Je důležité tyto blízké osoby seznámit s možnými projevy akutní reakce a následně sdělit doporučení, co mají s člověkem při akutní reakci dělat (udržovat kontakt; neodvádět řeč na jiné téma, pokud chce pozůstalý o situaci mluvit; nechat projevovat emoce)
- Pracovník seznámí pozůstalého, jaké situace mohou ještě nastat, jaké jsou běžné projevy krize v případě ztráty a kdy už je důležité vyhledat odbornou pomoc.
- Poskytnout možnost návaznosti v psychosociální síti, tedy následnou péči, při které se pozůstalý připraví na odeznění šoku během 3–5 dní, kdy se mohou objevovat intenzivní emoce, poskytnout mu kontakty na zařízení pro následnou pomoc. Ujistit ho, že je v pořádku s někým tuto těžkou situaci sdílet.

(Vodáčková, Brož, 2015, str. 69-76)

3.2. Definice smrti

Smrt je definována jako „*nezvratné zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušeni látkové výměny v organismu*“ (Janoušek, 1987, str. 46)

Smrt byla dříve vnímána jako přirozená součást života, lidé si uvědomovali, že nejen zrození, ale i umírání je součástí života. Dříve se lidé nedoživali tak vysokého věku a některým nemocem nedokázali vzdorovat. Víra, společenství a rituály přinášely jistotu do

života tradiční společnosti, díky tomu lidé dokázali zhodnotit svůj život i to, co bude následovat po něm, tím smrt přijali a integrovali ji do svého života. (Mühlum, Student, 2006, str. 23-24) V 60. letech 20. století se vytvořily dvě skupiny autorů dle pohledu na smrt. Do první skupiny patřili autoři Ariés, Gorer, Kübler-Rossová, Elias, tito autoři upozorňovali na chorobný strach moderní společnosti ze smrti. Moderní společnost vytěšňuje smrt na okraj svého zájmu, nedokáže jí čelit, a proto se stává smrt traumatem jak pro umírajícího, tak pro jeho nejbližší okolí. Podle těchto autorů je smrt v moderní době velmi tabuizována. Druhá skupina autorů, kam se řadí Walter, Blauner, Dumont a Foss, naopak tvrdí, že to není celá společnost, která smrt popírá, ale pouze skupiny s určitými charakteristikami. Mladí se spíše bojí smrti než senioři, ženy se bojí více smrti než muži, podle těchto autorů není smrt tabuizována, ale pouze skrytá mezi starým obyvatelstvem. (Přidalová, 1998, č.3, str. 349-360) V dnešní společnosti je smrt všudypřítomná, a přesto lidem velmi cizí. Chybí především kontakt s umírajícími, i přesto, že jich každý den přijde o život nespočetné množství. Následně dochází nejen k tabuizaci smrti, ale také k tabuizaci smutku a truchlení. S tímto problémem se snaží bojovat sociální práce, která se snaží začlenit truchlícího zpět do společnosti. (Mühlum, Student, 2006, str. 23-24) Smrt je velmi institucionalizovaná, odsunutá do institucí, kde je v rukou lékařů a medicíny, dochází tím k dekontextualizaci a depersonalizaci smrti. (Feldmann, 2004, str. 162 in Špatenková, 2014, str. 28) Smrt, která zastihne člověka v jiném než vysokém věku, je považována za nepatřičnou a tragickou. (Alan, 1989, str. 392-393 in Špatenková, 2014, str. 28) Tím, že je smrt odsunuta mimo rodinu, se členové rodiny hůře smířují s vlastní smrtelností natož se smrtí blízkých osob. (Špatenková, 2014, str. 29) Bowlby říká: „Ztráta způsobená smrtí blízké osoby je jedním z nejsilnějších bolestných prožitků, jaké člověk může zakusit“. Pro člověka je velmi těžké tuto ztrátu prožívat, ale také být jejím svědkem, byť třeba proto, že nejsme schopni nijak pomoci. Člověku by v takové chvíli pomohl jedině návrat ztraceného člověka, což není možné. I přes bolestivou ztrátu, kterou člověk prožívá, je od něj v dnešní době očekáváno snadné překonání takového stavu ve velmi krátké době a bez pomoci. (Bowlby, 2013, str. 16-17)

3.2.1. Anticipované versus náhlé úmrtí

Anticipovaná smrt – bývá charakterizována, jako smrt očekávaná v důsledku dlouhé nemoci nebo stáří. Někteří autoři (např. Eisdorfer a Wilkie, 1977; Gorer, 1987; Lehrman, 1956; Parkes, 1978, 1996; Worden, 1987, 1997) ve svých výzkumech upozorňovali na to, že při anticipovaném úmrtí se lidé vyrovnávají s úmrtím blízkého člověka lépe a rychleji než

ti, kterým blízký zemře náhle. Neznamená to však, že by tito pozůstalí truchlili méně nebo že by intenzita prožívání zármutku byla menší. (Kubíčková, 2001, str. 50) Důvod, proč bylo anticipované umírání označeno za lépe přijatelné, mohl být, že se pozůstalí stačili připravit na příchod smrti a dostatečně se s umírajícím rozloučit, to může dobu truchlení zkrátit. Není to tak ve všech případech. Někdy nastane situace, kdy lidé vědí dlouho dopředu, že jejich blízký zemře, ale nedokážou se s takovým faktem smířit, snaží se blízkého držet při životě co nejdéle a nechtějí ho nechat odejít. (Kubíčková, 2001, str. 51) Situaci může v tomto případě zhoršit, pokud je nemoc dlouhodobá, blízké osoby jsou v roli pečujících, umírající má velké bolesti, po jeho smrti mají pozůstalí delší dobu pocit viny, že tomu nedokázali zabránit. Po smrti dochází u pozůstalých ke ztrátě rolí, kdy se ocitnou bez úlohy, bez funkce a trvá jim delší čas, než se tomu přizpůsobí. (Bowlby, 2013, str. 161)

Náhlá smrt – bývá označována jako situace, ke které došlo neočekávaně, bez varování. Může se jednat i o smrt násilnou bez vlastního zavinění, spadají sem sebevraždy, vraždy, živelné pohromy, autonehody, smrt v důsledku jiného úrazu či nečekané zdravotní komplikace (cévní mozková příhoda, infarkt). Pro pozůstalé bývá velmi těžké se vyrovnat s tímto typem ztráty. (Kubíčková, 2001, s. 50-51) *Kübler-Rossová uvádí, že pokud ztratíme blízkého člověka, se kterým jsme měli málo času, nebo dokonce žádný čas, abychom se na jeho ztrátu připravili, jsme naprosto vyvedeni z míry, občas nás popadne vztek, zmocňuje se nás zoufalství. Pozůstalý by měl mít možnost všechny tyto pocity vyjádřit* (Kübler-Rossová, 2015, s. 196). U neočekávané smrti člověk v počátku prožívá mnohem větší šok než u ztráty předvídané (Parkers, 1970a in Bowlby, 2013, str. 159) U pozůstalých mohou přetrvávat depresivní, sebepoškozující a sebevražedné sklony, chybí jim čas, kdy by se mohli se svým blízkým rozloučit a vyrovnat se skutečností smrti postupně, jako u anticipovaného úmrtí. Pozůstalí jsou postaveni před událost, na kterou nejsou schopni se připravit. (Kubíčková, 2001, str. 50-51) Náhlá smrt způsobená sebevraždou je druh smrti, která bývá považována za zbytečnou, pozůstalí mají zvýšenou tendenci se obviňovat. Obviňují jak sebe, tak blízkého, který takovým způsobem ukončil svůj život nebo hledají viníka v rodině, který tuto smrt blízkého vyprovokoval. V některých případech se pozůstalí rozhodnou svému okolí lhát o způsobu smrti, což může v pozůstalých způsobit emoční nevyrovnanost, která následně může vést také k sebevraždě. (Bowlby, 2013, str. 163)

3.3. Reakce na smrt

Kübler-Rossová se ve svých publikacích zaměřuje na pacienty v terminálním stádiu nemoci a na jejich rodiny. Uvádí, že některé aspekty jsou stejné jak u umírajících pacientů, tak u jejich rodiny. Pojmenovala jednotlivé reakce na ztrátu a rozdělila je do jednotlivých fází, které se nemusí vyskytovat za sebou a v některých případech nemusí pozůstalí ani umírající projít všemi těmito fázemi, naopak některé fáze se mohou i opakovat. (Kübler-Rossová, 2015)

- 1) První fáze je šok, kdy člověk je zahlcen situací, nedokáže přemýšlet, odpovídat, v některých případech se nedokáže ani pohnout. Popírá situaci, která nastala, říká si „to nemůže být pravda“, „někdo se musel splést“. Mozek nedokáže reagovat na tak těžkou životní situaci a přirozenou reakcí se stává popření, aby byl organismus člověka ochráněn před přehlcením.
- 2) Druhá fáze je agrese, člověk je plný vzteku, zlosti, závidí a rozmrzelosti. Tato fáze je spojována s hledáním viníka, závidí ostatním, že se jich to netýká, převádí vinu na zdravotníky nebo zdravé lidi, ale také na Boha.
- 3) Třetí fází je smlouvání, člověk se snaží po prožití šoku a zlostných tendencích jít na to z opačné strany. Snaží se smlouvat, a to především s Bohem, o prodloužení života umírajícího člověka nebo – pokud smrt nastala – si přejí zemřelého přivést zpět k životu, i když jsou si vědomi jisté iracionality tohoto požadavku. Tyto smlouvy uzavírané s Bohem, jsou drženy v tajnosti, objevují se jen mezi řádky nebo jsou sděleny duchovnímu, který pro ně má větší pochopení než okolí pozůstalého. V těchto chvílích jsou pozůstalí velmi zranitelní a snadno zmanipulovatelní.
- 4) Čtvrté stádium je nazváno jako deprese, kdy se pozůstalému zboří svět, uzavírá se do sebe, nedokáže naplňovat své role v životě, snižuje se jeho výkon, chce být sám a nechce s nikým mluvit. Pokud v této fázi zůstane pozůstalý dlouhou dobu, může to vyústit v suicidální jednání.
- 5) Poslední fází je smíření neboli akceptace faktu, že se nic nezmění.

(Kübler-Rossová, 2015, str. 51-127)

Někteří vidí ve smrti brutalitu a svévolnost, která je vede až k vyvozující myšlence, že neexistuje žádný milosrdný Bůh, žádná spravedlnost a žádné dobro. (Jung, 1994c in Baštecká, 2013, str. 53) Pokud je smrt způsobená neštěstím nebo násilím, může tím být proces vyrovnávání se ztrátou značně zkomplikován. So-kum Tanga uvádí faktory, které

znesnadňují pozůstalým vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka: náhlost a nepředvídatelnost; násilí, zohavení a zničení; pokud šlo smrti předejít nebo její způsob je zřídka; ztráta dítěte; vícenásobné smrti; osobní setkání přeživšího se smrtí. (So-kum Tanga in Baštecká, 2013, str. 53)

3.4. Truchlení

Truchlení můžeme definovat mnoha způsoby, truchlení může být stav, ve kterém se pozůstalý člověk nachází, nebo jako reakce na zažitou ztrátu.

Hartl a Hartlová definují truchlení jako *přirozenou reakci, která spolu se smutkem provází ztrátu blízkých, zpracování ztráty probíhá vyrovnáním se s danou situací, přičemž doba truchlení závisí na síle vazby ke ztracenému objektu, na osobnosti truchlícího i na kulturních zvyklostech* (Hartl, Hartlová, 2010, str. 626).

Macková definuje truchlení jako *proces, kterým se odpoutáváme od člověka, kterého jsme ztratili, a který nás opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život* (Macková, 2006, str. 128).

Bowlby na základě klinických studií, předložil klasifikaci proměnných, které mají vliv na prožívání truchlení. Tyto proměnné zařadil do pěti kategorií:

- identita a úloha ztracené osoby,
- věk a pohlaví postižené osoby,
- příčiny a okolnosti ztráty,
- sociální a psychologické okolnosti působící na postiženého v době ztráty a následně po ní,
- osobnost postiženého, se zvláštním ohledem na jeho schopnosti navazovat milostné vztahy a reagovat na stresující situace.

(Bowlby, 2013, str. 153-154)

Nejvlivnější proměnná, která působí na truchlení, je osobnost postiženého, zejména způsob jeho vazebného chování a jak dokáže reagovat na stresující situaci. U nestabilních to může mít vliv na intenzitu, délku zármutku, ale také na formu zármutku, která může být relativně zdravá nebo naopak může směřovat k patologické variantě. (Bowlby, 2013, str.153-154)

3.5. Rozlišení běžného a komplikovaného truchlení¹

Každá smrt je jedinečná a z toho vyplývá i jakým způsobem pozůstalý reaguje na takovou smrt. Existují proměnné, které mají vliv na prožívání smutku, mezi které řadíme: okolnosti smrti – jestli se jednalo o smrt předvídatelnou, násilnou, které šlo zabránit; vztah k zesnulému – čím je tento vztah bližší, tím bývá prožívání smutku komplikovanější. Další determinantou, která ovlivňuje prožívání smutku, je samotný pozůstalý – jeho věk, pohlaví, kognitivní styl (způsob vnímání, myšlení, rozhodování a řešení problémů), jeho strategie zvládnání zátěžových situací, spiritualita, předchozí zkušenosti a vyrovnávání se s krizovou situací, podpora pozůstalého jeho okolím, využití odborné pomoci, postoje k smrti a umírání. (Center for the Advancement of Health, 2004; Kellehear, 2001; Rando, 1993; Winslade, 2001)

Rozlišení mezi běžným a patologickým neboli komplikovaným truchlením je velmi těžko rozlišitelné, co je a co již není běžným projevem. Parkes a Weis poukazují na to, že každá smrt je jedinečná, může být spojena s nepříjemnými okolnostmi úmrtí a od toho se odvíjí proces prožívání ztráty, který může být označován za patologický, ale vzhledem k okolnostem úmrtí pochopitelný a běžný. (Parkes & Weiss, 1983, s. 170) Rozlišování truchlení může být podle Lindstrøma ovlivněno silnými kulturními normami – emocionální projevy pozůstalých jsou považovány za něco běžného a přirozeného, na druhou stranu je bráno za urážející, pokud pozůstalý neprojevuje žádné emoce po smrti blízkého člověka, protože by měl pozůstalý „řádně“ truchlit. (Lindstrøm, 2002) Tyto mýty o prožívání ztráty mají negativní dopady na pozůstalé, na základě těchto chybných předpokladů může docházet ke špatnému poskytnutí pomoci skrze sociální služby. Společnost udává akceptovatelnou dobu pro prožívání ztráty (6-8 týdnů), bez individuální pohledu na pozůstalého a příčiny jeho ztráty. (Breen, O'Connor, 2007, str. 202) Rando uvádí, že komplikované truchlení je často definováno těmito faktory: trvalým vztahem se zemřelým; pozůstalí se snaží upínat ke vzpomínkám, aby podporovali jiné pocity než smutek; prožívají smutek několik let; tento smutek nemění na své intenzitě, je stále lineární. Pokud je pomoc pozůstalým spojována s úkolem zapomenout na zemřelého, může to způsobit patologické truchlení, protože dochází k zasažení do zdravého spojení se zemřelým. (Rando, 1993) Již delší čas se snaží odborníci odlišit běžné truchlení od komplikovaného, a to jen na základě odchýlení se od typické normy, každé nedokončené truchlení bylo považováno za patologické. (Kristjanson,

¹ Komplikované truchlení v České republice není v MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí), ale mělo by se objevit v MKN 11. V USA v DSM 5 je již součástí této klasifikace.

Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006; Rando, 1993; M. Stroebe a kol., 2000). Jacob a Prigerson považují komplikované truchlení za duševní poruchu, která je odlišná od deprese, úzkosti, posttraumatické stresové poruchy a běžného truchlení. Komplikované truchlení na rozdíl od běžného truchlení je spojováno s negativními fyzickými i psychickými následky, s vážným onemocněním nebo sebevražednými myšlenkami a zhoršením kvality života. (Jacobs & Prigerson, 2000; Prigerson et al., 1997, 1999; Silverman a kol., 2000). Pokud by se z komplikovaného truchlení stala psychiatrická diagnóza, mohlo to podle některých autorů přinést lepší pomoc pro tento typ pozůstalých, zvýšení financování léčby, větší pochopení od okolí a uznání jejich potřeb. (např. Bambauer & Prigerson, 2006; Horowitz, 2005-2006; Kristjanson et al., 2006; Parkes, 2002)

Podle výzkumu se ukázalo, že pozůstalé děsí jejich možné označení psychiatrickou diagnózou, proto je méně pravděpodobné, že budou chtít vyhledat odbornou pomoc. (Bambauer & Prigerson, 2006) Další informace, která z výzkumu vyplynula, byla, že pokud poskytovatelé služeb poskytují intervenci při běžném truchlení, nemá to žádný účinek, dokonce někteří pozůstalí by se měli lépe bez této pomoci, naopak v případě komplikovaného truchlení se jeví intervence jako účinná. (e.g., Hansson & Stroebe, 2003; Jordan & Neimeyer, 2003; Schut, Stroebe, van den Bout, & Terheggen, 2001)

Výzkumy o truchlení, které byly doposud prováděny, jsou považovány za nedostatečné. Základní chybou je, že smutek je brán jako univerzální skutečnost, přitom za universální se dá považovat pouze smrt. Truchlení musí být bráno jako jedinečná zkušenost, která se odehrává v historickém, sociálním, kulturním a politickém kontextu. Jen v takovém případě půjde o výzkumy, které budou mít vypovídající hodnotu. (Center for the Advancement of Health, 2004; Neimeyer & Hogan, 2001; Valentine, 2006)

3.5.1. Modely truchlení

Jednotliví autoři vytvořili procesy truchlení, které se dělí na jednotlivé fáze, u kterých se předpokládá návaznost jednotlivých fází po sobě nebo se dělí na procesy či úkoly, u kterých se nepředpokládá, že by na sebe navazovaly, ale jsou přítomné v procesu truchlení. Vyskytuje se mezi nimi značná nejednotnost v názvech, ale i počtu fází nebo úkolů.

Feud rozlišoval „mouring“ jako projev truchlení a „melancholie“ jako projev deprese. Při truchlení vnímají pozůstalí svět jako prázdný a vyprázdňovaný. Lidé, kteří mají depresi, vnímají sebe jako něco prázdného, truchlení vnímali jako velmi nutné a nezbytné. Proces truchlení viděl jako umožnění testovat realitu ztráty. Zármutek definoval jako určitou

připoutanost k zemřelému neboli dekantexu. Freud věřil, že truchlení dochází k závěru, pokud byla dokončena připoutanost k zemřelému a truchlící je znovu schopen emoční energii znovu investovat do nových vztahů a aktivit. (Freud, 1917 in Stillion, Attig, 2015, str. 91)

Lidemann napsal *Symptomatology and Management of Acute Grief* (1944), kde rozlišoval normální truchlení od akutního truchlení, které rozšířil nad Freuda. Při akutním zármutku truchlící čelí ztrátě a zažívají různé emoční reakce, které z této situace vyplývají. Rozlišoval i morbidní zármutek, v němž truchlící potlačují svůj zármutek a vyhýbají se jeho projevům. (Lidemann, 1944 in Stillion, Attig, 2015, str. 91-92)

Bowlby spolu s Parkesem definovali čtyři stádia truchlení:

- a) Šok a necitlivost – jako obrana proti bolesti ze ztráty a smrti.
- b) Touha a hledání – hledání člověka, který zemřel; pozůstalí se chce ujistit, že je pryč.
- c) Dezorganizace a zoufalství – v této fázi se pozůstalí zabývají otázkami jako kdo nyní bez zemřelého jsem, jak to dokážu bez něj zvládnout.
- d) Reorganizace – cílem této fáze je upravit strukturu života a najít způsob, jak se v nové realitě pohybovat jako nový člověk. (Bowlby rozlišoval mezi bezpečným a nebezpečným připoutání)

(Bowlby, 1970 in Stillion, Attig, 2015, str. 92)

Parkes byl mezi prvními, kteří se začali zaměřovat i na rizikové faktory, které truchlení komplikují. Ve svém výzkumu se zabýval dopadem úmrtí na mladé vdovy a vdovce, které sledoval po dobu čtyř let a identifikoval u nich rizikové faktory. Zabýval se preventivní prací v oblasti duševního zdraví, upozorňoval na předpoklady jednotlivých lidí, kteří nebudou dobře zvládat úmrtí člověka. Pokud by se včas identifikovali, mohli by se zapojit do včasné intervence, která by předcházela komplikovanému truchlení. Důležité je upravit truchlícímu člověku svět tak, aby mu rozuměl i bez zesnulého. (Parkes, 1972 in Stillion, Attig, 2015, str. 93)

Fáze Kübler-Rossové jsem již zmiňovala výše, velmi ovlivnila svoje kolegy, kteří se zabývali ztrátou. Definuje pět fází umírání: popření, hněv, vyjednávání, deprese, přijetí. (Kübler-Rossová, 1971 in Stillion, Attig, 2015, str. 93)

Worden se zabýval účastí lidí na jejich smrti, při sebevraždě, když ztratili vůli žít. Dělal kurzy, kde učil pracovat se zármutkem, jak mají pomáhající pracovat s truchlícími

a jejich rodinami. Používal úkoly z vývojové psychologie, existují určité úkoly, se kterými se musí pozůstalí vypořádat, tím že se této smrti přizpůsobí. Úkoly jsou pro něj plynulejší, lze je v čase revidovat a přepracovávat. Každý úkol nepředstavoval pro truchlící stejnou výzvu, záviselo to na připoutanosti k zesnulému, okolnostem smrti, zkušenostem s dřívější ztrátou, změnám a narušením každodenního života a sociální podpoře. Tyto úkoly pomáhají pomáhajícím porozumět klientovi, pokud je klient uvízlý v zármutku. (Worden, 2009 in Stillion, Attig, 2015, str. 93-94)

Čtyři úkoly zármutku:

Úkol I. – přijmout realitu ztráty – pokud je člověk ve fázi, kdy nevěří, že je smrt skutečná, nemůže se tím pádem vypořádat s dopadem, který je se smrtí spojen. Úkol zahrnuje intelektuální přijetí a emociální přijetí, které je pro ně těžké splnit.

Úkol II. – zpracovat bolest ztráty – každá smrt je pro člověka různě bolestivá, jakákoliv bolest musí být uznána a zpracována. Pokud dojde k potlačení bolesti dříve, než je adekvátně zpracovaná, může vést ke zpožděné smutkové reakci nebo k somatickým projevům smutku.

Úkol III. – přizpůsobení prostředí, ve kterém zemřelý chybí – existují tři typy úprav:

1. Externí úpravy – Jaké změny přinesla smrt, která ovlivnila jeho fungování každodenního života?
2. Interní úpravy – Jak smrt ovlivnila vlastní definice osoby? Jak smrt napadla pocit sebeúcty a soběstačnosti jednotlivce.
3. Duchovní úpravy – Jak změnila nebo rozbila smrt základní předpoklady o Bohu a světě? Jak to ovlivnilo jeho základní přesvědčení a hodnoty?

Úkol IV. – emocionálně přemístit a zapamatovat si zemřelou osobu tak, aby se člověk mohl dál pohybovat životem.

Podle Wordena si na rozdíl od Freudovy představy o dekantexu najde truchlící zdravý způsob, jak si vzpomenout na zemřelého, tento způsob mu pomůže jít vpřed životem. (Worden, 2009 in Stillion, Attig, 2015, str. 93-94)

Rando nepoužívá termín úkoly, navrhuje šest činností nebo procesů, které jsou podle něj důležité pro přizpůsobení se ztrátě.

Six „R“ Model truchlení:

1. Recognize the loss – uznání ztráty
2. React to the separation – reakce na separaci

3. Remember and re-experience – zapamatovat si a znovu žít
4. Relinquish attachment and assumptions – vzdát se připoutanosti a předpokladů
5. Readjust to a new world – přestavit do nového světa
6. Reinvest in new activities and new relationships – reinvestovat do nových činností a nových vztahů

(Rando, 1993 in Stillion, Attig, 2015, str. 95)

Rubin s kolegy v Izraeli formulovali „Two Track Model“ pro pochopení procesu truchlení. V tomto přístupu je důležité zaměřit se na:

1. Biopsychosociální fungování jednotlivce, který truchlí. Jaké a kolik emociálních symptomů zažívá? Je to úzkost, deprese či somatizace? Jakou má truchlící rodinu a jak dokáže fungovat v mezilidských vztazích? Je schopen člověk pracovat a investovat do životních úkolů? Ovlivnila smrt jeho sebeúctu? Jaký smysl po smrti blízkého člověka má jeho život?
2. Přetrvávající emocionální připoutanost, jaká je vazba a vztah mezi tím, kdo truchlí a kdo zemřel, jsou to dvě na sobě nezávislé osy, které se ovlivňují. Jak dobře se člověk vypořádává s emociální částí ztráty? Změnilo to u truchlícího jeho sebepojetí? Je schopný vzpomínat na svého ztraceného milovaného člověka?

Rubin tím vyvinul nástroj k posouzení toho, kde se osoba nachází, což může být velmi užitečné pro společnou spolupráci při procházení si truchlením. (Rubin, 1999 in Stillion, Attig, 2015, str. 95)

Attig vnímá proces truchlení jako proces znovuobjevování světa v důsledku ztráty. Přeúčování žití bez zemřelého pro něj znamená víc, než jen kognitivní proces. Chápe jej jako přeučení se, jak žít svůj život znovu smysluplně. Jelikož je existenciální a fenomenologický filosof, respektuje jedinečnost každého truchlícího a také každého procesu truchlení. Pochopení a sladění jedinečného příběhu, je klíčem a srdcem efektivního procesu poradenství nebo terapie s truchlícím člověkem. (Attig, 2011 in Stillion, Attig, 2015, str. 95-96)

Stroebe a kolegové vytvořili „Dualo Process Model“, jak pochopit pozůstalé, kteří se vyrovnávají se ztrátou. Převážně se zabývají tím, jak se truchlící vyrovnávají se ztrátou, než jak samotné truchlení probíhá. Copingové způsoby ovlivňují truchlení pozůstalých. Podle nich existují dvě kategorie stresorů, které spojují s truchlením: 1. ty, které se pojí se ztrátou

jako takovou a 2. ty, které se vztahují k obnovení. Copingové strategie poté čelí jednomu nebo druhému stresoru, nikoli však oběma najednou. „Dualo Process Model“ je postaven na předpokladu, že truchlení je komplexní proces konfrontace a vyhýbání se, oscilace mezi dvěma typy stresorů, která je nezbytná pro adaptivní coping. (Stroebe, 2010 in Stillion, Attig, 2015, str. 96)

Neimeyer a Nadeau pracovali s termíny vytváření významu a vytváření rekonstrukce, předpokládali, že ti, co truchlí, mohou být zavaleni otázkami: Proč se to stalo právě jim? Jak teď život bez zemřelého bude vypadat? Je možné cítit se bezpečně v tomhle světě? Podle Neimeyera je truchlení proces rekonstrukce světa smyslu, který byl zpochybněn ztrátou blízkého člověka. Vnímání považuje za centrální proces v rámci truchlení, kde je zásadní: redefinování sebe sama, redefinování, jak se vztahovat ke světu. Nejde o návrat truchlícího k jeho funkcím před ztrátou, ale pomáhá to vybudovat znovu smysluplný život bez zemřelého. Nadeau pak tento Neimeyerův koncept rozšířila na rodinu, která může výrazně pomoci s procesem vytváření významů. (Neimeyer, 2001, Nadeau, 1998 in Stillion, Attig, 2015, str. 97-98)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Metodologie výzkumu

V této části diplomové práce se budu zabývat základní výzkumnou otázkou tedy „Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy s ohledem na oborovou specifitu sociální práce využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt.“ Dále si definuji cíl výzkumu, metodu sběru dat, výběr vzorku a znění výzkumných otázek a jejich následnou operacionalizaci. Budu využívat data získaná kvalitativní metodou výzkumu, polostrukturovaným rozhovorem se sociálními pracovníky v krizových centrech, kteří pracovali s klienty v akutní reakci na smrt. Tato data budu následně pomocí výzkumné metody dat analyzovat. V závěru své práce budu uvádět zjištěné výsledky svého výzkumu.

4.1. Cíle výzkumu

Cílem předložené diplomové práce je odpověď na základní výzkumnou otázku: „Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy s ohledem na oborovou specifitu sociální práce využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?“

4.2. Metoda sběru dat

Vzhledem k definované výzkumné otázce v své diplomové práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Miovský uvádí negativní definici kvalitativního výzkumu: „*Kvalitativní přístup je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvalifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvantitativních metod.*“ K formulaci pozitivní definice jsou důležité klíčové termíny, kterými jsou jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, procesuálnost, dynamika a také reflexivnost. (Miovský, 2006, str.17) Ucelená definice, která vystihuje kvalitativní přístup tedy zní: „*Kvalitativní přístup je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvalifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvantitativních metod.*“ (Miovský, 2006, str. 18)

Tabulka 3 - Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
<ul style="list-style-type: none">• Získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.• Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.• Umožňuje studovat procesy.• Umožňuje navrhnout teorie.• Dobře reaguje na místní situaci a podmínky.• Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti.• Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.	<ul style="list-style-type: none">• Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.• Je těžké provádět kvantitativní predikce.• Je obtížné testovat hypotézy a teorie.• Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.• Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

Autor: (Hendl, 2016, str. 48)

Kvalitativní data z výzkumu lze získávat různými metodami například: pozorováním, nestrukturovaným, polostrukturovaným nebo strukturovaným rozhovorem, skupinovým interviewem, s pomocí ohniskových skupin, kvalifikovaným odhadem atd. Pro účely výzkumu k mé diplomové práci jsem zvolila metodu rozhovoru. Rozhovor proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. (Miovský, 2006, str. 141)

Polostrukturovaný rozhovor je považován za nejrozšířenější podobu rozhovoru (interview), protože dokáže řešit nevýhody jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Výhodou polostrukturovaného interview je jeho snaha o maximální vyčerpání výhod nestrukturovaného i strukturovaného interview. Kombinací prvků strukturovaného a nestrukturovaného interview vytváří z metody polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj, který je aplikovatelný ve většině výzkumů v rámci kvalitativního výzkumu. (Miovský, 2006, str. 161) Polostrukturované interview vyžaduje náročnější technickou přípravu, než je tomu u nestrukturovaného interview. Spočívá to ve vytvoření okruhu otázek, na které se tazatel výzkumu účastníků ptá. Výhodou je možné doptání se účastníka na dovysvětlení odpovědi tedy, jak danou věc myslí. Tazatel si s pomocí doplňujících otázek může ověřit, jestli správně pochopil, co mu účastník výzkumu sdělil. Aby měl tazatel jistotu, že budou potřebná témata probrána, stanoví si jádro interview, tedy

minimum témat a otázek, které musí probrat. (Miovský, 2006, str. 159-160) Nevýhod polostrukturované interview mnoho nemá, ale může nastat situace, kdy tazatel ve stanoveném časovém limitu na interview nestihne probrat všechny své okruhy, díky velkému množství doplňujících otázek a nezíská tak data relevantní k cílům výzkumu. Tomu lze předejít stanovenou kombinací menší a větší strukturaci otázek. (Miovský, 2006, str. 161)

4.3. Operacionalizace

Z hlavní výzkumné otázky: „*Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy, s ohledem na oborovou specifitu sociální práce, využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?*“ byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které budou využity v polostrukturovaném interview.

DVO1 Jak sociální pracovníci krizových center popisují oborovou specifitu sociální práce?

DVO2 Jak sociální pracovníci rozpoznávají akutní reakci na smrt u klienta?

DVO3 Jak sociální pracovníci krizových center pracují s klienty, kteří prožívají akutní reakci na smrt?

DVO4 Jaká úskalí pro sociální pracovníky při práci s klienty v akutní reakci na smrt mohou nastat?

Tabulka 4 - Operacionalizace

Hlavní výzkumná otázka	
Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy, s ohledem na oborovou specifitu sociální práce, využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?	
Dílčí výzkumné otázky	Otázky do rozhovoru
DVO1 Jak sociální pracovníci krizových center popisují oborovou specifitu sociální práce?	Co je podle Vás sociální práce?
	Jak vnímáte profesní identitu sociální práce?
	Co pro Vás sociální práce ještě je a co již není?
	Jaké jsou podle Vás hranice sociální práce?
	Vnímáte krizovou intervenci jako metodu sociální práce?
DVO2 Jak sociální pracovníci rozpoznávají akutní reakci na smrt u klienta?	Po jak dlouhé době po ztrátě blízkého člověka k Vám pozůstalí přicházejí v akutní reakci na smrt?
	Jak byste akutní reakci na smrt definoval/a?
	Jak často se s takovými klienty setkáváte?
	S jakými reakcemi na smrt se u pozůstalých v takovém případě nejčastěji setkáváte?

DVO3 Jak sociální pracovníci krizových center pracují s klienty, kteří prožívají akutní reakci na smrt?	Jak probíhá první kontakt s takovým klientem?
	Jaký je postup Vaší práce, když k Vám do krizového centra přijde klient v akutní reakci na smrt?
	Jaké techniky nebo metody práce s takovými klienty využíváte?
	Jaké kroky/prvky/techniky z krizové intervence nejvíce využíváte?
	V čem je tato práce specifičtější než s jinými klienty v krizi?
	Využíváte nějaké specifické fráze, techniky, které se Vám osvědčily ve své praxi?
DVO4 Jaká úskalí pro sociální pracovníky, při práci s klienty v akutní reakci na smrt, mohou nastat?	Je pro Vás práce s takovými klienty těžší, než s jinými a v čem?
	Jaké komplikace při intervenci s takovými klienty mohou podle Vašeho názoru nastat?
	Napadají Vás nějaká dilemata při práci s klienty v akutní reakci na smrt?

Zdroj: autorka práce

4.4. Výběr vzorku

V diplomové práci byla pro výběr vzorku zvolena metoda záměrného výběru. Miovský za záměrný (účelový) výběr výzkumného vzorku označuje takový postup, kdy jsou cíleně vyhledáváni účastníci podle svých určitých vlastností. (Miovský, 2006, str. 135) „Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině)“ (Miovský, 2006, str. 135). Na

základě předem daného kritéria jsou cíleně vyhledáváni ti jedinci, kteří tato kritéria splňují a současně jsou ochotni se účastnit výzkumu. (Patton, 1990 in Miovský, 2006, str. 135) V daném případě byl využit záměrný (účelový) výběr přes instituce. (Mioviský, 2006, str. 136)

Pro výběr komunikačních partnerů byla stanovena tato kritéria: musí se jednat o sociální pracovníky, kteří pracují s klienty, u kterých se projevuje akutní reakce na smrt a mají vzdělání podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Z Registru poskytovatelů sociálních služeb České republiky byly vybrány služby poskytující krizovou pomoc na území Prahy. Vyhledána byla krizová centra, ve kterých pracují sociální pracovníci, kteří poskytují služby cílové skupině pozůstalých. Všechny tyto organizace byly kontaktovány s prosbou o rozhovor na téma Sociální práce s tématem smrti z pohledu krizových center se zaměřením na klienty v akutní reakci na smrt. Respondenti byli sociální pracovníci, kteří byli ochotni se výzkumu účastnit.

4.5. Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat byla zvolena metoda zakotvené teorie (grounded theory method, dále jen GTM), která bývá považována za nejvíce využívaný přístup v kvalitativním výzkumu (Bryant, Charmaz, 2007 in Řiháček, Hytych, 2013, str. 44) Jejími autory jsou Glasser a Strauss, tato teorie neoznačuje určitou teorii, ale určitou strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. (Hendl, 2016, str. 27) *Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování* (Řiháček, Hytych, 2013, str. 44). Teorie, která vzniká je zakotvena v datech, která jsou získána během studie. V některých výzkumech jsou některé kroky celého výzkumu modifikovány nebo vypouštěny. (Hendl, 2016, str.128)

V mém výzkumu nebyly využity všechny kroky zakotvené teorie v plném rozsahu, použity byly jen dílčí části, které se týkají analýzy dat. Výzkumná otázka byla stanovena již před začátkem výzkumu, tedy ne podle principů zakotvené teorie.

Analýzu zakotvené teorie lze rozdělit do tří fází. První fází je tvorba konceptů, následuje hledání teoretických vztahů mezi koncepty a závěrem je volba ústředního konceptu a formulace teorie. (Řiháček, Hytych, 2013, str. 47)

Pro první fázi, která se nazývá Tvorba konceptů se používá označení otevřené kódování. (Rennie et al., 1988 viz Mioviský, 2006) V této fázi je cílem konceptualizovat data tedy postupně vytvořit pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale protože samy o sobě jsou vyjádřením myšlenky, principu nebo zkušenosti mají abstraktní povahu. V textu jsou hledány významové jednotky, tedy úseky, které v analyzovaném textu nesou informaci ve vztahu k výzkumné otázce. Pojmenujeme významnou část textu a na základě toho jsou pak vytvářené kódy, které výstižně shrnují podstatu daného textu. Následně každý z konceptů je potřeba definovat, popsat pomocí jeho klíčových vlastností a dimenzí. Vlastnosti zachycují, co mají všechny prvky v dané kategorii společné, zatímco *dimenze vyjadřují jejich vnitřní variabilitu*. Otevřené kódování se následně mění v záměrné (Charmaz, 2006) či selektivní kódování (Glaser, 1978). GTM bývá někdy označována jako metoda neustálého porovnávání, protože při práci s významovými jednotkami a koncepty dochází k systematickému porovnávání. (Řiháček, Hytych, 2013, str. 48-50)

Druhá fáze je pojmenována Hledání teoretických vztahů mezi koncepty, jde o zaměření se na souvislosti mezi jednotlivými koncepty. Glaser tuto fázi nazývá teoretickým kódováním, tedy odlišně než Strauss a Corbinová, kteří ji v některých ohledech chápou jiným způsobem a nazývají ji jako axiální kódování. Pro GTM je běžné, že dochází k neustálému rozšiřování vzorku a tvorbě dat v průběhu celého výzkumu. Tento proces by měl končit ve chvíli, kdy nová data z analytického hlediska nic nepřinášejí a dosáhlo se tedy teoretické nasycenosti. (Řiháček, Hytych, 2013, str. 50-51)

Třetí fáze je nazývána Volba ústředního konceptu a formulace teorie. Jedná se o odklon pozornosti výzkumníka od dílčích konceptů a jejich vztahů, cílem této fáze je formulace výsledné teorie. Dochází k volbě centrálního konceptu, kolem kterého se bude celá teorie organizovat. Je stanoven ústřední koncept, který má nejvíce propojení s dalšími koncepty, *je analyticky nejbohatší a jeho saturace trvá déle než u jiných konceptů*. (Řiháček, Hytych, 2013, str. 51-52) *Ústřední koncept je dimenzí samotného problému a nejlépe ze všech konceptů jej vysvětluje* (Glaser, 1978). Strauss a Corbinová (1999) nazývají tuto fázi selektivním kódováním, při kterém dochází k propojení a integraci ústředního konceptu s ostatními koncepty, ze kterých následně vzniká výsledná teorie. Tato teorie musí odpovídat na základní výzkumnou otázku, a to co nejlépe a nejvýstižněji. (Glaser, Strauss, 1967)

Proces analýzy dat jsem dle Řiháčka a Hytycha (2013) uskutečnila ve třech krocích. V první fázi jsem provedla otevřené kódování, každý rozhovor byl přepsán a všechny rozhovory byly následně okódovány, zatím bez zaměření. Tento krok jsem provedla

opakovaně s odstupem času. V následujícím kroku jsem z kódu vytvořila nadřazené kategorie, poté jsem zvažovala, co je pojí dohromady a jaké jsou mezi nimi vztahy. V dalším kroku jsem ze všech kategorií vybrala ty, které nejvíce souvisejí s výzkumnou otázkou. Dále jsem pokračovala opětovným pročitáním rozhovorů se zaměřením na vybrané kategorie. Tímto způsobem vznikly nové kódy, z tohoto důvodu byla provedena znovu jejich kategorizace rozčlenění, znovu jsem analyzovala vztahy mezi nimi a jejich vzájemné ovlivňování. Výslednou teorii jsem rozpracovala v kapitole: Diskuse k výsledkům.

Vyhodnocení dat jsem prováděla průběžně, koncepty jsem tedy postupně doplňovala, některé vztahy se při dalších analýzách dat doplňovaly a tím se sytily některé části teorie, které vznikly již z první analýzy dat.

4.6. Postup realizace výzkumu

Výzkum byl proveden v průběhu února a března roku 2020. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, pro získání dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Sociální služby byly nejprve osloveny pomocí emailu, poté byly komunikační partnerky osloveny skrze vedoucí sociálních služeb. Z Registru sociálních služeb České republiky byly vybrány sociální služby, jež poskytují krizovou pomoc cílové skupině, tedy lidem v akutní reakci na smrt, na území hlavního města Prahy a skrze email potvrdily svou účast na výzkumu k diplomové práci.

Poté byl domluven způsob a čas realizace rozhovorů s komunikačními partnerkami. Rozhovory byly provedeny na pracovišti komunikačních partnerek. Tyto rozhovory byly nahrávány s pomocí mobilního telefonu přes aplikaci Diktafon, tento záznam byl následně přepsán do textové podoby.

4.7. Etické zásady výzkumu

V každém výzkumu musí být zajištěna dostatečná ochrana práv všech účastníků. (Hartnoll, 2003, str. 84) Od výzkumníků se očekává naplňování základních etických zásad, kterými jsou úcta k lidem (respekt k jejich sebeurčení), snaha konat dobro (maximalizace možného přínosu), nekonat zlo (neškodit, nepoškozovat). (Miovský, 2006, str. 278)

Všechny komunikační partnerky byly před zahájením rozhovoru seznámeny s účelem, za kterým je výzkum prováděn. Byla jim zdůrazněna důvěrnost a anonymita tohoto

rozhovoru. Jejich jména ani jména organizací nebudou nikde zveřejněna. Byly seznámeny o způsobu zaznamenání našeho rozhovoru, pomocí nahrávky na mobilní telefon. Komunikačním partnerkám byl předložen informovaný souhlas v písemné formě, jeho porozumění bylo následně stvrzeno i ústně. Byly také informovány o možnosti náš rozhovor (jejich účast na výzkumu) z jakéhokoliv důvodu ukončit.

4.8. Limity výzkumu

Jedním z limitů předkládaného výzkumu může být malý počet komunikačních partnerek. Oslovila jsem 5 krizových center, ve kterých jsou zaměstnáni sociální pracovníci. Kladnou odpověď tedy podílení se na výzkumu jsem získala pouze u dvou z nich. Bylo to také ovlivněno mými kritérii, tedy zaměřením jen na sociální pracovníky v krizových centrech na území hlavního města Prahy, kteří pracují s lidmi při akutní reakci na smrt. Z oslovených krizových center byli čtyři sociální pracovníci ochotni se mnou provést rozhovor. Bohužel vzhledem k nastalé situaci spojené s COVID-19, byly nakonec provedeny rozhovory pouze se třemi sociálními pracovníci, čtvrtá sociální pracovnice se mi omluvila vzhledem k pracovnímu zatížení krizových center. Uvědomuji si, že to může být rizikem především z hlediska teoretické saturace dat, tedy nasycenosti. Nemohu tedy tvrdit, že by další rozhovory nové informace nepřinášely.

4.9. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily celkem tři komunikační partnerky, které jsou charakterizovány v tabulce č. 5 Charakteristika výzkumného vzorku.

Tabulka 5 - Charakteristika výzkumného vzorku

Komunikační partnerka	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Pozice
K1	žena	25-30 let	Vysokoškolské bakalářské – obor sociální práce	1 rok	SP v krizovém centru
K2	žena	25-30 let	Vysokoškolské bakalářské – obor sociální práce	1,5 roku	SP v krizovém centru
K3	žena	25-30 let	Vysokoškolské magisterské – obor sociální práce	3 roky	SP v krizovém centru

Zdroj: autorka práce

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že všechny komunikační partnerky byly ženy s vysokoškolským vzděláním, z toho jedna v magisterském stupni a dvě v bakalářském. Věkově se komunikační partnerky pohybovaly mezi 25 až 30 lety. Nejkratší doba praxe práce v krizovém centru s lidmi při akutní reakci na smrt byla jeden rok a nejdelší tři roky. Všechny komunikační partnerky pracují na pozici sociálního pracovníka v krizových centrech na území hlavního města Prahy a setkávají se s případy akutní reakce na smrt.

5. Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou popsány výsledky výzkumu v souladu s fázemi analýzy dat dle zakotvené teorie. Uvedeny jsou zde tři druhy kódování, informace, které byly zjištěny, jsou doplněny o přímé citace komunikačních partnerek. Jednotlivé fáze analýzy dat se prolínají, zapisovala jsem zde až konečné výsledky všech těchto tří fází.

5.1. Tvorba konceptů

V této kapitole je popsána tvorba konceptů, která byla vytvořena v souladu s metodologií zakotvené teorie. Rozhovory byly opakovaně poslouchány a postupně byly k jednotlivým výroky komunikačních partnerek a jejich částem přiřazovány kódy. Kódy, které takto vznikly, byly následně rozřazeny do kategorií a podkategorií. Tabulky s kategoriemi jsou výsledkem opakované analýzy a rozřazování. Tvorba konceptů byla nejprve znázorněna graficky a následně podrobněji popsána a doplněna o přímé citace komunikačních partnerek.

Všechny kategorie spolu vzájemně souvisejí a nacházejí se mezi nimi vztahy, které rozpracuji v další kapitole.

Vytvořeny byly tyto kategorie:

1. Oborová specificita sociální práce
2. Metoda krizové intervence
3. Akutní reakce na smrt

Tabulka 6 - Kategorie č. 1 Oborová specificita sociální práce

Oborová specificita sociální práce		
Podkategorie	Vlastnosti	Dimenze
Hranice oboru	Vymezení, co za sociální práci považují a co již nikoli	Přítomné x absentující
Profesní identita	Vnímání sociální práce jako profese	Přítomné x absentující
Definice sociální práce	Obsahující prvky konceptu PIE	Přítomné x absentující

Zdroj: autorka práce

Tato kategorie nese název „Oborová specifická sociální práce“, je jím označován popis, vnímání oborové specifické sociální práce sociálními pracovníky krizových center při poskytování krizové intervence klientům, kteří se nacházejí v akutní reakci na smrt blízkého člověka. Tato kategorie byla tvořena podkategoriemi označenými jako „Hranice oboru“, „Profesní identita“ a „Definice sociální práce“. Podkategorie „Hranice oboru“ zahrnuje okódované výroky sociálních pracovníků, které se snažily oborovou specifickostí spojit s hranicemi oboru, tedy s označením, co za sociální práci považují a co se již nachází na hranici s jinými obory. „Profesní identita“ označuje situaci, jak je vnímána samotnými sociálními pracovníky, kdy bylo pro ně důležité spojit tento pojem i s výbavou sociálního pracovníka, kdy je jeho činnost považována za profesionální a má tedy určitou profesní identitu. Kdy je pro ně i velmi důležité, jak je nahlíženo na sociální práci jako profesi ze strany veřejnosti. Poslední podkategorií této kategorie je „Definice sociální práce“, při které šlo o definování sociální práce komunikačními partnery, kdy se v definicích jednotlivých partnerů objevovaly nebo neobjevovaly prvky konceptu PIE – Person in Environment.

U všech tří komunikačních partnerů panovala shoda ohledně hranic sociální práce, které všechny označily jako velmi nespecifikované, jasně neoddělené. Považují totiž sociální práci za multidisciplinární obor, který má hranice velmi nejasné a čerpá především i z ostatních vědních disciplín: *„Vzhledem k tomu, že SP je multidisciplinární obor, setkáváme se často s přesahem do různých odvětví a zákoutí nebo se jich ve své praxi alespoň zdánlivě dotýkáme. Otázkou je, do jaké míry je to správné, protože ne v každém z oborů jsme tepaní a každý má své odborníky a specialisty na něco.“* (K1) Dvě komunikační partnerky uvedly, že je pro ně důležité mít přesah i do ostatních vědních disciplín, kdy jim velmi pomáhají terapeutické techniky pro stabilizování klienta, po němž následuje práce s klientem na úrovni sociální práce: *„Jelikož tady ale ještě nejsou stanoveny nějak ty pevné hranice, tak by se dalo říct, že to asi nejde takhle pojmut. Jak je to multidisciplinární obor, tak si prostě sociální práce vezme do své práce to, co jí pomáhá při řešení těžkých situací s klientem.“* (K2) *„SP je v tomhle problémová tím, jak je na hranici mnoha jiných odvětví a oborů. Lze tedy mluvit např. o přesahu do terapie. Prostě se stává, ač by dle teorie nemělo, že je občas zapotřebí o klienta pečovat v jiné sféře, i přesto že víte, že vaše zakázka je jiná. Ale když je před Vámi rozsypaný člověk, necháte ho? Sáhnete zkrátka po všem, co máte k dispozici, aby byl jednak klient v pohodě a pak samozřejmě abyste šli naproti vaší zakázce, ale klient je prostě číslo jedna.“* (K3) Jediné hranice, které si sociální pracovníci při své práci uvědomovali, byly hranice, které jim stanovila organizace, tedy krizová centra nebo, které si stavili sami pro svoji práci: *„...jediné hranice, který si pracovník asi dává, jsou jeho*

osobní hranice při práci s klienty, a dále pak asi ty hranice stanovený tou danou organizací v mém případě krizovým centrem, který se v tý sociální práci berou na zřetel. Což je myšleno, co třeba naše krizový centrum poskytuje za služby a který neposkytujeme, ale můžeme na ně klienta případně potřeby odkázat.“ (K1) Jedna z komunikačních partnerek uvedla hranici, která se v oboru sociální práce stále udržuje, a to je jasná hranice mezi sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách: „Jde tedy spíš o hranice moje jako sociálního pracovníka než oboru sociální práce. Ale jednou z hranic, kterou sociální pracovníci rádi drží, je rozdělení se na sociální pracovníky, kteří dělají sociální práci a na pracovníky v sociálních službách, kteří jsou bráni jako pečovatelé, kteří na to nepotřebují mít vysokoškolské vzdělání, ale postačí jim pouze kurz.“ (K2)

Pro oborovou specifitu sociální práce je také důležité vnímání sociální práce jako profese tedy zabývání se její profesní identitou. Komunikační partnerky spojují s pojmem profesní identita nejenom potřebné vzdělání, ale také pracování v souladu s hodnotami sociální práce, etickým kodexem a důležité pro ně taky bylo uznání veřejností: *“Profesní identitu spojuju s určitými hodnotami v sociální práci, protože jsou určitě důležité a je třeba z nich vycházet, respektovat je a držet se jich. Myslím si, že je důležitý, aby se sociální pracovníci nestyděli za to, čím jsou, neustále podceňování a podhodnocování sociální práce vede k tomu, že se nesnaží ani měnit pohled okolí na svou profesi.“ (K1) Komunikační partnerka č.2 zmiňuje vnímání profesní identity přebírané od názoru společnosti, která na sociálního pracovníka nahlíží spíše negativně: „Profesní identita sociální práce je společností vnímána v archaickém slova smyslu, tedy, že málokdo ví, jak je sociální práce široká a kdo jsou vlastně sociální pracovníci a kde všude pracují.“ (K2) Pro dvě komunikační partnerky je také důležité upevňovat profesní identitu skrze následné celoživotní vzdělávání, protože obsah profese sociální práce je velmi proměnlivý: „Pro tu profesní identitu je důležitý být nejenom vystudovaná sociální pracovnice, ale taky se průběžně vzdělávat v různých výcvicích, které mi pomůžou pro práci s různými klienty, pro mě je třeba důležitý kurz krizový intervence, protože se ve své práci setkávám s klienty v krizi.“ (K2) „Profesní identitu upevňujeme skrze povinné vzdělávání, které беру jako velmi důležité, je jasný že to není všechno, profesní identitu taky tvoří převážně zkušenosti, které člověk celoživotně získává.“ (K3)*

Komunikační partnerky si uvědomují, že sociální práce je specifická v tom, že se pracuje nejenom s klientem, ale je důležité zabývat se i jeho prostředím. Podle zmíněného vnímání některé komunikační partnerky vnáší do definice sociální práce oborovou

specifitu, tedy prvky PIE. V definici sociální práce u komunikační partnerky č. 1 se sice objevuje pojem fungování s prostředím, ale při práci s klienty v akutní reakci na smrt autorka zmiňuje, že ho nijak neaplikuje: „...je to obor, který usiluje o změnu klientova stavu, snaží se ho podpořit a zaktivizovat jej a pracuje s tím, aby fungoval i ve svém prostředí. Ale v případě, kdy pracuju s klientem po úmrtí, tak ale se zabývám hlavně stabilizací emocí nebo prostě všech projevů s kterými klient přijde, pomocí krizové intervence chci, aby se cítil hlavně v bezpečí a mohl prožívat tak všechny emoce a mohl truchlit.“ (K1) Zbylé dvě komunikační partnerky v definici sociální práce zmiňují prvky konceptu PIE a snaží se je i následně využívat v praxi: „Sociální práce je práce spojená s různými cílovými skupinami, kteří nedokážou řešit svůj problém sami nebo často ani svůj problém nevidí a brání jim to v sociálním fungování. Když pracuju s klientem v takhle těžké krizi, jakou je pro člověka úmrtí, tak si uvědomuju, že mě nezajímá jenom zakázka, ale i to prostředí a jaký má stav toho člověka vliv na jeho fungování v roli matky, protože samozřejmě chceme, aby v bezpečí byl nejenom klient, ale i jeho blízcí. Takže mi jde o to, aby mohl ten klient normálně prožívat tu ztrátu, tedy měl prostor truchlit, ale taky aby dokázal aspoň na nejnižší úrovni zastávat tu roli matky nebo otce, ale prostě aby fungoval.“ (K2) „Pro mě je důležitým posláním sociální práce dokázat člověka zaktivizovat, naplnit jeho zakázku a pracovat i s tím jeho prostředím. Při akutní reakci toho klienta mě zajímá, jak dokázal fungovat do té chvíle, než přišel a v jakém prostředí se teď nachází.“ (K3)

Výše uvedené výroky lze vnímat jako odraz toho, jak vnímají komunikační partnerky oborovou specifitu sociální práce. Pro sociální pracovnice je těžké definovat odlišnost od jiných oborů. Při jejich práci jim je příjemnější využívání metody krizové intervence, i když je to na pomezí s jinými obory. Komunikační partnerky upozorňovaly na to, že při práci s klientem v akutní reakci na smrt je pro ně velmi důležité nejprve klienta stabilizovat po emoční a fyziologické stránce pomocí prvků z metody krizové intervence. Následně popisovaly, že se zabývají i fungováním klienta v jeho rolích např. v roli matky, v roli, kterou má klient v práci. Sociální pracovnice se, ale ne vždy zabývají tímto fungováním klienta v jeho rolích, a proto nemůžeme říci, že jsou při jejich práci zachovány pokaždé prvky primární profesní identity.

Tabulka 7 - Kategorie č. 2 Metoda krizové intervence

Metoda krizové intervence		
Podkategorie	Vlastnosti	Dimenze
Metoda krizové intervence z pohledu sociálního pracovníka	Využití prvků krizové intervence	Úplné x částečné
Překážky při poskytování intervence	Práce s nezměnitelným faktem	Přítomné x absentující
	Časová náročnost	Značná x nízká
Stabilizace	Zajištění následných služeb pro klienta	Přítomné x absentující
	Podpora klienta	Velká x malá

Zdroj: autorka práce

Druhá kategorie nese název „Metoda krizové intervence“, čímž je myšlena metoda sociální práce krizová intervence, kterou sociální pracovníci krizových center využívají jako vhodné řešení krizových situací, tj. v akutní reakci při úmrtí blízkého člověka. Je tvořena podkategoriemi „Techniky krizové intervence“, „Překážky při poskytování intervence“ a „Stabilizace“. Podkategorie „Metoda krizové intervence z pohledu sociálního pracovníka“ označuje výroky komunikačních partnerek, které popisovaly své postupy práce při situaci, kdy přijde klient s projevy akutní reakce na smrt, která se stala v jeho okolí. Při těchto situacích využívají právě určité mechanismy z krizové intervence. Komunikační partnerky nejdříve popisovaly, jak probíhá první kontakt s takovým klientem, nejvíce se zaměřovaly na prvotní projevy, se kterými se snažily pracovat: *„Někdy už jenom to, že dostane prostor, někdy i to je strašně moc, protože to mnohdy může být právě to, co pozůstalým v daný okamžik chybí. Snažím se zůstat u emocí, aby si je řádně odžil, stabilizovat je a "opečovat" i fyzické obtíže, to mi zabere velkou část našeho sezení. Následně mapuju tu situaci, okolnosti toho, jak se to stalo a hledáme s klientem copingové strategie, ale to často bývá až ke konci našeho sezení, kdy je schopen klient mluvit. Primárně je pro mě, ale důležité ošetřit ty akutní emoce, které klienta zahlcují, nijak je ale nebrzdím. Pokud klient přijde a jen sedí tak ho nenutím za každou cenu něco říkat, pracuju i s tím tichem, kdy ho neustále ujišťuju, že tam jsem pro něj, a že až on bude potřebovat mi něco říct, tak ať začne povídat.“ (K1) „Důležité je s klientem pracovat na uvědomění teď a tady. Klient je často zmatený, nedokáže si připustit*

co se stalo, takže často neví, kde je, jak se k nám do centra dostal nebo co je za den, kolik je tak hodin. Všechno má jakoby v mlze, tak je důležitý mu s tím pomoci, aby došlo následně uvědomění situace. Já prvotně pracuju s tělem a emocema toho klienta, často ani neznám proč klient v takovém stavu přichází, dokud mi to nesdělí sám. Někdy to jako vím, když ho někdo přivede, tak mi to řekne, ale jinak nic nevím a pracuju jenom s tím co vidím.“ (K2)

„Když k nám přijde klient v tomhle stavu, tak se mu snažím zajistit místo, kde se bude cejtít dobře. To znamená, že mu poskytnu v našem krizovém centru bezpečný prostor v příjemné světlé místnosti, kde ho nechám vybrat si místo, kde mu to bude vyhovovat, jestli to bude křeslo nebo gauč, kde si můžou třeba i lehnout. Snažím se mapovat zlehka a pak jde především o zaměření se na tu emoční podporu na tu legalizaci všech projevů, kdy nám klienti často říkají, že se za to stydí nebo se taky omlouvají, když jenom sedí brečí a nic neříkají. Důležitý je v tomhle podpořit, že v týhle situaci není nic špatně, není na to sám minimálně jsme teď na to dva. Někdy využívám i doteky, ale to je daný tou situací, jestli cítím že je to vlastně potřeba a pomohlo by to tomu člověku. Většinou když už se někoho dotknu tak je to na ruku nebo na rameno.“ (K3)

Další podkategorii jsem označila „Překážky při poskytování intervence“. Při intervenci komunikační partnerky uváděly, s jakými nelehkými situacemi se musí během intervence vypořádávat. Sdělovaly, co je na této práci s klienty to jiné, a to pro ně těžké. Za primární problém označovaly práci s nezměnitelným faktem: „Při tý práci s tím klientem je těžké pracovat s tím samotným tématem a myšlenkou na bezmocnost ve smyslu nezměnitelnosti tý smrti, kterou by si klient i z celého srdce přál.“ (K1) „A o to je pak ta spolupráce s tím klientem vlastně náročnější, ještě jak je to ten nezměnitelný fakt, se kterým člověku nezbyvá nic jiného než ho přijmout a naučit se s tím určitým způsobem žít. Nějakým úkolem nás pracovníků krizových center je asi to jim pomoci tuto událost do toho života začlenit, když už ho nemůžeme změnit. Určitým problémem, který se mi stává, je, když je klient upnutý na minulost, tedy na dobu před smrtí a nedaří se pracovat s klientem na přítomnosti, může být tou událostí vlastně velmi zacyklený. Některý klienti bývají zacyklení do té bezvýchodnosti té situace, teď se cítím strašně zle a nemůže být nikdy líp, já prostě nedokážu bez toho druhého žít. Klient vidí v tu chvíli jakoby tunelově, všechno je černý a nedá se vlastně z toho jeho tunelu nikdy vyjít.....je to taková bezvýchodnost v takový situaci. Emoční náročnost je tam pak pro obě strany.“ (K2) „Je to emočně náročný pracovat s klientem jehož největší přání nejde zařídit a ani se k němu nemůžu nijak přiblížit s klientem. Je to prostě jiný a tím pádem někdy i těžký, pracovat s člověkem, kterež nemá mnohdy pokud nemá třeba děti, tak je těžký u takovýho člověka vlastně hledat nějakou tu motivaci, takže se

člověk setká s člověkem naprosto nemotivovaným, který je často dosti apatický, lhostejný vůči všemu okolo sebe, někdy i agresivní, a s neuvěřitelnými pocity viny.“ (K3) Dvě ze tří komunikačních partnerek uvedly, že je pro ně překážkou samotný čas, tento druh intervence je časově náročný a v krizových centrech mají vyhrazeno na každého klienta šedesát minut: „Často, než se s klientem dostaneme k ustálení jeho emocí pomalu nám začne docházet čas na řešení dalších věcí, které má klient na srdci.“ (K1) „Naše zařízení se snaží poskytnout co nejvíce času klientům, ale i přes to je naše intervence časově omezená, každá trvá něco okolo šedesáti minut, aby se dostalo i na ostatní klienty co k nám přijdou. Já tomu rozumím na druhou stranu nemám někdy jistotu, že jsem za těch šedesát minut pomohla člověku natolik aby mu to pomohlo lépe fungovat v takhle těžké situaci.“ (K3)

Takovým pomyslným cílem komunikačních partnerek je stabilizace klienta, který přichází do krizového centra zahlcen. Následující podkategorií je tedy samotná „Stabilizace“, kterou komunikační partnerky označovaly jako podporu klienta a jeho odkázání na následující služby nebo možnosti se případně znovu obrátit na sociálního pracovníka v krizovém centru: „Ke konci sezení se klienta zeptám, jestli si myslí, že je potřeba to řešit dál a pokud o to stojí, dám mu kontakt na místa, kam se může případně obrátit, například na Poradnu Vigvam nebo pokud by se cítil špatně, tak ho informuju, že nemusí nikam chodit, ale může zavolat i na Linku.“ (K1) „Když nějakým způsobem emoce s klientem opracuju, což zabere většinu našeho sezení, tak je ale i důležité toho člověka připravit na to co se bude dít až půjde ze dveří, jestli ví, co bude dělat a nějakými drobnými kroky je dobré toho člověka nasměrovat, že si spolu řekneme, jenom takový základ, co by mohl udělat a taky samozřejmě mu nezapomeneme připomenout, že se na nás může kdykoliv obrátit znovu. A to třeba už jen telefonicky nebo jak si vlastně on sám bude přát. Některý lidi díky ztrátě svého nejbližšího nebo svých nejbližších, při nějakých hromadných autonehodách vlastně zůstávají najednou na světě sami, a proto to je potřeba určitým způsobem zmapovat tuhle situaci a nabídnout pomoc skrze různá zařízení, ať už znovu oslovení krizového centra nebo nějaké další organizace, která s takovými klienty pracuje dlouhodobě. Protože naším úkolem je pomoci člověku fungovat a ustát tu nejakutnější fázi, ale téma a zpracování smrti je na mnohem delší spolupráci s nějakým pracovníkem k tomu určeném centru.“ (K2) „Já, když cítím, že ten člověk dokáže projevovat emoce, dokáže říct co se vlastně stalo, tak je pro mě důležitý si s ním říct co se bude dít teď, bude třeba noc, tak co když se klient začne cítit zase blbě. Proto je pro mě důležitý si s ním říct co bude dál, ptám se ho, jestli s ním někdo do centra přišel, jestli jeho nejbližší už vědí, co se stalo, jestli mu třeba nabídli, že by mohl u nich být, než se ta situace v člověku trochu ustálí, někdy se totiž lidé bojí být doma, a ještě

k tomu sami. Takže proto se jich ptám, jak mají tohle ošetřený, abych i já měla jistotu co teď s tím člověkem bude a pro klienta je to dobré v tom, že on o těch věcech přes to emoční zatížení takhle nepřemýšlel. Snažím se s ním tedy zajistit bezpečí pro dnešní den a bavíme se i o nějaký následný pomoci, kterou mu sice nemůže krizové centrum poskytnout, ale jsou tu od toho jiné organizace.“ (K3)

Z výpovědí komunikačních partnerek vyplývá, že pro ně jako pro sociální pracovníce v krizovém centru je neúčinnější používání metody krizové intervence při práci s klienty v akutní reakci na smrt. Nejvíce se jim osvědčuje využívání určitých prvků z krizové intervence, které se týkají práce s emocemi, poskytnutí bezpečného prostoru a zajištění člověka i po fyziologické stránce a jeho následná stabilizace následné zmapování podpůrného okolí. Vyjadřovaly se i o náročnosti práce, která může být ovlivněna také emoční náročností, která vede ke složitější práci s klientem. U komunikačních partnerek se objevovala tvrzení o jejich náplni práce, kdy musí pracovat na tom, aby klient tento neměnný fakt přijal a dokázal ho nějak začlenit do svého života. Leží tak na nich nelehký úkol, tento proces přijetí dané situace pomoci klientovi zvládnout co nejlépe a umožnit tak klientovi se přesunout do běžné fáze truchlení. K tomu jim mohou posloužit i následné organizace, na které sociální pracovníce odkazují, aby tak zajistily následnou péči pro klienty.

Tabulka 8 - Kategorie č. 3 Akutní reakce na smrt

Akutní reakce na smrt		
Podkategorie	Vlastnosti	Dimenze
Projevy klienta	Fyziologické projevy	Přítomné x absentující
	Emoční projevy	Přítomné x absentující
	Sociální projevy	Přítomné x absentující
Reakce sociálního pracovníka	Psychická odolnost	Vysoká x nízká
	Přípravenost na situaci	Vysoká x nízká

Zdroj: autorská práce

Poslední kategorie je nazvána „Akutní reakce na smrt“ čímž, je myšleno, jak sociální pracovník pozná, že se klient, který přichází do krizového centra po smrti blízkého člověka, nachází v akutní reakci a jak tato reakce klienta na sociálního pracovníka působí. Tato kategorie se skládá z následujících podkategorií „Projevy klienta“ a „Reakce sociálního pracovníka“. „Projevy klienta“ jsou myšleny projevy, s kterými klient nejčastěji přichází do

krizového centra, s nimiž následně musí sociální pracovník pracovat. „Reakcí sociálního pracovníka“ je myšlena teoretická vybavenost sociálního pracovníka, aby zvládl tento druh intervence s klientem, ale také jeho psychická připravenost.

Komunikační partnerky uvedly, s jakými nejčastějšími projevy se u klientů při akutní reakci setkávají. Tyto projevy by se daly rozdělit do tří skupin: jednou z nich jsou fyziologické projevy, další jsou emoční projevy a poslední sociální projevy. Komunikační partnerky ale upozorňovaly, že projevy jednotlivých klientů jsou velmi individuální. Klienti nejčastěji přichází ve fázi šoku občas i plní hněvu: „Klient po ztrátě je většinou v šoku, nedokáže často myslet, brečet, jenom sedí a kouká do prázdna, je zmražený tou danou neuvěřitelně mnohdy těžkou událostí.“ (K1) „Akutní reakce je vesměs charakterizovaná šokem ze vzniklé situace, u kterého je důležité tuto akutní reakci objevit, uvědomit si ji a začít s ní nějak pracovat, aby se potom nedokázala rozvinout až do traumatického posttraumatického stresu, tedy do posttraumatického syndromu.“ (K2) „Když takový klient přijde tak je prostě v šoku, dalo by se možná nazvat jako v takovém tranzu, kdy nedokáže normálně fungovat.“ (K3) Komunikační partnerka č. 1 pracuje nejvíce z fyziologickými projevy, kdy využívá techniky Groundingu (uzemnění) a Centeringu (práce s dechem): „...přichází třeba ve stavu kdy nám ani nedokážou říct co se stalo protože se sotva můžou nadechnout, těžko se jim dýchá, tak s ním začnu dýchat tak, aby mě napodoboval, nabídnu mu teplý nápoj a k dispozici má i deku snažím se ho pak následně ukotvit v jeho těle, někdy je to tím, že se pořádně posadí nohama na zem nebo si sednou na zem a opřou se o zeď, pak takového klienta kotvím i v čase tudíž mu opakuji kde je a snažím se ho emočně podpořit.“ Mezi fyziologické projevy tedy řadily třes, nepravidelné dýchání, více se lidé potí, mají velký tlak na hrudníku i to jim brání dýchat, také je často bolí hlava a jejich srdce bije zrychleně: „Klient přichází ve velmi těžké situaci, kdy je jasné, že se to musí na něm projevit třese se, je to znát především na hlase a pak si toho všimnu i na zbytku těla, když tedy vůbec promluví, někdy klient přijde s tím, že trpí velkými bolestmi hlavy a přijde mu, že jeho srdce bije takovou rychlostí, že mu asi pukne a nedokáže to nijak zastavit.“ (K3) „Klient mi mnohdy se snaží něco říct, ale prostě mu to nejde, zalyká se nejenom svými slzama, ale také se nemůže pořádně nadechnout, často to klient popisuje jak balvan na hrudníku, který mu nedovolí se normálně nadechnout.“ (K2) Klienti jsou zahlceni i svými emocemi, kdy jsou různé typy lidí, jedni je dokáží projevit i navenek a druzí si je raději drží v sobě: „Nejvíce klientů v takové situaci asi reaguje pláčem, pociťují velký smutek prázdnotu, někdy se u nich projeví i vztek, pocity viny. Mívají výčitky, jestli tomu vlastně mohli nějak zabránit.“ (K1) „Klient pociťuje beznaděj, pokud je věřící tak strašně naštvanej, jak se tohle mohlo stát

vlastně jemu, že se před Bohem nijak neprovinil a přišel trest“. (K2) *„Je zoufalejší, že se nestihl rozloučit a přehlcenější informacemi, který by ještě chtěl říct tomu zemřelému nebo o čem s ním ještě potřeboval mluvit. Někdy je to i zlost na ženu, která zemřela, jak si mě v tom mohla tady takhle nechat, jak se mám teď o děti postarat nebo přijde s tím, že chce brečet, chce být smutný, chce se chovat jako ostatní okolo něho, ale prostě mu to nejde, necítí najednou vůbec nic.“* (K3) Jako poslední projev se u komunikačních partnerek objevovaly sociální projevy, kdy člověk nedokázal plnit svoji roli jak pracovní, nedokázal dojet do práce, tak roli rodiče, nedokázal jim uvařit, dovést do školy, často dělal jednu a tu samou činnost. Tito klienti se stranili svých nejbližších a utíkali tím od bolesti, která u klientů nastala, pokud se dostali s někým do kontaktu. Často dělali jednu činnost pořád dokola: *„Setkávám se s klienty, kteří sami cítí, že potřebují fungovat, být tu pro druhé, ale prostě jim to nejde. Jeden z klientů neustále dělal práci na zahradě, zastříhoval stromy a nedokázal s nikým mluvit nebo se postarat o svoje děti.“* (K2)

Klienti přicházejí s nelehkou životní situací a určitým způsobem tím působí i na sociálního pracovníka. Pro sociální pracovnice nese tento druh intervence určitou psychickou zátěž: *„Příběh se může dotknout pracovníka, otevřít jeho vlastní rány, vyvolat nadměrný soucit je důležité, aby tuto práci dělal jedinec, který má téma sám dobře zpracované a dokáže smrt vnímat jako součást života.“* (K1) Pracovník by si měl před samotnou intervencí s klientem při akutní reakci na smrt říct, jak moc je tato událost pro něj zatěžující a nebát se případně požádat kolegu, aby klienta od vás převzal: *„...ale je důležitý si uvědomit a vůbec si i připustit, že přijde takový klient v situaci, kdy mě v životě taky jako pracovníka zasáhla taková ztráta, se kterou se taky nějak postupně vyrovnávám, tak v takové situaci umět uznat a prostě říct promiňte, ale já na tohle teď nemám a nechat tu práci třeba kolegovi, často se my sociální pracovníci cítíme, že musíme umět ustát a vyřešit všechny situace, ale je hrozně důležitý si uvědomit, že to tak prostě není.“* (K3) Psychická náročnost může pramenit i z toho, že klient do krizového centra přijde jednou, ale už se nikdy neukáže, sociální pracovnice se tedy musí oprostít od myšlenek, jestli to klient zvládl a nespáchal například sebevraždu. Všechny komunikační partnerky sdělily, že na sebevražedné myšlenky se u klientů při akutní reakci na smrt ptají vždy, ale z jednoho sezení nedokáží zjistit, nakolik jsou jeho sebevražedné myšlenky vážné. Nikdy však myšlenky na smrt nepodceňují, ale také si uvědomují, že když klient vyjde ze dveří krizového centra, mohou se jeho touhy po svoji smrti znovu objevit: *„...na sebevražedné myšlenky se ptám pokaždé, když jeví nějaké jen náznaky v řeči nebo tak, protože klient má kolikrát problém to říct sám, že ho to vůbec napadlo. Když se o tom s ním začnu bavit tak to často klient zlehčuje, je pro*

mě pak těžké odhalit na kolik je opravdu schopný sebevražedné myšlenky dokončit, jak moc jsou vlastně reálné, a to pro mě přináší určitou psychickou zátěž co mám vlastně v tu chvíli dělat“ (K1) Přípravenost komunikační partnerky odráží, jak bude intervence probíhat. Své nabyté schopnosti pracovat určitým způsobem s těmito klienty získaly sociální pracovnice při výcviku krizové intervence. Dvě komunikační partnerky mají již dokončený výcvik krizové intervence, jedna z nich 54hodinový a druhá 180hodinový, třetí z nich má komplexní kurz krizové intervence započatý. Při práci s klienty využívají metodu krizové intervence a jednotlivé její prvky čerpají z nabytých schopností z výcviku krizové intervence. Na jejich fakultách se přímo tímto tématem nezabývaly nebo jen okrajově. Když komunikační partnerky zmiňovaly, jak jim využití metody krizové intervence pomáhá být jistější při intervenci s klientem, braly ji jako metodu, která k sociální práci patří: „Přijde mi, že je to metoda pomáhajících profesí. Žádnému sociálnímu pracovníkovi by neuškodilo si krizovkou projít...minimálně pro posílení svých kompetenci. Já to jakoby považuju spíš jako nástroj v sociální práci, po kterém lze často sáhnout.“ (K1) „To že mám výcvik krizový intervence mi velmi pomáhá celkově při práci s klientem ať už jeho reakce na smrt blízkého akutní nebo ne.“ (K2) Takhle... já to беру z hlediska toho, že je to metoda, která je pro sociální práci důležitá. Je fajn ji ovládat a mám pocit, že každý sociální pracovník by měl být lidský tím myslím opečovat i emoce, podpořit....a to v rámci krizovky lze. Různý prvky který z té krizovky využívám mi dávají určitou jistotu při práci s lidmi, kteří jsou zasáhnuti tou těžkou událostí jakou je smrt svých blízkých.“ (K3)

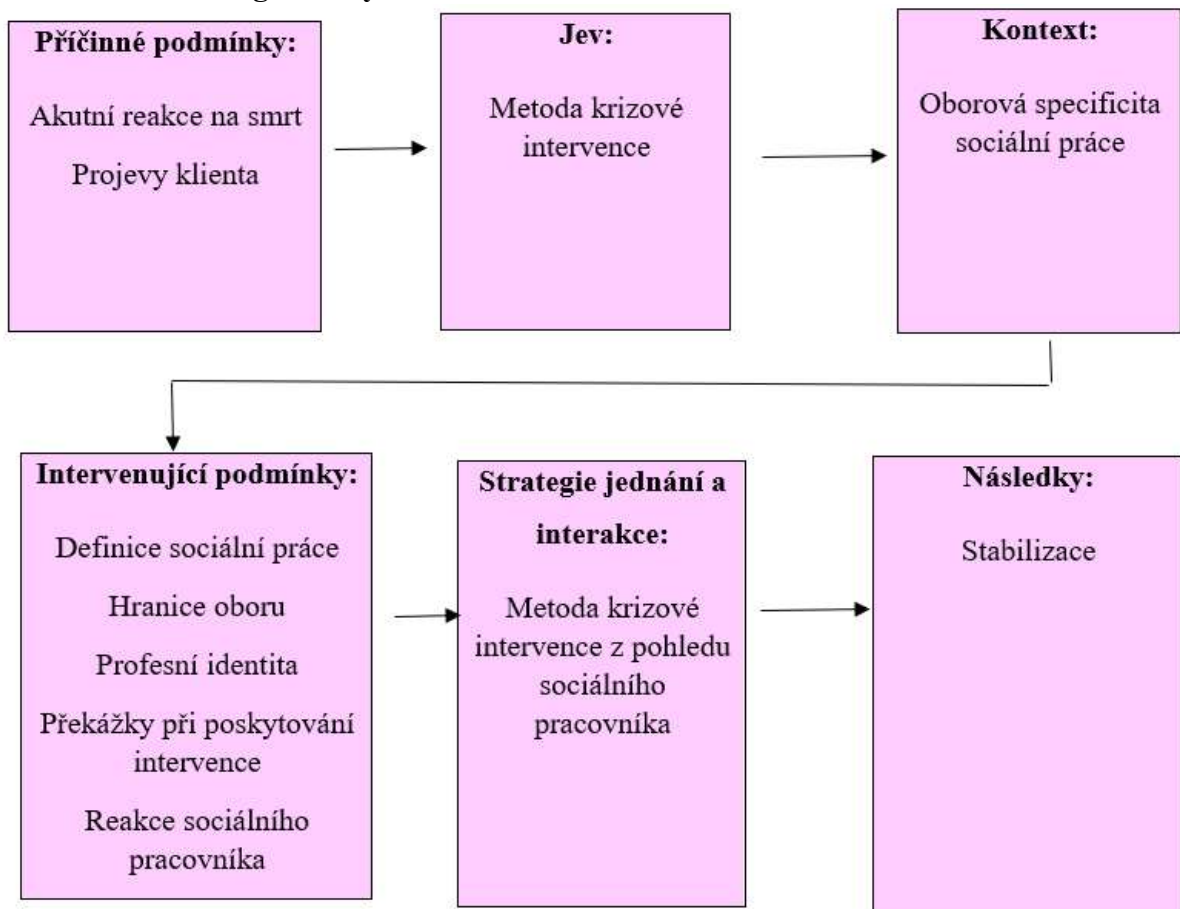
Z výpovědi komunikačních partnerek vyplývá důležitost identifikovat u klientů akutní reakci na smrt, která musí být specifickým způsobem ošetřena. U klientů můžeme identifikovat emoční, fyziologické a sociální projevy na ztrátu. Projevy každého klienta jsou individuální a směřují více k jedné formě projevu. Komunikační partnerky tak musí disponovat určitými znalostmi, aby mohly s takovými klienty vést intervenci, která jim pomůže se s jejich stabilizací. Musí mít tak vybudovanou určitou psychickou odolnost, případně sdělit, že se na intervenci necítí, než se nechat zahltit klientovými emocemi. K tomu, aby se cítily připravené poskytnout kvalitní intervenci jim slouží výcvik v krizové intervenci a následné využití určitých prvků z metody krizové intervence.

5.2. Axiální kódování

V předchozí kapitole bylo provedeno otevřené kódování, kde byly identifikovány kategorie, jejich podkategorie, vlastnosti a dimenze. Jak již bylo zmíněno, opakovaně docházelo k návratu na začátek výzkumu, kdy se znovu realizovaly další rozhovory a následně byly upraveny i výsledky otevřeného kódování. Tato kapitola bude obsahovat podrobný popis hledání teoretických vztahů mezi kategoriemi a subkategoriemi, tedy koncepty v souladu s metodikou analýzy dat podle zakotvené teorie.

Na obrázku č. 2 je znázorněn výsledek hledání teoretických vztahů mezi koncepty. Bylo vycházeno z tzv. paradigmatického modelu, kdy dochází k tomu, že jsou jednotlivé koncepty postupně zařazovány do předem daných kategorií. (Strauss a Corbinová, 1999). Do paradigmatického modelu byly rozčleněny pouze hlavní kategorie a podkategorie bez jejich vlastností. Tento model umožňuje názornější orientaci ve vztazích mezi koncepty, je vytvořen náhled výsledků výzkumu, ze kterých je následně vytvářena teorie. Výsledky nebyly dané a byly podrobeny kritickému myšlení a dalším úvahám v další fázi analytického procesu

Obrázek 1 - Paradigmatický model – axiální kódování



Zdroj: autorka práce

Za hlavní jev byla zvolena kategorie „Metoda krizové intervence“. Jedná se o téma, které bylo hlavním tématem rozhovoru s komunikačními partnerkami. Hlavní příčinnou podmínkou, která vedla komunikační partnerky k využití metody krizové intervence, byla kategorie „Akutní reakce na smrt“ a podkategorie „Projevy klienta“. Aby sociální pracovníce využily metodu krizové intervence, musela být u klientů odhalena akutní reakce na smrt skrze jejich projevy.

Následně byly koncepty přiřazeny do kontextu a intervenujících podmínek. Jako kontext byla označena kategorie „Oborová specifická sociální práce“, vnímání oborové specifické sociálními pracovníky ovlivňuje jejich postup práce s klienty. Podstatné bylo, zda a v jaké míře komunikační partnerky využívaly při své práci nejen prvky z krizové intervence, ale také koncept PIE, aby nedocházelo k rozpouštění hranic v sociální práci. Intervenující podmínky byly tvořeny koncepty „Definice sociální práce“, „Hranice oboru“, „Profesní identita“, „Překážky při poskytování intervence“ a „Reakce sociálního pracovníka“. Tyto koncepty působily na sociální pracovníce při využívání samotných technik krizové intervence. Koncepty „Definice sociální práce“, „Hranice oboru“ a „Profesní identita“ vedly k ukotvení metody krizové intervence do oboru sociální práce a také k jejímu následnému využití komunikačními partnerkami. „Překážky při poskytování intervence“ a „Reakce sociálního pracovníka“ byly zmiňovány jako možné vlivy, které vedou ke ztížení práce u sociálních pracovníků, které pracovaly s klienty při akutní reakci na smrt blízkého člověka. Využití metody krizové intervence při situacích, kdy klienti projevovali známky akutní reakce na smrt, bylo podle výpovědí komunikačních partnerek ovlivněno jejich vnímáním hranic sociální práce a v ní ukotvené metody krizové intervence, dále překážkami při poskytování intervence a také jejich vybaveností jak psychickou, tak teoretickou. Nachází se zde tedy vztah mezi těmito faktory, využitím metody krizové intervence při akutní reakci na smrt s ohledem na oborovou specifickou sociální práci, která následně vede ke stabilizaci klienta.

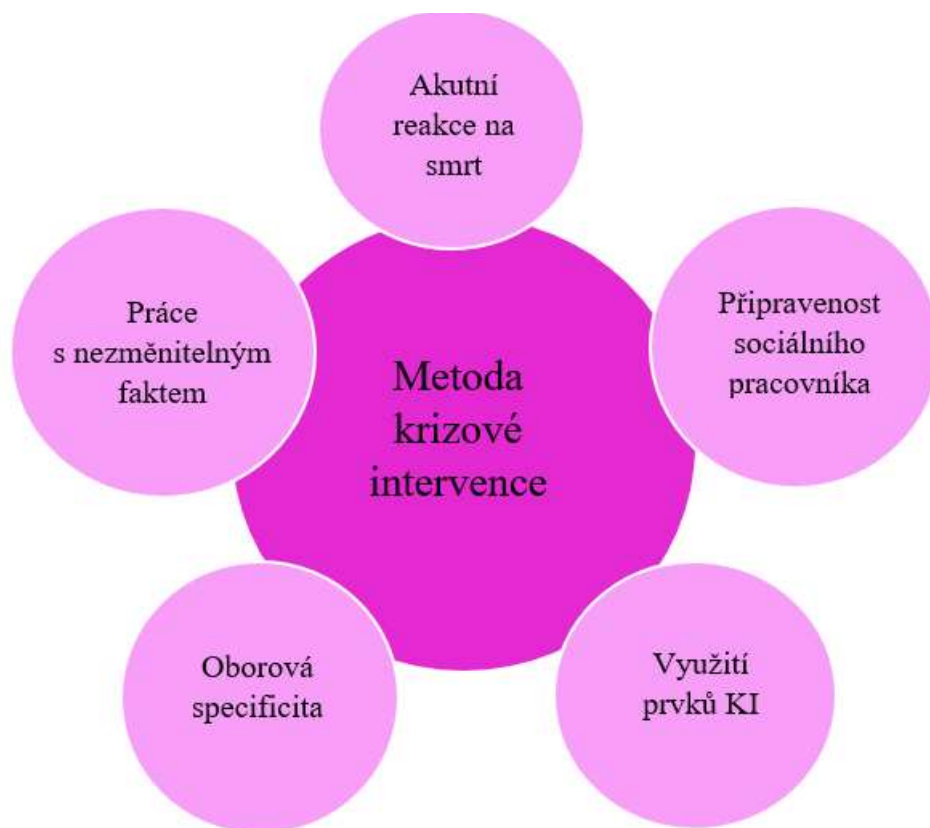
Do strategie jednání a interakce byl zařazen koncept „Metoda krizové intervence z pohledu sociálního pracovníka“ tyto faktory vedly k zmírnění akutní reakce klientů a k jejich následné stabilizaci, proto byl za následek zvolen koncept „Stabilizace“. Komunikační partnerky zmiňovaly, že pro stabilizaci je velmi důležité využití prvků krizové intervence, které pomohou člověka stabilizovat po emoční a fyziologické stránce a umožní mu tak lepší fungování v jeho rolích, které v životě zastává.

Z prozkoumaných vztahů mezi koncepty bylo možné v následujícím kroku zvolit ústřední koncept a vytvořit novou teorii. Výsledné schéma je výsledkem vlastní analýzy dat, kdy byla určena centrální kategorie, ke které byly následně postupně vztahovány kódy, k výzkumnému cíli i výzkumným otázkám.

5.3. Selektivní kódování

V paradigmatickém modelu byly získány informace, které umožnily náhled na vztahy mezi kategoriemi. Za centrální kategorii byla zvolena „Metoda krizové intervence“. Poté byly zmapovány vztahy ostatních kategorií k ní a s ohledem na výzkumný cíl a výzkumné otázky byla formulována nová teorie.

Obrázek 2 - Schéma vytvořené teorie



Zdroj: autorka práce

Kategorie „Metoda krizové intervence“ byla nejvíce diskutovaným tématem při rozhovorech s komunikačními partnerkami. V rozhovorech komunikační partnerky uvedly,

kdy a jakým způsobem využívají metodu krizové intervence a jaké faktory mohou toto využití ovlivnit. Prvotním důležitým krokem bylo odhalit u klienta, který přišel do krizového centra, že jeho projevy chování jsou spojeny s akutní reakcí na stres, který je způsobený smrtí blízkého člověka. Podle toho se odvíjely následné postupy práce. Pracovnice vnímaly potřebu být na tento druh intervence řádně připraveny. Pomohl jim k tomu kurz krizové intervence, který považovaly za důležitou teoretickou výbavu při práci sociálního pracovníka s lidmi v krizových situacích. Znalosti metody krizové intervence jim dodaly i návod, jak s klientem v takovém stavu dále pracovat, což vedlo i ke zvýšení psychické zdatnosti při práci s tímto náročným tématem. Komunikační partnerky označovaly důležitost přípravy na práci s nezměnitelným faktem, kterou smrt blízkého je. Toto bylo zmiňováno taky jako určitá zátěž a překážka při práci s klientem při akutní reakci na smrt, kde je značná odlišnost od ostatních způsobů práce s lidmi v krizové situaci. Sociální pracovník při využívání metody krizové intervence tedy nepracuje se změnou situace, ale snaží se ovlivnit způsob, jakým klient dokáže smrt blízkého přijmout a začlenit do svého života. Umožnit mu tak truchlit a naplňovat svůj životní plán.

Využití „Metody krizové intervence“ spočívalo v aplikování určitých prvků/technik krizové intervence. Pro sociální pracovnice byla důležitá bezpečnost takového klienta, a proto pracovaly s jeho emocionálními a fyziologickými projevy, které mohly být pro klienta ohrožující. Pracovaly s jeho dechem, aby mu umožnily se normálně nadechnout a odstranily tak jeho potíže s dýcháním, které se u klientů často projevovaly. Následně se je snažily kotvit nejen v prostoru, ale i v čase. Klient byl často dezorientovaný, zahlcený situací a z toho pramenila nemožnost jeho fungování teď a tady. Komunikační partnerky si uvědomovaly individuálnost projevů každého klienta. Některý klient dokázal projevovat emoce nebo naopak jeho projevy se více týkaly těla nebo byl zahlcený svými myšlenkami. Bylo důležité akceptovat všechny projevy klienta, uznat jeho emoce a ubezpečit ho, že každý jeho projev je správný. Komunikační partnerky se snažily pomoci klientovi vše ventilovat a tím stabilizovat jeho prožívání. V takovýchto případech bylo důležité prozkoumat u klienta i sebevražedné myšlenky, které mohly následnou stabilizaci ohrozit. Pokud se komunikačním partnerkám podařilo klienta stabilizovat na úrovni emocí a projevů těla, mohly s klientem přejít do fáze plánování malých kroků, co se bude dít po skončení intervence a možnosti využití následných služeb.

Komunikační partnerky by při své práci měly brát ohled na oborovou specifitu sociální práce, tedy aby byly zachovány hranice oboru. Ne všechny komunikační partnerky znaly, že se oborová specifita sociální práce pojí s konceptem Person in Environment.

Některé z nich následně uváděly, že při poskytování intervence klientům při akutní reakci na smrt pracují především s jejich emocemi a tím se snaží, aby klient dokázal následně truchlit, fungovat ve svých rolích a v rámci svého prostředí.

Pro sociální pracovníky je dobré si uvědomit, kdy je možné využít metodu krizové intervence a jakým způsobem ji lze použít při akutní reakci na smrt, neměli by přitom ale zapomínat na oborovou specifitu svého oboru.

6. Diskuze k výsledkům

Výzkum, který je popsán výše, se věnoval tématu sociální práce s tématem smrti z pohledu krizových center, konkrétně bylo zkoumáno využití metody krizové intervence sociálními pracovníky krizových center s ohledem na oborovou specifitu při akutní reakci na smrt. Formulovány byly čtyři výzkumné otázky a jejich zodpovězením se zabývá tato kapitola. Při výzkumu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se třemi sociálními pracovníky krizových center na území Prahy, které pracují s klienty při akutní reakci na smrt, následně byly tyto rozhovory analyzovány s pomocí metody zakotvené teorie.

První otázkou bylo zjišťováno: Jak sociální pracovníci krizových center popisují oborovou specifitu sociální práce?

Oborová specifita sociální práce je v dnešní době velmi probíraným tématem, přesto bylo pro komunikační partnerky těžké vymezit tuto oborovou specifitu jejich oboru. Snažily se tento pojem propojit s možnými hranicemi sociální práce, které nevnímaly jako pevně dané. Sociální práce je pro ně multidisciplinární obor, který čerpá i z jiných vědních disciplín. Pro komunikační partnerky byl důležitý přesah do ostatních vědních disciplín a možné využití metody krizové intervence v sociální práci. V rozhovorech byl jimi kladen důraz na důležitost využití terapeutických technik, které jim pomáhají stabilizovat klienta, jako tomu je při akutní reakci na smrt blízkého člověka. Při definování, co podle nich je náplň sociální práce, zmiňovaly práci s člověkem a jeho prostředím, zabývání se fungováním člověka, naplňováním jeho rolí. Z toho bylo možné odvodit, jestli definování sociální práce bylo komunikačními partnerkami spojováno také s konceptem Person in Environment, kterým je vyjadřována oborová specifita sociální práce. Jedna z komunikačních partnerek sice vnímala jako náplň sociální práce pracovat nejen s člověkem, ale i s jeho prostředím, ale při své práci s klientem při akutní reakci na smrt to neaplikuje. U zbylých dvou komunikačních partnerek se objevovaly prvky konceptu Person in Environment nejen v definici náplně sociální práce, ale snažily se jej i využívat v praxi. Při práci s klientem při akutní reakci se snažily také zjišťovat, jaký vliv má jeho stav na fungování v roli matky nebo otce a jak dokázal fungovat ve svém prostředí do této chvíle. Samy zmiňovaly, že tomu tak není pokaždé s každým klientem, protože klienti přicházejí s různými projevy, které je potřeba nejdříve stabilizovat a někdy se z časového hlediska nevěnují tolik tomu, jak dokáže klient naplňovat své role, i když se to dá podle stavu klienta,

který přichází v určitém rozpoložení odvozovat. Nejsou tedy vždy při jejich práci zachovány prvky primární profesní identity.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala: Jak sociální pracovníci rozpoznávají akutní reakci na smrt u klienta?

Nejčastěji klient přicházel do krizového centra ve velkém šoku, který se projevoval ztuhnutím, kdy se klient mohl těžko hýbat, dýchat. Komunikační partnerky také popisovaly klienty, kteří přicházeli s velkými bolestmi na hrudi, nevolnostmi, bolestmi hlavy, poruchami spánku a nedokázali požit žádné jídlo. Tito klienti bývali často úzkostní, popírali danou situaci nebo byli velmi naštvaní na tu danou situaci a svoje prožívání směřovali do vzteku na druhé a agresí. Klienti často bývali nebezpeční pro svoje okolí, ale také pro samotné sociální pracovníky a bylo potřeba s jejich vztekem nějak dál pracovat, nezastavovat ho, pokud nebyl přímo namířený na sociální pracovníci. Sociální pracovnice se setkávaly i s tím, že klienti brečeli několik hodin, ale nepřinášelo jim to žádnou úlevu, nestačilo se tou těžkou situací „probrečet“, ale u klientů byla potřeba o tom i mluvit. Šok někdy u klienta způsobuje také nemožnost projevit emoce, klienti chtějí plakat, ale nejde jim to. Když klienti dostali možnost nechat proudit všechny svoje emoce, které je napadají, tělo se začalo třást a klienti pociťovali, jak se v nich něco uvolňuje. Komunikační partnerky všechny tyto projevy rozdělily do třech nejčastějších skupin projevů, tedy projevy emoční, fyziologické a sociální. Mezi sociální projevy uváděly stav klientů, kteří nejsou schopni fungovat ve svém prostředí, nedokáží naplňovat své role, jak jsem již zmínila výše. Klienti vykonávali doma často jednu manuální činnost neustále dokola a nedokázali přestat. Snažili se najít nějaké mechanismy, které jim dříve fungovaly. Klienti nedokázali být se svými dětmi, snažili se od všech a všeho izolovat. S těmito všemi projevy se komunikační partnerky setkávaly a v rozhovorech je podrobně popisovaly a upozorňovaly na individualitu projevu každého klienta. Proto se nedá určit, že každý klient má všechny tyto reakce. Toto velmi emočně nabitě téma jako je smrt blízkého člověka, nebylo těžké jen pro klienty, ale vyvíjelo to i určitou emoční náročnost u sociálních pracovníků, které se s tím musely také dokázat vyrovnat a nenechat se zahltnit těmito projevy.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jak sociální pracovníci krizových center pracují s klienty, kteří prožívají akutní reakci na smrt?

Všechny tři komunikační partnerky používají při práci s klienty při akutní reakci na smrt metodu krizové intervence. Při práci s tímto specifickým tématem, které u nich nebývá

na denním pořádku, ale setkávají se s ním alespoň třikrát do měsíce, nepoužívají většinou všech osm kroků, které samotná krizová intervence obsahuje, ale využívají pouze určité prvky vhodné pro stabilizaci klienta. Uvědomují si, že není možné s klientem pracovat především na zakázce, ani že není úplně vhodné využívat katastrofický scénář. Během šedesátiminutové intervence, kterou mají vyhrazenou na jednoho klienta, jim jde převážně o jeho stabilizaci po emocionální a fyziologické stránce. Akutní reakce je specifická svojí délkou. U klientů odezní někdy během hodin, dní, někdy je dokonce zapotřebí delší čas než týden. Tato reakce by ale neměla trvat déle než několik týdnů. Proto sociální pracovníce uváděly, že je důležité tuto situaci podchytit co nejdříve, aby se následně u klientů nevyvinula v posttraumatickou stresovou poruchu.

Pro začátek intervence s těmito klienty je důležité zajistit jejich bezpečí, nechat je si sednout kam chtějí i jakým způsobem chtějí, mají možnost se napít jak horkého, tak studeného nápoje. Klienti přicházejí také ve stavu, kdy se potýkají se zimnicí. I pro tyto případy mají klienti k dispozici deku. Následně se snažily sociální pracovníce ocenit klienta, že se rozhodl přijít v takovéto těžké životní situaci, snaží se následně reflektovat klientovo prožívání a všechny projevy klienta legitimizovat a podpořit ho, aby se za žádný projev nestyděl. Snaží se u klientů propojit pomyslný trojúhelník, kde se na jedné straně nacházejí emoce, na další tělo a na poslední straně myšlení. Tyto tři vrcholy bývají u klientů rozděleny a je potřeba je zpátky spojit dohromady, aby mohl člověk lépe fungovat. Pokud klient projevuje více emocí, je dobré se ho doptat, jak se ta emoce projevuje v jeho těle. Klienti mívají strach, který pociťují převážně bolestí na hrudi nebo žaludku. Pokud chce klient mluvit, je důležité mu naslouchat, pokud není schopen mluvit a jen mlčí či pláče, je důležité i tuto reakci uznat. Pracovníci se v takovýchto případech přizpůsobují tempu klienta i hlasitosti jeho projevu. Pokud považují jeho emoce a projevy těla za stabilizované, přecházejí postupně k vytvoření drobných kroků, kterými chtějí klientovi usnadnit jeho další kroky, až vyjde z krizového centra. Někdy bývají klienti zahlceni samotnými organizačními věcmi, které jsou potřeba zajistit po smrti blízkého člověka. Proto je dobré se s klienty zaměřit na to, jak je možné jim tyto věci usnadnit, nemusí na to být přece sami, což si klienti mnohdy neuvědomují. Sociální pracovníce vytvářejí s klienty seznam osob, kteří mohou klientovi pomoci s těmito záležitostmi, tedy s tím jak to říci širšímu okolí. Pro klienta v takovémto rozpoložení hledají také možnosti, kde by klient mohl přebývat do té doby, než se situace více usadí. Není dobré totiž tyto klienty nechávat úplně samotné. Komunikační partnerky klientům ke konci sezení nabízejí případnou následující pomoc, buď dlouhodobější terapii v jiných organizacích, nebo možnost se obrátit opět na krizové

centrum, pokud by se necítily dobře. Klient, který odchází, má tedy informace, které by mu měly posloužit jako krátkodobý „taháček“, který mu usnadní lépe fungovat v několika následujících dnech.

Čtvrtou otázkou bylo zjišťováno: Jaká úskalí pro sociální pracovníky při práci s klienty v akutní reakci na smrt mohou nastat?

Může nastat situace, kdy sociální pracovník zjistí, že se ho téma samotného dotýká a je proto jak pro klienta, tak pro pracovníka lepší si toto uvědomit a včas intervenci převést na jiného kolegu. Sociální pracovnice uváděly, že by měl pracovník předem zhodnotit, jestli je na tento druh intervence připraven nejenom psychicky, ale i teoreticky; pracovník nemusí umět pracovat se všemi druhy klientů. Klienti bývají upnutí na minulost a špatně se dostávají do stavu teď a tady, to může být pro pracovníka také určitou zátěží. Pokud u klientů nehrají určitou roli děti, označovaly komunikační partnerky za těžší dokázat pracovat s naprosto nemotivovaným člověkem, který nevidí žádné východisko ze vzniklé události. Proto je potřeba, aby se dokázaly sociální pracovnice doptat na suicidální myšlenky u takovýchto klientů a případně je odkázaly na příslušnou pomoc (krizová lůžka – RIAPS).

Samotné komunikační partnerky upozorňovaly na to, že je vlastně těžké pracovat s klientem, kterému nedokážou splnit jeho největší přání, které je vrátit zemřelého člověka zpět. Sociální pracovníci tak necílí na změnu onoho faktu klienta, ale snaží se mu pomoci životní změnu lépe zpracovat, začlenit do svého života a umožnit mu s ní fungovat. I to je pro sociálního pracovníka velmi emočně náročné.

Sociální pracovníci, kteří se s tímto nelehkým tématem setkávají, musí mít dobře zpracované téma smrti, aby byli schopni klientům v této nelehké situaci pomoci a poskytnout jim odpovídající intervenci, která jim pomůže smrt blízkého zpracovat a pomoci jim tuto ztrátu prožít.

Pro praxi z toho vyplývá doporučení pro sociální pracovníky nejen v krizových centrech, aby si dokázali představit, jak se klient při akutní reakci projevuje a jak je možné s využitím určitých prvků metody krizové intervence ho stabilizovat a umožnit mu tak v této nelehké situaci fungovat. Sociální pracovníci by si měli být vědomi určité psychické i teoretické zátěže, která je na ně při tomto druhu intervence kladena. V neposlední řadě bychom neměli zapomínat na udržování oborové specifity sociální práce tím, že intervence sociálních pracovníků budou obsahovat prvky konceptu Person in Environment.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, tedy: „Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy s ohledem na oborovou specificitu sociální práce využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?“ Odpověď na hlavní výzkumnou otázku jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky krizových center. Data získaná z rozhovorů jsem analyzovala s pomocí zakotvené teorie, ze které byly využity pouze dílčí části, které se vztahovaly k samotné analýze dat.

V teoretické části byly popsány hlavní pojmy související s hlavní výzkumnou otázkou. V této části jsem vymezila pojmy sociální práce, kde jsem definovala sociálního pracovníka a jeho pojetí sociální práce skrze hodnoty, cíle, hranice sociální práce, profesionální diskurz a využití konceptu PIE v sociální práci. Dále jsem definovala krizovou intervenci jako metodu sociální práce, nakonec jsem si vymezila pojmy, které souvisí se smrtí a způsoby jejího prožívání.

Z výzkumu vyplynulo, jak oslovené sociální pracovnice krizových center zacházejí s metodou krizové intervence při práci s klientem při projevech akutní reakce na smrt blízkého člověka. Prvním klíčovým krokem sociálních pracovnic je rozpoznání, že klient má příznaky akutní reakce na stres – v tomto případě na smrt. Sociální pracovnice následně využívají jen konkrétní prvky krizové intervence, které jim pomáhají při stabilizaci klienta, který má určité emocionální, fyziologické a sociální projevy. Pracují s klientovým šokem, uznávají jeho emoce i jiné projevy, snaží se dát všemu, co klient vnáší do intervence, volný průběh, pracují s klientovým tichem, pláčem, snaží se ho kotvit jak v prostoru, tak v čase teď a tady. Sociální pracovnice pracují s klientem i na naplánování následujících kroků pro nadcházející dny, klient musí cítit, že na danou situaci není sám a vždy se má kam obrátit. Při poskytování intervence bylo důležité, aby sociální pracovnice využívaly koncept Person in Environment, aby byla dodržena oborová specificita sociální práce, což nebylo úplně dodrženo u všech komunikačních partnerek.

Stanovený cíl práce i výzkumu lze podle mého považovat za splněný. Diplomovou práci lze také vnímat jako podnět k zamyšlení pro sociální pracovníky, kteří při práci s klienty v akutní reakci na smrt využívají metodu krizové intervence, jestli tak činí v souladu s konceptem Person in Environment a zachovávají tak oborovou specificitu sociální práce při poskytování intervence. Využití kvalitativní metody výzkumu neumožňuje

zjištěné výsledky generalizovat na širší populaci, otevírají se tak možnosti pro další výzkumnou činnost.

Literatura

1. Bambauer, K. Z., & Prigerson, H. G. (2006). The stigma receptivity scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 139-141, PMID: PMC2487676
2. BARBER, B. 1963. Some Problems in the Sociology of the Professions. *Daedalus*, 92(4), 669–688. ISSN 0011-5266
3. BARTLETT, H. 1970. *The Common Base of Social Work Practice*. New York: NASW. ISBN 0871010542
4. BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. Terénní krizová práce – psychosociální intervenční týmy. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0708-X.
5. BAŠTECKÁ, Bohumila. Psychosociální krizová spolupráce. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4195-6.
6. BIESTEK, F. 1957. *The Casework Relationship*. Chicago: Loyola University Press, s.149. ISBN: 978-04-1508-391-1.
7. BOWLBY, John. Ztráta: smutek a deprese. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0355-1.
8. BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0811-2.
9. Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28, 491-575. ISSN: 0748-1187
10. ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
11. FOOK, J. 2003. Critical Social Work. The Current Issues. *Qualitative Social Work*, 2(2), 123–130. ISSN: 1473-3250
12. GOLEMAN, D. Emoční inteligence. Praha:Metafora, 2011. ISBN: 978-80-7359-334-6
13. GREENWOOD, E. 1957. Attributes of the Profession. *Social Work*, (2)3, 665–674.
14. HABERMAS, J. 2000. *Problémy legitimacy v pozdním kapitalismu*. Praha: Filosofia, ISBN: 80-7007-130-3
15. Hansson, R. O., & Stroebe, M. S. (2003). Grief, older adulthood. In M. Bloom & T. P. Gullotta (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 515-521). New York: Kluwer Academic. ISBN 978-1-4614-6000-8
16. HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 5–6. ISSN 1213-6204

17. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN: 9788073676865
18. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902-0818-5.
19. HEALY, K. 2001. Reinventing Critical Social Work: Challenges from Practice, Context and Postmodernism. *Critical Social Work*, 2(1).
20. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
21. HODSON, R., SULLIVAN, T. A. 2011. *The Social Organization of Work*. Wadsworth: Cengage Learning Custom Publishing, ISBN 9781111300951
22. Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786. ISSN: 0748-1187
23. KARPETIS, G. 2014. Advocating the Clinical Social Work Professional Identity. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 28(1), 23–41. DOI: 10.1080/02650533.2013.806888
24. KAŠLÍKOVÁ, T., SÝKOROVÁ, J. et al. Personální podmínky a supervize. In *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: MPSV ČR, 2008.
25. KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7310-395-7.
26. KNOX, K. S., ROBERTS, A. R. 2016. The Crisis Intervention Model. In COADY, N., LEHMANN, P (Eds.). *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice*. New York: Springer Publishers, 249-272, DOI: 10.1891/9780826119483.0011
27. Kotous J., Munková G., Štefko M.. *Obecné otázky sociální politiky*. 1. Praha. 2013. 169. ISBN 978-80-87439-08-1
28. KREDÁTUS, J. Široká verejnost' stále vníma sociálnych pracovníkov ako úradníkov. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 12–13. ISSN: 1213-6204
29. Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., & Monterosso, L. (2006). A systematic review of the literature on complicated grief. Churchlands, Western Australia: West Australian Centre for Cancer and Palliative Care. DOI: 10.1080/07481187.2010.496686
30. LAAN, VAN DER G. 1998. *Otázky legitimity sociální práce*. Boskovice: Albert. ISBN: 80-85834-41-3

31. LAUREN J. BREEN, MOIRA O'CONNOR, The fundamental paradox the grief literature: A critical reflection, Australia, Edith: Cowan University, 2007. PMID: 18214068
32. LEVICKÁ, Jana, 2002. Metódy sociálnej práce. Trnava: ProSocio. ISBN 80-89074-8-3.
33. Lindstrøm, T. C. (2002). "It ain't necessarily so" Challenging mainstream thinking about bereavement. *Family and Community Health*, 25, 11-21. PMID: 11966413
34. MACHULA, T.; MACHULOVÁ, H. 2009. Nedostatečná definice pojmu hodnota jako zásadní problém etiky sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*. 9(1), s.97-104. ISSN 1213-6204.
35. MÁTEL, A. –OLÁH, M. –SCHAVEL, M.2011. Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I.Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9
36. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-2620-213-4.
37. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
38. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
39. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
40. MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/ Sociálna práca*. 8(2), s.60-79. ISSN 1213-6204.
41. MUSIL, L., NEČASOVÁ, M.: Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In: Šrajer, J., Musil L., Etické kontexty sociální práce s rodinou, Albert, Boskovice 2008, s. 83–106, ISBN 978-80-7326-145-0
42. MUSIL, L.: Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2/2008, s. 60–79. ISSN: 1213-6204
43. MYER, R. A., LEWIS, J. S., JAMES, R. K. 2013. The Introduction of a Task Model for Crisis Intervention. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(2): 95-107. ISSN: 1040-2861
44. NAVRÁTIL, Pavel. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7504-7.
45. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903-0700-0.

46. NAVRÁTILOVÁ, J. Vzdělávání v sociální práci. In MATOUŠEK, O. et al. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013, s. 509–511. ISBN: 978-80-262-0366-7
47. NEČASOVÁ, M.; 2004. Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. Sociální práce/ Sociálna práca. 4(4), s. 31-34. ISSN 1213-6204.
48. Neimeyer, R. A., & Hogan, N. S. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 89-118). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: 10.1037/10436-004
49. Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books. ISSN 2070-0083
50. PARSONS, T. 1968. Professions. In: SILLS, D. V. *International Encyclopedia of the Social Sciences 12*, New York: Macmillan, 536–547. ISBN: 978-0-02-865965-7
51. Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., III, Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623. ISSN 0002-953X
52. PŘIDALOVÁ, M. Proč je moderní smrt tabu? Sociologický časopis, 1998, č. 3, s. 349-360. ISSN 0038-0288
53. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-726-2140-8.
54. RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9964-0.
55. Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press. ISBN: 978-0-87822-329-9
56. ROSSIDES, D. W. 1998. *Professions and Disciplines: Functional and Conflict Perspectives*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall. ISBN: 9780136199823
57. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
58. SAKS, M. 2010. Analyzing the Professions: The Case for the Neo-Weberian Approach. *Comparative Sociology*, 9(6), 887–915. ISSN 1569-1330
59. Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O.

- Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-727). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1557987365.
60. Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noahiul, F. S., & Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862. DOI:10.1017/S0033291799002524
61. *Sociální práce jako nástroj podpory sociální změny: sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIV. Hradecké dny sociální práce = Social Work as a Means of Promoting Social Change : anthology of contributions of internal scientific conference the XIV. Hradec Days of Social Work Hradec Králové 22nd - 23rd September 2017*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2018. ISBN 978-80-7435-708-4.
62. STILLION, Judith a Thomas ATTIG. *Death, dying, and bereavement: contemporary perspectives, institutions, and practices*. New York: Springer Publishing Company, [2015]. ISBN 978-082-6171-412.
63. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.
64. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: Ernst Reinhardt, GmbH & KG, München, 2006. ISBN 80-731-9059-1
65. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
66. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
67. ŠRAJER, J. 2006. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/ Sociálna práca*. 6(2), s.109. ISSN 1213-6204.
68. Valentine, C. (2006). Academic constructions of bereavement. *Mortality*, 11, 57-78.
69. VYMĚTAL, Š.: *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2510-9.
70. WASHINGTON, J., PAYLOR, I. 1998. Europe, Social Exclusion, and the Identity of Social Work. *European Journal of Social Work*, (1)3, 327–338. DOI: 10.1080/13691459808413793

71. WEBER, M. 2009. *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: OIKOYMENH, ISBN 978-80-7298-389-6.
72. YEAGER, Kenneth, R., ROBERTS, Albert, R. Differentiating Among Stress, Acute Stress Disorder, Acute Crisis Episodes, Trauma, and PTSD: Paradigm and Treatment Goals. In A. R. Roberts (Ed.) *Crisis intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. Oxford: Oxford University Press, 2005. 90-118, ISBN: 0-19-517991-9

Elektronické zdroje

73. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Role klienta při vytváření specifické zakázky sociální práce na místní úrovni: Sociální práce/Sociálna práca [online]. 2009, 2009(3) [cit. 2020-01-17]. ISSN 1213-6204.
74. Macková, M. (2006). Krizová intervence u pozůstalých. In *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*, (128-129). Získáno 12. prosince 2019 z http://www.kapitula.sk/files/jarab/Zbornik_2005.pdf
75. VCVS. Podpora sociálním pracovníkům výstupy z workshopu (25. 9. 2012). Získáno 2014, z Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR: <http://www.vcvscr.cz/soubory/projekty/380podpora-socialni-pracovnikum-vystupyworkshopu.pdf>.
76. ZAJACOVÁ, Melanie. Profesionální sociální pracovník v současné společnosti. *Sociální práce* [online]. 2014, (3), 8-10 [cit. 2019-11-25]. ISSN 1805-885x. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/sp3_2014_web-151202115124.pdf

Seznam příloh

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pojetí sociální práce dle Musila.....	17
Tabulka 2 - Třináct kroků krizové intervence	31
Tabulka 3 - Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu	50
Tabulka 4 - Operacionalizace	Chyba! Záložka není definována.
Tabulka 5 - Charakteristika výzkumného vzorku.....	58
Tabulka 6 - Kategorie č. 1 Oborová specificita sociální práce.....	59
Tabulka 7 - Kategorie č. 2 Metoda krizové intervence.....	63
Tabulka 8 - Kategorie č. 3 Akutní reakce na smrt.....	66

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Paradigmatický model – axiální kódování	70
Obrázek 2 - Schéma vytvořené teorie	72

Abstrakt

Téma zaměřené na práci sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi, kterým zemřel blízký člověk, je velmi aktuální. Zaměření se na práci s tímto tématem nebývá tak časté, je ale velmi důležité, aby se ukázalo, že i sociální pracovníci dokážou s takovými klienty pracovat. Teoretická část definuje sociální práci, sociálního pracovníka a jeho oborovou specifitu pomocí konceptu PIE, dále se zabývá metodou krizové intervence, definuje pojmy související se smrtí a možné reakce na ni. Cílem práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „Jak sociální pracovníci krizových center na území Prahy s ohledem na oborovou specifitu sociální práce využívají metodu krizové intervence při situacích akutní reakce na smrt?“ Ke zjištění odpovědi na tuto výzkumnou otázku byla použita metoda zakotvené teorie, ne však v plném rozsahu, byly použity jen její dílčí části. Výzkum byl realizován se sociálními pracovníky krizových center v Praze. Z výzkumu bylo zjištěno, jak sociální pracovnice nejprve poznají klienta s akutní reakcí na smrt a jak následně postupují. Při práci s tímto typem klientů volí metodu krizové intervence, ze které využívají určité prvky, aby klienta stabilizovaly po emocionální a fyziologické stránce. Využívají tak práci s tichem, dechem, nechávají klienta projevovat všechny emoce a dávají najevo, že každý projev klienta v dané situaci je správný. Klienti potřebují stabilizovat, aby mohli přemýšlet, co budou dělat dál. Spolu se sociálním pracovníkem si vytvoří plán na pár následujících dní, dostane se jim podpory i ujištění, že na všechny záležitosti nemusí být sami. Sociální pracovnice do své práce nedokázaly vždy zakomponovat koncept PIE a tím docházelo k rozpouštění hranic sociální práce.

Abstract

The theme focused on the work of social workers, who work with people whose loved one has died, is very topical. Focusing on working with this topic is not so common, but it is very important to show that even social workers can work with such clients. The theoretical part defines social work, a social worker and their specialization specificity using the concept of PIE, further it deals with the method of crisis intervention, defines the terms related to death and possible reactions to it. The aim of the thesis was to answer the main research question: "How do social workers of crisis centers in Prague, with regard to the field specificity of social work, use the method of crisis intervention in situations of acute reaction to death?" To find the answer to the research question the method of grounded theory was used, but not in full, only its partial sections. The research was carried out with social workers of crisis centers in Prague. The research revealed how social workers at first get to know a client with an acute reaction to death and, subsequently, how they proceed. Within working with this type of client, they choose the method of crisis intervention, from which they use certain elements to stabilize the client from the emotional and physiological point of view. They use work with silence, breathing; they let the client manifest all their emotions, which they then recognize so that the client understands that every manifestation in this situation is acceptable. Clients need to stabilize so they can think about what to do next. Together with the social worker, they create a plan for the next few days, they receive support and reassurance that they do not have to be alone to cope with all matters. Social workers were not always able to incorporate the concept of PIE into their work, and thus the boundaries of social work were disrupted.