

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

TELEFONICKÁ KRIZOVÁ
INTERVENENCE PRO SENIORY
TELEPHONE CRISIS INTERVENTION FOR SENIORS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Vilma Janoušková**

Vedoucí práce: **PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.**

Olomouc

2022

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Telefonická krizová intervence pro seniory“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26. 3. 2022

Podpis

Děkuji především PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D. za jeho vedení, konzultace a rady, které mi poskytl v průběhu psaní mé práce. Děkuji vedoucí Linky seniorů Mgr. Kateřině Bohaté, že mi umožnila využít písemné záznamy hovorů pro výzkumnou část bakalářské práce a také děkuji mému manželovi za jeho podporu po dobu celého studia.

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Senioři	7
	1.1 Vymezení stáří	7
	1.2 Stárnutí a adaptace na stáří	7
	1.3 Potřeby seniorů	10
2	Krizová intervence	13
	2.1 Krize	13
	2.2 Krizová intervence.....	16
	2.2.1 Krizová intervence tváří v tvář	17
	2.2.2 Telefonická krizová intervence (TKI).....	18
3	Telefonická krizová intervence pro seniory	22
	3.1 Zdroje krizí seniorů	22
	3.2 Prožívání krize, pocit bezmoci	25
	3.3 Specifika telefonické krizové intervence u seniorů	26
	3.4 Relevantní výzkumy k tématu TKI pro seniory	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
4	Výzkumný problém	35
	4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	36
5	Metodologie výzkumu	37
	5.1 Design výzkumu	37
	5.2 Metoda získávání dat.....	37
	5.3 Výzkumný soubor	39
	5.4 Metoda zpracování a analýzy dat	39
	5.5 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	41
6	Práce s daty a jejich výsledky	42
	6.1 Výsledky zpracování dat za jednotlivá období.....	44
	6.2 Celkové výsledky za období 2018–2021	48
	6.3 Odpovědi na výzkumné otázky	53
7	Diskuze	57
8	Závěr	61
9	Souhrn	62
	LITERATURA	65
	PŘÍLOHY	71

ÚVOD

Telefonická krizová intervence pro seniory je v souvislosti se stárnutím populace důležitou službou, která nabízí seniorům dostupnou psychosociální podporu v náročných situacích. Vzhledem k tomu, že u nás je tato služba koncipovaná jako sociální, nabízí seniorům také informace, rady a doporučení z oblasti odborného sociálního poradenství. Mezi nejznámější linky určené seniorům u nás patří Senior telefon a Linka seniorů. Problematika péče o seniory se do popředí mediálního zájmu dostala v době pandemie koronaviru, kdy senioři byli prezentováni jako ti nejzranitelnější. V důsledku vládních opatření se stali izolovanějšími a skoro až stigmatizovanými jako ti bezmocní jedinci, za které je třeba rozhodovat a jednat. V době pandemie se osamělost seniorů stala předmětem řady studií a odborných článků a byla uváděna jako častý zdroj pocitu zoufalství a bezmoci seniorů.

Pracuji na zmíněné Lince seniorů již několik let a začala jsem si všimnout, že pocit bezmoci se u seniorů objevuje z mnoha různých příčin, že řada z nich kontaktuje linku s popisem konkrétního problému, ale jeho řešení ne vždy očekává. Někdy volající na návrhy řešení reagují negativně, protože možná více potřebují pochopení, podporu a obyčejné lidské přijetí. Osamělost sama o sobě nemusí být zdrojem pocitu bezmoci, může být však důsledkem jiných zdrojů problémů. Při úvahách o osamělosti seniorů a o tom, co pracovníci linky mohou nabídnout volajícím seniorům prožívajícím bezmoc jsem se rozhodla toto téma zpracovat ve své bakalářské práci, která je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části je na základě dostupných teoretických zdrojů a empirických studií stručně nastíněna problematika seniorů, jejich potřeb a faktorů úspěšné adaptace na stáří, dále je vymezena krizová intervence s popisem základních přístupů a samostatná kapitola je zaměřena na telefonickou krizovou intervenci pro seniory a dosavadní výzkumná zjištění v této oblasti.

Výzkumná část práce obsahuje popis provedeného výzkumného šetření, které proběhlo kvalitativním zpracováním záznamů hovorů Linky seniorů. Cílem mé práce je identifikovat možné zdroje pocitu bezmoci seniorů volajících na telefonickou linku a zjistit, jaké přístupy při vedení hovoru a konkrétní techniky intervencí používají pracovníci na lince, aby zmírnili tíživé pocity volajících. Výsledky mé práce by mohly posloužit jako podklad pro vytvoření metodické pomůcky pro nové pracovníky linky, kteří při své práci povedou rozhovory se seniory prožívajícími pocity bezmoci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIOŘI

Podle psychologického slovníku je pojmem senior označován starší ze dvou osob, kteří jsou nositeli stejného jména, dále starší členové různých spolků a obecně pak všichni občané starší 60 let. Původ označení lze hledat ve slově „sénium“, které označuje stařecký věk nebo stáří (Hartl & Hartlová, 2015). V dalším textu bude jako senior vždy označován jedinec, který je z hlediska vývoje člověka v životní etapě označované jako stáří.

1.1 Vymezení stáří

Stáří je obvykle vymezováno chronologicky a jeho dělení se může lišit. Rozmezí věku 60–74 je označováno jako vyšší věk nebo také rané či počínající stáří, věk 75–89 pak vlastní stáří nebo stařecký věk, 90 let a více je pak nazýváno dlouhověkostí (Bartlová & Trešlová, 2013; Hartl & Hartlová, 2015). Neugartenová (1974, citováno v Šolcová, 2011) vymezuje seniorský věk již od 55 let a označuje jej termínem mladý senior a od 75 let výše pak termínem starý senior. Mladý senior může být také vymezen ve věku 65–74 a od 85 let může být označován jako velmi starý senior (Holmerová et al., 2007).

Kalendářní stáří a biologické stáří, které je definováno mírou involuce a celkovou tělesnou zdatností člověka, nemusejí být vždy ve shodě. Někteří jedinci mohou být v určitém seniorském věku velmi zdatní a někteří ve stejném věku mohou působit jako předčasně zestárlými. O schopnostech starých lidí nelze vyvozovat závěry jen podle jejich věku. Stáří může být definováno také změnou sociálních rolí, jako třeba odchod do důchodu nebo odchod dospělých dětí (Kalvach, 2006; Šolcová, 2011; Thorová, 2015). Haškovcová (2010) zdůrazňuje funkční věk (skutečný, biologický) a pevně určený začátek stáří označuje jako sociální konstrukt. Měřítkem počátku stáří může být podle Baltese (1990, citováno v Křivohlavý, 2011) také mentální zdraví, kognitivní výkonnost, sociální kompetence a produktivita, kvalita sebeovládání a také vlastní spokojenost se životem.

1.2 Stárnutí a adaptace na stáří

Stárnutí je celoživotní proces a stáří je jeho závěrečným stádiem. Stárnutí začalo být aktuálním tématem společnosti v kontextu lidské historie teprve v posledních asi sto padesáti letech, protože podle odborných odhadů se až do sedmnáctého století dožívalo více než

65 let patrně jen asi jedno procento populace a v devatenáctém století pak asi čtyři procenta. Teprve ve dvacátém století se podíl lidí překračujících 65 let věku dostal asi na patnáct procent (Stuart-Hamilton, 1999). Stárí se tedy v čase stalo aktuálním poměrně rychle, a to zejména v souvislosti s otázkou, jak v dlouhém životě zachovat i jeho dostatečnou kvalitu.

Pojem stárnutí obvykle vyjadřuje souhrn somatických, psychických, sociálních a emočních změn v lidském organismu, které zvyšují jeho zranitelnost a ovlivňují pokles jeho schopností a výkonnosti, které je možné do určité míry kompenzovat. Biologické stárnutí je sice celoživotně trvající pozvolný proces, ale člověk ho obvykle začíná pozorovat až tehdy, kdy si všímá změn na svém těle. Psychické stárnutí provázejí především změny kognitivních funkcí, emocí nebo motivace (Holmerová et al., 2007; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Křivohlavý (2011) v souvislosti s odchodem do důchodu uvádí několik změn, s nimiž se musí senior v takové situaci vyrovnat. Po ukončení aktivní profesní činnosti se otevírá prostor volného času a zaměření na sebe místo na práci. Člověk může častěji přemýšlet o svém životě, uvědomovat si, čeho dosáhnul, ale také co nezvládnul nebo nestihnul. V takové době se projeví schopnost adaptace seniora na životní etapu stárí. Autor upozorňuje na důležité téma změny identity a postoj k roli „důchodce“.

Úspěšné stárnutí je podle Haškovcové (2010) výsledkem schopnosti a dovednosti přizpůsobení se podmínkám spojeným se stárnutím člověka a udržení rovnováhy s vlastním životním prostředím. Úspěch stárí je spojen také s překonáním strachu ze závěrečného období života. Míru adaptace na toto období významně ovlivňuje způsob náhledu na okolní svět a vnímání sebe sama.

Shrnující formou předkládá celou řadu poznatků a doporučení v oblasti adaptace na stárí studie z roku 2006, kdy mezi nejvýznamnější prediktory úspěšného stárnutí patřil věk kolem 60 let, pevné zdraví, častá pohybová aktivita, trénink kognitivních funkcí. Dále byly uvedeny prediktory jako dostačující finanční příjem, vzdělání, fungující partnerské vztahy a aktivní sociální život (Depp & Jeste, 2006).

Teorie celoživotního vývoje vysvětlují a dokazují, že člověk je ve svém vývoji schopen se v průběhu celého života přizpůsobovat aktuálním potřebám organismu (Millová, 2009). Model **selekce, optimalizace a kompenzace** (SOC) umožňuje regulovat vlastní vývoj tak, aby člověk mohl v každém stádiu života co nejvíce získávat a co nejméně ztrácet. Při selekci si člověk stanovuje cíl svého snažení a může v něm zohlednit očekávané změny

ve svém fungování v budoucnosti. Optimalizovat znamená hledat a využívat zdroje potřebné k dosažení cílů, jako například procvičování kognitivních funkcí nebo osvojování některých dovedností. Kompenzací se rozumí uvědomění si nedostatku sil pro dosažení cíle a jejich vykompenzování například vnějšími pomůckami. Cíle je pak dosaženo, ale jiným způsobem, než bylo původně zamýšleno (Baltes et al., 2007; Blatný, 2016).

Výsledky výzkumných studií ukázaly pozitivní vztah mezi efektivním využíváním strategie SOC a vysokou úrovní životní spokojenosti (Freund & Baltes, 1999). Předpoklady pro využívání SOC jsou kritický náhled na vlastní tělesný a psychický stav a pozitivní přístup k problémům a jejich řešení. Senioři, kteří si nepřipouštějí své limity, mohou být v řešení problému paralyzováni pocitem frustrace, která se může projevovat agresí nebo naopak hlubokým smutkem nebo depresí. Ve svých myšlenkách se vracejí do minulosti, kdy pro ně byly tyto obtížné úkony jednodušší a dosahovali svých cílů s menší námahou.

Přechod do životní etapy spojené se stárnutím a jeho úspěšnost jsou často spojeny také s **kvalitou sítě sociálních vztahů** včetně partnerského vztahu, zvláště, pokud v něm partneři společně vychovávali děti. Autoři Pichaud a Thareau (1998) uvádějí, že manželé, kteří zůstávají po odchodu dětí sami, musejí hledat nové zdroje, které udrží jejich kvalitní manželský život. Odchod dětí jim otevírá nové možnosti trávení společného času a může jejich vztah ještě zpevnit. Může však také otevřít dlouhodobě neřešené konflikty a eskalovat je až k rozchodu nebo se ukáže, že vztah je bez dětí prázdný, a i když jej po čase mohou dočasně zaplnit vnoučata, může dojít k pocitu osamělosti a neužitečnosti.

Se stárnutím souvisí vývojová etapa, ke které Erikson přiřazuje úkol dosažení integrovaného „já“ a zajištění si tak nejvyšší úrovně kvality života. Při **dosažení integrity** člověk přijímá život takový, jaký byl a jaký je včetně jistoty smrti. Je smířen s nezměnitelností minulosti, přijímá vlastní hranice a ví, jak naložit s osamělostí. Opačným pólem integrity ve stáří je pól zoufalství a beznaděje. Pokud člověk zažívá tyto pocity, projevuje se většinou skepticky, zahořkle a má pocit, že jeho život měl být jiný. Často se pak dostávají pocity viny nebo obviňování někoho či něčeho. Oproti integritě, která označuje životní naplnění, tak zoufalství a beznaděj označuje spíše životní prázdnotu (Grün, 2009; Holmerová et al., 2007).

1.3 Potřeby seniorů

Každý člověk má různé potřeby, které mají svou hierarchii naléhavosti a důležitosti a o jejichž naplnění jedinec usiluje. U seniorů je například patrná snížená potřeba stimulace, větší intenzita podnětů může vyvolávat nepříjemné pocity, a tak senioři upřednostňují spíše stereotypnější a předvídatelné prostředí. Senioři potřebují přiměřený sociální kontakt jako prevenci osamělosti a izolace, oceňují především kontakty známé, avšak stejně tak potřebují soukromí a klid. Pro seniory může být důležité pozitivní ocenění, zachování svobody v rozhodování, sebeúcty. Strach z nemoci a ztráty soběstačnosti je pro ně často velmi zatěžující (Vágnerová, 2007).

Asi nejznámější a obecně často využívaný model hierarchie potřeb byl vytvořen **A. Maslowem** ve druhé polovině 20. století. Autor původně popsal každou úroveň potřeb jako závislou na naplnění potřeb nižší úrovně. V současnosti je však tato hierarchie již zpochybňovaná tím, že lidé mohou mít potřeby vyššího řádu, i když ty nižší potřeby nejsou naplněny (Hale et al., 2018; Osemeke & Adegboyega, 2017). Tento model, který v souvislosti se seniory prezentuje Chloubová pod názvem Dům životních potřeb (2005, citováno v Mlýnková, 2011), má v základech umístěny fyziologické potřeby (výživa a pitný režim, sociální zázemí, spánek, hygiena apod.). Podle výsledků studií seniorů v ústavní péči kladou senioři důraz na správně připravené a vybrané jídlo, protože je u nich zvýrazněna často problematická potřeba vyprazdňování. Senioři mají zvýšenou potřebu spánku a odpočinku. Naopak snížená je jejich potřeba příjmu tekutin, sexuální potřeba nebo potřeba péče o svůj zevněšek nebo hygieny (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011).

Na fyziologické potřeby navazují psychosociální potřeby, jako je bezpečí, jistota, informace, autonomie, klid apod. Pro seniory je důležité, aby rozuměli informacím o svém zdravotním stavu a chápali postupy léčby nebo péče. Bezpečí a jistota jsou v seniorském věku také silně akcentovány. Vyšší potřeby pak zahrnují vztahy, tedy lásku, důvěru, rodinu, přátele apod. Jedná se o potřeby propojené komunikací, která může být také výrazněji ohrožena, zvláště pro seniory v institucionální péči nebo ty, kteří již ve svém okolí své blízké postrádají. Nad těmito potřebami jsou hierarchicky výše umístěny potřeby sebeúcty, pochopení, důstojnosti a seberealizace. Někteří senioři mohou mít výrazné intelektuální potřeby a snaží se je naplnit prostřednictvím dalšího vzdělávání a navštěvováním různých kulturních akcí (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011).

Pro seniory mohou být důležité spirituální potřeby, kdy přemýšlejí o smyslu svého života, bilancují, smiřují se s blízcím se koncem a potřebují o těchto tématech hovořit s někým, kdo jim dá prostor otevřeně mluvit a bude naslouchat s respektem a pochopením. Jelikož senioři mohou být v některých případech plně odkázáni na pomoc druhých, může být podpora v naplňování jejich potřeb omezena pouze na uspokojování fyziologických potřeb, jako jsou nakrmení, převlečení, vykoupání atd. Senioři pak mohou trpět ztrátou kompetencí, komunikace a senzorickou deprivací, protože jejich život je redukován na stravování, vylučování a čekání na smrt (Kalvach et al., 2006).

Autoři **A. Pessa** a **D. Boyden-Pessa** (2009) pojmenovali pět základních vývojových potřeb, které jsou součástí terapeutického systému Pessa Boyden Systém Psychomotor.

- Potřeba místa – potřebou každého člověka je mít vyjasněné místo ve fyzickém světě a ve světě svého myšlení. Senioři potřebují jistotu bydlení, ukotvenost v sociálních vztazích a přijetí celou společností.
- Potřeba syčení – zahrnuje především výživu těla i ducha. Mít dostatek jídla je nezbytné pro samotné přežití. Výživa duchovní stránky člověka pak znamená přísun projevované lásky, pozornosti, také získávání znalostí a dovedností učením srozumitelnou formou.
- Potřeba podpory – člověk se narodí jako zcela bezmocný jedinec a teprve podporou rodičů a blízkého okolí si buduje sebedůvěru a samostatnost. U seniorů je tato potřeba spojena především se ztrátou některých schopností a jejich kompenzací.
- Potřeba ochrany – senioři mohou postupně ztrácet schopnosti a dovednosti se sami chránit, a proto je důležité, aby tuto ochranu do určité míry zajišťovala společnost jako taková. Senioři mají potřebu ochrany například před podvodníky, ať už prevencí (edukace, návyky) nebo oporou v právním systému.
- Potřeba mezí (limitů) – vede k uvědomění, že vše v životě má své limity, ke korigování sebestřednosti, sobeckosti, manipulativnosti, nenasytlosti apod. V seniorském věku pak může tato naplněná potřeba pozitivně ovlivňovat vztahy s osobami, které o seniora pečují.

Pocity při uspokojení potřeb, a naopak pocity z jejich neuspokojení lze vidět v následující tabulce (Pessa et al., 2009).

Tabulka 1: Pocity z uspokojených a neuspokojených potřeb (Pesso et al., 2009, s. 38)

Žádoucí stav	Nežádoucí stav
Štěstí	Neštěstí, zoufalství
Uspokojení	Frustrace, nedostatek
Spojení s ostatními	Izolace, osamělost
Smysl života	Marnost

Český lékař **Hugo Příbyl** (2015) na základě vlastního výzkumu definoval tři základní potřeby seniorů, a sice potřebu fyzického, psychického a ekonomického bezpečí. Fyzické bezpečí zahrnuje péči o tělo, fyzickou soběstačnost, ochranu před úrazy a minimalizaci fyzické bolesti. Psychické bezpečí zahrnuje potřebu sociálních kontaktů, komunikace, jistoty bydlení, autonomie, sebeúcty a důstojnosti, seberealizace a duchovní potřeby. Ekonomické bezpečí se týká dostatku finančních prostředků.

Dalších teorií potřeb existuje celá řada, lze zmínit také **Alderferovu** teorii ERG, která vychází z Maslowa a definuje tři skupiny potřeb – existenční, vztahové a růstové (Alderfer, 1969). Z novějších teorií lze uvést například **Glasserovu** teorii, která nabízí podobné potřeby jako Maslow, nikoli však v hierarchickém uspořádání a s absencí fyziologických potřeb. Akcentuje psychologické potřeby, které jsou ve čtyřech skupinách. Lidé podle něj potřebují lásku a někam patřit, moc a vliv, zábavu a potěšení, svobodu a autonomii (Baštecká & Reiterová, 2005).

2 KRIZOVÁ INTERVENCE

Krize může mít mnoho podob, může být politická, hospodářská, vývojová, klimatická, krize středního věku, migrační krize, ale také třeba krize po probdělé noci. Je zajímavé podívat se do historie a původu tohoto slova. Klimpl (1998) v jednom ze svých článků odkazuje na dílo filozofa Edmunda Husserla, který vysvětluje krizi v aktivním, dnes už téměř potlačeném významu slova, tedy jako situaci, v níž je nutné učinit rozhodnutí. Husserlovi nástupci pak přijali spíše pasivní význam slova, tedy svízelná, tísnivá až beznadějná situace. Jiní autoři hovoří o krizi jako o nebezpečném okamžiku, bodu obratu nebo zmatku (Vopěnka, 2005).

2.1 Krize

Krize je dnes chápána jako subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny. Z medicínského pohledu je krize okamžikem nemoci, ve kterém se rozhoduje, zda nemoc zvítězí nebo ustoupí. V oblasti psychosociální je krize důsledkem střetu s překážkou, kterou jedinec neumí vlastními silami, tedy vyrovnávacími strategiemi, případně za pomoci blízkých, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem. Jedná se o subjektivně nepříjemnou událost, kdy vnímaný problém je z pohledu zasaženého jedince nad jeho možnosti zvládnutí. Krize může být vnímána také jako příležitost ke změně způsobů chování jedince, ať už v pozitivním nebo negativním smyslu. Krize je tedy nebezpečím i příležitostmi (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

Krize začíná spouštěcí událostí, která obsahuje jeden z následujících aspektů. Může se jednat o **ztrátu objektu** (např. smrt, zranění, propadnutí u zkoušky, zklamání apod.), dále se může jednat o **změnu** (zdravotní stav, pracovní zařazení apod.) nebo se může jednat o **volbu** mezi dvěma stejnými kvalitami (Vodáčková, 2012). Takovou spouštěcí událost pak jedinec vnímá jako ohrožující, jeho obvyklé způsoby zvládnutí selhávají a nezvládnutá situace se mění v krizi (Špatenková, 2017).

Krize je dynamickým procesem, který nemá univerzální délku ani intenzitu. Krizi může jedinec prožívat hodinu, den, měsíc nebo i déle. V závislosti na délce trvání a její hloubce, a také na míře resilience nebo hranici frustrační tolerance mohou mít různí lidé různé následky pro svou psychosociální rovnováhu. Krize je provázána stresovou reakcí, avšak stres s krizí není možné zaměňovat. Stres nemusí vždy znamenat krizi, ale krize je

vždy provázena stresovou reakcí. Ať už je příčinou krize v životě jakákoli událost nebo myšlenka, vždy je spojena se zásahem do rovnováhy psychiky člověka, který konkrétní krizi prochází (Hartl, 1993).

Typy krizí

Krize je možné kategorizovat podle různých kritérií. Klimpl (1998) rozlišuje krize podle vlivů, které je mohou vyvolat, na traumatické a krize z životních změn. Traumatické krize jsou vyvolávány bolestnými a neočekávanými událostmi, které narušují bio-psycho-sociální rovnováhu. Mezi spouštěče patří například smrt blízké osoby, nemoc, partnerské problémy, ale také nečekaná výpověď ze zaměstnání, přepadení, přírodní katastrofy, válečná zkušenost a řada dalších. Mezi krize ze životních změn lze zařadit pubertu, odchod od rodičů, sňatek, narození dětí, stěhování, stárnutí, umírání a další.

Podle Baldwinova klasifikačního systému, který je založen na odstupňování závažnosti krize, lze rozlišit krize následujícím způsobem (Vodáčková, 2012):

- Situační krize je nejčastěji způsobena nepředvídatelnou událostí, jako je ztráta nebo hrozba ztráty, změna a očekávání změny, nebo volba čili obtížné rozhodování.
- Tranzitorní krize je součástí běžného života, jedná se o naplňování nároků růstu a zrání. Patří sem předvídatelné procesy, které se rozvíjejí v určitém období života, jako třeba přechodová období rodinného životního cyklu.
- Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru jsou události, nad kterými nemá člověk sám většinou žádnou kontrolu. Patří sem zejména hromadná neštěstí a katastrofy.
- Krize pramenící z psychopatologie prodělávají zejména lidé s dispozicí k duševním onemocněním. Často se jedná o lidi s poruchami osobnosti nebo neurotickými potížemi, také lidé se závislostí na drogách či alkoholu.
- Posledním typem jsou neodkladné krizové stavy, což jsou situace, které jsou velmi naléhavé. Patří sem akutní psychotické stavy, alkoholové nebo drogové intoxikace, sebevražedné nebo vražedné chování, zlost a agrese. Patří sem rovněž akutní záchvaty paniky nebo některé typy ztráty vědomí.

Faktory zvládnání krize

Zvládnání zátěžových situací a krizí je označováno termínem **coping**. Coping je snaha porozumět požadavkům životní situace a vědomě na ni reagovat. Copingové strategie

si člověk vytváří po celý život a značný vliv na upevňování těchto strategií má prostředí rodiny. Přiměřená výchova a ochrana dítěte vede k osvojování pozitivních strategií, hyperprotektivita nebo nadměrná přísnost pak negativně ovlivňuje dovednost zvládání zátěžových situací v dospělosti (Cimrmannová, 2013).

Coping je úsilí vynaložené na minimalizaci vzniklých konfliktů prostřednictvím vnější i vnitřní (psychické) činnosti, je snižováním úzkosti a nežádoucích stresujících stavů a je aktivitou vedenou snížením dopadů životních potíží. Cílem využití copingových strategií je změnit stresovou situaci, snížit hrozbu nebo udržet stres ve zvládnutelných mezích (Komárková, 2001).

Jaro Křivohlavý (2001) uvádí osobnostní charakteristiky, které pozitivně ovlivňují schopnost zvládat životní krize. Patří sem resilience, optimismus a pozitivní efektivita, kladné sebehodnocení a sebedůvěra, pocit smysluplnosti obtížné situace, smysluplnost života, existence sociální opory, srozumitelnost ve vnímání situace, svědomitost a smysl pro humor. Zvládání krize ovlivňuje celá řada dalších faktorů, jako jsou věk, zdravotní stav, pohlaví, materiální zabezpečení, kulturní a společenské vlivy.

Důležitým faktorem pro zvládání zátěžových situací je míra psychické odolnosti, tedy **resilience** jedince. Podle Mastenové (2001) je resilience schopností člověka úspěšně se adaptovat na nepříznivé či ohrožující podmínky a v rámci tohoto procesu využít své kompetence a také je rozvinout.

Mezi hlavní koncepce resilience je možné zařadit *hardiness* (odolnost), která odkazuje na soubor postojů ve vztahu k životu, orientovaných na vnímání smyslu, hodnoty a potenciálu růstu ve stresových situacích. Osobnostními dispozicemi odolnosti jsou přesvědčení, že změna je výzva, závazek k plnému nasazení do činnosti a víra v kontrolu člověka nad tím, co se v jeho životě děje (Kobasa, 1982). Pocit kontroly (*Sense of Control*, *Locus of Control*) je osobnostní atribut, který odkazuje na volbu copingových strategií v závislosti na míře vnímané kontroly nad situací, při vyjadřování emocí (*Ego-control*) a schopnosti jedince flexibilně se přizpůsobovat měnícím se okolnostem (*Ego-resilience*), tedy nenechat se situací paralyzovat nebo naopak na ni chaoticky reagovat (Letzring et al., 2004). Koncept A. Bandury *Self-efficacy* vyjadřuje míru „vnímané schopnosti zvládat problémy“. Vztahuje se k přesvědčení jedince o tom, že je schopen dosahovat určitého cíle (Novotný, 2014).

Mezi další důležité faktory zvládnání zátěžových situací je **hranice frustrační tolerance**, která je mezí, kdy je člověk ještě schopen zvládat zátěžové situace bez nezdravých projevů chování nebo maladaptace. Prvky, které ovlivňují míru odolnosti vůči zátěži, jsou autonomie a autenticita, vnímání vlastní identity a pevný systém hodnot (Vymětal, 1995).

2.2 Krizová intervence

Krizová intervence je obvykle jednorázový nebo krátkodobý intenzivní zásah zvnějšku s cílem stabilizovat jedince, podpořit ho v řešení krize nebo ho nasměrovat k dalším dostupným zdrojům pomoci v krizi. Krizová intervence může pomoci klientovi navázat se na další formy pomoci. Krizová intervence je zaměřena jen na ty aspekty klientovy minulosti nebo budoucnosti, které přímo souvisejí s krizí. Krizový intervent může pomoci klientovi zpřehlednit a strukturovat situaci, reflektovat jeho chování, pomoci porozumět prožívání a také zamezit případnému ohrožujícímu chování, případně dekompenzaci (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

Špatenková (2017) pojímá krizovou intervenci jako komplexní pomoc, která zahrnuje:

- praktickou intervenci, která může zahrnovat například včasný zásah policie;
- psychologickou intervenci, která je zaměřena na problém, který krizi vyvolal;
- zdravotnickou intervenci, ve které se jedná především o stabilizaci zdravotního stavu, psychiatrickou pomoc nebo medikaci;
- sociální intervenci pro osoby v nepříznivé sociální situaci, která zahrnuje poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při uplatňování práv a řešení osobních věcí.

Mlčák (2011) ještě uvádí právní intervenci, která zahrnuje právní poradenství a pomoc při prosazování oprávněných nároků. Klimpl (2009) vymezuje krizovou intervenci jako eklektickou metodu neodkladné první pomoci osobám v mentální či emocionální krizi, která své postupy čerpá z metod krátkodobých psychoterapií, z teorie krize a ze znalosti mechanismu působení stresu.

Krizová intervence obecně probíhá v několika fázích a začíná zahájením, tedy navázáním kontaktu a zajištěním bezpečí. Následuje realizace, proces získávání informací, mapování situace, prozkoumání možností, využití intervenčních technik, eventuálně plánování, jak krizi řešit. V závěrečné fázi by měl být klient stabilizován, schopen dále

samostatně rozhodovat, znát nabídku dalších možností péče. Po skončení krizové intervence je třeba také zkompletovat dokumentaci. Krizová intervence může probíhat tváří v tvář, telefonicky nebo také písemně ve formě e-mailové nebo chatové komunikace (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

2.2.1 Krizová intervence tváří v tvář

Krizová intervence, kdy se klient a pracovník setkávají osobně, začíná v okamžiku příchodu klienta, přestože se s pracovníkem ještě nesešel. Na krizovém pracovišti může být přivítán hlasem v reproduktoru u zvonku přede dveřmi, následně uveden do čekárny, může obdržet první informace. To, jakým způsobem bude o klienta „postaráno“ může mít velký vliv na pocity klienta, který je v krizi. Klient by měl mít zabezpečeny základní potřeby, jako je vědět, kde je toaleta, možnost dostat vodu, kapesníky apod. Nezbytné jsou organizační informace, které snižují klientovu úzkost z toho, co se bude odehrávat dále (Vodáčková, 2012).

Špatenková (2017) rozděluje krizovou intervenci tváří v tvář do tří základních částí, které by se v přeneseném významu daly pojmenovat jako úvod, stať a závěr:

A – aktivní navázání kontaktu (úvod)

B – behaviour, tedy chování interventa a klienta (stať)

C – coping, strategie zvládnání situace (závěr)

A: navázání kontaktu a vytvoření vztahu

Pracovník navazuje důvěryhodný vztah s klientem především svým vstřícným chováním, dává mu najevo, že je tam s ním a zároveň pro něj. Využívá nejen verbální, ale také neverbální projevy, aby klientovi poskytl pocit bezpečného prostředí pro jeho příběh. Pracovník využívá různé typy otázek, otevřené pro rozvíjení příběhu, uzavřené pro získávání faktických informací. Pracovník by měl parafrázovat slyšené, aby eliminoval nejasnosti a zároveň dával najevo svou empatii a naslouchání. Důležitá je reflexe pocitů, aby klient věděl, že pracovník jeho pocity vnímá a uznává. Užitečná je také sumarizace, která slouží k propojování myšlenek, ověřování náhledu klienta a možné změny náhledu klienta v průběhu rozhovoru. V této fázi rozhovoru, resp. v jeho druhé části je určitě na místě zmínit také práci se zakázkou (Vodáčková, 2012), tedy zjišťování klientových očekávání od společného setkání.

B: Chování klienta a interventa

V této fázi pracovník identifikuje spouštěče krize, snaží se rozpoznat klientovy adaptační mechanismy. Pracovník zjišťuje význam spouštěcí události pro klienta, co pro něj tato událost znamená, co si o ní myslí. V rozhovoru pak pracovník zjišťuje subjektivní potíže a úroveň fungování klienta a prozkoumává důsledky události na klientův život, vede ke srovnání fungování klienta před krizí a vyvodí tak závažnost důsledků krize na klienta. Pracovník využívá povzbuzující formulace, normalizuje pocity, naznačuje naději, avšak falešně neutěšuje. Pracovník může vytvořit prostor pro edukaci klienta a poskytnout mu nezbytné podporující informace, citlivým způsobem klientovi například nabídnout, že si lze vybrat i jiné chování a převzít kontrolu nad svým životem. Pro změnu úhlu pohledu klienta na krizi je dobré využívat přeformulování některých jeho sdělení.

C: Zvládání situace

V této fázi rozhovoru již pracovník prozkoumává klientovy adaptační mechanismy a pomalu směřuje k řešení. Hledání řešení je vždy nejprve na klientovi, pracovník jej podporuje a teprve po vyčerpání klientem popsaným chováním může předkládat alternativní chování nebo podpořit některé z těch, které klient zmínil. Následně pracovník ukončuje krizovou intervenci uzavíráním dohody, případně zprostředkováním jiných možností pomoci, jako jsou svépomocné skupiny, psychoterapeutická péče, lékařská péče, právní pomoc apod.

Podobný postup nabízí také Klimpl (2009), navíc zmiňuje nutnost intenzivní koncentrace na krizi, kdy se pracovník obvykle pohybuje v kontinuu „expresivně-suportivního“ spektra a zároveň se soustředí na krizovou situaci. Zdůrazňuje, že nereagování, neurčité odpovědi nebo stereotypní reakce protiotázkou nemají v krizové intervenci místo.

2.2.2 Telefonická krizová intervence (TKI)

Vznik první telefonické krizové linky (linky důvěry) je spojován s výzvou londýnského reverenda Chada Varaha „Dřív, než si vezmete život, zavolejte mi!“. Ve sklepě svého kostela pak provozoval několik hodin denně telefonickou podporu volajícím. Stejně jako u vzniku krizové intervence tváří v tvář se i v tomto případě jednalo především o prevenci sebevražd. V České republice byla první telefonická linka důvěry uvedena do provozu v roce 1964 v Praze na psychiatrické klinice Ke Karlovu. Počet linek se v rámci tehdejšího

Československa postupně zvýšil na dvanáct. Až do roku 1989 se jednalo výhradně o zdravotnická pracoviště. Po roce 1989 začaly vznikat další linky, které nabízely širokou škálu služeb včetně sociálního poradenství (Hoskovcová, 2009; Klimpl, 2009; Svojtíková, 2019, citováno v Bohatá et al., 2019).

V roce 2006 začal u nás platit Zákon č. 108/2006 o sociálních službách a TKI je v něm od této doby zakotvena jako sociální služba pro osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami (Zákon č. 108/2006 Sb., § 55.). Linka TKI je veřejností v současnosti chápána stejně jako Linka důvěry.

V krizové intervenci tváří v tvář a telefonické krizové intervenci není rozdíl jen v tom, že první se odehrává při osobním setkání a druhá zmiňovaná po telefonu. Při TKI má pracovník k dispozici pouze verbální a paraverbální projevy. Největší rozdíl je ve vnímané vzdálenosti a nižší možnosti strukturační krizové intervence. Mezi základní principy TKI patří anonymita, zprostředkovaný kontakt, dostupnost a bezbariérovost. Linky důvěry jsou součástí psychosociálního systému (Hoskovcová, 2009).

Vodáčková (2012) vymezuje určité prvky krizové intervence, které se při poskytování telefonické intervence překrývají s intervencí tváří v tvář, ale nejsou stejné:

Pohled na problém: v TKI se pracovník krizové linky (linky důvěry) soustředí především na nejnaléhavější a nejzřetelnější část problému. Není třeba znát klientovu historii, jde o údaje podstatné pro rozhovor. Klient je zároveň ten, který určuje začátek a konec kontaktu. Může kdykoli zavěsit a „odejít“. Pracovník linky nevidí neverbální reakce klienta a hůře odhaduje, jak moc do hloubky může v tématu zajít.

Časové omezení: rozhovor na lince nemá pevně nastavené časové limity. Obvykle jsou hovory kratší než při osobním setkání. Někdy může klient působit velmi naléhavě, zvláště na linkách, na které nelze volat bezplatně. Klient může naléhat na rychlou pomoc a chápat fungování linky stejně jako například tísňovou linku zdravotní pomoci. Hovor se také může přerušit a klient se později dovolá na jiného pracovníka.

Přístup pracovníka z hlediska aktivity a požadavky na jeho pružnost: při telefonickém kontaktu oproti kontaktu tváří v tvář dochází k situacím, kdy klient linku testuje nebo volá proto, aby odplavil své emoce. Rychle se mohou střídát racionálně vedené hovory s hovory zaplavenými emocemi a pracovník na ně musí pružně reagovat.

Signály, které jsou k dispozici: pracovníci linek mají k dispozici pouze akustické signály. Pracují se slovy a zvuky. Pracovníci linek musejí být schopni nejen dobře formulovat sdělení, ale musejí umět také pojmenovávat věci a jevy, které v osobním kontaktu pojmenovávat není potřeba. Pracovník i klient si obvykle vytvářejí představy o tom druhém, a tak se může stát, že klient klade více osobních otázek a pracovník musí umět držet hranice.

Základní postupy v telefonické krizové intervenci

TKI má stejně jako krizová intervence tvář v tvář své fáze a komunikační nástroje, které se v obou případech zásadně neliší. Velmi podrobný a rozsáhlý popis jednotlivých fází TKI nabízí ve své publikaci Vodáčková (2012) a stručně lze postup s konkrétními technikami vedení hovoru popsat následovně:

Navázání kontaktu – hovor může začít naprosto přirozeně, kdy klient pozdraví a sdělí, co potřebuje, avšak může také vyjadřovat nejistotu nebo rozpaky. Je na místě, aby pracovník trpělivě rozptýlil obavy klienta, vysvětlil možnosti služby a vytvořil prostor pro klientův příběh. Na lince se v úvodu hovoru lze setkat také s mlčením. Ticho je dobré reflektovat, dát klientovi čas a vhodně ho povzbudit („někdy je těžké začít...“).

Provázení – jedná se o zpětnovazebné následování klientova chování. Základem provázení je empatické naslouchání a následné zrcadlení, tedy jakousi ozvěnu. Někdy stačí i pouhé „hmm“, aby klient věděl, že pracovník je přítomen a „připojen“.

Vedení – navazuje na provázení a pracovník postupně zaměřuje a mění probíhající chování potřebným směrem. V této fázi pracovník rozšiřuje klientovo percepční pole a vede jej ke kontaktu se sebou samým. Mezi běžné komunikační nástroje vedení patří rekapitulace, parafráze, kotvení a zhodnocující formulace.

Základní orientace v situaci volajícího – pracovník postupně zjišťuje základní údaje o klientovi, jeho očekávání od rozhovoru, identifikuje zakázku klienta a zjišťuje základní souvislosti, tedy mapuje aktuální situaci. Měl by zjistit co se stalo, jaké má klient pocity, jaké má zkušenosti z minulosti, co pozitivního může v situaci vytěžit, může se ptát po katastrofickém scénáři, sebevražedných úvahách apod.

Otázky v telefonickém rozhovoru – **práce s klientem a jeho příběhem.** Pracovník využívá čtyři hlavní skupiny otázek: lineární (kdo, co, kdy, jak...), strategické, ve kterých chce pracovník klienta ovlivnit („Co kdybyste...“, „Trápí vás to?“), cirkulární s cílem rozšířit

pohled volajícího na situaci („Kdo jiný si dělá starosti?“, „Co si myslíte, že váš muž považuje za důležité“), reflexivní, které nabízejí více úhlů pohledu („Co byste dělal, kdyby...“).

Mapování silných míst, zpevnování a znovu kotvení – hledání zdrojů opory a podpory klienta v jeho okolí. Pracovník se soustředí nejen na vnější zdroje, ale i ty vnitřní, ověřuje změnu klientových pocitů, změnu jeho náhledu na situaci, využívá pozitivní reformulace.

Ukončení hovoru – klient může sám dát signál, že je hovor u konce, v rámci telefonického kontaktu může prostě také jen zavěsit. Zároveň však může vysílat signály, že hovor ukončit nechce, nebo se točit v kruhu, vršit témata. V takové situaci je na místě reflektovat splnění původní zakázky. Klient také může odmítat ukončení, protože se cítí osamělý. V takovém případě by měl pracovník vymezit limit volání, nenechat se natlačit do role vypravěče nebo baviče. Pokud se klient bojí vlastních pocitů po skončení hovoru, je na místě ptát se, co bude klient dělat a plánovat s ním krátkodobě jeho činnosti.

Echterling & Hartsough vytvořili v roce 1989 třífázový model TKI, podle kterého je důležité, aby pracovník v první fázi hovoru navázal důvěryhodný vztah, nicméně nadměrné zaměření na vytváření a udržení dobrého vztahu během celého hovoru může být na úkor výsledného efektu. Stejně tak je důležité ve střední fázi rozhovoru dostatečně vyhodnocovat situaci a aktivně pracovat s pocity volajícího. V poslední fázi už je na místě práci s pocity volajícího omezit a soustředit se na hledání řešení.

3 TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE PRO SENIORY

V České republice provozuje telefonické krizové linky pro seniory několik organizací. Mezi nejznámější patří linka důvěry Senior telefon, která je bezplatná a v nonstop režimu (v roce 2020 přijala více než 15 tisíc hovorů), dále pak Linka seniorů, která je rovněž bezplatná a je v provozu denně v čase 8–20 (v roce 2020 přijala více než 12 tisíc hovorů). Existují také další linky, které nabízejí různé typy služeb, jako tísňovou péči, praktické rady nebo prostor pro krátké povídání. Patří mezi ně například Linka pomoci a bezpečí služby Anděl na drátě nebo Zelená linka služby Anděl strážný. Volající senioři mohou do hovorů přinášet stejná témata jako většina populace nebo specifické problémy a zdroje stresu, které souvisejí právě s jejich fází života.

3.1 Zdroje krizí seniorů

Pro seniory může být faktorů, vyvolávajících stres až na úroveň pocitu bezmoci a zoufalství celá řada. Některé z nich mohou být platné i pro osoby v mladším věku, některé z nich se mohou osobám jiného věku zdát nepochopitelné nebo snadno řešitelné. Stresory, které seniory mohou postihovat, lze podle Bartlové a Trešlové (2013) kategorizovat podobně jako uvádí například Vodáčková (2012). Některé události jsou zdrojem stresu, který je krátkodobý a vyvolaný okamžitou událostí (změna, ztráta), existují však situace vedoucí k chronickému stresu, jako je osamělost, dlouhodobé zdravotní potíže nebo problematické soužití (Kahana et al., 1995).

Změna

Odchod do důchodu

Ukončení pracovní kariéry je velkou změnou v životě člověka a může být významným kritickým bodem, protože je spojeno s uvědoměním, že přichází poslední etapa života. Odchod do penze znamená ztrátu profese a změnu identity (např. z kadeřníka, úředníka, lékaře apod.) na „důchodce“. Obvykle dochází ke změně či omezení sociálních kontaktů s kolegy, snížení finančního příjmu. Potenciálně horší přijetí nového stavu může přinášet také skutečnost, když se člověk nerozhodl pro odchod do penze sám, ale musel tak

učinit například ze zdravotních důvodů nebo předčasně z důvodu ztráty pracovního uplatnění (Bartlová & Trešlová, 2013; Špatenková, 2011).

Bydlení a stěhování

Pokud se senioři stěhují do nového místa pobytu, obvykle je to spíše do prostorově úspornějších podmínek, a proto se musejí zabývat někdy značně stresující otázkou, co si vzít a čeho se vzdát (Bartlová & Trešlová, 2013). Opustit domov, kde senioři prožili velkou část svého života, vychovali děti, měli v okolí své známé a přátele, je pro řadu z nich velmi obtížné a budovat nový domov pro ně může být již velmi náročné, protože disponují oslabenými silami. Velké riziko pak přináší sociální vykořenění spojené s odchodem do domova pro seniory nebo jiné instituce sociální péče (Špatenková, 2011).

Fyziologické změny

Dobře patrnými změnami jsou zhoršení senzomotorické koordinace a smyslového vnímání, také úbytek svalové hmoty a degenerativní změny kloubů. Ve stáří postupně mohou přicházet potíže při dýchání, ateroskleróza, potíže s trávením a slabší schopnost termoregulace (Špatenková, 2001; Venglářová, 2007). Jsou senioři, kteří svými nemocemi žijí a velmi rádi navštěvují ordinace lékařů. Většinou ne kvůli nemoci samé, ale pro lidské přijetí a možnost si popovídat. Celkovým důsledkem zhoršování stavu je pak především ztráta soběstačnosti (Haškovcová, 2010).

Psychické změny

U seniorů dochází ke zhoršení regulačních procesů, může se objevovat vyšší míra úzkostnosti, sklony k depresím, tvrdohlavost, nedůvěřivost, nižší sebedůvěra, neochota přizpůsobovat se novým podmínkám, větší zaměření na sebe, na vlastní potřeby. Řada seniorů má nižší potřebu stimulace a učení. Dochází ke zpomalení psychomotorického tempa a zhoršení paměti (Špatenková, 2011; Venglářová, 2007).

Sociální změny

Důsledkem fyziologických a psychických změn může docházet k omezení sociálních kontaktů. Používání kompenzačních pomůcek, jako jsou berle, inkontinenční vložky, nepřesně sedící zubní protézy, může být rovněž zdrojem stresu a senioři se mohou začít vyhýbat sociálním kontaktům a zažívat pocity strachu, studu, selhání nebo závislosti (Bartlová & Trešlová, 2013). Snižování počtu sociálních kontaktů je také způsobeno zhoršováním zdravotního stavu přátel a jejich postupným umíráním. Senioři mohou trpět

pocitem osamělosti a izolace, což nemusí být nutně způsobeno sociální situací, ale také fyzickým a psychickým stavem. Problémem může být potřeba se vyrovnat se změnou nebo ztrátou některých sociálních rolí (Špatenková, 2011).

Neočekávaný únik ekonomických zdrojů

Seniory mohou postihnout nenadálé výdaje, například s nutnou opravou domu nebo mohou mít v důsledku nemoci velké náklady na léčbu a léky. Senioři, zejména v pokročilém věku, jsou rovněž ohroženi vyčerpáním finančních prostředků prostřednictvím neuvážených nákupů zboží nebo služeb, mohou se stát obětí podvodného jednání.

Ztráta (vztahy)

Rozpory ve vztazích s blízkými

V některých situacích mohou senioři trpět ztrátou autonomie, nemožností rozhodovat o důležitých věcech ve svém životě, například, když žijí společně s potomky nebo jsou závislí na péči druhých. Senioři mohou také rozporovat způsob výchovy vnoučat svými dětmi a může docházet k vážným konfliktům v rodinných vztazích, někdy zakončeným i přerušením nebo omezením vzájemných kontaktů (Kalvach, 2006)).

Ztráta blízké osoby

Smrt partnera může být velmi silným spouštěčem krize. Jedná se o nevratnou ztrátu, ve které je nutné se vyrovnat se změnou identity manželky nebo manžela na vdovu nebo vdovce. Takto osamělý senior neztrácí jen blízkého člověka, ale také perspektivu společného života, tedy pocit jistoty, podpory, porozumění apod. (Špatenková, 2011).

Ztráta nezávislosti

Ztráta možnosti řídit auto by se mohla zdát okrajovým problémem, nicméně může velmi úzce souviset s uvědoměním si ztráty potřebné úrovně smyslového vnímání a také snižováním nezávislosti v obstarávání běžných záležitostí. Senioři se mohou více obávat ztrát z okradení, oloupení nebo přepadení (Bartlová & Trešlová, 2013).

Odchod dospělých dětí

Odchod dětí z původní rodiny může pro „opuštěný“ pár nebo i pro jednoho z rodičů znamenat aktuální pocit prázdnoty. Může přinášet uvědomění si kvality manželského nebo partnerského soužití, které se může jevit jako jednotvárné a stereotypní. Zároveň může být odchod dětí příležitostí k „znovunalezení“ partnera, renesanci vztahu (Špatenková, 2011).

Také návrat dospělých dětí (s vnoučaty) zpět k rodičům může znamenat počátek velkých problémů nebo krize.

Postoj společnosti

Postoj části společnosti, tzv. ageistů může být pro seniory silným stresorem. Neúcta ke stáří, vyjadřování despektu ke starým lidem například tím, že jsou upozorňováni, že zdržují, překážejí nebo nic nechápou, může vést k pocitu devalvace (Bartlová & Trešlová, 2013). Senioři jsou mnohem více zahlceni informacemi, přicházejícími z médií, které často vytvářejí dojem, že zlo převažuje nad dobrem a vyvolávají pocity úzkosti a ohrožení. Omezená schopnost používat moderní technologie může být limitující v kontaktu s mladšími generacemi. Lidé jsou sociální bytosti, a tak pro ně může být podle Dessainta (1999) samota velmi zatěžující, může být provázena pocity beznaděje a utrpení. Všechny výše uvedené faktory a jistě i řada dalších mohou vést k pocitům osamělosti, izolace, bezmoci a frustrace, že šance na zvýšení kvality života je velmi malá nebo žádná.

3.2 Prožívání krize, pocit bezmoci

Stáří samo o sobě může být zdrojem stavů **úzkosti**. Lidé ve stáří mohou mít sníženou schopnost adaptace na stres. U starých lidí se při dlouhodobém stresu častěji objevuje **reznice**. Zdroje úzkosti mohou být důsledkem biologických i psychických změn, zejména v důsledku snížení intelektových schopností, nejistotě v běžných životních úkonech, zajištění základních životních potřeb. Zdrojem úzkosti ve stáří mohou být i depresivní potíže, strach z umírání (Holmerová et al., 2007).

Lidé se často bojí stáří, protože se bojí nemoci. **Strach** z nemoci nebo bolesti je někdy horší než nemoc nebo bolest sama. Na tom, jak senior přijme svou nemoc, závisí do značné míry kvalita jeho života v nemoci (Haškovcová, 2010).

Osamělost, ztráta pocitu významnosti a respektu okolí, snížení soběstačnosti jako reakce na somatickou poruchu, náročná péče o již hendikepovaného partnera (imobilního, s demencí či deliriem), všechny tyto vlivy mohou zhoršit depresivní symptomatiku nebo přímo vést k **depresi**, silnému pocitu **zoufalství** a **bezmoci** seniorů (Jiráček, 2007).

Bezmoc nebo také bezmocnost je obvykle spojována s pocitem neschopnosti postarat se o sebe, vyřešit své problémy nebo dělat věci bez pomoci druhých lidí. Z hlediska vývojové psychologie lze spojovat bezmoc s raným dětstvím, kdy jsme zcela závislí na péči druhých (Thorová, 2015). Podle starších teorií může pocit bezmoci ve stresující situaci vést k depresi,

přičemž novější teorie poukazují na depresivní stavy především jako na produkt naučené bezmocnosti, spojené s místem kontroly (Ozment & Lester, 2015; Seligman, 1972).

Naučená bezmocnost je spojována s přesvědčením jedince, že výsledky vnějších událostí jsou v souladu s jejich vnitřními příčinami, se kterými nemohou nic dělat. Stávají se z nich pasivní oběti, které se nepříjemným situacím vyhýbají, protože nevěří, že jim mohou čelit, že situaci zvládnou a ani se o to nepokoušejí (Hartl & Hartlová, 2015).

Výsledky zkoumání vlivu místa kontroly na bezmoc naznačují, že pocity bezmoci vedoucí k depresi jsou spojovány jak s nedostatečnou vnitřní kontrolou („neumím to“, všechno dělám špatně“, „neudržím si vztah“ apod.), tak s nedostatečnou vnější kontrolou („jsem obětí někoho, něčeho“, „jestli to zvládnou, záleží jen na doktorech“ apod.). Nelze tedy přímo říct, že pocit bezmoci a deprese se vztahuje především k naučené bezmocnosti, která se zaměřuje především na víru ve vnitřní místo kontroly (Ozment & Lester, 2015).

V angličtině se pro bezmocnost používají termíny „helplessness“ nebo „powerlessness“. První termín je většinou používán právě v souvislosti s naučenou bezmocností („nemohu nic změnit“). Druhý termín je spojován především s místem kontroly (locus of control), a také je vysvětlován jako vnímání jedince, že jeho vlastní činnost nijak významně neovlivní výsledek, že tedy nemá dostatek kontroly nad situací, například v souvislosti s omezenou mobilitou nebo jinou nemocí. „Powerlessness“ je také, na rozdíl od „helplessness“, zakotveno v ošetřovatelství jako diagnóza (Drew, 1990)

3.3 Specifika telefonické krizové intervence u seniorů

Jedním z rozdílů mezi seniory a běžnou dospělou populací jsou přinášená témata, protože senioři častěji než lidé v jiných věkových kategoriích, prožívají pocity osamělosti, bezmocnosti, řeší problémy mezigeneračního soužití, zdravotní problémy spojené se ztrátou soběstačnosti nebo otázky týkající se změny bydlení v případě nastupující potřeby pomoci péče o vlastní osobu.

Základní techniky vedení hovorů se seniory v rámci TKI se zásadně neliší od technik užívaných pro dospělou populaci, důležité je však rozlišení typu hovoru a práce se zakázkou klienta, protože ne vždy má klientův problém jasné praktické řešení a jeho nalezení nemusí být skutečným cílem rozhovoru. V doprovázejících hovorech je vedení hovoru značně odlišné a mnohem více akcentuje navázání důvěryhodného vztahu a lidské přijetí volajícího (Bohatá et al., 2019).

Typologie hovorů

V rámci kategorizace podle způsobu práce s klientem je možné typy hovorů rozdělit na informační, poradenské, doprovázející a ventilační. Hovory lze rozdělit také podle typu témat (Kolářová et al., n.d.):

- **Naléhavé:** úmrtí partnera, úraz nebo náhlá nemoc, sebevražedné myšlenky, domácí násilí, také různé projevy demence, jako například bludy nebo halucinace apod.;
- **Každodenní:** osamělost, úbytek sociálních kontaktů, stížnosti na systém, péči nebo společenská témata, sousedské vztahy apod.;
- **Vztahové:** mezigenerační soužití, partnerské soužití, vztahy s dětmi, vnoučaty;
- **Sociálně-právní:** umístění do ústavní péče, převod majetku, dědictví, bydlení, sociální služby apod.

Pro přesnější představu o možných tématech hovorů je v následující tabulce uveden přehled tíživých témat volajících klientů na Linku seniorů společnosti Elpida, o.p.s. v letech 2018–2021. Pro zajímavost jsou uvedeny také počty hovorů s konkrétními tématy v jednotlivých letech.

Tabulka č. 2: Přehled tíživých témat volajících na Linku seniorů (Elpida, o.p.s.)

ZÁVAŽNÁ PROBLEMATIKA – LINKA SENIORŮ	2018	2019	2020	2021
rodinné vztahy (vč. přehlížení, ponižování, zanedbávání atp.)	3114	2496	4614	4203
osamělost	3453	3016	6348	5092
deprese a poruchy nálad	468	218	722	2326
ztráta smyslu života	229	335	473	498
sebevraždy	120	219	154	322
úmrtí blízké osoby	137	157	300	513
existenční finanční tíseň	770	905	1863	1136
bytová tíseň	321	317	312	529
péče o osobu s demencí	343	398	328	229
domácí násilí	414	295	298	*)
přepadení, okradení	42	35	45	*)
trestní právo a lidská práva	291	282	161	642
dluhová problematika	220	238	414	434
právo spotřebitele (často tzv. „šmejdi“)	161	121	244	197
občanské právo	705	796	946	885

- Pozn.: *) údaj není k dispozici.

Senioři mají v komunikaci řadu důležitých potřeb, na které je třeba v průběhu rozhovoru s nimi pamatovat a usilovat o jejich naplnění ze strany pracovníka. Tyto potřeby vycházejí z poznatků geriatrické a zahrnují potřebu sociálního kontaktu a interakce, potřebu vysvětlení, potvrzení a ujištění, potřebu rady, podpory a edukace, potřebu komfortu, útěchy a uklidnění (Pokorná, 2010).

Důležitým předpokladem pro TKI pro seniory je alespoň základní povědomí o procesu stárnutí a specifických zdravotních potížích seniorů (např. Alzheimerova nemoc). Rovněž by intervent měl mít povědomí o systému ústavní péče o seniory, aby mohl s volajícím pracovat v kontextu jeho prostředí (Hill et al., 2000).

Metodická doporučení pro vedení hovorů se seniory:

Jelikož specializované linky TKI pro seniory, které nejsou zřizovány primárně jako tísňové linky zaměřené na zdravotní pomoc, nejsou v zemích Evropy nijak běžnou záležitostí, není tedy ani mnoho odborných publikací, které by se specializovaly na telefonickou intervenci pro seniory. I nejrozsáhlejší české publikace (Vodáčková, 2012; Špatenková, 2017) věnují intervenci u seniorů jen několik stran, přičemž většina uvedených kazuistik se týká odborného sociálního poradenství. Následující doporučení a navrhované techniky vycházejí i z přímé práce s klientem v terénu či ústavní péči, avšak jsou aplikovatelné i pro práci na telefonu (Bisson & Lewis, 2009; Hauke, 2014; Hill et al., 2000; Kolářová et al., n.d.; Špatenková, 2011; Mishara et al., 2007).

Mapování zakázky a situace:

- Rozpoznat, co klient skutečně potřebuje (řešit situaci nebo ji sdílet);
- Zmapovat kvalitu života především v oblasti sociálních kontaktů a fungování, ekonomické situace, bydlení apod.;
- Zhodnotit úroveň soběstačnosti klienta (pro realističnost navrhovaných řešení);
- Mít na paměti, že senioři mohou více než jiné věkové kategorie trpět demencí, např. s paranoidními projevy;
- V případě potřeby vyhodnotit riziko zdravotního ohrožení, ohrožení na životě, případně sebevražedných úvah nebo jednání.

Podpora pocitu přijetí a důvěry:

- Projevit empatické aktivní naslouchání;
- Dát prostor ventilaci emocí a popisu pocitů, provázení;

- Reflektovat, normalizovat emoce, ptát se na pocity, reformulovat;
- Projevit pochopení, přiznat klientovi právo na vlastní pocity;
- Nehodnotit klientovo jednání, nevynášet soudy, nevyzývat k akceptaci situace („to je ve vašem věku, normální, s tím se musíte smířit“);
- Cítit „pro klienta“, ne „s ním“, být soucitný.

Zmocňování klienta:

- Nabízet symetrický vztah;
- Akceptovat klientovo právo na autonomii a sebeurčení (také právo „nic neměnit“), pracovník nemá roli zachránce „za každou cenu“ a toho, kdo vše vyřeší za klienta;
- Informace poskytovat srozumitelně – jednoduchost sdělení, logická uspořádanost, strukturovanost, přiměřená rychlost, artikulace, ověřování pochopení, rekapitulace;
- Nebagatelizovat klientovy problémy, snažit porozumět významu situace pro klienta;
- Vyhybat se radám, pokud se nejedná o praktické rady, a i ty poskytovat pouze, když jsou vyžádané;
- Vycházet z příběhu klienta, nehledat pravdu, nepochybovat o pravdivosti sdělení, nevyšetřovat skutečnosti;
- Nepředjímat situaci klienta (každý senior není chudý a nemocný), senioři také mohou řešit zamilovanost nebo sex;
- Vnímat přiznané duševní nemoci nebo medikaci a citlivě vnímat souvislosti příběhu;
- Neinvalidizovat klienta – toto bylo velkým mediálním tématem v době pandemie, kdy senioři byli opakovaně označováni za nejzranitelnější, rizikovou a bezmocnou skupinu obyvatel.

Řešení situace:

- Povzbuzovat klienta v naději na řešení (nenabízet falešné naděje), podporovat klientova dobrá rozhodnutí;
- Hledání dobré zkušenosti nebo drobného úspěchu v klientově minulosti (pro podporu sebedůvěry a zmocnění);
- Společné hledání řešení – otázky na zdroje v klientově okolí (lidé, služby apod.), nápady a návrhy aktivit, aktivizace podpůrného systému klienta;
- Aktivizaci seniora volit dle jeho aktuálních možností a schopností (kluby, kurzy apod.), poskytnout podpůrné rady pro sebepečí;

- V případě sebevražedných myšlenek dovést k uzavření kontraktu o neublížení si, klientovi je možné nabízet zavolání na linku v případě nutnosti;
- Nabídka opakovaného volání.

Vedení hovoru se seniory, kteří prožívají pocit bezmoci

Pokud na krizovou linku zavolá senior, který trpí pocitem bezmoci nebo zoufalství, nemusí být vždy jeho zakázkou hledání řešení. Někteří klienti svou situaci řešit neumějí, někteří ji řešit nechtějí. Jejich skutečnou zakázkou je navázat kontakt, získat „hromosvod“, sdílet bezmocnost, získat ocenění, rozptýlení apod. Řada klientů s pocitem bezmoci volá opakovaně a může se pokoušet navazovat s pracovníky dlouhodobý vztah. V takových rozhovorech je třeba zaměřit se na klientova skutečná očekávání od rozhovoru a přizpůsobit jim vedení hovoru (Bohatá et al., 2019).

- Navázání kontaktu – bezpečné přijetí klienta; povzbuzení ke sdělení; konkrétní reflexe sděleného (pouhé „hmm“ v tomto případě nestačí); empatické pojmenování emocí; pochopení pro případný ostych.
- Mapování zakázky – klient předkládá problémy, ale ve skutečnosti se jimi možná nechce zabývat; zakázkou může být i prosté lidské přijetí. Vodáčková (2019, citováno v Bohatá et al., 2019) popisuje deduktivní práci se zakázkou, a to v případech, kdy klient očekává přijetí či odmítnutí pozvání do svého „osobního pekla“. Takový kontakt je podle ní náročný na pracovníka, nikoli na techniky TKI. Bývá neúčinné nabízet klientovi, jak se z pekla dostat, ale chvíli s ním v něm setrvat. Je na místě vyjádřit zájem o klienta a úctu k jeho životu. Pracovník musí být schopen klientův stav „unést“.
- Intervence – co nejpřesnější popis klientova stavu a méně parafrázování, aby nedošlo k nepochopení, používání klientova slovníku; představit si klientův popis vnímání situace a jeho sebepojetí; dávat prostor pro jakékoli emoce, respektovat jeho prožívání.
- Nároky na pracovníka – trpělivost; schopnost kontejnování (pozor na předčasné rady, odvádění hovoru jinam); práce s vlastními pocity; dovednost ukončit hovor (nerozvíjet další témata, ošetřit prožitek ztráty kontaktu s možnou nabídkou opakovaného volání).
- Práce s naučenou bezmocností – když klient odmítá aktivizaci, je třeba nejprve akceptovat jej takového, jaký je a pak se zaměřit na zdroje jeho síly, posilovat víru ve vlastní schopnosti a opatrně vracet naději (hledání dřívějších drobných úspěchů). Postupné převedení pozornosti klienta na sféru kontroly lze skrz uvědomění, že alespoň

nějakou kontrolu mít může, a to nad svým prožíváním. Klienta může pracovník také ukotvit v daném dni prostřednictvím krátkodobém plánu. Není vhodné apelovat na jeho aktivitu, připomínat mu slabou vůli, to může prohlubovat jeho pocit neschopnosti.

3.4 Relevantní výzkumy k tématu TKI pro seniory

Pro hledání relevantních výzkumů byly využity především databáze EBSCO a Google Scholar. V nalezených člancích a výzkumných zprávách pak byly kromě samotných textů pročítány i použité zdroje a byly dohledány některé z nich. Jako klíčová slova pro hledání byly zvoleny pojmy jako „crisis intervention“, „elderly or aged or older“, „helpline or hotline or phone“, „counseling“, „helplessness or powerlessness“. Hledání proběhlo i ve zdrojích v českém jazyce. Podařilo se nalézt některé relevantní výzkumy, a i když nejsou většinou přímo zaměřené na témata a postupy telefonické krizové intervence pro seniory, lze je s tímto tématem propojit alespoň v některých aspektech problematiky.

Zajímavé jsou výsledky rešeršní práce B. T. Keuma (2018), který zjišťoval, jak moc se odborné časopisy věnují problematice poradenství seniorům. Autor nejprve uvedl výsledky výzkumu z let 1991–2000, ze kterého vyplynulo, že i přes výzvy k empirické pozornosti seniorům se v časopisech *Journal of Counseling Psychology (JCP)* a *The Counseling Psychologist (TCP)* objevilo jen 2 % článků zabývajících se touto problematikou. Následně proběhl navazující výzkum za období 2001–2015, kdy výzkumníci shromáždili pomocí databáze EBSCO a dalších vyhledávačů opět články ze zmíněných dvou časopisů a časopisu *Counseling Psychology Quarterly (CPQ)*. Zjistili, že studie týkající se poradenství pro seniory zahrnují 1–2 % ze všech článků. Obsahově se tato literatura přesunula z oblasti adaptace na stáří a problémy spojenými s ukončením profesní kariéry více do oblasti duševního zdraví seniorů. Autor tak poukazuje na stálý nedostatek empirických studií týkajících se poradenství pro seniory.

Na britské telefonické lince pro seniory *The Silver Line* proběhlo v letech 2014–2015 rozsáhlé výzkumné šetření na téma osamělosti seniorů. Obsahovalo analýzu relevantních publikací, semi-strukturované rozhovory s pracovníky linky, focus groups, rozhovory s některými uživateli linky a průzkum mezi seniory s využitím nástroje na hodnocení osamělosti. Bylo zjištěno, že u volajících na linku je více než dvakrát vyšší pravděpodobnost, že žijí sami než u osloveného vzorku obecné populace. Pokud jde o míru izolace, tedy frekvenci sociálního kontaktu, výzkum ukázal, že většina volajících má každý týden jen

malý nebo žádný kontakt s přáteli a rodinou. Mezi volajícími jich 21 % nemělo v týdnu před průzkumem žádný kontakt s přáteli nebo rodinou, 46 % mělo kontakt jednou až třikrát a pouze 33 % mělo kontakt více než třikrát. Výzkum také ukázal, že přibližně 80 % volajících se cítí ve špatném zdravotním stavu a trpí dlouhodobým onemocněním nebo zdravotním postižením, kdežto lidé ve shodném vzorku běžné starší populace se takto cítilo jen 60 %. Nejčastějšími okolnostmi volajících seniorů na linku byly nedostupnost rodiny a přátel, jejich ztráta, nedostatek vrstevníků v lokalitě, zdržování se v domácnosti. Z uvedených okolností pak vyplývají potřeby partnerského přijetí, přátelství, podpora a obecně nabourání samoty (Moore et al., 2015). K podobným výsledkům došel i starší výzkum vedený S. Ingramovou, ze kterého také vyplynulo, jak se počet hovorů s problematikou osamělosti volajících zvyšuje od dospívání ke stáří (Ingram et al., 2007).

Při průzkumu provedeném na australské lince Lifeline v roce 2017 bylo zjištěno, že 86 % opakovaně volajících jako hlavní důvod svého zavolání uvedli, že chtějí mluvit o svých pocitech. Tento výsledek je v souladu s výzkumem z roku 2014, kdy bylo zjištěno, že opakovaně volají klienti na linky důvěry především proto, že hledají sociální oporu, mají problémy s duševním nebo fyzickým zdravím. (Middleton et al., 2014, 2017). S osamělostí souvisí také pocit „být pro někoho důležitý“. Stárnutí a pocit postradatelnosti zkoumali v období pandemie nemoci Covid-19 výzkumníci Flett a Heisel (2021) a zjistili, že senioři, kteří se cítí být potřební a užiteční, zároveň vykazují lepší celkovou úroveň životní pohody než ti, kteří mají pocit, že je nikdo nepotřebuje.

Rovněž v Austrálii proběhl v roce 1997 výzkum, kterého se zúčastnili pracovníci telefonické krizové intervence a speciálně proškolení „herci“, kteří pracovníkům telefonovali s různými problémy a následně hodnotili efektivitu poradenství. Z výsledků vyplynulo, že efektivnější poradci se problémy volajících zabývali komplexně, aktivně strukturovali rozhovor tak, aby prozkoumali všechny složky problémové situace a nereagovali jen na problémy, které volající pojmenovali. Vyváženě pracovali s obsahem problému a s pocity volajících. Méně efektivní poradci se zaměřovali především na emoce volajícího a méně na praktické řešení situace. Efektivnější poradci netlačili volajícího do návrhů řešení, spíše trávili značnou dobu zkoumáním zdrojů volajícího. Nejnižší efektivitu přinesly hovory, ve kterých volající přímo sdělil, že se cítí bezmocný a poradce hned začal volajícího vést k řešení situace (Bobevski et al., 1997).

S pocitem bezmoci zcela nepochybně souvisí výzkumy zaměřené na sebevražednost seniorů. Deuter (2013) identifikoval klíčové problémy související se službou telefonické

krizové intervence osobám ve věku 65 a více v sebevražedné krizi. Jako rizikový faktor označil často zmiňovanou depresi. Nejednalo se přímo o depresi diagnostikovanou lékařem, ale spíše verbální popisy jako „náročná bitva“, „prohraný boj“, „úplně sám“ ve spojení s pláčem, smutkem, vztekem a beznadějí. Vyzdvihl také bezmoc, kdy senioři vyjadřovali nejistotu na otázku, co budou dělat teď nebo co budou dělat dál. Dále zjistil, že spíše než nabídky řešení a praktická doporučení volající přijímali proces řešení skrze aktivní naslouchání. Interventi používali např. prozkoumání, ověření, ujištění, porozumění, empatii, zvědavost, normalizaci. Jejich práce spočívala především v tom, že byli vřelí a starostliví, trpělivě dávali prostor pro mluvení, pomáhali volajícímu se zklidnit a jasněji myslet, hledat nové perspektivy. Interventi především budovali vztah, než nabízeli řešení (Deuter et al., 2013).

Sebevražedností seniorů z hlediska jejich nenaplněných potřeb se v České republice zabývala Maliňáková (2015), která zjistila, že nejčastějším tématem v souvislosti se sebevražednými myšlenkami je pocit samoty, a to často v kombinaci se vztahovými problémy v rodině, finančními problémy nebo zdravotními komplikacemi. Významně se také objevila problematika domácího násilí.

V roce 2007 provedla skupina vedená B. Misharou porovnání modelů telefonických intervenčních postupů s praxí v oblasti prevence sebevražd. Z monitorovaných více než 1000 hovorů bylo asi 35 % se suicidální tematikou a jen 7 % volajících starších 55 let, nicméně i tak mohou být výsledky využity pro další rozvíjení práce interventů. Nejčastějšími tématy skupiny nad 55 let byly duševní nemoci, vztahové problémy, osamělost, finanční problémy, psychické problémy, násilí. Porovnávány byly dva modely. Model aktivního naslouchání a objevování řešení a model kolaborativního řešení problému s prozkoumáním problému, prozkoumáním řešení a doporučení pro volajícího. Z výstupů provedené faktorové analýzy byly sestaveny 4 styly intervence. První styl zahrnoval podporující přístup a navázání dobrého kontaktu (podpora, přerámování, nabídka opakovaného volání apod.), druhý styl kolaborativní řešení problému (otázky na problém, zdroje, spouštěče, návrhy řešení apod.), třetí pak styl aktivního naslouchání (reflexe, reformulace, otázky na emoce, zmocňování apod.) a čtvrtý styl zahrnoval přístup „co nedělat“ (dávat rady, poskytovat nevyžádané informace, vyzývat k akci, soudit, hodnotit apod.). Jako výzvu budoucího výzkumu telefonické pomoci vidí autoři v hledání cest pro posouzení dopadů intervence, tedy ověřování účinnosti konkrétních modelů (Mishara et al., 2007).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Téma prožívání seniorů a jejich vyrovnávání se s problémy spojenými se stárnutím je poměrně široké a je bezesporu velmi přínosné, že existují v České republice telefonické linky specializující se na tuto cílovou skupinu. Pracovníci telefonických linek poskytují seniorům poradenství v praktických otázkách spojených se zajištěním zdravotní a sociální péče, pomáhají jim orientovat se v sociálně-právní problematice. Současně jsou tito pracovníci seniorům podporou v tíživých situacích, pomáhají jim nalézt řešení takových situacích nebo dávají prostor pro sdílení svých problémů a poskytují jim obyčejné lidské přijetí. Senioři se obracejí na telefonické linky s celou řadou problémů, které prožívají různým způsobem. Jedním z jejich náročných prožitků je pocit bezmoci, který může být důsledkem různých zdrojů problémů. I když byla seniorská problematika v souvislosti s pandemií Covid-19 viditelnější, než tomu bylo v minulých letech, tak byla zaměřena především na zdravotní ochranu seniorů a témata spojená s osamělostí a izolací. Senioři byli označováni za zranitelné a bezmocné.

Jelikož již třetím rokem pracuji v pozici intervenanta na Lince seniorů, setkávám se při telefonických rozhovorech se seniory s prožíváním pocitu bezmoci. Z pohledu krizové intervence je vcelku dobře zmapovaná problematika bezmoci seniorů nebo obecně dospělé populace spojené se sebevražednými úvahami nebo přípravami (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012). Co naopak lze jen obtížně dohledat, jsou odborné materiály k telefonické krizové práci se seniory, zejména v případech, kdy pocitují bezmoc, ale nevyjadřují suicidální tendence. Při poskytování krizové intervence pracovníci na linkách pro seniory obvykle vycházejí z principů práce s dospělou populací.

Ve své práci bych chtěla identifikovat témata, která jsou zdrojem pocitu bezmoci seniorů, kteří však nijak nenaznačují, že by už chtěli ukončit svůj život. Co mají tito senioři za problémy, které v nich vyvolávají tak tíživý pocit? Je to především osamělost nebo jsou to jiná témata? Jak vedou pracovníci linky s takovými volajícími hovory? Nabízejí řešení nebo útěchu? Informace, získané z tohoto výzkumu, by mohly doplnit současné poznatky týkající se problematiky seniorů. Zároveň by mohly být využity jako podklad pro rozšíření metodiky pro pracovníky Linky seniorů o téma práce se seniory prožívajícími pocit bezmoci.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je identifikovat zdroje pocitu bezmoci seniorů, kteří volají na specializovanou telefonickou linku pro seniory – Linku seniorů, provozovanou společností Elpida, o.p.s. a zároveň získat inventář technik krizové intervence, které využívají pracovníci této linky, aby pocit bezmoci volajících seniorů ošetřili či zmírnili. Výzkumné šetření není zaměřeno na situace spojené se sebevražednou tematikou.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou zdroje pocitu bezmoci seniorů volajících na Linku seniorů?
2. Jaké techniky krizové intervence pracovníci Linky seniorů využívají pro vedení hovoru se seniorem prožívajícím pocit bezmoci?

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Design výzkumu

Vzhledem k cíli výzkumu jsem zvolila design, který vychází z kvalitativní metodologie. Ta umožňuje hlubší zkoumání obsahu získaných dat, identifikaci zkoumaných jevů a jejich kvalitativní vyhodnocení. V kvalitativním výzkumu se jako metody získávání dat obvykle používají dotazování, pozorování a studium dokumentů a fyzických dat (Hendl, 2016). V tomto výzkumném šetření jsou data již fixovaná v podobě písemných záznamů, a tak se bude jednat výhradně o studium dokumentů. Získané informace z kvalitativního výzkumu obvykle nelze zobecnit na celou populaci (Hendl, 2016), nicméně mohou být zajímavým vstupem pro další práci při zkvalitňování služby telefonické pomoci pro seniory.

5.2 Metoda získávání dat

Metodou získávání dat v tomto výzkumném šetření byla analýza písemných dokumentů. Specifičnost práce s textovými dokumenty je hlavně v tom, že data již existují, jsou vytvořená, fixovaná a nemáme vliv na jejich vznik. Není tedy možné ovlivnit podobu dat, nelze již zasahovat do obsahu dokumentů. Nejde tedy v pravém slova smyslu o získávání dat, například jako u rozhovoru nebo pozorování, kdy výzkumník data sám vytváří (Miovský, 2006).

Pro získání dat potřebných pro další zpracování jsem využila již existující textové záznamy z anonymní telefonické linky, specializované na poradenství a podporu seniorům a osobám o seniory pečující. Konkrétně se jedná o Linku seniorů společnosti Elpida. Pracovníci Linky seniorů nabízejí volajícím důvěrný a bezpečný prostor pro sdílení jejich pocitů, provázejí je náročnými životními situacemi, poskytují jim rady v sociálně-právní oblasti a kontakty na další služby a instituce.

K dispozici jsem měla všechny záznamy o rozhovorech pracovníků s volajícími klienty za období 1. 1. 2018 – 31. 12. 2021 (4 roky). Vzhledem k období pandemie Covid-19 jsem se rozhodla rozdělit data na 2 období, a to období 2018–2019 a období 2020–2021. Důvodem tohoto rozdělení byla zvědavost, kdy jsem chtěla zjistit, jestli nemoc Covid-19 přinesla zdroje pocitu bezmoci seniorů, které se před tím neobjevily.

Celkem jsem pro analýzu a zpracování dat měla k dispozici 108 851 záznamů kontaktů volajících na Linku seniorů. Tyto kontakty jsou v databázi členěny podle typu kontaktu, což je kromě typu „hovor“ také například „omyl“, „zavěšení“, „zneužití“, „podaná informace“ a řada dalších.

Každý záznam kontaktu typu „hovor“ má 2 části s pevně danou strukturou. Jedna část záznamu je označování z výběru možností a slouží ke statistickému zpracování. Obsahuje například informace o věkové kategorii volajícího, pohlaví, kraji pobytu, typu řešené problematiky, emoce a prožívání, typ poskytnuté služby, doporučení na návazné služby a spokojenost klienta s hovorem. Jelikož Linka seniorů je naprosto anonymní, jsou některé informace zaznamenané pracovníkem výsledkem jeho odhadu (např. věková kategorie) nebo některé statistické informace chybí. Pokud klient sám nesdělí např. že volá z Brna, pracovník se ho nijak nedoptává. Druhou částí záznamu kontaktu je popis kontaktu. Pracovník zde formou volného sdělení zaznamená téma hovoru, zakázku klienta, důležité části jeho příběhu, podpůrné zdroje klienta, prožívání klienta a použité intervence nebo doporučení.

Vzhledem k nemožnosti získat souhlas klientů pro zveřejnění jejich záznamů, byť v anonymizované podobě, nemohu zde uvést záznam konkrétního hovoru. Po dohodě s vedoucí Linky seniorů uvedu fiktivní záznam kontaktu tak, aby obsahově odpovídal možnému záznamu, ale neobsahoval žádné údaje vedoucí ke ztotožnění se skutečným záznamem.

Ukázka záznamu kontaktu s klientem volajícím na Linku seniorů:

Ž, sděluje, že si podala žádost do domova důchodců. Podala ji za ni sociální pracovnice, ale pokud to bude zvládat doma, tak tam nemusí. Nechce opustit svůj domov, v DS to bude špatné... jak to zvládá teď? Sehнала si pečovatelky, budou teď nově chodit 3x týdně po hodině... Vyjadřuji radost a ocenění, že si podporu našla a sama zorganizovala... Volající pak přeskakuje z tématu na téma, co všechno nefunguje, jak jí nikdo nechce pomoci... Dávám prostor pro ventilaci, reflektuji hodně témat, která posilují smutek, klientka zní zoufale... Reflektuji situaci a vracím k ní... pocity depresivní, činnosti: leží na posteli, ještě dnes nevstala... Jaký má plán? Odpoledne půjde na zahradu... Podporuji. Zpět k DS, kl. má obavu, že to tam bude horší než doma, vyjmenovává důvody... přerámovávám, hledáme spolu i to, proč by to mohla být změna k lepšímu... volající přitakává "to máte pravdu, ale..."... podpora v sebepěči, zarámování, mapování, co by teď potřebovala... děkuje za vyslechnutí a sama se loučí.

Přenesením všech záznamů typu „hovor“ za období 2018–2019 a za období 2020–2021 z pracovní databáze do tabulek MS Excel byla data získána a připravena k dalšímu zpracování.

5.3 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou tohoto výzkumného šetření jsou senioři volající na linky telefonické pomoci a prožívají pocity bezmoci. V teoretické části práce je uvedeno, že vymezení pojmu senior není zcela jednotné a ani telefonické linky specializující se na cílovou skupinu seniorů nekategorizují seniora stejně. Jelikož výzkumný soubor jsem získala na Lince seniorů, budu tedy vycházet z vymezení seniorů v souladu s vymezením této telefonické linky. Seniořem je v souboru pro výzkum osoba starší 50 let, u které proběhl kontakt typu „hovor“ na Lince seniorů a byl delší než 3 minuty. Vzhledem k výše uvedenému se jedná o záměrný (účelový) výběr přes instituce (Miovský, 2006), což znamená, že vyhledávání účastníků, kteří splňují určité kritérium, probíhá prostřednictvím organizace, která poskytuje služby cílové skupině výzkumu. Výběr tak samozřejmě může být zkreslen tím, že získáme informace pocházející jen od těch příslušníků zkoumané cílové skupiny, kteří tuto organizaci kontaktovali.

Při získávání konečné podoby výzkumného souboru jsem postupovala následujícím způsobem. Z celkového počtu 108 851 záznamů (kap. 5.2) jsem pomocí filtru kontaktů typu „hovor“ získala 40 055 záznamů hovorů. Vzhledem k cílům výzkumu jsem použila další filtr, kterým jsem chtěla získat relevantní hovory ke zkoumanému jevu. Z databáze jsem vyčlenila takové hovory, které obsahovaly ve svém záznamu klíčové slovo „bezmoc“ nebo „zoufal“ a získala tak 1276 záznamů. Z tohoto souboru jsem pak podle unikátního číselného označení záznamů odstranila duplicitní záznamy a také záznamy některých opakovaně volajících klientů, kteří přinášejí stále stejnou zakázku a témata, aby analýza mohla proběhnout efektivně. Pro analýzu záznamů jsem potom pracovala s výběrovým souborem o velikosti 792 textových záznamů.

5.4 Metoda zpracování a analýzy dat

Jako metodu zpracování dat jsem využila tematickou analýzu, což je metoda identifikace témat a vzorců v kvalitativních datech. Je to metoda poměrně pružná, není vázána na žádnou teorii a její užití umožňuje detailní a komplexní zprávu o datech. V rámci analýzy popisujeme a organizujeme získaná data tak, že se s nimi nejprve seznámíme, provedeme první kódování, vyhledáme témata, následně je znovu propracujeme a charakteristicky pojmenujeme (Hendl, 2016).

Při analýze dat jsem také využila některé přístupy a prvky ze zakotvené teorie. Nepokoušela jsem se při zpracování data zařadit do předem připravených kategorií, k čemuž

mě zpočátku sváděla myšlenka na teorie potřeb, ale pokusila jsem se naopak vykonstruovat vlastní kategorie. Podle Hendla (2016) kvalitativní výzkumník nevytváří skládku, u níž ví, jak má na konci vypadat, ale vytváří obraz tak, jak interpretuje, co vidí. Vytváření vlastní teorie s použitím zakotvené teorie vychází právě z pevného zakotvení v datech, čímž je jiná než teorie vytvářené intuitivně nebo spekulativně (Řiháček et al., 2013).

Podle Strauss & Corbin (1999) platí, že „*analyzování je ve skutečnosti interpretování*“. Podle přístupu zakotvené teorie přicházíme do výzkumné situace vybaveni určitými teoretickými znalostmi a je třeba si je uvědomovat. Na druhou stranu není podle autorů žádoucí být seznámen s většinou teorií, protože při efektivní analýze se vynoří i nové kategorie a není vhodné svazovat tvořivost předpokladem, jakou podobu má mít výsledek.

Pro analýzu dat jsem využila dva typy kódování. Otevřené kódování, tedy prvotní procházení textu a označování určitých témat. Postup otevřeného kódování vypadá tak, že při procházení textu si u jednotlivých částí textu klademe otázku, o co se jedná a přidělíme jim v podstatě název – kód. Narazíme-li v textu na část, kterou je možné nazvat stejně, přiřadíme ji ke stejnému kódu. Je-li jiná, vytvoříme nový kód. Následně probíhá kategorizace, tedy seskupování pojmů do nadřazených kategorií, které se zdají být příslušné stejnému jevu (Strauss & Corbin, 1999). Dále jsem použila axiální kódování, tedy hledání propojujících prvků některých kategorií.

Vyhodnocování dat probíhalo až do okamžiku teoretické saturace. To znamená, že jsem analyzovala jednotlivé záznamy jdoucí za sebou tak dlouho, dokud se nepřestaly objevovat žádné nové kategorie a další kódování nepřinášelo další nové informace. (Hendl, 2016; Řiháček et al., 2013).

V tomto výzkumu se jedná především o tematickou analýzu dat, kdy je výstupem hlavně seznam a popis několika témat a jedná se primárně o kategorizaci. Metoda zakotvené teorie se snaží v datech hledat alespoň základní proces, který z dat vyplývá, nicméně v praxi je zcela legitimní využít jen některé aspekty zakotvené teorie (Řiháček et al., 2013).

Pro analýzu dat, vytváření kategorií a hledání základních vztahů mezi kategoriemi jsem používala software ATLAS.ti 22.

5.5 Etické hledisko a ochrana soukromí

Všechny textové záznamy rozhovorů klientů volajících na Linku seniorů s pracovníky linky jsou směrem ke klientům anonymizované. V žádném ze záznamů nejsou uvedeny identifikační údaje klienta, a to ani v případě, že je v hovoru uvede. Veškeré informace o věkové kategorii volajícího, pohlaví, lokalitě, typu řešené problematiky, emocích a prožívání, typu poskytnuté služby, doporučení na návazné služby a spokojenosti klienta s hovorem jsou údaje, které slouží výhradně pro potřeby statistického zpracování a nemohou vést k identifikaci konkrétních osob. Využití záznamů hovorů Linky seniorů k anonymní analýze schválila odpovědná vedoucí Linky seniorů.

Jelikož nebylo možné získat souhlas klientů se zveřejněním, byť anonymizovaných ukázek, je v kapitole 5.2 ukázka záznamu fiktivního rozhovoru, kterou jsem vytvořila na základě své praxe na Lince seniorů tak, aby formou zpracování odpovídala skutečným záznamům a poskytla čtenáři představu o podobě záznamu hovoru na Lince seniorů. U každého záznamu kontaktu je uvedeno jméno pracovníka, který hovor vedl. Tato jména nebyla součástí analyzovaného textu a v žádném případě nebylo mým záměrem zabývat se ve výzkumném šetření prací konkrétních pracovníků. Ze zveřejněných výsledků výzkumu nelze v žádném případě ztotožnit konkrétního pracovníka s uvedenými intervencemi směrem ke klientům.

6 PRÁCE S DATY A JEJICH VÝSLEDKY

Na základě analýzy dat jsem identifikovala celou řadu témat, která se jevila jako příčiny pocitu bezmoci volajících na Linku seniorů. Vzhledem k tomu, že v posledních dvou letech se z důvodu pandemie koronaviru mohla témata krizových situací seniorů změnit, zpracovala jsem výsledky odděleně za dvě časová období. Prvním obdobím jsou roky 2018–2019 a druhým obdobím jsou roky 2020–2021. Používané intervence ze strany pracovníků linky jsem identifikovala za obě období současně, protože jsem v jednotlivých obdobích nenalezla intervenci, která by byla unikátně zastoupena pouze v jednom ze zkoumaných období.

Všechny textové záznamy určené pro analýzu a zpracování jsem ze souboru MS Excel převedla do dokumentu MS Word. Vznikly tak dva soubory dokumentů, jeden soubor záznamů za období 2018–2019 a druhý soubor záznamů za období 2020–2021. Následně jsem soubory exportovala do programu určeného pro kvalitativní analýzu ATLAS.ti 22. vytvořila jsem dva projekty, jeden k tématu zdrojů pocitů bezmoci a jeden k tématu používaných intervencí. S daty jsem pracovala v několika krocích.

Analýza zdrojů pocitu bezmoci

Nejprve jsem pročetla záznamy a tam, kde byla témata hovorů jasně identifikovaná, opatřila jsem část textu kódem. V případech shody tématu v dalších záznamech jsem použila stejný kód. Když jsem se začínala cítit jistější při hledání výstižných názvů-kódů, vrátila jsem se na začátek a začala kódovat záznam po záznamu, a to tak dlouho, až další pročené záznamy negenerovaly žádné nové kódy.

V souboru za období 2018–2019 jsem vytvořila celkem 164 kódů. Analyzovala jsem 120 záznamů hovorů. Od 79. analyzovaného hovoru se nové názvy kódů objevovaly už jen zřídka a od 102. hovoru se až do 120. hovoru neobjevil nový název, proto jsem v tomto místě kódování ukončila a považovala za saturevané. Celkově jsem získala 47 tematicky různých kódů.

V souboru za období 2020–2021 jsem vytvořila celkem 203 kódů. Analyzovala jsem 130 záznamů hovorů. Od 92. analyzovaného hovoru se objevily 2 nové názvy kódů

až do 112. hovoru a v dalších hovorech už se nové názvy neobjevily až do 130. hovoru, kdy jsem analýzu ukončila jako saturovanou. Celkově jsem získala 61 tematicky různých kódů.

V obou souborech za obě období jsem při analýze vybírala ze společného seznamu kódů (pokud jsem nevytvořila zcela nový kód). Celkový počet tematických kódů tedy není součtem kódů v obou souborech. Celkový počet názvů kódů je 73.

V dalším kroku jsem hledala možné společné tematické prvky mezi jednotlivými kódy a vytvářela nadřazené tematické kategorie, které jsem pojmenovávala tak, aby co nejvíce vystihovaly obsahující kódy. Celkem jsem vytvořila 16 kategorií.

V poslední fázi analýzy jsem se vrátila zpět ke kódovaným částem textu, sledovala výskyt více kategorií v rámci jednoho hovoru a hledala možné souvislosti mezi kategoriemi, některé kategorie jsem při opakovaném zkoumání změnila nebo přeskupila.

Analýza intervencí používaných pracovníky

První fáze analýzy proběhla stejně jako v předešlém případě. Rozdíl byl pouze v tom, že jsem analyzovala záznamy hovorů přímo za celé období 2018–2021. V celém souboru jsem vytvořila celkem 381 kódů. Analyzovala jsem celkem 110 záznamů hovorů. Od 60. záznamu se nové názvy kódů objevovaly už jen výjimečně a od 82. hovoru se již nový název kódu neobjevil, proto jsem analýzu u 110 záznamu ukončila jako saturovanou. Celkově jsem získala 81 různých názvů kódů.

V dalším kroku jsem opět hledala spojující společné prvky mezi kódy a vytvořila nadřazené kategorie, které jsem pojmenovávala tak, aby vystihovaly podstatu provedené intervence. Celkem jsem vytvořila 19 kategorií.

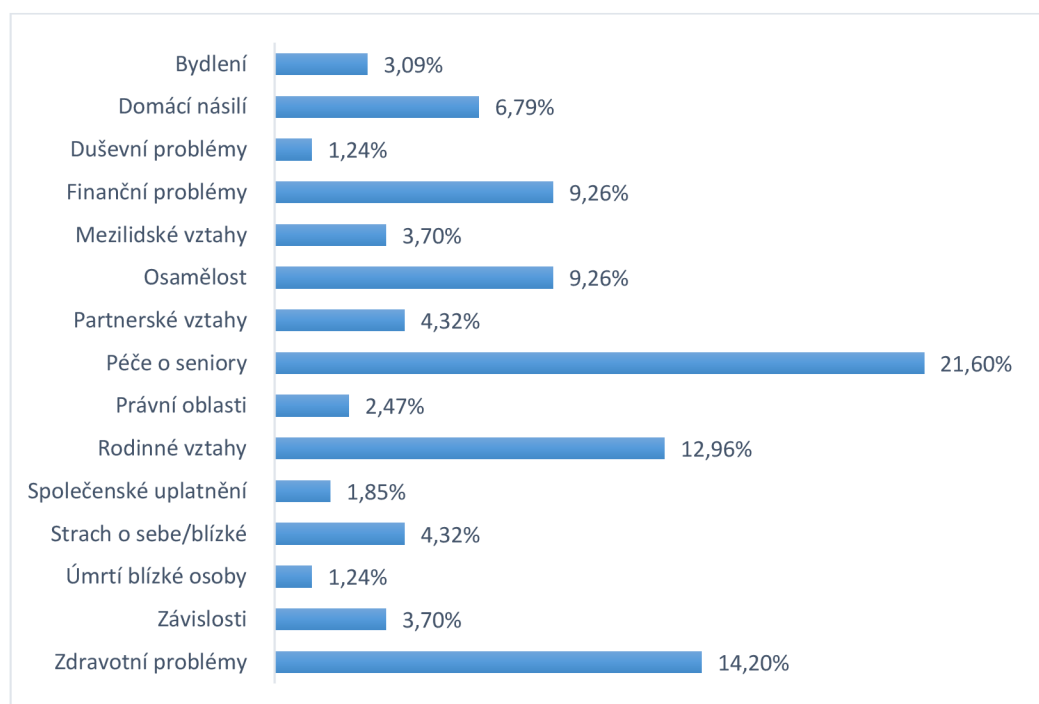
V poslední fázi analýzy jsem se také vrátila zpět ke kódovaným částem textu a vyhledávala možné souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi.

6.1 Výsledky zpracování dat za jednotlivá období

Výsledky zpracování dat za období 2018–2019

Dále v textu jsou seřazeny jednotlivé kategorie podle počtu výskytu v analyzovaných datech. Nejedná se o kvantitativní výzkum, a tak uvedené absolutní počty nebo procenta mají pouze ilustrativní funkci. Jednotlivé kategorie považují za nominální. Toto platí ve všech následujících kapitolách týkajících se výsledků zpracování dat.

Obrázek 1: Zdroje pocitu bezmoci – výsledky zpracování dat za období 2018–2019



Nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci se objevovala kategorie **Péče o seniory**, celkem ve 35 případech (přibližně 22 %). Tato kategorie zahrnovala nejčastěji problémy spojené s vyčerpáním péči o partnera/partnerku nebo o rodiče (14 případů), s fyzickým omezením při sebezpečí (9 případů), a v menší míře pak nedostatečná péče zdravotníků (3 případy), v pobytových zařízeních (3 případy) či ze strany rodiny (3 případy). V méně než 3 případech se objevila nedostatečná zdravotní domácí péče, kapacitní nedostupnost umístění v domově pro seniory nebo nedobrovolná hospitalizace.

Druhým nejčastějším zdrojem pocitu se bezmoci byla kategorie **Zdravotní problémy**, celkem ve 23 případech (přibližně 14 %). Tato kategorie zahrnovala především pocit bezmoci zmírnit fyzickou bolest (9 případů), dlouhodobou nemoc spojenou s bolestí (7 případů), imobilita (3 případy) a po jednom výskytu pak chybějící léky nebo nevolnost z léků a problémy se zrakem.

Třetím nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci byla kategorie **Rodinné vztahy**, celkem ve 21 případech (téměř 13 %). Rodinné vztahy zahrnovaly především mezigenerační názory na výchovu (5 případů) a vnímané nepřátelství snachy nebo zetě (5 případů), v menším počtu se jednalo o nezájem ze strany potomků (3 případy), omezování kontaktu s vnoučaty (2 případy), vztahy s dětmi po rozvodu rodičů (2 případy), hrubé chování ze strany potomků (2 případy), a také okrádání dětmi (2 případy).

Dále se pak objevují kategorie **Osamělost** a **Finanční problémy** (obě kategorie více jak 9 %). Osamělost, která byla nalezena v 15 případech, se buď objevila jako explicitně zmiňovaná (12 případů) nebo ji bylo možné odvodit z témat týkajících se pocitu zbytečnosti a neužitečnosti (3 případy). Finanční problémy, celkem v 16 případech, zahrnovaly především nedostatek financí na provoz domácnosti a péči o vlastní osobu (11 případů), případně se jednalo o zatížení dluhy a exekucemi (5 případů).

V 11 případech bylo zdrojem bezmoci probíhající **Domácí násilí** (téměř 7 %), zastoupené jak násilným chováním mezi partnery (6 případů), tak násilným chováním potomků na rodičích (5 případů).

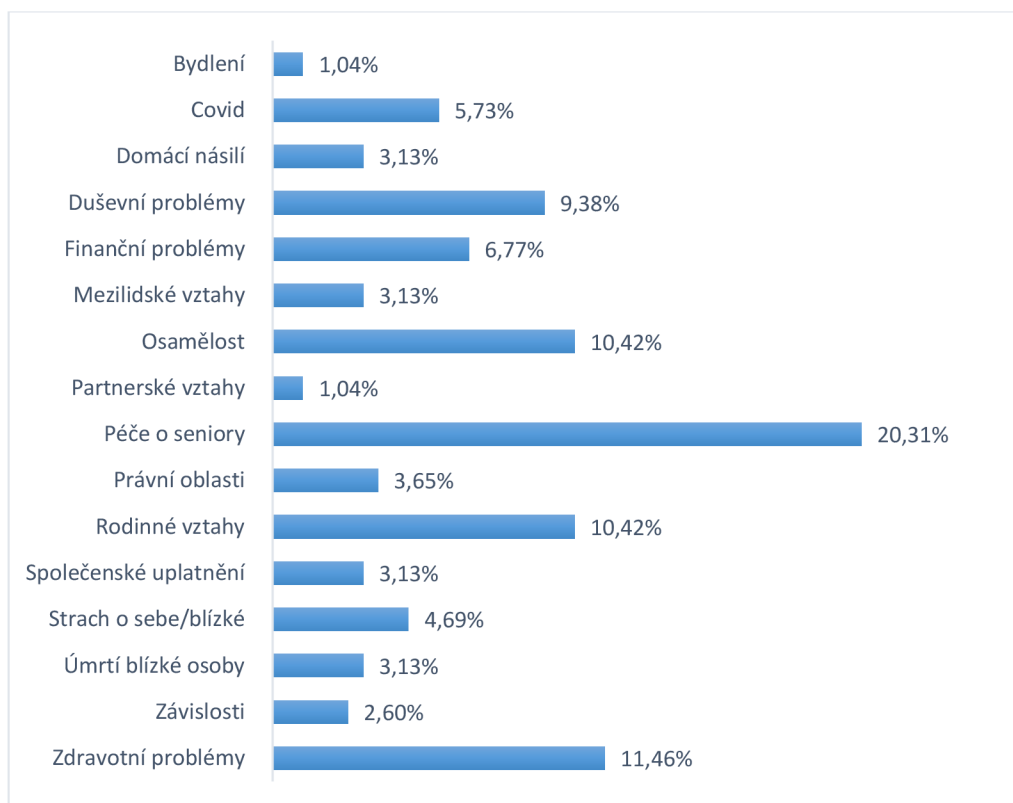
V menší míře (kolem 3–4 %) byly zastoupeny kategorie **Partnerské vztahy** (7 případů), které se týkaly hlavně konfliktů mezi partnery, dále **Strach o sebe nebo blízké** (7 případů), který se týkal především strachu z možné nemoci nebo starost o děti či sourozence bez možnosti jim aktivně pomoci. Pocity bezmoci v kategorii **Mezilidské vztahy** (6 případů) se týkaly především sousedských sporů a neshod mezi vrstevníky. Kategorie **Závislosti** (6 případů) se týkaly především nadužívání alkoholu partnera. V kategorii **Bydlení** (5 případů) se nejčastěji objevovala témata spojená s nevyhovující kvalitou bydlení.

V méně než 2,5 % případů byly identifikovány kategorie **Právní oblasti** týkající se především nedořešených občansko-právních sporů (4 případy), **Společenské uplatnění** v důsledku snížení kompetentnosti a schopnosti reagovat na rozvíjející se technologie (3 případy), **Duševní problémy** spojené zejména s komplikacemi života s duševní nemocí (2 případy) nebo **Úmrtí blízké osoby** (2 případy).

Výsledky zpracování dat za období 2020–2021

I v tomto případě jsou seřazeny jednotlivé kategorie podle počtu výskytu v analyzovaných datech, avšak uvedené četnosti mají opět pouze ilustrativní funkci a jednotlivé kategorie považují za nominální.

Obrázek 2: Zdroje pocitu bezmoci – výsledky zpracování dat za období 2020–2021



V tomto období se jako nejčastější zdroj pocitu bezmoci stejně jako v předchozím období objevila kategorie **Péče o seniory**, celkem v 39 případech (přibližně 20 %). V této kategorii byl nejčastější výskyt témat spojených s fyzickým omezením v sebezpečí (9 případů) a nespokojeností s kvalitou poskytované lékařské péče (9 případů). Objevovalo se také vyčerpání péčí o partnera nebo rodiče (8 případů). V souvislosti s Covidem se senioři potýkali s nedostatkem kapacit pečovatelských služeb (5 případů). Dále vyplynula témata nespokojenosti s péčí v pobytových zařízeních (4 případy), a v menší míře (2 a méně případů) pak nedostatečná péče ze strany rodiny, strach z nedostatku péče v době Covidu, nevyhovující služby domácí péče a nedobrovolná hospitalizace.

Druhým nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci byla kategorie **Zdravotní problémy**, a to ve 22 případech (více než 11 %). V této kategorii se nejčastěji objevovaly problémy spojené s dlouhodobou nemocí (9 případů), imobilitou (6 případů) nebo akutní fyzickou bolestí (5 případů). Po jednom případě se objevily potíže spojené s nedostatkem léků a úbytkem fyzických i duševních sil v souvislosti se stárnutím.

Třetí nejčastější zdroje pocitu bezmoci zahrnovaly kategorie **Osamělost** a **Rodinné vztahy**, obě ve 20 případech (obě kategorie přes 10 %). Osamělost, která byla nalezena ve 20 případech byla buď explicitně zmiňovaná (16 případů) nebo se týkala pocitu neužitečnosti

a zbytečnosti (4 případy). V uvedených rodinných vztazích (20 případů) dominovalo téma nezájmu potomků (9 případů) nebo nevděčného chování potomků (4 případy), dále se objevilo téma konfliktů v rodině (4 případy), ve 2 a méně případech se objevilo finanční zneužívání ze strany potomků, nátlak k přepisu nemovitostí nebo nevhodného chování po darování nemovitosti. Objevilo se i omezování kontaktu prarodičů s vnoučaty nebo nevhodné chování ze strany snachy nebo zetě.

Celkem v 18 případech (přes 9 %) se objevila kategorie **Duševní nemoci**, která zahrnuje především volající s bludnými produkcemi (7 případů), trpícími jinou duševní nemocí (6 případů) nebo na sobě pozorují poruchy paměti (5 případů).

Ve 13 případech (téměř 7 %) byla identifikovaná kategorie **Finanční problémy**, které zahrnovaly především nedostatek financí na provoz domácnosti a péči o vlastní osobu (11 případů), dále také zatížení dluhy a exekucemi (2 případy).

V celkem 11 případech (necelých 6 %) se objevily obavy spojené s nemocí **Covid-19**, zejména strach ze samotné nákazy (8 případů), také izolace a zajištění nezbytné pomoci.

V 9 případech (necelých 5 %) se objevila kategorie **Strach o sebe a své blízké**, který zahrnoval především nemožnost pomoci s problémy potomkům a starost o ně (4 případy) nebo strach z vážného onemocnění (3 případy). V 1 případě se objevila starost o jiné blízké a také téma ukončené léčby vážné nemoci.

Dále se objevovala kategorie **Právní oblasti**, celkem v 7 případech (téměř 4 %), a to v oblasti nedořešených občansko-právních sporů nebo v případech okradení a obav o majetek.

V menší míře (kolem 3 %) se pak objevily kategorie **Domácí násilí** mezi partnery a ze strany potomků (6 případů), **Mezilidské vztahy** (6 případů), především v rámci sousedských sporů, dále pak **Společenské uplatnění** (6 případů), spojené hlavně se ztrátou kompetencí, dále **Úmrtí blízké osoby** (6 případů) a **Závislosti** (5 případů).

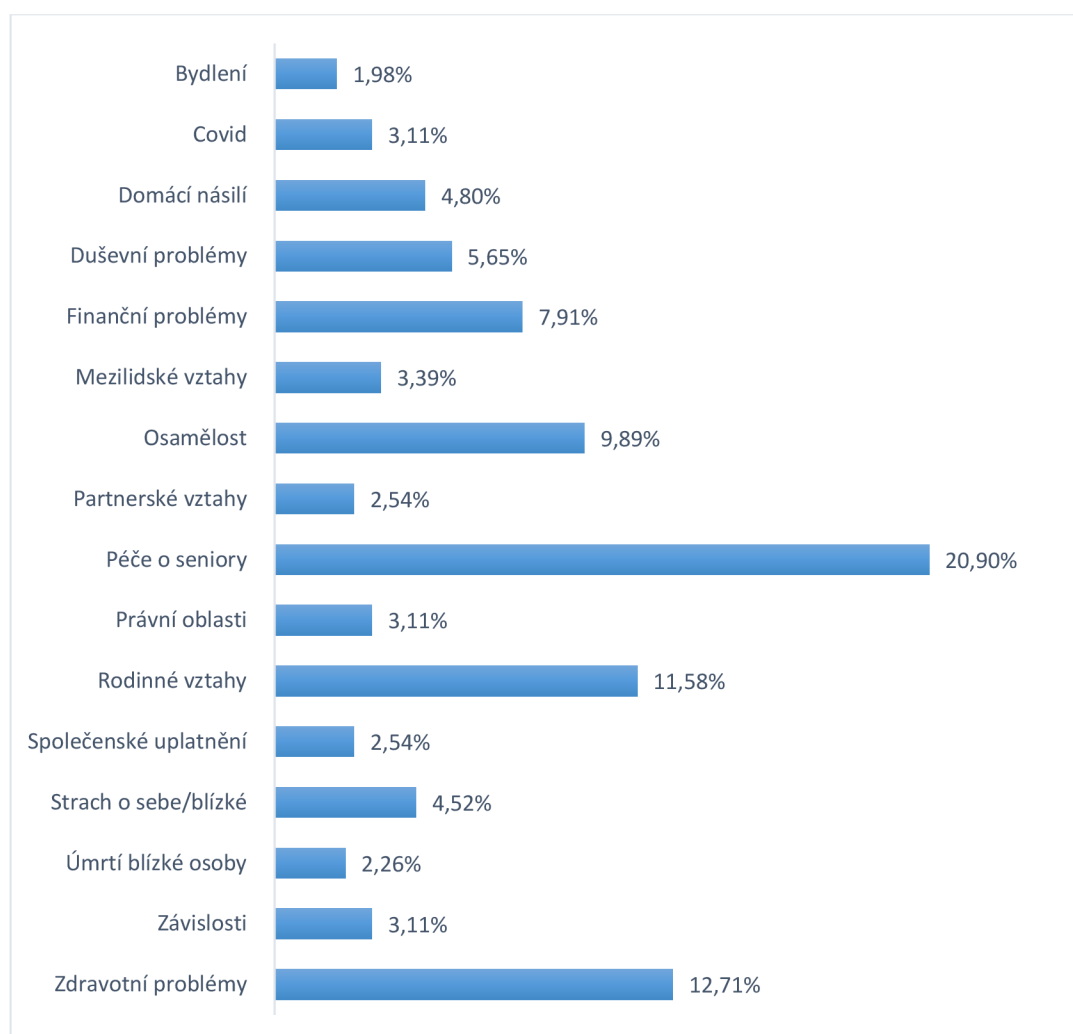
V podílu 1 % se objevovaly kategorie **Bydlení** (2 případy), které bylo buď nevyhovující nebo se jednalo o ztrátu bydlení, a také kategorie **Partnerské vztahy** (2 případy).

6.2 Celkové výsledky za období 2018–2021

Zdroje pocitu bezmoci

Z výsledků obou období lze zjistit, že zdroje pocitu bezmoci se objevily stejné nebo alespoň velmi podobné. Pouze v období pandemie nemoci **Covid-19** je patrný výskyt pocitu bezmoci způsobený strachem z tohoto onemocnění (8 případů) nebo absencí potřebných služeb a péče.

Obrázek 3: Zdroje pocitu bezmoci – celkové výsledky zpracování dat za období 2018–2021



V obou obdobích dohromady byla nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci kategorie **Péče o seniory**, celkem v 74 případech (téměř 21 %). Tato kategorie je poměrně rozsáhlá dílčími tématy, nejčastěji se objevovala témata spojená s vyčerpáním péči o partnera, také péči o rodiče (21 případů), dále fyzickým omezením v sebepéči (18 případů) nebo nedostačující lékařskou péčí (9 případů). V době pandemie Covid-19 se objevovalo téma nedostatečných kapacit terénních sociálních služeb (5 případů).

Druhým nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci byla kategorie **Zdravotní problémy**, ve 45 případech (téměř 13 %), z velké části zastoupená tématy dlouhodobých nemocí spojenými s fyzickou bolestí (17 případů), dále akutní bolestí (14 případů) nebo imobilitou (9 případů), která se více projevila v období pandemie Covid-19. Více než ojediněle se objevil pocit nemožnosti dostat se k potřebným lékům (3 případy).

Třetím nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci byla kategorie **Rodinné vztahy**, ve 41 případech (11,5 %), nejčastěji sycená tématy nezájmu nebo projevy nevděku potomků (18 případů), která byla viditelnější v době pandemie Covid-19. Objevily se konflikty v rámci rodiny (9 případů), z toho v 5 případech vznikající z rozdílných názorů na výchovu dětí mezi generacemi. Objevily se také stížnosti na špatné chování ze strany partnerů a partnerek potomků (6 případů). V menším zastoupení se objevila témata finančního zneužívání ze strany potomků (4 případy) nebo omezování kontaktu s vnoučaty ze strany rodičů (3 případy).

Čtvrtým nejčastějším zdrojem pocitu bezmoci byla kategorie **Osamělost**, ve 35 případech (necelých 10 %). Přičemž explicitně zmiňovaná osamělost, tedy absence sociálních kontaktů byla zmíněna v 28 případech, z toho v 16 případech v době pandemie Covid-19. Dále byla zastoupena vyjadřovaným pocitem zbytečnosti a neužitečnosti nebo fixací na domácího mazlíčka (7 případů).

Další kategorií jsou pak **Finanční problémy**, ve 28 případech (téměř 8 %), které se týkají především nedostatku finančního příjmu (23 případů), dále pak zatížení dluhy a exekucemi.

V zastoupení kolem 5 % a méně se pak nacházejí kategorie: **Duševní problémy** (20 případů), zahrnující především různá psychiatrická onemocnění, často provázená bludnými produkcemi (16 případů) nebo starosti s poruchou paměti; **Domácí násilí** (17 případů), a to jak ze strany partnera, partnerky či potomků; **Strach o sebe a své blízké** (16 případů), ve kterém se nejčastěji objevuje strach z potenciální vážné nemoci nebo nemožnost pomoci svým dětem; **Mezilidské vztahy** mimo rodinu (13 případů), které zahrnovaly především neřešitelné sousedské spory (9 případů) či neshody s vrstevníky; **Právní oblasti** (11 případů), jež zahrnovaly především vleklé občansko-právní spory (5 případů), dále pak okradení nebo obavy o zabezpečení majetku v době hospitalizace; **Závislosti** blízkých (11 případů), především na alkoholu; **Partnerské vztahy** (9 případů), které zahrnovaly především dlouhotrvající konflikty mezi partnery; **Společenské uplatnění**

(9 případů) je kategorie, ve které se objevuje postupná ztráta kompetencí, úpadek hodnot ve společnosti nebo nedostatečná orientace v technologiích; **Úmrtí blízké osoby** se objevilo v 8 případech; **Bydlení** (7 případů) zahrnovalo především problémy s nevyhovující kvalitou bydlení, případně jeho ztrátou.

Osamělost jako zvláštní kategorie

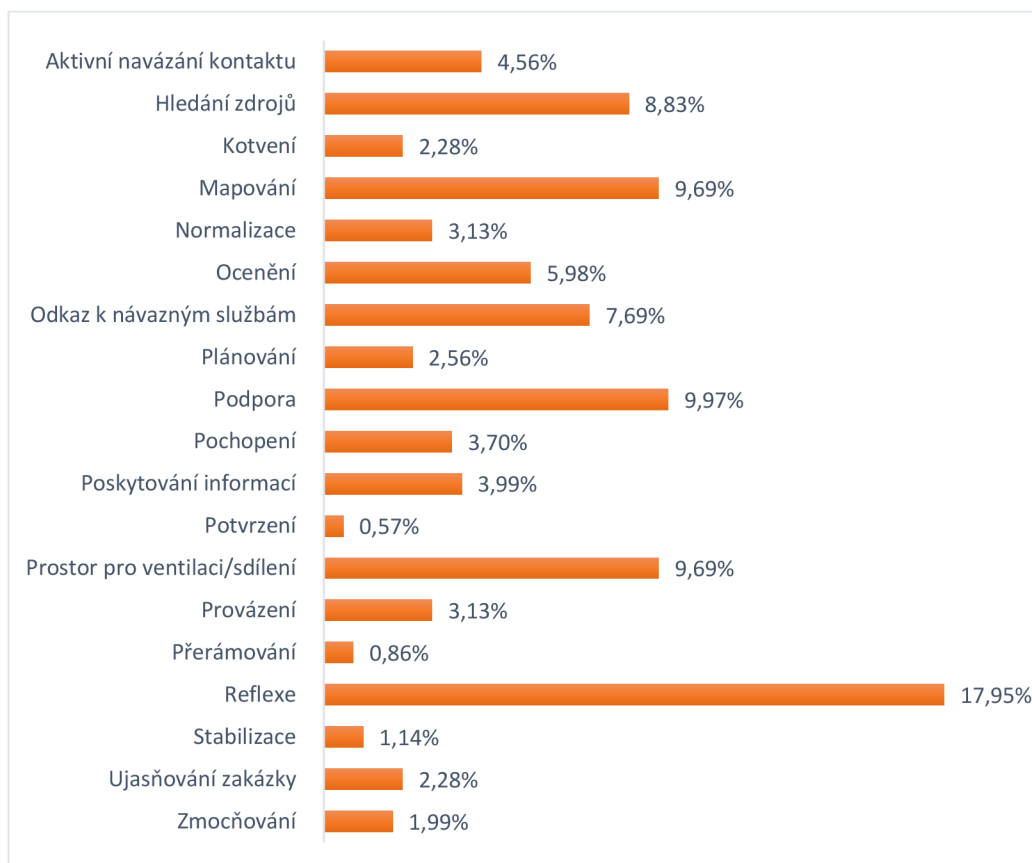
Při hledání vztahů mezi jednotlivými kategoriemi jsem v záznamech, kde se objevovalo více různých kódů, hledala souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi. Osamělost, která se vyskytovala jak izolovaně, tak v souvislosti s jinými kategoriemi, se ukázala jako jev, který může nastávat jako důsledek existence dalších kategorií. Kolem osamělosti se formovala skupina témat, která by mohla naznačovat, že osamělost sama o sobě nemusí být vždy zdrojem pocitu bezmoci. Osamělost se vyskytovala v záznamech, kde se v přímé souvislosti často objevovala také následující témata:

- Dlouhodobá nemoc nebo fyzická bolest;
- Omezená schopnost sebepečce nebo imobilita;
- Nezáměr nebo nevděk potomků;
- Pocit zbytečnosti nebo neužitečnosti;
- Konflikty v rodině, mezi vrstevníky;
- Vyčerpání péči o blízkou osobu;
- Mezigenerační neshody v názorech na výchovu potomků.

Používané intervence

Jelikož jsem při prvním čtení záznamů nezaznamenala žádné speciální postupy při práci s klienty s pocitem bezmoci v období pandemie Covid-19, provedla jsem vyhodnocení používaných technik nezávisle na tom, zda se jednalo o období před pandemií nebo po jejím začátku. Celkem jsem zaznamenala 351 intervencí, které jsem opatřila kódy a pak seskupila do kategorií, jejichž názvy vyjadřují podstatu techniky nebo postupu práce pracovníka. Jednotlivé kategorie jsem seřadila podle počtu výskytů ze všech analyzovaných záznamů.

Obrázek 4: Používané intervence – celkové výsledky zpracování dat za období 2018-2021



Nejčastěji, celkem v 62 případech (téměř 18 %), se objevily intervence kategorie **Reflexe**. Tato kategorie zahrnuje především reflexi emocí a pocitů volajícího (26 případů), dále reflexi situace a její náročnosti (17 případů), reflexi sděleného (8 případů) a reflexi reakce „ano, ale“ na nabízené možnosti řešení (8 případů). V menší míře pak zrcadlení pocitů a reflexi toho, že pracovník sám již nemá žádný použitelný nápad pro řešení situace.

V celkem 35 případech intervencí (10 %) je zastoupena kategorie **Podpora**. Do této kategorie je zahrnuta nabídka opakovaného volání na linku (15 případů), podpora klienta v sebepěči (13 případů) a v menší míře je pak zastoupena podpora v řešení situace a nabídka či doporučení pro konkrétní řešení problému (7 případů).

Po 34 případech (necelých 10 %) byly zastoupeny kategorie intervencí **Mapování** a **Prostor pro ventilaci**. Mapování se týkalo hlavně detailního prozkoumání aktuální situace klienta (11 případů), co největší konkretizace problému (7 případů), zjišťování aktuálního emočního stavu klienta a jeho pocitů (6 případů), mapování dostupné sociální sítě (5 případů) a zkoumání již vyzkoušených možností řešení (4 případy). Probíhalo rovněž mapování počátku změny situace, bezpečí klienta, jeho obav a přání. Prostor pro ventilaci zahrnoval především prostor pro vyjádření emocí a pocitů (14 případů), dále pak ventilační

vyprávění příběhu, sdílení myšlenek, tedy jakési „vypovídání se“ (13 případů), také ventilační popis zdravotního stavu (7 případů).

Další používanou intervencí je **Hledání zdrojů klienta**, a to ve 31 případech (téměř 9 %). Ve větší míře se jedná o hledání vnějších zdrojů (19 případů), o něco méně je pak výskyt hledání vnitřních zdrojů klienta (12 případů).

V rámci řešení situace se pak objevila kategorie **Odkazování na návazné služby**, celkem ve 27 případech (8 %). Nejčastější byl výskyt doporučení kontaktu s lékařem (7 případů), dále kontaktu sociálního odboru (6 případů) nebo občanské poradny v právních otázkách (6 případů) či kontaktování konkrétní sociální služby (6 případů). Ze strany pracovníka ojediněle proběhlo i doporučení kontaktu dluhové poradny nebo policie.

V celkem 21 případech (6 %) se objevilo **Ocenění**. Nejčastěji se jednalo o ocenění za snahu řešit problém a za již provedené kroky vedoucí k řešení (13 případů). Následovalo ocenění za aktivní nalezení podpory včetně zavolání na linku (8 případů).

Kategorie **Aktivní navázání kontaktu** se vyskytla v 16 případech (4,5 %) a zahrnovala především nabídku prostoru pro sdílení (10 případů) a povzbuzení k využití společného kontaktu (6 případů).

V celkem 14 případech (4 %) byla zastoupena kategorie **Poskytování informací**. Jednalo se o informace z řady oblastí, například informace o sociálních dávkách, základní právní informace, základní informace o lécích nebo různých vyšetřeních apod.

Ve 13 případech (téměř 4 %) se objevila kategorie **Pochopení**, která zahrnovala pochopení pro pocity klienta (9 případů) a pochopení pro náročnost jeho situace (4 případy).

V 11 výskytech (3 %) se objevily dvě kategorie, a sice **Normalizace** a **Provázení**. V případě normalizace se jednalo především o normalizaci prožívání klienta, jeho pocitů a emocí (10 případů), také normalizace jeho potřeby o problému s někým mluvit. Provázení bylo spojené s tříděním myšlenek (7 případů), strukturováním a prioritizací témat (3 případy), provázení úvahami klienta.

V nižších výskytech, 5 a více (2–2,5 %), pracovníci využívali možnost **Plánování**, nejčastěji v krátkodobém horizontu, obvykle na aktuální den. Dále používali různé metody **Kotvení**, zejména v aktuální realitě „tady a teď“ nebo pomocí výše uvedeného krátkodobého plánu. Pracovníci někdy také přistupovali k explicitnímu **Ujasňování zakázky**, obvykle formulací otázky ohledně toho, co by volajícímu teď nejvíce pomohlo, co potřebuje.

Technikou využívanou v hovoru bylo také **Zmocňování**, které zahrnovalo především vedení k uvědomění si místa kontroly, identifikaci pole vlivu, relativizaci bezmocnosti například nabídkou možného řešení nebo kontroly prožívání.

V malé míře, méně než v 5 případech (do 1 %) pracovníci používali techniky aktivní **Stabilizace** klienta, například formou řízeného dýchání, imaginace apod. V některých případech použili pracovníci techniky pozitivního **Přerámování** nebo také **Potvrzení** jejich práva na samostatné rozhodování.

Reakce klienta „ano, ale...“ na intervence spojené s aktivitou

Při další analýze, zaměřené na hledání propojujících prvků nebo souvislostí mezi kategoriemi jsem zjistila, že v situacích, kdy klient přímo nežadá o praktické rady, často pak na navrhovaná řešení reaguje formou „ano, ale...“. V záznamech, kde přímou zakázkou klienta nebylo požádání o radu nebo informaci, se uvedená reakce objevovala v návaznosti na tyto intervence pracovníků:

- Vytváření scénářů možného vývoje;
- Doporučení kontaktovat sociální službu;
- Prioritizace problému;
- Relativizace pocitu bezmoci sdělením možného řešení;
- Poskytování praktických informací;
- Hledání vnějších zdrojů pomoci;
- Plánování aktivit.

6.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Níže uvedené odpovědi na výzkumné otázky vycházejí ze zpracované kvalitativní analýzy dat, která proběhla především jako tematická analýza s využitím některých principů zakotvené teorie. Řazení témat v rámci odpovědí na výzkumné otázky je uspořádáno do tematických skupin, avšak nijak nenaznačuje pořadí jejich důležitosti.

Otázka č. 1: Jaké jsou zdroje pocitu bezmoci seniorů volajících na Linku seniorů?

První skupina zdrojů zahrnuje oblast péče o seniory. Konkrétním zdrojem je pocit bezmoci vycházející z **vyčerpání péči o blízkou osobu**, a to nejen o partnera či partnerku, ale v některých případech také péči o rodiče, kdy i sami pečující jsou již v seniorském věku. Dalším zdrojem v této oblasti je bezmoc pociťovaná v důsledku **fyzických omezení**

komplikujících péči o vlastní osobu. Mezi zdroje této skupiny patří také pocit **nedostatečné péče** ze strany lékařů a pečovatelských služeb, zvláště v době pandemie pak nedostatek terénních sociálních služeb.

Druhá skupina zdrojů zahrnuje zdravotní problémy. Pocity bezmoci jsou zde spojeny především s komplikacemi v běžném životě spojené s **dlouhodobou nemocí** nebo **fyzickou bolestí**, ať už akutní nebo chronickou. Zdrojem pocitu bezmoci je také **imobilita**, která se častěji objevovala v období pandemie nemoci Covid-19 a souvisela mimo jiné s nemožností zajistit si potřebné věci, ať už to byl nákup nebo vyzvednutí léků.

Třetí skupina zdrojů se týká mezilidských vztahů. Senioři trpí **nezájmem nebo nevděkem potomků**, což se také více projevilo v době pandemie nemoci Covid-19. Jako zdroje bezmoci se objevily také **konflikty v rodině**, často s partnery či partnerkami potomků, mimo jiné zastoupeny rozkoly ohledně **mezigeneračního názoru na výchovu dětí**. Jedním ze zdrojů bylo také materiální **zneužívání** rodičů dětmi. I neřešené **konflikty mezi partnery** jsou v některých případech zdrojem pocitu bezmoci, stejně tak **konfliktní vztahy se sousedy** nebo **vrstevníky**. Senioři se také cítí bezmocní jako **oběti domácího násilí**, a to jak ze strany partnera či partnerky, tak ze strany svých dětí nebo vnoučat. Jedním ze zdrojů pocitu bezmoci je i **závislost** partnera nebo partnerky, nejčastěji na alkoholu.

Mezi další zdroje pocitu bezmoci patří nedostatek **finančních prostředků** nebo přímé zatížení dluhy a exekucemi. S nedostatkem prostředků může být spojena nevyhovující kvalita **bydlení** nebo ztráta vlastního bydlení.

S pocitem bezmoci se na linku obracejí také volající s **duševními problémy**, zahrnujícími i psychiatrická onemocnění, jako jsou bludné produkce. Zdrojem pocitu bezmoci jsou i poruchy paměti. Někteří senioři trpí tím, že se mají **strach z možné budoucí nemoci** nebo není v jejich silách **pomoci svým dětem** v nesnázích.

Zdrojem pocitu bezmoci je rovněž snížené společenské uplatnění, související s postupnou **ztrátou kompetencí**, nedostatečnou **orientací v moderních technologiích**, ale také neporozumění současným **hodnotám společnosti**. Stejně tak je pro seniory obtížné řešit vleklé právní spory a **uplatňovat svá práva**, což se mimo jiné také týkalo nedobrovolné hospitalizace.

Velkou skupinou zdrojů pocitu bezmoci je **osamělost**. Ukázalo se, že osamělost může být explicitně jako zdroj zmiňovaná, například jako nedostatek sociálních kontaktů nebo vyjadřovaný pocit zbytečnosti a neužitečnosti. Zároveň se objevovala v souvislosti

s jinými zdroji uvedenými výše, například s dlouhodobou nemocí a fyzickou bolestí, omezenou pohyblivostí, nezájmem potomků, pocity zbytečnosti, konflikty v rodině nebo vyčerpáním péči o blízké.

Otázka č. 2: Jaké techniky krizové intervence pracovníci Linky seniorů využívají pro vedení hovoru se seniorem prožívajícím pocit bezmoci?

V telefonických rozhovorech, ve kterých volající prožívá pocit bezmoci, využívají pracovníci techniky obsažené v následujícím inventáři.

Aktivní navázání kontaktu – nabídka prostoru pro sdílení; povzbuzení k využití společného času s pracovníkem.

Mapování – detailní prozkoumání situace, konkretizace problému; zjišťování emočního stavu klienta a jeho pocitů; mapování dostupné sociální sítě; zkoumání již vyzkoušených postupů; počátku změny situace, bezpečí klienta, jeho obav a přání.

Prostor pro ventilaci – vyjádření emocí a pocitů; vyprávění příběhu, sdílení myšlenek; popis zdravotních problémů.

Reflexe – emocí a pocitů, náročnosti situace, sděleného, reakce na návrhy řešení; zrcadlení pocitů; reflexe vlastního pocitu nebo myšlenek.

Ujasňování zakázky – otázky s cílem zjistit, co by právě teď pomohlo, co klient potřebuje.

Podpora – nabídka opakovaného volání; podpora klienta v sebezpečí; podpora v řešení situace, nabídka alternativních řešení; pozitivní přerámování.

Hledání zdrojů klienta – hledání vnějších a vnitřních zdrojů.

Odkazování na návazné služby – doporučení kontaktu s lékařem, sociálního odboru, s občanskou poradnou, dluhovou poradnou, policií; doporučení kontaktu konkrétní sociální služby.

Ocenění – za snahu řešit problém, za již učiněné kroky; za aktivní nalezení podpory včetně zavolání na linku.

Pochopení – pro pocity klienta, pro náročnost situace.

Poskytování informací – o sociálních dávkách, konkrétních službách, základní právní informace; základní informace k lékům nebo lékařským vyšetřením.

Normalizace – prožívání klienta, jeho emocí a pocitů; potřeby o problému mluvit.

Provázení – třídění myšlenek, provázení úvahami klienta; strukturování a prioritizace témat.

Plánování – krátkodobé plány na den, další dny.

Kotvení – usazení v „tady a teď“, v krátkodobém plánu.

Zmocňování – vedení k uvědomění si místa kontroly, pole vlivu; relativizace bezmocnosti nabídkou řešení nebo kontrolou prožívání; potvrzení práva na samostatné rozhodování.

Stabilizace – řízené dýchání, imaginace.

7 DISKUZE

Cílem mé práce bylo identifikovat zdroje pocitu bezmoci seniorů, kteří využívají služeb telefonické linky pro získání podpory a pomoci, a také zmapovat typy intervencí, které používají pracovníci linky. Jelikož dosavadní výzkumy v této oblasti jsou většinou zaměřené buď obecněji, nebo se věnují především potřebám seniorů a v případě pocitu bezmoci spíše těm, kteří směřují k suicidálním úvahám, je následující diskuse zaměřená na hledání možných propojení s výsledky některých relevantních studií nebo publikací.

Velkou skupinou identifikovaných zdrojů pocitu bezmoci seniorů se v rámci výzkumného šetření objevilo téma péče o seniory. Pravděpodobně s prodlužující se délkou života již není neobvyklé, že musí pečovat senior o svého životního partnera nebo partnerku, ale také lidé již sami v seniorském věku pečují o své rodiče. Tato péče může být velmi vyčerpávající, a ne vždy je v dostatečné míře dostupná jiná forma péče, například v podobě terénních pečovatelských služeb. Je otázkou, jak moc pocit bezmoci v péči o seniory navazuje na nefunkční vztahy v širší rodině, a tudíž nedostatečnou pomoc v jejím rámci. Senioři se potýkají s nedostatečnou schopností sebepečce v důsledku úbytku sil a zdravotních komplikací. Jsou tak vystaveni důsledkům nenaplněných fyziologických a psychosociálních potřeb (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011), potřeb fyzického a psychického bezpečí (Příbyl, 2015), potřeby místa a podpory (Pesso et al., 2009).

Další zjištěnou tematickou skupinou byly zdravotní problémy. Tyto problémy se týkaly především dlouhodobých onemocnění a fyzických bolestí. Dle výzkumu provedeného na britské telefonní lince pro seniory Silver line je až 80 % volajících, kteří se potýkají se špatným zdravotním stavem nebo mají dlouhodobě trvající onemocnění (Moore et al., 2015). Na častá volání v souvislosti s fyzickým zdravím upozorňuje i výzkum na australské lince Lifeline (Middleton et al., 2014, 2017). Na zdravotní problémy jako jeden z důvodů sebevražedných úvah poukazuje ve svém výzkumu také Maliňáková (2015). Zajímavý byl také častější výskyt problémů spojených s duševním zdravím v době pandemie koronaviru.

Problémy a konflikty v mezilidských vztazích se objevily jako další významný zdroj pocitu bezmoci seniorů. Senioři trpí nezájmem ze strany potomků, těžko se vypořádávají s mezigeneračními konflikty, které vznikají například rozdílnými názory na soužití partnerů

nebo výchovu dětí. Bezmocní si připadají v řešení dlouhodobých partnerských konfliktů nebo neshodami s vrstevníky. Závažným tématem je také domácí násilí, které se odehrává jak mezi partnery, tak mezi rodiči a dětmi, resp. vnoučaty. Vztahové problémy včetně domácího násilí pak mohou vést až k sebevražedným myšlenkám (Maliňáková, 2015; Mishara et al., 2007).

Zdrojem pocitu bezmoci byl i nedostatek finančních prostředků, případně zatížení dluhy nebo exekucemi. Ekonomické bezpečí je důležitou potřebou lidí ve stáří (Příbyl, 2015). Omezené finanční zdroje mohou být jednou z příčin žití v nevyhovujícím bydlení, které však může být spojeno také s nedostatečnou kapacitou pobytových služeb nebo úrovní péče blízkých. Senioři mění své bydlení zpravidla z většího prostoru do menšího, musejí se vzdát některých věcí, mohou se cítit vykořenění, zvláště pokud se přestěhují do institucionální péče (Bartlová & Trešlová, 2013; Špatenková, 2011).

Výsledky výzkumu ukázaly, že pocit bezmoci může souviset s postupnou ztrátou kompetencí, například v oblasti vyřizování osobních záležitostí nebo ovládání moderních technologií, a následně vést k pocitu frustrace a neužitečnosti. Senioři, kteří se cítí být kompetentní, a tedy užiteční a potřební, zažívají podle některých výzkumů vyšší úroveň celkové životní pohody než ti, kteří zažívají pocity neschopnosti, neužitečnosti a nedůležitosti (Flett & Heisel, 2011).

Na osamělost, která z výzkumného šetření vyplynula jako další zdroj pocitu bezmoci, lze nahlížet z více úhlů pohledu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že někteří senioři uvádějí osamělost jako primární zdroj tíživého pocitu, zejména v souvislosti s tím, že žijí sami a mají nedostatek sociálních kontaktů pro přátelskou komunikaci a trávení volného času. Tito senioři kontaktují linky důvěry výrazně častěji než ti, kteří mají nějaký typ sociálního kontaktu více než třikrát týdně. Počet hovorů s explicitně zmiňovaným problémem osamělosti se zvyšuje přímo úměrně s věkem (Ingram, et al., 2007; Moore et al., 2015). Osamělost se jako přímo uváděný zdroj pocitu bezmoci neobjevila v tolika případech, jako jsem očekávala, přestože toto téma je zvláště vlivem pandemie v odborných člancích často zmiňované. Osamělost nemusí být vnímaná jako bezmoc, protože pocit bezmoci vychází z vnímání situace jako neřešitelné vlastními silami, že se jedná o pocit „nevím, co mám dělat“ nebo „nemohu nic dělat“, „neumím to“, což může souviset s pocitem kontroly nad svým životem (Drew, 1990; Ozment & Lester, 2015; Seligman, 1972). Míra vnímané kontroly významně ovlivňuje volbu copingové strategie a schopnost minimalizovat pocit bezmoci (Letzring et al., 2004; Novotný, 2014). Senioři často uvádějí jiné zdroje bezmoci,

popsané výše a téma osamělosti je často nevyslovenou, skrytou zakázkou. Pocit samoty tak může vznikat v kombinaci s problémy ve vztazích, s dostupností péče, finančními problémy nebo zdravotními obtížemi (Maliňáková, 2015).

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na identifikaci intervenčních technik, které používají pracovníci Linky seniorů v rozhovorech s volajícími klienty, kteří trpí pocitem bezmoci. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pracovníci ve značné míře používali takové techniky, které pomáhaly v hovoru vytvořit bezpečný prostor pro otevřené vyjádření volajících seniorů. Dávali prostor pro ventilaci emocí a pocitů, mapovali situaci volajícího a její širší kontext, často reflektovali vyjádření volajícího, poskytovali podporu, pochopení, ocenění a používali techniky aktivního naslouchání. Pokud nebyla jasnou zakázkou žádost volajícího o radu nebo doporučení, pracovníci se zaměřovali především na budování vztahu, hledání vlastních zdrojů klienta, kotvení a jeho zmocňování. Toto zmocňování se netýkalo jen dalších praktických kroků, ale také vedení k uvědomění si možnosti kontroly nad vlastním prožíváním. Ukotvení klienta je také možné skrze krátkodobý plán, ať už třeba jen do večera nebo na pár následujících dnů (Bohatá et al., 2019). Takový postup při práci s volajícím, který se cítí bezmocný, je efektivnější, než postup zaměřený na nabídky řešení a přesvědčování k akci (Bobeovski et al., 1997; Deuter et al., 2013).

V situacích, kdy volající senior popisuje své problémy jako neřešitelné, je třeba věnovat dostatek pozornosti a prostoru mapování skutečné zakázky seniora. I když se senior otevřeně dožaduje pomoci – „co mám dělat?“ – je velmi užitečné nejprve zmapovat, co už volající vyzkoušel, jaké má informace, co mu předchozí pokusy o vyřešení přinesly apod. Podrobným prozkoumáním celé situace může pracovník zjistit, že seniorova skutečná (skrytá) zakázka je jiná. Může hledat porozumění, pochopení, útěchu, obyčejný lidský kontakt právě proto, že se například cítí osamělý nebo má bolesti apod. Pokud pracovník hovor úspěšně a rovnou nabízí řešení nebo rady a doporučení, může se setkávat s reakcí „ano, ale“, kdy volající všechny návrhy zpochybňuje nebo přímo odmítá. Vhodný přístup pracovníka by tak mohl propojovat tři styly intervence: aktivní naslouchání, podporující přístup a kolaborativní řešení problému (Mishara et al., 2007).

Výzkumná práce, jejíž výsledky jsou zde prezentovány, má pro vytvoření obecně platných závěrů své limity. Jedním z nich je skutečnost, že výzkumný soubor tvořili pouze senioři, kteří sami kontaktovali anonymní telefonickou Linku seniorů. Tato linka poskytuje své služby seniorům starším 50 let, což neodpovídá žádné z teorií stáří, uvedené v teoretické části, kde jsou nejmladší senioři vymezeni až od 55 let (Neugartenová, 1974, citováno

v Šolcová, 2011). Častější vymezení seniorů je od věku 60–65 let. Výsledky výzkumu nelze tedy v žádném případě zobecnit na celou populaci seniorů v České republice. Zobecnění není možné ani na všechny seniory volající na různé linky pomoci. Důvodem je, že například podobná linka Senior telefon je v provozu nonstop, a tak je možné, že senioři volající v nočních hodinách mohou přinášet i jiná témata, která na ně doléhají právě v tuto dobu.

Dalším limitem je využití kvalitativního přístupu s využitím prvků zakotvené teorie. Analýza a zpracování dat proběhla bez snahy zakomponovat je do předem připravené teorie, a tak jsou prezentovaná data výsledkem subjektivního pohledu autorky a toho, jak na základě své vlastní zkušenosti z práce na Lince seniorů interpretovala text v záznamech rozhovorů. Porozumění obsahu záznamů je tak do jisté míry ovlivněno autorčinou praktickou zkušeností z vedení rozhovorů a pořizování jejich záznamů.

Samotné textové záznamy hovorů použité v analýze dat jsou také jedním z limitů této práce, protože se nejedná o přesné záznamy hovorů, ale každý záznam je písemnou fixací (vytvořením popisu) hovoru konkrétního pracovníka. Pracovník zapisuje průběh hovoru, včetně zakázky klienta, jeho emocí a pocitů, použité intervence, klientovy reakce a další informace. Je nutné uvést, že každý záznam obsahuje především to, co pracovník považuje za důležité. Je tedy pravděpodobné, že kdyby stejný hovor vedl jiný pracovník, mohl by záznam obsahovat i další nebo odlišné informace, např. jiné vnímání skryté zakázky nebo popis emocí a pocitů, nebo by také mohl obsahovat další použité intervence.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že senioři často prožívají pocit bezmoci z důvodů spojených s péčí o seniory. Jako výzvu k dalšímu zkoumání vidím zaměření se na seniory v roli pečujících, na jejich potřeby a hledání možností úlevy v této náročné roli. V oblasti sociálních služeb je patrně na místě uvažovat o možnostech další podpory seniorů prostřednictvím terénních služeb, ať už z řad profesionálů nebo dobrovolníků. Potřebnou psychosociální podporu by také mohla přinést služba, inspirovaná přátelskými rozhovory, které zprostředkovává linka Senior telefon. V rámci této služby dobrovolníci – senioři telefonicky kontaktují seniory, kteří o službu projeví zájem a poskytují jim prostor pro povídání o každodenních tématech.

Inventář intervencí, který byl vytvořen na základě výsledků výzkumného šetření, by mohl posloužit jako základní materiál pro vytvoření praktické metodiky na Lince seniorů a být užitečnou pomůckou při práci se seniory prožívajícími pocit bezmoci. Využít by jej pak mohli především noví pracovníci, kteří na linku pro seniory přicházejí.

8 ZÁVĚR

Na základě provedeného kvalitativního výzkumného šetření bylo zjištěno, že zdroje prožívaného pocitu bezmoci seniorů volajících na Linku seniorů vycházejí z následujících témat:

- péče o seniory, zejména v souvislosti s nedostatkem potřebné péče nebo vyčerpáním péči o blízkou osobu;
- zdravotní problémy spojené s dlouhodobým onemocněním, akutní nebo chronickou fyzickou bolestí a sníženou pohyblivostí, duševními onemocněními;
- problematické a konfliktní mezilidské vztahy v rodině, mezi partnery, vrstevníky i sousedy, domácí násilí a závislosti;
- nedostatek finančních prostředků, dluhy a exekuce;
- nevyhovující bydlení, ztráta bydlení, nutnost stěhování;
- strach z možného onemocnění, mimo jiné související s nemocí Covid-19;
- ztráta kompetencí spojená s nedostatečnou orientací v moderních technologiích, uplatňování svých práv, nepochopení současné společnosti;
- osamělost jako samostatné téma, ale také jako součást některých výše uvedených témat.

Pracovníci Linky seniorů využívají pro naplnění zjevné či skryté zakázky volajícího seniora trpícího pocitem bezmoci následující přístupy a techniky vedení hovoru:

- přístupy zaměřené především na budování vztahu s klientem a vytvoření atmosféry otevřenosti, pochopení a lidské přijetí, a dále pak přístupy zaměřené na hledání zdrojů opory, poskytování informací, hledání možností řešení, zmocnění, případně odkázání na návazné služby;
- technikami vedení rozhovoru jsou aktivní naslouchání, mapování, prostor pro ventilaci, reflexe, pochopení, ocenění, normalizace pocitů, dotazování, provázení, podpora, kotvení a stabilizace.

9 SOUHRN

Telefonická krizová intervence je seniorům v České republice poskytována prostřednictvím specializovaných linek důvěry, které jsou zřizované jako sociální služba podle Zákona o sociálních službách. Senioři mohou využívat i telefonické krizové linky pro obecně dospělou populaci nebo linky tísňové péče, zajišťující především řešení situací spojených s ohrožením zdraví nebo života. Senioři se na telefonické linky důvěry obracejí jednak s cílem využít odborné sociální poradenství a dále pak s cílem získat podporu a pomoc v krizi, tedy v situaci, kterou nejsou schopni překonat vlastními silami, potřebují stabilizovat, podpořit a najít zdroje a strategie pro její zvládnutí (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

Tato bakalářská práce se zabývá telefonickou krizovou intervencí pro seniory, kteří ve své aktuální životní situaci prožívají pocity bezmoci a sdílejí je na Lince seniorů společnosti Elpida. Téma pocitu bezmoci a způsobu vedení hovorů s volajícími bylo pro tuto práci zvoleno v souvislosti se autorčinými zkušenostmi z Linky seniorů a obtížně dostupnými odbornými zdroji vycházejícími z empirického zkoumání. Telefonické krizové intervenci se autoři v odborných publikacích zaměřují převážně na dospělou populaci, avšak specifikům práce se seniory je věnována jen malá část (Bohatá et al., 2019; Hoskovcová, 2009; Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

Teoretická část práce je členěna do tří hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na vymezení cílové skupiny seniorů, stručné seznámení s některými aspekty stárnutí a faktory úspěšné adaptace na stáří (Haškovcová, 2010; Holmerová et al., 2007), které jsou doplněny výsledky některých studií (Baltes et al., 2007; Depp & Jeste, 2006; Freund & Baltes, 1999). Část této kapitoly je zaměřena na potřeby seniorů, které vycházejí ze známých teorií, například A. Maslowa nebo Pessa Boyden System Psychomotor, a také z výzkumu potřeb lidí ve stáří od H. Příbyla (2015).

Druhá kapitola teoretické části obsahuje obecné vymezení krize a krizové intervence, základních typů krizí a faktorů jejich zvládnutí. Jsou zde uvedeny důležité faktory podporující užitečné copingové strategie, jako je míra resilience, Locus of Control, Ego-resilience, Self-efficacy a další (Křivohlavý, 2001; Letzring et al., 2004; Masten, 2001; Novotný, 2014). V části popisující krizovou intervenci jsou uvedeny její principy, základní postupy

a specifika krizové intervence vedené tváří v tvář a vedené po telefonu s vymezením hlavních rozdílů (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2012).

Třetí kapitola teoretické části se soustředí na telefonickou krizovou pomoc pro seniory. Jsou zde definovány hlavní zdroje krizí seniorů, jako jsou změny spojené s odchodem do důchodu, změny bydliště, dále fyziologické, psychické, sociální i ekonomické změny. Dále jsou popsány zdroje krizí v důsledku ztrát ve vztazích a ztrát blízkých osob. Zmíněny jsou i vlivy současné společnosti, například rychlý rozvoj informačních technologií a postoj společnosti k seniorům (Bartlová & Trešlová, 2013). Část kapitoly popisuje prožívání krizí seniory včetně pocitu bezmoci. Hlavní částí kapitoly je pak vedení telefonických hovorů se seniory, specifika, metodická doporučení a používané techniky. Zvláště jsou zmíněna doporučení pro vedení rozhovorů se seniory zatíženými pocitem bezmoci (Bohatá et al., 2019). V závěru kapitoly jsou zařazeny relevantní výzkumy, jejichž závěry jsou využity v diskusi.

Výzkumná část práce byla vedena jako kvalitativní výzkum s využitím některých principů zakotvené teorie. Cílem výzkumu bylo identifikovat zdroje pocitu bezmoci seniorů volajících na Linku seniorů a zjistit, jaké techniky krizové intervence používají pracovníci linky v hovorech s těmito seniory.

Výzkumný soubor zahrnoval osoby starší 50 let, které uskutečnily hovor na Lince seniorů trvající déle než 3 minuty, a to v období let 2018–2021. Věková kategorie je vymezena v souladu s cílovou skupinou Linky seniorů. Z každého hovoru je vždy proveden anonymizovaný textový záznam včetně zápisu použitých intervencí. Záznamy, obsahující popis pocitů bezmoci klienta vytvořily konečnou velikost výběrového souboru 792 textových záznamů hovorů. Následně proběhla tematická analýza záznamů, která přinesla následující zjištění.

Některé zdroje bezmoci lze rozdělit do větších tematických skupin, jako například péči o seniory, která zahrnuje vyčerpání péči o blízkou osobu, sníženou schopnost sebezpečí v důsledku fyzického omezení, nevyhovující lékařskou péči nebo pečovatelskou péči. Další tematickou skupinou je oblast zdravotních problémů, spojených s dlouhodobou nemocí, fyzickou bolestí nebo imobilitou. Téma zdravotních problémů bylo v souladu s výsledky některých výzkumů (Maliňáková, 2015; Middleton, 2017; Moore et al., 2015). Širokou skupinou jsou mezilidské vztahy, do kterých patří konflikty v rodině, mezi partnery, vrstevníky nebo sousedy. Objevily se i mezigenerační rozpory v názorech na výchovu nebo

nezájem potomků o kontakt. Do mezilidských vztahů bylo zahrnuto i domácí násilí a závislosti na alkoholu v rodině. Maliňáková (2015) a Mishara (2007) zjistili, že neuspokojivé mezilidské vztahy mohou vést k sebevražedným myšlenkám. Dalším zdrojem je nedostatek finančních prostředků. Také nevyhovující bydlení nebo nutnost změnit místo pobytu u seniorů vyvolává bezmoc. Zdrojem takového pocitu byly i duševní problémy, strach z onemocnění, strach o děti v nepříznivé situaci. Zdrojem bezmoci byla také vnímaná neúčinnost z důvodu postupné ztráty kompetencí, nedostatečnou orientací v moderních technologiích, obtížného prosazování svých práv a postojem současné společnosti. Tato zjištění jsou v souladu s výzkumem potřeby pocitu důležitosti a užitečnosti (Flett & Heisel, 2011). Zvláštní postavení ve výčtu zdrojů pocitu bezmoci zaujímá osamělost. V některých případech byla zmiňovaná jako přímý zdroj bezmoci, nicméně z uvedených zjištění lze vyvodit, že osamělost může na řadu uvedených témat navazovat, a i když není přímo vyřčená, může být skrytou zakázkou volajícího.

Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci linky používají při hovorech se seniory prožívajícími bezmoc intervence zaměřené především na navázání a budování vztahu, který je respektující a přijímající, nehodnotící, podpůrný a zmocňující. Využívali techniky mapování, reflexe, ocenění, pochopení, normalizace. Dávali prostor pro sdílení emocí, myšlenek, příběhů, provázeli a kotvili klienta, společně hledali zdroje podpory a plánovali. V některých případech poskytovali informace a dávali doporučení. Správné odhadnutí zakázky a s tím spojené vyvážení mezi psychosociální podporou a dávání praktických rad a doporučení je také výstupem některých výzkumů (Bobevski et al, 1997; Deuter et al., 2013; Mishara et al., 2007).

Výsledky výzkumného šetření nelze vzhledem k povaze výzkumného souboru zobecnit na celou populaci seniorů. Limitující byl i samotný obsah analyzovaných záznamů, který mohl být zkreslen interpretací hovoru pracovníkem a k dalšímu zkreslení mohlo dojít při kvalitativní analýze. I přes tato omezení bylo možné hledat určitá propojení nebo doplnění s dosavadními výzkumy. Zajímavé bylo zjištění, jak často se objevuje pocit bezmoci spojený s vyčerpáním seniora péčí o jiného seniora, a to nejen o partnera či partnerku, ale s prodlužujícím se věkem i o rodiče.

Výsledky zkoumání používaných intervencí mohou být využity jako podkladový materiál pro sestavení inventáře intervenčních technik a vytvoření metodické pomůcky pro nové pracovníky Linky seniorů, kteří jsou teprve na začátku svých praktických zkušeností.

LITERATURA

- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142–175. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-x](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-x)
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2007). Life Span Theory in Developmental Psychology. *Handbook of Child Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Baštecká, B., & Reiterová, E. (2005). Současné potřeby a Abraham Maslow. *VARIA PSYCHOLOGICA X*, 63. http://oldwww.upol.cz/fileadmin/user_upload/Veda/AUPO/AUPO_Psychologica_34_Varia_Psychologica_X.pdf#page=63
- Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. *Commissioned by the World Health Organization*, 2. https://www.researchgate.net/profile/Catrin-Lewis/publication/265069490_Systematic_Review_of_Psychological_First_Aid/links/5450d15f0cf24e8f7375a73c/Systematic-Review-of-Psychological-First-Aid.pdf
- Bobeviski, I., Holgate, A. M., & McLennan, J. (1997). Characteristics of effective telephone counselling skills. *British Journal of Guidance & Counselling*, 25(2), 239–249. <https://doi.org/10.1080/03069889708253805>
- Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.
- Cimrmannová, T. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Karolinum
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A Comprehensive Review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.jgp.0000192501.03069.bc>
- Dessaint, M. (1999). *Nezačínajte stárnout: jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. Portál.

- Deuter, K., Procter, N., & Rogers, J. (2013). The emergency telephone conversation in the context of the older person in suicidal crisis. *Crisis, 34*(4), 262–272. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000189>
- Drew, B. L. (1990). Differentiation of hopelessness, helplessness, and powerlessness using Erik Erikson's "Roots of virtue." *Archives of Psychiatric Nursing, 4*(5), 332–337. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(90\)90053-n](https://doi.org/10.1016/0883-9417(90)90053-n)
- Echterling, L. G., & Hartsough, D. M. (1989). Phases of helping in successful crisis telephone calls. *Journal of Community Psychology, 17*(3), 249–257. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198907\)17:3<aid:jcop2290170307>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198907)17:3<aid:jcop2290170307>3.0.co;2-m)
- Elpida, o.p.s. *Linka seniorů*. <https://www.elpida.cz/linka-senioru-zavolejte-nam>
- Flett, G. L., & Heisel, M. J. (2020). Aging and feeling valued versus expendable during the COVID-19 pandemic and beyond: A review and commentary of why Mattering is fundamental to the health and well-being of older adults. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(6), 2443–2469. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*(4), 531–543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Grün, A. (2009). *Umění stárnout*. Karmelitánské nakladatelství.
- Hale, A. J., Ricotta, D. N., Freed, J., Smith, C. C., & Huang, G. C. (2018). Adapting maslow's hierarchy of needs as a framework for resident wellness. *Teaching and Learning in Medicine, 31*(1), 109–118. <https://doi.org/10.1080/10401334.2018.1456928>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. vydání). Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (2. vydání). Havlíček Brain Team.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vydání). Portál.
- Hill, R. D., Thorn, B. L., & Packard, T. (2000). Counseling older adults: Theoretical and empirical issues in prevention and intervention. *Handbook of counseling psychology, 499–531*. <https://psycnet.apa.org/record/2001-01878-016>

- Holmerová, I., Jurašková, B., & Zikmundová, K. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie* (3. vydání). EV public relations.
- Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Karolinum.
- Ingram, S., Ringle, J. L., Hallstrom, K., Schill, D. E., Gohr, V. M., & Thompson, R. W. (2007). Coping with Crisis Across the Lifespan: The Role of a Telephone Hotline. *Journal of Child and Family Studies, 17*(5), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9180-z>
- Jiráček, R. (2007). Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatrie pro praxi, 8*(5), 198–200. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/05/01.pdf>
- Kahana, E., Redmond, C., Hill, G. J., Kercher, K., Kahana, B., Johnson, J. R., & Young, R. F. (1995). The effects of stress, vulnerability, and appraisals on the psychological well-being of the elderly. *Research on Aging, 17*(4), 459–489. <https://doi.org/10.1177/0164027595174005>
- Kalvach, Z. & Onderková, A. (2006). *Stáří*. Galén
- Keum, B. T. H. (2017). Older adult research in the Journal of Counseling Psychology, the Counseling Psychologist, and Counselling Psychology Quarterly: A 15-year review and implications for research. *Counselling Psychology Quarterly, 1*–14. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1324762>
- Klimpl, P. (1998). *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Grada Publishing
- Klimpl, P. (2009). Krizová intervence: ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi, 10*(5), 234–238. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/05/09.pdf>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
- Kolářová, V., Šivicová, G., Janovská, M., Svobodová, Z., Hermánková, L., Teplanská, J., Šantrůčková, V., Jirsáková, A., Halama, M. & Havelková, S. (n.d.). *Kompletní krizová intervence*. Děčko Liberec
- Komárková, R., Slaměnik, I., & Výrost, J. (Eds.). (2001). *Aplikovaná sociální psychologie*. Grada.

- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. vydání). Grada.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395–422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
- Maliňáková, B. (2015). *Sebevražedné tendence seniorů v telefonické krizové intervenci*. [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/67313>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.227>
- Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2014). Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(2), 89–98. <https://doi.org/10.1177/1357633x14524156>
- Middleton, A., Woodward, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2016). How do frequent users of crisis helplines differ from other users regarding their reasons for calling? Results from a survey with callers to Lifeline, Australia's National Crisis Helpline Service. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1041–1049. <https://doi.org/10.1111/hsc.12404>
- Millová, K. (2009). Analýza některých současných teorií celoživotního vývoje. *E-psychologie*, 3(4). <https://e-psycholog.eu/pdf/millova.pdf>
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the U.S. 1–800-suicide Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 291–307. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291>

- Mlčák, Z. (2011). *Emergentní psychologie a krizová intervence* (2. vydání). Ostravská univerzita v Ostravě.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany*. Grada.
- Moore, S., Preston, C., Markkanen, S., & Parker, M. (2015). *The silver line: Tackling loneliness in older people: Evaluation research report*. <https://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/582284/1/Evaluation%20of%20The%20Silver%20Line%20final.pdf>
- Novotný, J. S. (2014). Resilience versus „resilientní jedinec“: Co vlastně zkoumáme? *Psychologie a její kontexty* 5(1), 3-14. https://www.researchgate.net/profile/Sebastian-Novotny/publication/265381155_Resilience_versus_Resilient_Individual_What_Exactly_Do_We_Study/links/540b64500cf2f2b29a329b10/Resilience-versus-Resilient-Individual-What-Exactly-Do-We-Study.pdf
- Osemeke, M. & Adegboyega, S. (2017). Critical Review and Comparism between Maslow, Herzberg and McClelland's Theory of Needs. *Funai journal of accounting, business and finance*, 1(1), 161–173. <https://www.fujabf.org/wp-content/uploads/2018/01/Critical-Review-and-Comparism-between-Maslow-Herzberg-and-McClellands-Theory-of-Needs.pdf>
- Ozment, Ozment, J. M., & Lester, D. (2001). Helplessness, locus of control, and Psychological Health. *The Journal of Social Psychology*, 141(1), 137–138. <https://doi.org/10.1080/00224540109600535>
- Pesso, A., Boyden-Pesso, D., & Vrtbovská, P. (2009). *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Sdružení SCAN.
- Pichaud, C., & Thareau, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Portál.
- Pokorná, A. (2010). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství* (3. vydání). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.
<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí 1,2. *Československá psychologie*, 55(2), 152. <https://www.proquest.com/docview/867803233?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Portál.
- Špatenková, N. (2011). *Gerontagogické intervence*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Karolinum.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.
- Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence* (3. vydání). Portál.
- Vopěnka, P. (2005). Krize v prvotním významu slova. *Vesmír*, 84 (8), 488.
<https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2005/cislo-8/krize-prvotnim-vyznamu-slova.html>.
- Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Konfrontace
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Česká republika.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce
2. Znázornění nalezených vztahů mezi osamělostí a dalšími identifikovanými zdroji pocitu bezmoci
3. Přehled kategorií a subkategorií z tematické analýzy záznamů

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Telefonická krizová intervence pro seniory

Autor práce: Vilma Janoušková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Počet stran a znaků: 69 stran, 123 959 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 68

Abstrakt:

Tato práce je zaměřená na poskytování telefonické krizové intervence seniorům, kteří prožívají pocit bezmoci. Teoretická část je členěna do tří kapitol, které popisují problematiku seniorů a adaptace na stáří, jejich potřeby a zdroje stresu, dále vymezují krizovou intervenci a uvádějí techniky a postupy při poskytování telefonické podpory seniorům. Uvedeny jsou zde také výsledky některých relevantních výzkumů. Cílem výzkumné části je odpovědět na otázky týkající se zdrojů pocitu bezmoci seniorů a souvisejících používaných intervencí na lince pro seniory. Výzkum byl realizován jako kvalitativní tematická analýza anonymních písemných záznamů hovorů Linky seniorů s využitím prvků zakotvené teorie. Výsledkem práce je soubor identifikovaných zdrojů pocitu bezmoci seniorů volajících na krizovou linku a inventář intervencí, které v takových případech využívají pracovníci linky.

Klíčová slova: telefonická krizová intervence, senior, bezmoc, péče o seniory

ABSTRACT OF THESIS

Title: Telephone Crisis Intervention for Seniors

Author: Vilma Janoušková

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Number of pages and characters: 69 pages, 123 959 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 68

Abstract:

This work is focused on providing telephone crisis intervention for seniors experiencing a feeling of helplessness. The theoretical part is divided into three chapters, which describe the issue of seniors and adaptation to old age, their needs and sources of stress, further define crisis intervention and introduce techniques and procedures for providing telephone support to seniors. The results of some relevant research are also presented here. The aim of the research part is to answer questions about the sources of helplessness of seniors and related interventions used on the helpline for seniors. The research was a qualitative thematic analysis of anonymous written records of the use of seniors' calls with elements of grounded theory. The result of the work is a set of identified sources of helplessness of seniors calling the crisis line and an inventory of interventions used in such cases by helpline worker.

Key words: telephone crisis intervention, seniors, helplessness, elderly care

Příloha č. 2: Znárodnění nalezených vztahů mezi osamělostí a dalšími identifikovanými zdroji pocitu bezmoci



Příloha č. 3: Přehled kategorií a subkategorií z tematické analýzy záznamů

Zdroje pocitu bezmoci

kategorie	subkategorie
Bydlení	Nevyhovující bydlení Ztráta bydlení
Covid-19	Izolace kvůli Covidu Strach z Covidu Zajištění pomoci v Covidu Ztráta blízkých Covidem
Domácí násilí	DN mezi manželi/partnery DN od potomků
Duševní problémy	Bludy Duševní nemoci Poruchy paměti
Finanční problémy	Dluhy/exekuce Krach dodavatelů energií Nedostatek financí
Mezilidské vztahy	Neshody s vrstevníky Poškození majetku jinými sousedské spory
Osamělost	Osamělost Závislost na psovi/kočce Zbytečnost/neužitečnost Zbytečnost/neužitečnost k potomkům
Partnerské vztahy	Konflikty mezi manžely/partnery Nevěra Rozchod s partnerem/manželem
Péče o seniory	Absence pečovatelek Fyzické omezení v sebpéči Nedobrovolná hospitalizace Potřeba umístění v DS/DPS/LDN Strach z nedostatku péče (Covid) Špatná domácí péče Špatná lékařská péče Špatná péče rodiny Špatná ústavní péče (DS/DPS) Vyčerpání péči o partnera/manžela Vyčerpání péči o rodiče

Právní oblasti	<p>Obavy o majetek v nepřítomnosti Občansko-právní spor Obtěžování/pronásledování Okradení Reklamace spotřebního zboží</p>
Rodinné vztahy	<p>Konflikty s dětmi Konflikty se sourozenci Mezigenerační názory na výchovu Nátlak ohledně majetku Nevděk po darování domu Nevděk potomků Nezájem potomků Okrádání potomkem Omezení kontaktu s vnoučaty Vztahy s dětmi po rozvodu Zlá snacha/zeť Zneužívání sourozenci (finance)</p>
Společenské uplatnění	<p>Neovládání techniky/technologií Upadající společnost Ztráta kompetencí</p>
Strach o sebe/blízké	<p>Nemožnost pomoci dětem Nemožnost pomoci sourozenci Starost o děti Strach o blízkého Strach z nemoci Ukončená léčba partnera/manžela</p>
Úmrtí blízké osoby	<p>Smrt vnoučete/dítěte Úmrtí blízké osoby</p>
Závislosti	<p>Alkohol/drogy/hráčství</p>
Zdravotní problémy	<p>Dlouhodobá nemoc/bolest Fyzická bolest Chybí léky Imobilita Nevolnost z léků Polymorbidita Špatný zrak Ubývajících síly/stárnutí Ztráta zraku</p>

Používané intervence v telefonických rozhovorech

kategorie	subkategorie
Aktivní navázání kontaktu	Nabídka prostoru Naslouchání
Hledání zdrojů	Hledání vnějších zdrojů Hledání vnitřních zdrojů/zmocnění Hledání zdrojů úlevy od práce Prozkoumání možností
Kotvení	Kotvení v aktuální realitě Ohraničení abstinčního syndromu Vedení k "tady a teď" Zarámování problému
Mapování	Dotaz na aktuální situaci Dotaz na bezpečí Dotaz na pocity/emoce Dotazy na již vyzkoušené postupy Dotazy na konkrétní aspekty problému Mapování konkrétních obav Mapování počátku změny Mapování přání/názoru Mapování sociální sítě
Normalizace	Legitimizace pocitů Normalizace pláče Normalizace potřeby mluvit Normalizace prožívání
Ocenění	Ocenění za dosavadní kroky Ocenění za nalezení podpory Ocenění za péči Ocenění za snahu řešit Ocenění za zavolání
Odkaz k návazným službám	Kontaktovat dluhovou poradnu Kontaktovat DPS/DS/DZR Kontaktovat lékaře Kontaktovat OP/právník Kontaktovat policii/možnost TO Kontaktovat sociální odbor Kontaktovat sociální službu Zavolat RZS
Plánování	Plán na další dny Plán na dnešní den Plán praktických kroků Vytváření scénářů dalšího vývoje

Podpora	Doporučení pro komunikaci s druhými Nabídka alternativ řešení Nabídka opakovaného volání Podpora sebepéče Podpora v řešení
Pochopení	Pochopení náročnosti situace Pochopení pro pocity
Poskytování informací	Edukace o lécích Edukace k nahlašování DN Info o sociálních dávkách Poskytnutí informací Praktické rady k nakládání s majetkem
Potvrzení	Potvrzení oprávněného nároku Potvrzení práva na odmítnutí
Prostor pro ventilaci/sdílení	Ventilace emocí Ventilace myšlenek Ventilace pocitů Ventilace zdravotního stavu Ventilace/popis situace
Provázení	Prioritizace Prostor pro utřídění myšlenek Provázení úvahami klienta
Přerámování	Přerámování pozitivní
Reflexe	Pojmenování beznaděje Reflexe "ano, ale" Reflexe emocí Reflexe náročnosti situace Reflexe pocitů Reflexe sdíleného Reflexe situace Reflexe vlastní bezmoci, když "ano, ale" Reflexe zklidnění Reflexe, že linkař nemá řešení Zrcadlení pocitů
Stabilizace	Řízené dýchání Stabilizace/techniky zklidnění
Ujasňování zakázky	Dotaz na zakázku Mapování potřeb (co by pomohlo)
Zmocňování	Rekapitulace řešení Relativizace bezmoci (existuje řešení) Vedení k místu kontroly/pole vlivu