

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

POHLED SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA NÁHLÉ

ÚMRTÍ KLIENTA

Kristýna Horská

Plzeň 2024

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie a sociální práce

Studijní program Sociální práce

Bakalářská práce

**Pohled sociálního pracovníka na náhlé úmrtí
klienta**

Kristýna Horská

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Glajchová, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni,

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Glajchové Ph.D. za trpělivost, vstřícnost a odborné rady.

Obsah

1 Úvod	1
2 Sociální pracovník a klient	2
2.1 Sociální pracovník	2
2.1.1 Sociální pracovník a přístup k praxi	2
2.1.2 Etický kodex sociálního pracovníka	3
2.2 Klient	3
3 Umírání a smrt	4
3.1 Smrt	4
3.1.1 Smrt a umírání v minulosti	4
3.2 Umírání	4
3.3 Strach ze smrti	6
3.4 Náhlé úmrtí	7
3.4.1 Sebevražda	7
3.4.2 Covid-19	8
4 Truchlení a vliv smrti na sociální pracovníky	9
4.1 Vliv smrti na sociální pracovníky	9
4.2 Vyrovnání se se smrtí	9
4.3 Truchlení	10
4.3.1 Komplikované (patologické) truchlení	10
4.4 Komunikace a spolupráce mezi rodinou klienta a sociálním pracovníkem po smrti klienta	11
5 Syndrom vyhoření a sociální pracovník	12
5.1 Syndrom vyhoření	12
5.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření	12
5.3 Příznaky syndromu vyhoření	13
5.4 Fáze a vývoj syndromu vyhoření	13
5.5 Diagnostické metody syndromu vyhoření	14
5.6 Prevence a léčba syndromu vyhoření	15
5.6.1 Prevence	15
5.6.2 Léčba	16
5.7 Syndrom vyhoření a sociální pracovník	16
6 Metodologie	17
6.1 Kvalitativní pojetí výzkumu	17
6.1.1 Sběr dat	17
6.1.2 Analýza dat	17

6.1.3 Zacházení s daty	18
6.2 Vztah autora k tématu	18
6.3 Zkoumaná problematika	18
6.4 Etická reflexe výzkumu	19
6.5 Výzkumný vzorek.....	19
6.5.1 Lydie	20
6.5.2 Kateřina	20
6.5.3 Otakar	20
6.5.4. Dana.....	21
7 Zjištění.....	22
7.1 Vnímání náhlého úmrtí sociálním pracovníkem	22
7.2 Prožívání náhlého úmrtí	22
7.3 Odborná pomoc, pomoc okolí	23
7.4 Přijetí, vyrovnání se s náhlým úmrtím	24
7.5 Změna po úmrtí klienta, změna profese jako vyrovnávací strategie	25
7.6 Syndrom vyhoření a sociální pracovník	25
7.7 Hranice a přístup ke klientům	26
7.8 Zkušenost kolegů a předání zkušenosti ostatním	27
7.9 Doplnění od respondentů	27
8 Závěr.....	28
9 Seznam použité literatury.....	29
11 Přílohy	34

1 Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala „Pohled sociálních pracovníků na náhlé úmrtí klienta“, tedy jak na náhlé úmrtí sociální pracovníci reagují a jak na tuto problematiku nahlíží z hlediska jejich profese a zkušenosti se smrtí vlastního klienta. K výběru tohoto tématu mě inspirovaly dvě organizace, ve kterých jsem vykonávala praxe. V první organizaci jsem zažila, že klientka měla sklon k suicidálnímu jednání. V druhé organizaci klientka zemřela na covid-19. Smrt je v tomto případě nečekaná a sociální pracovník se na ni tedy nemůže připravit, takže ho tato situace může uvést do stresu a následně vyústit v syndrom vyhoření. To by se při správném profesionálním přístupu a odstupu od klienta stát nemělo, ale i sociální pracovníci jsou lidé a nemohou potlačovat emoce, které cítí vůči vzniklé události.

Dalším důvodem výběru tématu je tabuizování smrti, v dřívějších dobách se lidé smrti velmi vyhýbali a někteří se vyhýbají i dnes. Na každého jedince má smrt jiný dopad, chtěla bych ve své práci tedy zjistit, jaký má vliv na sociální pracovníky a jak probíhá truchlení. Také se chci věnovat vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem a syndromu vyhoření, který z výkonu profese může nastat.

Práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou, kde vymezím pojmy smrt, umírání, truchlení, vliv smrti na sociálního pracovníka, sociální pracovník a klienta, syndrom vyhoření. Druhá část, tedy praktická, se zaměří na kvalitativní výzkum se sociálními pracovníky, kterým zemřel klient. Praktická část mi umožní odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a její podotázky. Tato bakalářská práce by mohla být přínosná pro sociální pracovníky, ale věřím, že může být i pro jiné pomáhající profese, které se s touto problematikou potýkají, či se chtějí dozvědět více. Praktická část se věnuje hlavně prožívání náhlého úmrtí klienta, dopady na sociálního pracovníka, syndromu vyhoření, přístupu ke klientům a zkušenostem.

2 Sociální pracovník a klient

V této části budu popisovat sociálního pracovníka, klienta, reakce sociálního pracovníka na náhlé úmrtí klienta, vliv úmrtí klienta na sociálního pracovníka, komunikaci a následnou spolupráci mezi rodinou zemřelého a sociálním pracovníkem.

Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem by měl být hlavně profesionální, ale i pracovník prožívá různé emoce, může si klienta oblíbit, zvyknout si na něj, hlavně při dlouhodobé spolupráci. Klient pracovníkovi může zemřít a sociální pracovník může prožívat mnohé. Podle typologií se může odhadnout blízkost sociálního pracovníka a klienta, tedy i jak velký dopad smrt klienta má na sociálního pracovníka. Je rozdíl, když sociální pracovník pracuje s klientem, který je dobrovolný a nedobrovolný.

2.1 Sociální pracovník

Sociálního pracovníka definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pojednává o jeho předpokladech. Pracovník provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, poskytuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Dále různé odborné činnosti v zařízeních sociálních služeb. Sociální pracovník poskytuje krizovou intervenci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Také koordinuje poskytování sociálních služeb a mapuje potřeby obyvatel. Pro výkon sociálního pracovníka zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje důležité předpoklady, jako svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Mimo jiné je zaměstnavatel sociálního pracovníka povinen zajišťovat další vzdělávání a rozvíjení v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok.

2.1.1 Sociální pracovník a přístup k praxi

Sociální pracovník se dá rozdělit na různé typy podle toho, jak přistupuje k praxi a vykonává svou profesi, také jaký má přístup ke klientům a v jaké blízkosti si je udržuje. Některé přístupy mohou vést k syndromu vyhoření, obzvláště pak, když klient zemře. Budu se řídit rozdělením dle Matouška, Kabelky a Vorlíčka (2013):

1. Angažovaný sociální pracovník – Vnímá klienty rovnocenně, s respektem, empatií a úctou. Převážně si vytváří osobní pouto s klientem.
2. Radikální sociální pracovník – Řídí se podle toho, co on sám považuje za spravedlivé, má určitou ideologii sociální politiky a praxe.
3. Byrokratický sociální pracovník – Pracovníci manipulují s klienty, aby se dosáhlo pozitivních výsledků, pracovník může působit přísně.

4. Profesionální sociální pracovník – Pracovník je vzdělaný, drží se etického kodexu, prioritou je klient. Snaží se o vyváženost mezi sebou a klientem.

2.1.2 Etický kodex sociálního pracovníka

Český etický kodex v roce 2006 formulovala společnost sociálních pracovníků ČR, který se používá dodnes (Mátel, Kabelka, Vorlíček, 2019). Etický kodex zmiňuje důležitost dodržování lidských práv, vše je uvedeno v dokumentech blízké sociální práci – Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Také se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony.

Sociální pracovník respektuje každého člověka, respektuje jeho práva, pomáhá lidem v nouzi a dává přednost svým povinnostem před svými soukromými záležitostmi. Vše poskytuje na co nejvyšší odborné úrovni. Sociální pracovník chrání, podporuje klienta, pokud nemá odborné dovednosti toto dodržet, předá mu informace o jiných formách podpory a pomoci.

Zároveň sociální pracovník plní své povinnosti vůči zaměstnavateli a respektuje své kolegy. Ve vztahu ke společnosti se snaží o větší spravedlnost, informuje veřejné orgány o různých nastalých skutečnostech, snaží se zlepšit kvalitu života pro všechny a má ke všem úctu.

Sociální pracovník se potýká i s množstvím etických problémů a snaží se je řešit dle etického kodexu. Například jaký vztah má pracovník uplatňovat s klientem, aby to bylo z etického hlediska v pořádku. Může se stát, že s klientem bude moc přátelský nebo až moc odtažitý, ani jedno není vhodné pro dobrý výkon profese.

2.2 Klient

Označení klient prosadil Rogers (1959), přišlo mu to humánnější, méně ponižující od označení pacient. Klient je pro sociálního pracovníka klíčový, je to uživatel sociální služby, ve kterých pracuje sociální pracovník. Klient by měl být rovnocenný a respektovaný partner sociálního pracovníka.

3 Umírání a smrt

V této kapitole se zaměřím na problematiku umírání a smrti, na historii smrti, strach ze smrti, náhlé úmrtí. Za náhlé úmrtí můžeme považovat například sebevraždu, která může být nečekaná od okolí. Jako další příklad může být covid-19, při kterém náhle zemřelo mnoho lidí, nečeká to jedinec ani okolí.

3.1 Smrt

Smrt se k člověku přibližuje již od narození, každou vteřinou je k ní blíže. Dle Kateřiny Thorové (2015) je smrt konečná, nevyhnutelná a nevratná. Z psychologického hlediska smrt vymezuje život člověka v čase.

3.1.1 Smrt a umírání v minulosti

Člověk se v minulosti setkával se smrtí častěji, z důvodu vyššího výskytu neléčitelných nemocí. Tím tato problematika v dnešní době je spíše tabu. Bez znalosti problematiky je pak konkrétní pomoc obtížná, až nemožná (Haškovcová, 2010).

V minulosti se o umírající lidi starala především církev, šlechta či obce. Obecně každý jedinec si přeje zemřít důstojnou smrtí a umírat v příjemném prostředí, proto lze od středověku sledovat snahu o zlepšení této péče (Kupka, 2014). Pohřební rituál byl praktikován již v minulosti, jeho provedení záleželo na víře člověka a jeho rodiny.

V dřívějších dobách se člověk se smrtí setkával častěji. V nízkém věku člověk mohl zemřít na řadu nemocí, které dnes lze léčit a prodloužit tím dobu lidského života. Dnešní medicínský pokrok odstranil tyto nepříjemnosti z každodenního života. Tím si tedy člověk přestal uvědomovat svou smrtelnost, kterou si uvědomuje až ke konci svých dnů či na konci dnů blízké osoby. Pokud lze stav smrti zvrátit, používá se pojem klinická smrt pro definování tohoto jevu. Když funkce již nelze obnovit, používá se termín definitivní smrt.

3.2 Umírání

Umírání může trvat, jakkoliv dlouho, od rychlého k dlouhotrvajícímu, v řádu několika minut až hodin končící smrtí. Umírání se vyznačuje různými specifiky, jako je ochabování srdeční aktivity, dechu a dalších životních funkcí. Jsou určité situace, kdy je u jedince velmi těžké určit, zda žije či ne, může mít nehmatatelný puls, špatné dýchání a jiné.

Psychiatřka Kübler-Rossová (1969) po mnoha rozhovorech s lidmi, kteří jsou nebo již byli v terminálním stádiu života, pojmenovala pět fází, kterými lidmi prochází, když se dozví, že umírají:

1. fáze odmítnutí: Nepřijímá situaci, která nastala, hledá chybu v diagnostice a vše popírá.
2. fáze rozčilení a vzteku: Zlobí se na jiné, kteří mohou žít dál.
3. fáze vyjednávání a slibů: Jedinci mluví k vyšší moci, snaží se změnit svůj osud.
4. fáze deprese a beznaděje: Člověk je v depresi, jeho situace se nemění a neví, jak se s tím vypořádat.
5. fáze akceptace: Člověk chce najít nejlepší řešení pro sebe a své okolí.

Není nutné, aby si jedinec prošel všemi stádii, je to velice variabilní. Těmito fázemi si může procházet i člověk, kterému zemřela jeho blízká osoba. Mluvit s člověkem o smrti je velmi těžké, obzvláště s umírajícími, kteří s tím nemají zkušenost ze svého okolí. Pro mnohé je to také nepříjemné téma, mohou se bát, že si smrt přivolají. Glaser a Strauss (1965) definovali modely týkající se umírání v sociálním kontextu uvědomování si tohoto jevu:

1. Uzavřený model: Blízcí a doktoři vědí, že jedinec umírá, sám jedinec tento fakt neví.
2. Model vznášejícího se podezření: Jedinec i okolí mají podezření, že jedinec brzy zemře, tuto informaci nikdo nepotvrdil.
3. Model předstírání: Všichni vědí (okolí, doktoři i jedinec), že se smrt blíží, ale nechovají se tak, že se nic neděje.
4. Otevřený model: Jedinec a okolí nic nepředstírají, mají otázky spojené se smrtí, které diskutují, jsou otevření.

V minulém století se preferoval uzavřený model, dnes je již více preferován otevřený, kdy umírající a jeho blízcí dostávají reálné informace. Co se týče otevřeného modelu, Timmermans (1994) definoval tři jeho formy:

1. Potlačené otevřené uvědomění: Vše o smrti jedinec a jeho okolí potlačí, ignorují.
2. Nejisté otevřené uvědomění: Nejzávažnější části nejsou brány vážně.
3. Aktivně otevřené uvědomění: Všechny důsledky jsou přijímány.

Fyzické smrti často předchází sociální smrt (umírající si musí umíráním procházet sami). Po smrti blízkého člověka nevědí pozůstali, jak se chovat, neumějí si poradit.

3.3 Strach ze smrti

Každý jedinec si uvědomuje svou smrtelnost v různých životních obdobích. Strach ze smrti se objevuje zhruba od 5 let věku, nejsilnější bývá mezi 5 a 8 roky, vrcholů dosahuje v adolescenci a mezi 40 a 64 lety, ve stáří slábne (Kurlychek, Trepper, 1982, in Thorová, 2015). U dětí bývá strach ze smrti kvůli dezorientaci v čase (stáří je podle jejich úsudku za chvíli), bojí se, že zemřou či zemře jejich blízká osoba. Adolescenti jsou smrtí fascinováni, mohou se smrti bát, mít nespočet existenciálních otázek. V mladším věku ustupuje tento strach do pozadí lidského života. Staří lidé se smrti již tak nebojí, mají víc zkušeností se smrtí ze svého okolí, též jsou více nábožensky založení a kontaktují církve. Zároveň starší lidé nechtějí obtěžovat své blízké a snaží se s tím vypořádat v soukromí.

Lidé si během života nacházejí techniky, jak se se smrtelností a problematikou smrti vyrovnávají. Psychologové Solomon, Greenberg a Pyszczynski v roce 1999 definovali motivační teorii zvládání strachu ze smrti (terror management theory), která vysvětluje proč a jak se lidé se smrtí vyrovnávají. Tyto dvě strategie mohou pomoci člověku při překonávání úzkosti ze smrti:

1. Kulturní či náboženské hodnoty definované společností staví nad vlastní smrtelnost.
2. Sebeúcta, lidské bytí má přínos pro celou společnost, člověk si chce připadat užitečný, až to přesahuje fyzickou smrt.

Strach ze smrti je běžný, vyskytuje se v různých věkových kategoriích. Velký strach ze smrti se pojí na duševní onemocnění, jako je například obsedantně kompulzivní porucha, hypochondrie, deprese a další. Starší lidé se bojí smrti mnohem méně než mladí, zejména pokud prožili život, který považují za smysluplný (Thorová, 2015).

Jednou možností vyrovnání se smrtí je pohřeb. Někteří rodiče, kterým zemřelo dítě, udávají, že se s jeho smrtí nesmířili, ale zvykli si. Ovšem to neznamená, že nemohou žít normální, spokojený život. Různé kultury mají jiné pohřby, jiné tradice a celkové pojetí smrti, umírání. Další možnost vyrovnání se je humor, který pomáhá lidem odlehčit situaci a zvládat těžší situace. Smích má obecně relaxující účinek. (Thorová, 2015)

3.4 Náhlé úmrtí

Tímto pojmem se rozumí, že u lidí, kterým se neprojevíly příznaky či trvaly jen krátce, smrt nastává nečekaně, za plného zdraví. Může nastat kdekoli, kde se člověk zrovna nachází, např. doma, v zaměstnání nebo ve škole. Mimo onemocnění se na budoucím úmrtí podílí řada dalších faktorů, jako je tělesná námaha, ochlazení či přehřátí těla, psychické zdraví, menstruace, a řada jiného.

U mnoho případů náhlého úmrtí se jedná o smrt zaviněnou jiným člověkem a musí být tedy často nařízená pitva. Mezi náhlá úmrtí patří sebevražda, úmrtí na covid-19, cévní choroby, onemocnění srdce a další (Pilin, 2022). Na základě mých zkušeností z oblasti sociální práce a v kontextu nejčastějších případů, s nimiž sociální pracovník může přijít do kontaktu, jsem zvolila příklad sebevraždy a úmrtí v důsledku onemocnění covid-19, jelikož covid-19 je jedna z nejaktuálnějších nemocí, která zasáhla celou naši zemi a všechny sociální pracovníky. Příklad sebevraždy jsem si vybrala z důvodu blízkosti k mým cílovým skupinám, na které se zaměřuji.

3.4.1 Sebevražda

Sebevražda je akt, kdy si jedinec sám zapříčiní vlastní smrt. Viewegh (1996) definuje sebevraždu jako dobrovolný úmysl ukončit život a cílevědomě zaměřené jednání směřující k smrti. „*Násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev. Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy.*“ (Vágnerová, 2008, s. 489) Orel (2016) definuje sebezabití jako ukončení vlastního života bez úmyslu zemřít.

- Příčina sebevraždy

Za příčinu sebevraždy můžeme považovat například rozchod, rozvod, šikanu, neúspěch v práci či škole, problémy v rodině a další. Autoři De Leo a Poštuvan (2017) příčiny sebevražd shrnuli do čtyř skupin. Jako první je biologická příčina, což jsou genetické a neurobiologické příčiny, jde především o sníženou tvorbu hormonů v mozku (např. serotonin), které se dají nahradit například antidepresivy. Druhé jsou psychologické příčiny, tedy malá nebo žádná interakce s blízkými, nízká sebeúcta a motivace. Léčí se psychoterapiemi, daný jedinec si potřebuje promluvit s odborníkem. Třetí je sociální příčina, což jsou špatné vztahy, stres a jeho špatné zvládnutí. Léčí se emocionální podporou a s odborníky. Čtvrtá a poslední se zabývá duchovními příčinami,

člověk se spojuje s Bohem, vesmírem, jedinec potřebuje pocit sounáležitosti, soucit a modlitby. Zde mohou pomoci duchovní, církve nebo stejně věřící lidé.

3.4.2 Covid-19

Covid-19 je infekční virové onemocnění, patří do skupiny RNA virů, které byly poprvé objeveny v 60. letech 20. století. Toto onemocnění se přenáší kapénkově, tedy kašláním, smrkáním či mluvením, proto je vhodné nosit respirátor při nakažení. Infekční doba se liší podle stavu jedince. Nejčastější příznaky jsou například teplota, kašel, obtíže s dýcháním, ztráta čichu či chuti, bolesti v krku, únava, nevolnost a jiné. Vyskytují se i případy, kdy jedinec neměl příznaky a přítomnost viru dokázal test. U některých lidí se projevuje postcovidový syndrom, který se specificky projevuje neustálou únavou, dušností, bolestí hlavy, zvýšenou teplotou, depresí a dalšími (Ministerstvo zdravotnictví, 2023). Dle Českého statistického úřadu v roce 2021 zemřelo 25,5 tisíc osob na onemocnění covid-19 (ČSÚ, 2022).

4 Truchlení a vliv smrti na sociální pracovníky

V této kapitole se budu věnovat vlivu smrti na sociální pracovníky a na faktory, které prožívání ovlivňují. Dále se budu zabývat truchlením sociálních pracovníků a spojením se s rodinou klienta po jeho smrti.

4.1 Vliv smrti na sociální pracovníky

Jako každý jedinec, i sociální pracovník reaguje na smrt, obzvláště pak u svého klienta. U každé smrti jedince jsou určité faktory, které ovlivňují, jak na smrt pohlížíme. Tyto faktory ovlivňují i sociálního pracovníka a jeho pohled na náhlé úmrtí klienta.

- Typ smrti – Dle Haškovcové (2007) se smrt dělí na tři typy: náhlá smrt, rychlá smrt, pomalá smrt. Nuland (1996) dělí smrt na okamžitou, častou a pozdní. Oba autoři rozdělují smrt dle časového úseku. První typy smrti jsou velmi rychlé, do několika minut. Druhý typ je do řádu několika hodin a třetí je již v řádu dní až týdnů.
- Věk zemřelého – Dle Kubíčkové (2001) je lépe přijímána smrt staršího klienta. Náhlé úmrtí ale nemusí být lépe přijímané ani u staršího člověka z důvodu nečekanosti.
- Věk truchlícího – Prožívání úmrtí blízké osoby může být bráno jinak v různých věkových stádiích z důvodu zkušeností, vyjadřování smutku bývá také jiné.
- Osobnostní faktory truchlícího – U každého jedince je individuální to, jak zvládá překonávat stres a nápor na jeho psychiku. Také záleží na jeho temperamentu, osobnosti a adaptabilitě.
- Předchozí zkušenost truchlícího se smrtí – Truchlící může mít již se smrtí zkušenost, například ze svého okolí, rodiny. Tuto zkušenost mají především starší lidé. (Kubíčková, 2001)

Ke stresu ze smrti jedince se může přidat i sekundární stres, například z práce, z problémů v rodině, z finančních problémů a z řady dalších (Kubíčková, 2001).

4.2 Vyrovnání se se smrtí

Dle Špatenkové (2023) lidé, kterým zemřela blízká osoba, potřebují na vyrovnání se s jeho smrtí více času než si okolí a odborníci myslí. Ostatní by tedy měli nechat pozůstalého truchlit tak dlouho, jak on sám uzná za vhodné. Pro pozůstalé může pomoci vyhledání odborníka, který by jim s nastalou situací pomohl.

Kuře (2004) definuje několik typů vyrovnávání se se smrtí:

1. Přijetí – Není to lehký proces, jedinec vede vnitřní boj, než se se smrtí blízkého člověka smíří.
2. Nebýt se smrtí hotov – Jedinec nepřemýšlí nad smrtí, zastírá ji, předstírá, že se ho smrt netýká. Snaží se zaujímat postoj bezstarostnosti vůči smrti.
3. Vzдор – Doprovází přijetí, jedinec vzdoruje přijetí. Vzдор se může opakovaně vracet, je to častý rys, který napomáhá vytvořit názor a postoj ke smrti.

Zde také platí, že každý jedinec je individuální a vede svůj život a rozhodnutí individuálně, zmiňuje to i Kuře (2004) ve svém článku.

4.3 Truchlení

K truchlení se pojí jako hlavní emoce zármutek, který zapříčiňuje ztráta někoho blízkého. Dle Stuchlíkové (2010) je první fáze popření reality, značná otupělost. Po několika hodinách až měsících nastane pocit bolesti a ztráty (mohou se objevovat halucinace a iluze). Během tohoto období lidé mohou být více citliví, náladoví, úzkostní, agresivnější a mohou cítit pocit viny, mohou přehlížet své fyzické zdraví a zvyšuje se náchylnost k duševnímu onemocnění. Poslední fáze je rozřešení a reorganizace, pozůstali si vzpomenu na zemřelého bez akutního bolestivého smutku. Celý tento proces trvá rok až dva, někteří se vyrovnat nedokážou nikdy.

Je zde důležitá přiměřená podpora, jedince není vhodné nutit do podpory, je dobré nabídnout pomoc a zájem, ukázat mu možnosti. Také je důležitá trpělivost a čas. Stuchlíková (2010) také uvádí, že jedinec často zpřetrhává vazby s okolím, blízkými, chce začít nový život, často toho pak lituje. Jedinec potřebuje v tomto období nejvíce podporu, kterou dobrovolně odštíhl ze svého života. Pozůstali potřebují ujištění, že již nemusí více truchlit a mohou pokračovat ve svém běžném životě. Ovšem to neznamená, že na zemřelého zapomněli.

4.3.1 Komplikované (patologické) truchlení

Špatenková (2011) uvádí, že mimo běžné truchlení se můžeme setkat i s komplikovaným truchlením. Od běžného truchlení se liší intenzitou a délkou trvání zármutku. Tschuschke (2004) pojednává o lidech s patologickým truchlením a o tom, že tito lidé mají zvýšenou úmrtnost. Jsou to především náhlá úmrtí (nehody, sebevraždy). Sláma, Kabelka a Vorlíček (2011) popisuje několik typů komplikovaného truchlení. První je chronická reakce (akutní reakce na ztrátu, kde je doba trvání delší než rok), může dojít

k absenci truchlení či opožděným reakcím, dalším typem je přehnaná reakce, poslední je larvovaná, kde dochází k závislosti na alkoholu, panické poruše, hypochondrii či ke sklonům spáchání sebevraždy.

4.4 Komunikace a spolupráce mezi rodinou klienta a sociálním pracovníkem po smrti klienta

„Život pracovníků je s životy pacientů velmi spjatý. Vytváří s pacienty autentické vztahy,

a proto prožívají autenticky také jejich ztrátu. V některých případech prožívají pracovníci zcela totožné reakce jako je tomu u přímých pozůstalých.“ (Pešek, 2018, s. 3). Rodina pozůstalého může kontaktovat sociálního pracovníka z důvodu poradenství, ujištění, nebo si mohou jen popovídat o klientovi. Záleží také na sociálním pracovníkovi, jak měl ke klientovi blízko, zda je připraven se s rodinou zemřelého setkat a povídat si. Obě strany mohou navázáním kontaktu společně lépe přijmout, akceptovat smrt jedince. Obě strany mohou mít pocit pospolitosti. Sociální pracovník může nabídnout základní sociální poradenství a odkázat na jiné služby, které pracují s pozůstalými. Sám pracovník může vyhledat odbornou pomoc, pokud situaci nebude zvládat.

5 Syndrom vyhoření a sociální pracovník

Syndrom vyhoření může postihnout jakéhokoliv člověka, který je zaměstnán, či pečuje o jiného člověka. Výzkum České zdravotní pojišťovny (2016) odhalil, že každý pátý český občan prožívá syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření může nastat po nečekané, náhlé smrti klienta.

5.1 Syndrom vyhoření

V angličtině se nazývá burn-out. Syndrom zastává pojetí určitých příznaků, vyhoření zastává zničení či vypálení. Rush (2003, s. 7) definuje syndrom vyhoření jako „*druh stresu a emocionální únavy, frustrace, vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.*“ Všechny definice syndromu vyhoření mají společné znaky. Syndrom vyhoření se dělí na akutní a chronický. Akutní se může objevit na začátku nové práce či při vysoké zátěži v pracovním prostředí. Při akutní formě syndromu vyhoření jako řešení může stačit dovolená (Stibalová, 10/2010). Chronický syndrom vyhoření přichází při delší době práce v pomáhající profesi, kde se práce stala stereotypní. Pracovníci začnou být frustrováni, nevidí smysl své práce.

5.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Rizikové faktory vymezil v roce 2003 Rush, které se považují za nejznámější: pocit nutkání namísto povolání, neschopnost přibrzdit, již samotné žití v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka, samotné zaměstnání, které člověk vykonává, nízká asertivita, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost cizím problémům, soustředěnost na detaily, nedostatek odpočinku a mimopracovních aktivit, nereálná očekávání, předešlá vysoká empatie, příliš velká rutina, nízké sebehodnocení a sebepojetí, negativní vztahy na pracovišti, určité osobnostní rysy: např. fobické, úzkostné a obsedantní rysy, nesprávný pohled na priority v našem životě, špatný tělesný stav, neustálé odmítání ze strany druhých. U člověka, který vykazuje známky syndromu vyhoření, se vykazují více faktorů zároveň.

Na stres reaguje každý individuálně a syndrom vyhoření se může projevovat jinak. Hilton (2008) rozdělil dva typy osobností, podle rizika ohrožení syndromem vyhoření. Typ A je více ohrožen, je více motivovaný k práci, je soutěživý a agresivnější, při jejich práci se očekává fyzické vypětí. Typ B je uvolněnější a je opakem typu A, i přesto mají

oba typy stejnou úspěšnost v práci. Člověk nemusí být vyhraněný typ osobnosti, může být směsí obou, k jedné může přiléhat více.

5.3 Příznaky syndromu vyhoření

Zde zmíním tři příznaky syndromu vyhoření, které definoval Stock (2010):

1. Vyčerpání – Pracovník je emočně i fyzicky vyčerpaný, toto vyčerpání je v mnohém podobné depresi. Znaky emočního vyčerpání jsou například nízká schopnost sebeovládání, agresivita, strach, prázdnota, beznaděj či bezmoc. Znaky fyzického vyčerpání jsou únava, poruchy paměti, soustředění, náchylnost k nehodám a jiné.
2. Odcizení – Pracovník má již ke své práci lhostejný postoj, dříve toto bylo spojováno hlavně s pomáhajícími profesemi, nyní již odcizení pociťují zaměstnanci z různých oblastí práce. Často nastává nepříznivé klima v práci, pasivita pracovníků či vnitřní rezignace. Pracovníci ztrácejí zájem o práci, přestávají být cílevědomí a zapálení do práce. Dlouhodobá a chronická zátěž se podepíše i na soukromém životě pracovníka, jeho nejbližší si tak mohou všimnout změn v chování. Mezi projevy odcizení při syndromu vyhoření patří negativita k sobě samému, životu k práci, k ostatním. Ztráta udržení vztahů, sebeúcty, pocit méněcennosti a nedostatečnosti.
3. Pokles výkonnosti – Pracovník se považuje za neschopného, snížil se jeho produktivita. K úkolům, které bezproblémově dříve zvládal, nyní potřebuje více energie a času. K odreagování mu již nestačí volný víkend či dovolená.

5.4 Fáze a vývoj syndromu vyhoření

Selye (1951) pojednává o procesu zvaný GAS, který poprvé popsal roce 1936, ale jeho studii dokončil v roce 1950. GAS má tři fáze: první fáze je působení stresoru, druhá fáze je zvýšená rezistence, třetí fáze je vyčerpání sil a obranných možností. Do třetí fáze se zařazuje syndrom vyhoření.

Vývoj syndromu vyhoření popsal Stock (2010). Jiní autoři popisují syndrom vyhoření většinou ve fázích, některé z fází při syndromu vyhoření může jedinec přeskočit. Zmiňovaný autor dává příklad fází syndromu vyhoření od dvojice autorů Edelwiche a Brodského (1980).

- Idealistické nadšení – Pracovník se snaží vykonávat svou práci s nadprůměrným nasazením. Jeho očekávání od práce jsou nerealistická, může dobrovolně trávit v práci víc času, zanedbává své soukromí, jeho běžné volnočasové aktivity.
- Stagnace – Nadšení z práce opadá, pracovník se již v práci zorientoval, zjistil, co obnáší a není schopen vše splnit a naplnit. Již už bere v potaz svůj soukromý život a volnočasové aktivity.
- Frustrace – Pracovník přemýšlí nad smyslem své práce, jak je práce efektivní. Mohl se setkat s klienty, kteří nespolupracují, nepracují tak, jak pracovník očekával. Mohl se setkat s byrokratickými a technickými překážkami, dále i mohou vznikat spory s nadřízenými a začínajícími emocionálními a fyzickými potížemi.
- Apatie – Tato fáze nastává při delší frustraci, hlavně pokud důvod frustrace pracovník nemůže ovlivnit. Mnoho jedinců se setkává s HH (helpness and hopelessness) syndromem, je charakterizován bezmocí a beznadějí. Pracovník bere svou práci jen jako příjem peněz, dělá, co musí, odmítá práci přesčas, trávit čas se spolupracovníky, je negativní. S klienty nechce být v kontaktu a je to pro něj obtěžující.
- Vyhoření – Poslední fáze, nastává emocionální a fyzické vyčerpání, depersonalizace (pocity, myšlenky jsou vnímány jako nevlastní, práce, kterou dělá, se mu zdá nereálná). Ztrácí smysl své profese.

5.5 Diagnostické metody syndromu vyhoření

„Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány.“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 17)

K diagnostice syndromu vyhoření se využívá řada metod, jsou to například rozhovory, dotazníky, různá cvičení či pozorování, zmíním dvě nejvyužívanější metody:

- 1) Maslach Burnout Inventory – tento dotazník byl vytvořen Maslach a Jackson v roce 1981. Zkoumají tři oblasti: emocionální vyčerpání, ztrátu úcty k lidem, snížení výkonnosti. Původně byl určen pro pracovníky, kteří pečují o druhé, postupem času byl upraven a nyní se může využívat pro všechny profese.

- 2) BM dotazník (Burnout Measure) – česká verze je dle Křivohlavého a Reitmayerové z roku 1998, je to měřítko syndromu vyhoření. Dotazník měří celkovou míru syndromu vyhoření.

5.6 Prevence a léčba syndromu vyhoření

V kapitole se věnuji prevenci a léčbě syndromu vyhoření a sociálnímu pracovníkovi a syndromu vyhoření, který ho může zasáhnout. Jedny z nejdůležitějších faktů, které si musí uvědomit, je možnost syndromu vyhoření. Pokud již syndrom vyhoření proběhl, je pro některé jedince těžké si to uvědomit, může to trvat i několik let, ale časem by k tomu měli dojít.

5.6.1 Prevence

Jako jedna z prevenčních metod může být již vysokoškolské studium pracovníků v pomáhajících profesích, kde by je měli na syndrom vyhoření připravit. Sociálně psychologický výcvik se snaží naučit, jak jednat s klienty. Během studia se pracovník také může naučit, jak dodržovat psychohygienu. Chybí zhodnocení efektivit přednášek do praxe, dle Švingalové (2006) se toto dá napravit tím, že by byla užší spolupráce mezi vzdělávací institucí a praxí či supervize.

Jako další nástroj prevence syndromu vyhoření je psychoterapie. Například existencionální terapie je zaměřená na nitro jedince, jeho prožívání, pomáhá při sjednocení si myšlenek o své existenci, smyslu jejich života, a další. Další se dá využít behaviorální nebo kognitivně behaviorální terapie, které se zaměřují na řešení konkrétních situací. Účinnost při terapiích se odvíjí od motivace situaci řešit. Musil a Šolcová (2010) zmiňují, že pomáhají fyzická a mentální cvičení doplněná relaxací, dechovým cvičením, jógou, meditací apod.

Pro pracovníky je důležité se naučit základní pravidla psychohygieny a jak nepodléhat stresu. Vytvořit si odstup od klientů a naučit se různé techniky. Naučit se oddělovat svůj osobní život od pracovního. Pokud se bude pracovník cítit vyčerpaně, je vhodné jít za pracovníkem na pracovišti, kterému věří, a mluvit s ním o daném problému. V práci je jedna z důležitých věcí mít klidné pracovní prostředí, kolektiv, pauzy.

Pracovník si musí ujasnit, že žádost o pomoc není selhání, účast na supervizích je důležitá, péče o sebe je další důležitý faktor při prevenci syndromu vyhoření. Mít koníčky, zájmy a dobré okolí, nebrat si práci domů, tělesná kondice může též pomoci. Za odbornou pomoc se nemusí pracovník stydět, je to normální. (Venglářová a kol., 2011)

5.6.2 Léčba

Základem pro léčbu syndromu vyhoření je uvědomění si problému, aby sám člověk chtěl tento problém řešit, podpora okolí také může pomoci při léčbě syndromu vyhoření (rodina, přátelé a blízké okolí) (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Stock (2010) uvádí, jak řešit syndrom vyhoření. Jako jedno z mnoha řešení je menší zátěž, pokud se pracovník rozhodne zůstat v zaměstnání, měl by se méně zatěžovat. Komunikace může pomoci, pokud v kolektivu nejsou dobré vztahy. V takové situaci je nejlepší o tom mluvit. Uznání od ostatních, nebo promyšlení si získání jiného zaměstnání a změny je další řešení situace. Pokud na něj má pracovník nárok, předčasný důchod je také jedno z potenciálních řešení.

5.7 Syndrom vyhoření a sociální pracovník

Při srovnání práce sociálních pracovníků, pomáhajících profesí a jiných profesí můžeme předpokládat u pomáhajících profesí častý výskyt syndromu vyhoření. Je to spojováno s nadměrnou zátěží a s pocity frustrace, zoufalství (nemožnost ovlivnit klientův stav). Syndrom vyhoření negativně ovlivňuje lidské zdraví, u sociálních pracovníků to ovlivní efektivitu práce, ovlivňuje vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem, pracovní prostředí, pracovníci ztrácejí naději při práci s klienty. (Maroon, Reitmayerová, 2012)

Matoušek (2013) píše o obecné příčině vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků. Tyto příčiny jsou nároky práce vyplývající z kontaktu s klienty, představy klientů o pomoci se nemusí shodovat s realitou, klienti nemusí být dostatečně motivováni, psychika klientů nemusí být vyvážená, klienti chtějí především služby a sociálního pracovníka zneužívat, klient může být agresivní, a další.

Syndromu vyhoření u sociálních pracovníků může pomoci i pracoviště, pokud nerozvíjí své pracovníky, panuje na pracovišti nepřátelská atmosféra, není možnost supervize, chybí zácvik nových sociálních pracovníků, pracovníci jsou velmi kontrolováni, jeden pracovník pracuje s mnoha klienty. V popisu práce sociálních pracovníků je odpovědnost a zodpovědnost, s kterou se musí vyrovnávat.

6 Metodologie

Tato kapitola pojednává o realizovaném výzkumu v rámci bakalářské práce. Dále pojednává o výběru kvalitativního výzkumu, sběru dat, o polostrukturovaném rozhovoru, o analýze dat a sumativním typu analýzy dat, zacházení s daty a o etických hlediscích, vztahu autora ke zkoumanému tématu, o zkoumané problematice, o etické reflexi výzkumu a výzkumném vzorku, tedy kritériích pro výzkumnou část bakalářské práce. Ve výzkumném vzorku je představení jednotlivých respondentů, ověření požadavků autora pro splnění tématu bakalářské práce.

6.1 Kvalitativní pojetí výzkumu

Důvodem výběru této metody sběru dat je citlivost tématu, možnost doplňujících otázek v případě více zkušeností sociálního pracovníka. Jako jednou z výhod kvalitativního výzkumu považuji emoce, které respondenta doprovází při rozhovoru, a možnost rozsáhlé odpovědi, která se zakládá na zkušenostech respondenta. Dále mohou využívat doplňující otázky, které mi pomohou více pochopit a uchopit téma pohledu sociálního pracovníka na náhlé úmrtí klienta, bude mít větší prostor se rozmluvit o svých emocích a obtížích. Vše záleží také na sběru dat, pro který rozhovor se autor rozhodne, ne každý zachycuje emoce a dodává navíc otázky. U kvalitativního výzkumu je menší počet respondentů, ale odpovědi jsou rozsáhlejší a detailnější.

6.1.1 Sběr dat

Rozhodla jsem se pro polostrukturovaný rozhovor z důvodu zachycení emocí a doptávání se různých otázek, které budou vyvstávat ze situace. Otázky budou především otevřené, autor chce zachytit emoce a další podněty. *„Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco účelem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je položit všem respondentům několik identických otázek ve stejném pořadí (kvantitativní přístup).“* (Švaříček, Šedřová, 2014, s.13)

Původně jsem zamýšlela mít šest respondentů pro svou výzkumnou část, bohužel je toto téma velmi citlivé a někteří potenciaální respondenti odmítli rozhovor, či ho z různých důvodů zrušili. Proto mám respondenty čtyři.

6.1.2 Analýza dat

Data, která získám, budou analyzována pomocí kvalitativní obsahové analýzy. Obsahová analýza je dobrá k vyhledávání různých vzorců v textu, pracuje s daty. Popíše

tedy získaná data, rozložím je na základní části, kategorizuji či klasifikuji dle zaměření. K aplikaci se přistupuji třemi směry, podle kterých se dělí na sumativní, konvenční a direktivní (Hsieh, Shannon, 2005). Budu postupovat dle sumativního typu, který popisuje Hsieh a Shannon (2005) - výzkumník identifikuje určitý problém či oblast a chce ji dál zkoumat, zajímá ho, jak to tedy je. Zajímá mě, jak to tedy je s náhlým úmrtím klientů, jak na to reagují sociální pracovníci. Sumativní typ analýzy dat se zaměřuje na vzorce-klíčová slova v textu před analýzou a během analýzy. Klíčová slova jsou náhlé úmrtí, syndrom vyhoření, negativní emoce.

6.1.3 Zacházení s daty

Budu doslovné rozhovory přenášet do nového textového procesoru Word, kde nebudu uvádět jména ani jiné citlivé údaje. Každému z respondentů bude přiděleno falešné jméno a podle toho bude pojmenován i dokument. Tyto dokumenty se nebudou vyskytovat jinde než v mém počítači, jsou jen pro praktickou část bakalářské práce, jen pro autora. Respondenti budou se vším seznámeni, hlavně s dobrovolností na účasti bakalářské práce, výzkumné části. Vše bude stvrzeno informovaným souhlasem, kde budou podmínky účasti ve výzkumu stanoveny. Jeden arch bude pro respondenta a jeden pro mě. Respondent může uvést, že některé informace nechce mít uvedené v práci autora, což budu respektovat a dané informace neuvedu.

6.2 Vztah autora k tématu

Toto téma jsem si vybrala z důvodu pozorování tohoto jevu, kdy ve službě, ve které běžně klienti neumírají (není s tím ta služba spjata), klient zemře. Je zajímavé poslouchat, jak služba a sociální pracovníci řeší tuto situaci, a myslím si, že by to mohlo být přínosné pro všechny sociální pracovníky. Tímto tématem se zaobírá málo lidí, přitom je to velice důležité a mohou to řešit, procházet si tím i jiné pomáhající profese. Vidím potřebu toto téma zmínit, nevyskytuje se ani mnoho zmínek o problematice v odborné literatuře.

6.3 Zkoumaná problematika

Bakalářská práce reaguje na otázku, jak sociální pracovníci reagují na náhlé úmrtí klienta. A na další dvě podotázky – Jak se sociální pracovníci vypořádávají s negativními emocemi po smrti klienta? Jak sociální pracovníci předcházejí syndromu vyhoření po úmrtí klienta?

Chci zjistit reakce na náhlé úmrtí klienta ze strany sociálního pracovníka, co pro sociálního pracovníka znamená pojem náhlé úmrtí (každý jedinec si pojem může vyložit jiným způsobem). Dále se věnuji prožívání sociálního pracovníka při zjištění, že klient náhle zemřel, zda prožíval negativní emoce, které mu zasahovaly do běžného života. Dále mě zajímá, co pro respondenta znamená být vyrovnaný, a zda toho dosáhl v rámci náhlého úmrtí klienta. Jaký na sociálního pracovníka mělo náhlé úmrtí vliv, možné přemýšlení o změně profese. Co se týká předcházení syndromu vyhoření, chci zjistit, jak se syndromu vyhoření snažil vyvarovat, co pro něj syndrom vyhoření znamená, jaké mohl mít příznaky a jak situaci řešil. Řeším hranici mezi klientem a pracovníkem, zda bývá přátelský či více profesionální, nebo se pracovník snaží dodržovat rovnováhu.

6.4 Etická reflexe výzkumu

V rámci etických aspektů byl vytvořen informovaný souhlas, který je v příloze č. 2, který byl již poskytnut při domlouvání schůzky, žádání o jejich účast na tomto výzkumu. Informovaný souhlas byl zaslán elektronicky k nahlédnutí a poté vytištěn pro podepsání na schůzce oběma stranami, jeden výtisk si nechá účastník a jeden autor.

Rozhovor je dobrovolný, účastníci jsou s tímto seznámeni, poučení o anonymitě. Nebudu zmiňovat jméno, ani citlivé údaje respondentů. Jméno nahradím jiným náhodným jménem, respondent je seznámen, že poskytuje svůj souhlas ke zveřejnění výsledků výzkumu na dobu neurčitou. Respondent je seznámen s pořizováním audiozáznamu, který bude jen pro účely autora. Účastí na výzkumu nevzniká nárok na jakoukoliv odměnu.

6.5 Výzkumný vzorek

Respondenti museli splňovat určitá kritéria pro tento výzkum:

- 1 Pracovat na pozici sociálního pracovníka, tedy mít vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání v oboru sociální práce či jiném oboru, který splňuje kritéria pro výkon profese sociálního pracovníka.
- 2 Pracovat jako sociální pracovník s cílovou skupinou, kde není úmrtí běžné.
- 3 Mít zkušenost s náhlým úmrtím svého klienta.

Využiji metodu záměrného výběru, předem si vyberu organizace, kde není smrt klienta obvyklá. Také si můžu vybírat z řad sociálních pracovníků, kteří pracují s určitou cílovou skupinou, lidmi, u kterých není úmrtí očekávané. Jako příklad může být cílová

skupina: lidé se závislostí, lidé se zdravotním postižením, lidé s duševním onemocněním, lidé v krizové situaci, ohrožené děti a rodiny, lidé bez domova, nezaměstnaní, rizikové děti a mládež, zneužívané osoby. Do cílové skupiny nepatří senioři, umírající a další cílové skupiny, u kterých je smrt očekávána. Respondenti se záměrem mé bakalářské práce – výzkumu budou seznámeni v úvodu při představení mé bakalářské práce.

6.5.1 Lydie

Lydie má vystudovanou vyšší odbornou školu a vysokou školu sociální práce, je jí 53 let a v praxi je již mnoho let. Nyní je její cílová skupina lidé se zdravotním postižením, pracuje v chráněném bydlení od roku 2020. Také vyučuje na vyšší odborné škole. Když zažila náhlé úmrtí klienta, pracovala na městském úřadu jako opatrovník. Klient jí zemřel, když čekal na rozhodnutí soudu, zda může podstoupit operaci chlopně, klientovi bylo 45 let a měl omezenou svéprávnost. Lydie byla tou dobou sama nemocná a o události se dozvěděla od kolegyně.

6.5.2 Kateřina

Kateřině je přes 60 let, má vystudovanou vysokou školu v oboru sociální práce (titul Bc.). Pracuje se seniory a lidmi se zdravotním postižením již 35 let. Klient byl starší muž, který byl ochrnutý na část těla, byl agresivní z důvodu nemožnosti komunikovat. Zemřel během víkendu, kdy se sociální pracovníci zdál zvláštní, nemocný. V dalších dnech informovala dcera klienta sociální pracovníci o úmrtí klienta. Pro pracovníci to bylo nečekané, s klientem spolupracovala 3 roky.

6.5.3 Otakar

Otakarovi je 49 let, má vystudovanou vysokou školu na Karlově Univerzitě, bakalářský titul. Pracuje s lidmi se závislostí či lidmi, kteří jsou ohroženi závislostí. Již 9 let pracuje v kontaktním centru. Zároveň pracuje jako lektor primární prevence na základních a středních školách. Sociální pracovník má zkušenost s mnoha úmrtí, mohl tedy sdílet více zkušeností. Po využití výměnného programu (čistě stříkačky za použité a další materiál) se klient několik hodin poté předávkoval fentanylem. O jeho smrti ho informoval druhý den ráno na pracovišti bratr klienta (také uživatel). Zkušeností v této souvislosti má respondent více – náhlá úmrtí v důsledku nadužívání alkoholu. Dle jeho zkušeností a názoru se jedinci často předávkují fentanylem, který prý zaplavil černý trh.

6.5.4. Dana

Dana má vystudované bakalářské vzdělání v oboru sociální práce, je jí 37 let. Dana pracuje jako vedoucí kontaktního centra, její cílová skupina jsou lidé se závislostí a lidé ohrožení závislostí. Má již zkušenosti s více úmrtími svých klientů. Často se předávkuje návykovými látkami, jeden z klientů uhořel, klienti měli zdravotní komplikace z důvodu užívání návykových látek a podobně. O úmrtí klienta, který se předávkoval návykovými látkami, se respondentka dozvěděla od ostatních klientů, klientovi bylo 38 let. Celkově se při náhlém úmrtí klientů pohybuje věková hranice v rozmezí 24-43 lety, o úmrtí se Dana dozvídá většinou od ostatních klientů, příbuzných. S klientem pracovala řadu let, též s ostatními klienty, kteří náhle zemřeli. Dana má často obavu, že se náhlé úmrtí může stát brzy znovu.

7 Zjištění

Tato kapitola se věnuje výzkumné části autorova zjištění z provedených rozhovorů, pojednává o vnímání náhlého úmrtí klienta sociálním pracovníkem. Zaměřuje se na pocity sociálního pracovníka, na prožitky, vliv úmrtí na život sociálního pracovníka, syndrom vyhoření a hranici ve vztahu klienta a sociálního pracovníka.

7.1 Vnímání náhlého úmrtí sociálním pracovníkem

Každý z respondentů zažil náhlé úmrtí u svého klienta, ale může mít již zkušenost náhlého úmrtí ze svého osobního života či okolí. Tato zkušenost může být jeden z faktorů, který přispívá k zvládnutí emocí při náhlém úmrtí klienta. Zároveň osobní život a práce jsou dvě oddělené situace, v práci by si měl sociální pracovník držet hranice a určitý odstup od klienta.

Jeden z respondentů tuto zkušenost nemá, ostatní tři respondenti mají. Respondenti, kteří mají zkušenost, se shodli, že jim to pomůže s budoucí praxí. Může to pomoci při pracování s emocemi a při celkovém vnímání smrti u klienta.

Jeden z respondentů (respondent č.2) na otázku, zda mu může pomoci zkušenost se smrtí ze svého okolí uvedl: *„Ano, může to tak být, člověk poté může být více empatický, může mít nápad, jak situaci projít, zkušenost s tím, co mu pomohlo a tak dále.“*

Další z respondentů (respondent č.3) uvedl, že má zkušenost s náhlým úmrtím v příbuzenstvu, a i v rámci své pracovní činnosti. Tento respondent má celkově hodně zkušeností se smrtí. *„Smrt je nepřenositelná zkušenost, v některých případech se na ni lze do jisté míry psychicky připravit, například pacient v terminálním stádiu onkologického onemocnění, a každá zkušenost se smrtí je cenná.“*

7.2 Prožívání náhlého úmrtí

Každý člověk prožívá smrt blízkého jedince odlišně, totéž platí u sociálních pracovníků a jejich klientů. Můžou prožívat lítost, smutek a neschopnost se smířit s danou událostí. Toto prožívání může zasahovat i do práce sociálního pracovníka, ovlivňovat různá rozhodnutí a přemýšlet nad pochybením. Negativní emoce z důvodu náhlého úmrtí klienta, nečekaného úmrtí mohou zasahovat do běžného života sociálních pracovníků. Může to ovlivnit i budoucí práci v sociální sféře, ale také vztahy, vnímání.

Jeden z respondentů se nemohl smířit s rozhodováním soudu, s jeho pochybením, hodně přemýšlel nad tím, co kdyby se stalo něco jiného, jak by to dopadlo atd. Kdyby soud rozhodl rychleji, klient by nemusel dle respondenta zemřít. Respondent si uvědomuje fakt, že to nejde napravit a změnit, ale občas se k tomu vrátí, může to využívat jako ponaučení v budoucí práci. Uvedl, že často přemýšlel, zda to nešlo změnit, udělat jinak. Nad tímto přemýšlel i během svého osobního života mimo organizaci, ve které vykonával svou práci. Po čase si respondent uvědomil, že musí jít dál, takhle to nejde. Je to těžké, ale nedá se jinak, je to jen spis a musí se věnovat jiným klientům. Pro své dobro a předejití syndromu vyhoření, zavřít pomyslné dveře.

Dalšímu z respondentů bylo lidsky líto všech klientů, kteří zemřeli, k některým měl osobnější vztah, v rámci rozloučení se zemřelými klienty uspořádali s ostatními kolegy poslední rozloučení v kontaktním centru či kostele. Záleželo na možnostech organizace a respondent se poté cítil lépe, pomohlo mu to, mít nějaké uzavření kapitoly. Respondent pociťoval lítost, marnost, bezmocnost, emoce se respondentovi proplétaly, chvíli byly intenzivní, občas oslabovaly, postupně utichají. Dle respondenta je dobré se co nejvíce zaměstnat, alespoň pro respondenta tato technika fungovala.

Třetí respondent přemýšlel, zda klientům nemohl více pomoci, více klienty směřovat k lékařům, bojí se, že se to opět stane. Také zde našel určité ponaučení, které bude uplatňovat v budoucí práci s klienty. Respondent prožíval smutek a bezmoc. Tyto emoce mu ovlivňovali výkon profese a zasahovaly mu do běžného života.

Čtvrtému respondentovi bylo náhlé úmrtí velmi líto, našli si s klientem k sobě cestu, která nebyla lehká, klient byl nedůvěřivý ke všem, respondent si k němu časem vytvořil blízký vztah. Bez respondenta po vytvoření daného vztahu nechtěl klient chodit na úřady, k lékaři, na všechny byl zlý. Pouze k respondentovi byl přátelský. Respondent uvedl, že negativní emoce neprožíval.

7.3 Odborná pomoc, pomoc okolí

V některých záležitostech je důležité vyhledat odbornou pomoc či pomoc od svého okolí, sdělovat své zážitky a prožitky. Někteří jedinci se dokážou se záležitostmi vyrovnávat sami bez pomoci, také záleží na odolnosti jedince.

Jeden z respondentů uvedl, že se úmrtí svého klienta bál, věří na spiritualitu a posmrtný život. Chvíli před úmrtím klienta se klient respondentovi svěřil se svým snem o své mrtvé matce, která ho navštívila. Tuto skutečnost respondent konzultoval se svou

kolegyní, která ho utěšila, že o nic nejde, vše bude v pořádku. Po náhlém úmrtí klienta se o tom s kolegyní znovu bavili, zda se tomu mohlo předejít, uspořádali v organizaci supervizi. Respondent byl zde uklidněn, udělal vše v jeho silách.

Druhý respondent uvedl, že mají v organizaci rituál zapálení svíčky za každého mrtvého klienta, společně s ostatními klienty zavzpomínají, klienti se mezi sebou znají. Je také možnost jít do kostela na mši, zapálit svíčku zde.

Třetí z respondentů prožíval intenzivně ztrátu na pracovišti, domů si negativní emoce nenosí. „*Jde o seberegulaci a sebezáchovné mechanismy – člověk pracující v prostředí závislých by se z toho laicky řečeno ‚musel jinak zbláznit‘. Odbornou pomoc jsem nikdy nevyužil, ani žádné léky na úzkost a podobně, a to ani v případě smrti otce či prarodičů, vždy jsem se s touto traumatizující a vysoce stresovou situací psychicky vyrovnal sám.*“ (Respondent č.3) Čtvrtý z respondentů odbornou pomoc nevyužíval, ani pomoc okolí, vyrovnává se s tím sám. Odbornou pomoc nepotřebuje, negativní emoce neprožívá.

7.4 Přijetí, vyrovnání se s náhlým úmrtím

Každý jedinec vnímá vyrovnanost jinak, znamená to pro každého něco jiného. Může to být něco, čeho by chtěl dosáhnout, může to pro něj být nemožné či toho již dosáhl. Pro někoho přijmout ztrátu a vyrovnat se s tím je těžké a nemožné.

Pro prvního respondenta je vyrovnanost něco nemožného, je to pro něj dobré vyspání, vyrovnanost jsou zkušenosti, vyvažovat negativitu. Respondent dosáhl vyrovnanosti po nabrání zkušeností. Hlavně získání zkušeností v sociální práci, zkušeností s klienty a jinými pracovníky.

Druhý respondent uvádí vyrovnanost jako zvládání situací, aniž by to zasahovalo do běžného života, bez toho, aby se negativní zážitky ukládaly v podobě nezpracovaných traumat. Umět pracovat se stresem, únavou, smutkem, vědět, co člověku pomáhá. Snaží se vyrovnávat se smrtí klientů a myslí si, že se mu to daří.

Pro třetího z respondentů je vyrovnanost spoléhání se sám na sebe, neprožívat zátěžové a stresové situace emočně vypjatě, zachovávat si odstup, chladnou hlavu, nadhled, racionální uvažování a nepanikařit. Cítí se vyrovnaný s úmrtím klientů. Čtvrtý z respondentů uvedl, že vyrovnanost pro něj znamená klidná povaha, rozvážnost, nezištná pomoc, radost z toho, když může pomoci a klient je spokojený, jeho situace se zlepšuje.

„Člověk se musí se smrtí vyrovnat. Někdy to trvá déle, ale nic jiného nezbyvá.“
(Respondent č.4)

7.5 Změna po úmrtí klienta, změna profese jako vyrovnávací strategie

První respondent nevnímá změnu, spíš se utvrdil ve svém přístupu ke klientům. Změnu v profesi nechtěl, změnil profesi kvůli rodinným záležitostem, zůstal v sociální práci, jen změna cílové skupiny. Baví ho vykonávat sociálního pracovníka, komunikovat, pracovat s lidmi, neumí si sám sebe představit na jiné pozici, než je tato.

Druhý z respondentů pociťuje po úmrtí klienta větší strach o ostatní klienty, ale profesi by nezměnil. Tato profese ho naplňuje a rád se v ní realizuje. I když si musí procházet těžkými situacemi jako je náhlé úmrtí, stále si neumí představit pracovat jinde.

Třetí z respondentů má se smrtí již zkušenosti od dětství, bere ji jako přirozenou část života. Hodně nad smrtí přemýšlí. O změně profese přemýšlel, ale z jiných důvodů – averze k ostatním pracovníkům, kolegům a náročnosti cílové skupiny. Čtvrtý z respondentů změnu nepociťuje, je pro něj smrt přirozená. Změnu profese nechce, aktuální práce ho baví a naplňuje.

7.6 Syndrom vyhoření a sociální pracovník

Syndrom vyhoření je specifický v nechuti dále vykonávat svou aktuální práci, je mnoho příznaků syndromu vyhoření, ale mohou se lišit, záleží na člověku. Též záleží, zda využívá prevenční techniky, či si uvědomí, že syndrom vyhoření u něj nastal a bude s tím chtít pracovat způsobem, který je pro něj nejvhodnější.

První z respondentů uvedl, že tuto problematiku vyučuje na vyšší odborné škole, že ví odborné definice, nikdy ho neměl a nechce. Snaží se mu vyvarovat pomocí několika technik, jedna z nich je zavírání pomyslných dveří, další konzultace o problému s kolektivem v práci (pokud respondenta tíží problém hodně), dále odděluje soukromý život a práci.

Druhý respondent uvedl syndrom vyhoření jako nespokojenost v práci, pocit nenaplnění, neuspokojení, nesmyslnost. Syndrom vyhoření neměl a snaží se mu předejít například rituály jako rozloučení s klienty pomocí navštívení kostela, povídání si s jinými klienty, nebrat si práci domu.

Třetí respondent uvádí syndrom vyhoření jako vyprázdněnost pracovní i osobní, rezignace na kreativitu, únava psychická i fyzická, náládovost. Syndrom vyhoření měl již

tak dvakrát, vždy našel dostatek sil a překonal to. Řešil to přemýšlením o příčinách svého stavu, sebeanalýzou a zdůvodněním pro sebe sama, proč, z jakého důvodu v této náročné práci pokračovat. Především se snažil sebe hygienou, volnočasovými aktivitami – sport, čtení, psaní, seberealizací v autorském divadle, dále výchovou a vzděláváním malé dcery – společné smysluplné i jen oddechové aktivity, společně strávený čas na jakýkoliv způsob. Poslední respondent se syndromem vyhoření neseťkal a neví, jaké má příznaky, pro každého to je subjektivní. Ani u svých kolegů se s tím neseťkal.

7.7 Hranice a přístup ke klientům

Sociální pracovník by si měl udržovat hranice a určitý přístup ke klientům, každému to vyhovuje jinak. Když si udrží hranice, může se tím vyhnout syndromu vyhoření, či využití ze směru klienta. Zároveň se i pracovník může cítit lépe při nastolení hranic s klientem.

První z respondentů uvedl, že když pracoval na městském úřadě jako opatrovník, musel být více profesionální, je tam spousta příkazů, nemá prostor být přátelský. Nyní je více přátelský, ale snaží se to vyvažovat. Klienti očekávají, že když sdělí věci ze svého soukromí, sdělí je i pracovník. Hranici si tedy snaží udržet. Klienti by si byli rádi se sociálním pracovníkem bližší, chtěli by být s respondentem kamarádi, ale respondent nechce. Chce si zachovat profesionalitu.

Druhý respondent se ve vztahu ke klientům snaží být přátelský, ale zároveň profesionální, a proto si udržuje hranice. Vymezuje se vůči klientům způsobem, že klienti nejsou přátelé, ale tvrdí, že klienti mají zakázku, na které on pracuje tak, aby klientům splněním zakázky pomohl.

Třetí z respondentů se snaží chovat ke každému individuálně, jinak se chová ke klientovi, který dochází do organizace často – více partnerský přístup, a jinak se chová například k nezletilému jedinci, který je tam pouze v rámci poradenství. Na udržování hranic reagoval: „*Samozřejmě, tomu se nelze vyhnout. Jsme jen lidé. Hranici si však hlídám u každého klienta, pokud je z nejrůznějších důvodů překročena, okamžitě reaguji a snažím se klientovi vysvětlit, v čem nastal problém.*“ (Respondent č.3) Poslední respondent dodržuje určité hranice, také se snaží o vyváženost mezi přátelstvem a profesionalitou.

7.8 Zkušenost kolegů a předání zkušenosti ostatním

Zkušenost kolegů s náhlým úmrtím může pomoci při práci s vlastními pocity, pracovník se cítí více pochopený, může otevřeně mluvit o svých pocitech a konzultovat specifické situace, emoce. Je přínosné takové zkušenosti s náhlým úmrtím předávat dále.

První respondent uvádí, že kolegové mají s náhlým úmrtím zkušenost, baví se o tom, konzultují různé situace. Uvádí, že je důležité o této situaci mluvit, sdílet zkušenost, ale záleží na povaze pracovníka. Komunikace je v sociální práci klíčová, bez ní se situace nehne dál.

Druhý z respondentů uvádí, že jeho kolegové mají zkušenost s náhlým úmrtím a konzultují tuto situaci společně. Společně probírají emoce, vlivy. Respondent také zmiňuje důležitost komunikace.

Třetí z respondentů má též kolegy se zkušeností s náhlým úmrtím svého klienta, organizují supervize a vždy jsou k dispozici danému pracovníkovi, kdyby se cokoli dělo. Dle respondenta se každý musí vyrovnat s úmrtím po svém, nejlepší je sdílet tuto zkušenost s ostatními, zúčastnit se individuálních či skupinových supervizí. Pokud takovou situaci neustojí, měl by pracovník přemýšlet o jiném zaměstnání. Poslední z respondentů si není jistý, zda někdo z kolegů má podobnou zkušenost, každý se musí s úmrtím vypořádat po svém.

7.9 Doplnění od respondentů

Respondenti měli možnost dodat něco, co jim v rozhovoru chybělo, mohlo to být cokoli v daném tématu. „*Nástrojem práce v sociálních službách je komunikace, která je v interakci se závislými nesmírně obtížná. Každý, kdo by se chtěl této profesi zodpovědně věnovat, by to měl mít na paměti, pokud se rozhodne v této oblasti pracovat.*“ (Respondent č.3)

8 Závěr

Cíl bakalářské práce, kterou jsem si stanovila, považuji za splněný. V teoretické části jsem prošla tématy smrti, umírání, sociální pracovník, klient a syndrom vyhoření. Na teoretickou část bakalářské práce navazovala praktická část, která rozebírá zvolenou metodologii a zjištění v polostrukturovaných rozhovorech. V praktické části jsou rozebírány emoce sociálních pracovníků, náhlé úmrtí a úmrtí klienta, dopady náhlého úmrtí klienta na sociálního pracovníka. Reakce na náhlé úmrtí klienta jsou různá, může to být lítost, smutek, ale také člověk nemusí cítit jakoukoliv emoci, může to přejít dál. Díky různým technikám, jak se s touto událostí vyrovnat, se sociální pracovník může vyrovnat s negativními emocemi a zároveň předejít syndromu vyhoření.

Za nejdůležitější zjištění považuji to, že většinu respondentů smrt klienta nějakým způsobem formovala, v něčem se utvrdili nebo se s tím spíše smířili. Zároveň jeden z respondentů uvedl, že pokud se se smrtí klienta sociální pracovník nedokáže smířit či se o to aspoň nepokusí, nebude na tom pracovat, měl by uvažovat o změně profese. Každou cílovou skupinu může smrt doprovázet a každý člověk je smrtelný, je důležité se s tím vyrovnat, obzvlášť pak u sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi. Proto i často respondenti zmiňují důležitost komunikace s ostatními, je tam větší šance na smíření se s náhlým úmrtím svého klienta.

9 Seznam použité literatury

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2022. *Covid-19 v roce 2021 usmrtil 25,5 tisíce obyvatel Česka* [online]. [31. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/covid-19-v-roce-2021-usmrtil-255-tisice-obyvatel-ceska>

EDELWICH, J., BRODSKY, A. 1980. *Burnout: stages of disillusionment in the helping professional*. New York: Human Science Press.

GLASER, B., STRAUSS, A. 2005. *Awareness of Dying*. Aldine Transaction.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén,

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Havlíček Brain Team.

HAVRÁNKOVÁ, O. 2021 *Sebevražednost seniorů*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

HSIEH, H. F., SHANNON, S. E. 2005. *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*. *Qualitative Health Research*. 15(9)

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. 2006. *Syndrom vyhoření: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, Sestra (Grada).

JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Strategie práce s klienty, krizové scénáře*. Praha: Portál.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav.

KLIMENTOVÁ, E., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. 2013. *Sociální práce: teorie a metody III: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

KŘIVOHLAVÝ, J., REITMAYEROVÁ, E. 1998. *Jak neztratit nadšení: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Grada.

KUBÍČKOVÁ, N. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.

- KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Grada.
- KUŘE, J. 2004. Filozofické poznámky k legislativě paliativní péče. *Zdravotnické právo v praxi* 2(4), 80–82.
- KÜBLER-ROSS, E. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- MCCORD, J. 2020. DE LEO, D., POŠTUVAN, V. 2017. Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 81(2)
- MAROON, I., REITMAYEROVÁ, E. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E., LEITER, M. P. 1997. Maslach Burnout Inventory. In: ZALAQUETT, WOOD, R. J. (Eds.). *Evaluating stress: A book of resources*. London: Scarecrow Education, 191-2018.
- MATOUŠEK, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. 2013. *Metody a řízení sociální práce: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- MÁTEL, A., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2023. *Informace o nemoci covid-19* [online]. Praha: MZ [31. 10. 2023]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/onemocneni-covid-19/informace-o-nemoci-covid-19>
- MUSIL, J. V., ŠOLCOVÁ, I. 2010. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna.
- NULAND, S. B. 1996. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub.
- OREL, M. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.

- PEŠEK, M. 2018. *Úmrtí pacienta v režimu paliativní péče* [online]. Luctus – psychosociální péče o pozůstalé. s. 1-4. [31. 10. 2023]. Dostupné z: <http://www.luctus.cz/downloads/Pesek - FN Motol 2017 sbornik.pdf>
- PILIN, A. 2022. *Soudní lékařství: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- ROGERS, C. R. 1959. *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework*. In: KOCH, S. (Eds.). *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw Hill, 184-256.
- RUSH, M. D. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- SELYE, H. 1951. The General-Adaptation-Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 1(2), 327-342.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. 2011. *Paliativní medicína pro praxi: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Galén.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J., PYSZCZYNSKI, T. 2015. *The Worm at the Core*. Random House.
- STIBALOVÁ, K. 2010. *Co je to Burnout syndrome*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- STOCK, CH. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- STUHLÍKOVÁ, I. 2007. *Základy psychologie emocí: principy, proces, metody*. Praha: Portál.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: ISV.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2023. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. Praha: Grada.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

ŠVINGALOVÁ, D. 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

TIMMERMANS, S. 1994. Dying of awareness: the theory of awareness contexts revisited. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 22-39.

TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.

THOROVÁ, K. 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

VENGLÁŘOVÁ, M., ŠOLCOVÁ, I. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.

VIEWEGH, J. 1996. *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. 2021. *Syndrom vyhoření – přichází nenápadně, ale ničí důsledně* [online]. [31. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>

VYMĚTAL, J. 1997. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

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

10 Resumé

This thesis focuses on the view of the social worker to the sudden death of their client. The main research question is „How do social workers react to the sudden death of their client?“ which is answered in the practical part of this thesis. The two additional research questions are „How do social workers get rid of their negative feelings after a client's sudden death?“ and „How do social workers prevent burnout syndrome after a client's sudden death?“. These two questions are also answered in this thesis. It was achieved by semistructured interviews and quantitative content analysis.

This topic is often neglected and social workers are unsure about how they should react or how to work with their feelings. It can lead to burnout syndrome. However, respondent in this thesis is working on their feelings about themselves or their colleagues. Communication is key. Respondents also talked about their feelings, how they felt bad about their client's sudden death, and how they prevented burnout syndrome by talking about it and doing some sort of things for it.

11 Přílohy

Příloha č. 1: *Osnova polostrukturovaného rozhovoru*

Téma	Základní otázky	Doplňující otázky
1. Úvod	Představím se	Představení sebe sama, jméno a co studuji.
	Účel výzkumu	Účel bakalářské práce, chci zjistit, jak sociální pracovníci reagují na náhlé úmrtí klienta, jak to prožívají a jak například nakládají s negativními emocemi a syndromem vyhoření.
	Informovaný souhlas	Anonymita – ujištění o anonymitě – přiřazené jméno, smlouva, kde se zavazují k používání nahrávky jen pro sebe, nahrávání konverzace.
2. Respondent	Jaký je Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání?	
	Jaká je Vaše cílová skupina?	Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou?
	Co pro Vás znamená náhlé úmrtí?	
	Máte zkušenost smrti či náhlého úmrtí ze svého blízkého okolí?	Pokud ano, myslíte si, že Vám to může pomoci s budoucí praxí?

	Máte zkušenost s náhlým úmrtím svého klienta?	Povězte mi něco o té zkušenosti.
3. Prožívání náhlého úmrtí	Pokud jste měl zkušenost s náhlým úmrtím svého klienta, jaký byl důvod úmrtí?	Kolik let bylo klientovi? Jakým způsobem jste se o úmrtí dozvěděl?
	Jak jste prožíval smrt klienta?	Jak dlouho jste spolu s klientem spolupracovali?
4. Dopady náhlého úmrtí na sociálního pracovníka	Pociťoval jste negativní emoce spojené s náhlým úmrtím?	Jaké emoce jste prožíval?
	Zasahovali negativní emoce do Vašeho běžného života? (jak dlouho? A jak moc?)	Využíval jste odbornou pomoc, či pomoc okolí? Jak dlouho?
	Pomohla Vám organizace, ve které pracujete s negativními prožitky?	Jak Vám pomohla?
	Co pro Vás znamená být vyrovnaný?	
	Dosáhl jste nebo chcete dosáhnout vyrovnanosti se smrtí klienta?	
	Jak vnímáte, že Vás smrt klienta změnila, ovlivnila?	V čem Vás smrt ovlivnila a jak?
	Přemýšlel jste o změně profese či změně cílové skupiny z důvodu negativních emocí?	V jaké profesi či s cílovou skupinou byste pracoval?
	Co pro Vás znamená syndrom vyhoření?	Jaké si myslíte, že má příznaky?

	Myslíte si, že jste si prošel syndromem vyhoření?	
	Snažil jste se syndromu vyhoření předejít?	Jakým způsobem?
5. Přístup, blízkost sociálního pracovníka ke klientovi	Jak byste se popsal jako sociální pracovník z hlediska přístupu ke klientům?	Jste více profesionální nebo přátelský?
	Snažíte si udržovat hranici při spolupráci s klienty?	Jste si s některým z klientů bližší?
6. Řešení situace sociálního pracovníka	Je něco, co byste zpětně udělal jinak? (Řešení své situace, negativní emoce, přístup ke klientovi)	
	Má někdo z Vašich kolegů podobnou zkušenost s náhlým úmrtím svého klienta?	Měli jste možnost spolu konzultovat možné strategie vypořádání se s negativními emocemi?
	Je něco, co byste poradil ostatním sociálním pracovníkům, kteří si prochází náhlým úmrtím svého klienta?	
7. Závěr a ukončení	Je něco, co zde nebylo řečeno a chcete to doplnit?	
	Poděkování a rozloučení	Za obětovaný čas, ochotu a spolupráci.

Příloha č. 2: *Informovaný souhlas*

Prohlášení

- Potvrzuji, že jsem seznámen/seznámena s průběhem a účelem výzkumu bakalářské práce Kristýny Horské.
- Má účast ve výzkumu je dobrovolná.
- Jsem seznámen/a se skutečností, že mohu kdykoliv svou spolupráci na tomto výzkumu zrušit a data ode mě získaná tak nebudou nikde zveřejněna ani užitá ve výzkumu.
- Účastí na tomto výzkumu nevzniká nárok na odměnu.
- Souhlasím s tím, že při rozhovoru bude použit audiozáznam, z kterého vznikne přepis.
- Jsem si vědom/a, že data budou anonymizována – přidělení náhodného jména.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazují se je neodvolat bez závažného důvodu.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

V

Dne

.....

.....

Podpis respondenta

Podpis výzkumníka