

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Vývoj vztahu asistenta provádějícího paliativní  
péči k jeho klientovi  
procházejícího fázemi modelu Kübler-Rossové**

Michaela Postránecká

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mocková

**Praha 2015**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **The relationship development between an assistant providing a palliative care and his/her client who is going through Kübler-Ross model**

**Michaela Postránecká**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**

**PhDr. Alena Mocková**

**Praha 2015**

Čestně prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně  
a pouze s použitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 30.7.2015

(Michaela Postránecká)

**Poděkování:**

Děkuji v první řadě vedoucí své práce, PhDr. Aleně Mockové, že mi dala možnost tuto bakalářskou práci pod jejím vedením napsat, a tím mě podpořila ve volbě tématu. Dále děkuji asistentům ze sdružení Hewer za jejich ochotu a vstřícnost a děkuji také svým respondentkám, bez jejichž účasti by tato práce vůbec nemohla vzniknout.

**Anotace:**

Cílem této práce je blíže prozkoumat vztah asistenta, provádějícího paliativní péči, k jeho klientovi, zatím co u něj vnímá jednotlivé fáze z modelu Kübler-Rossové. Je rozdělena na dvě základní části. První, teoretická, přibližuje oblast paliativní péče a proces vyrovnávání se s umíráním tak, jak ho sestavila Kübler-Rossová. V druhé části, výzkumné, je pak proveden formou rozhovorů kvalitativní výzkum s asistenty, kteří v rámci své práce vykonávají i takzvané doprovázení. Výzkum potvrdil, že asistenti podobná stadia, jak je navrhla Kübler-Rossová, vnímají a přibližuje jejich prožívání vztahu s klientem.

**Klíčová slova:** Paliativní, péče, umírání, prožívání, doprovázení, Kubler-Rossová, asistent

**Abstract:**

The purpose of this work is to analyse a relationship between an assistant providing a palliative care and his/ her client – while step by step observing the phases described in Kübler-Ross model. The work has two basic parts. The first, theoretical one, describes the palliative care and the process of getting over the dying, in terms of Kübler-Ross model. The second part is a qualitative research – it covers several interviews with the assistants who – within their work – provide so called „accompanying“. The research confirmed that assistants feel and perceive the phases very similarly to Kübler-Ross model. It also describes their perception of a relationship to a client.

**Key words:** Palliative, care, dying, feeling, accompanying, Kubler-Ross, assistant

## Obsah

ÚVOD .....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1.1 Paliativní péče .....	10
1.1.1 Co je paliativní péče a medicína .....	10
1.1.2 Obecná paliativní péče .....	12
1.1.3 Specializovaná paliativní péče .....	15
1.1.4 Legislativa a vzdělání v souvislosti s paliativní péčí .....	18
1.2 Doprovázení .....	20
1.2.1 Co je doprovázení a jaký je jeho smysl .....	20
1.2.2 Profil doprovázejícího .....	21
1.2.3 Potřeby doprovázeného .....	23
1.2.4 Potřeby příbuzných doprovázeného .....	25
1.3 Práva umírajícího člověka .....	27
1.4 Model Elizabeth Kübler-Rossově .....	29
1.4.1 Fáze první: Popření .....	30
1.4.2 Fáze hněvu .....	31
1.4.3 Fáze smlouvání .....	32
1.4.4 Fáze deprese .....	33
1.4.5 Fáze přijetí .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	36
1.4 Cíle výzkumu a použité metody .....	36
2.2 Výzkumný soubor a způsob zachycení rozhovoru .....	38
2.3 Výzkum .....	39
2.3.1 Fáze popření .....	39
2.3.2 Fáze hněvu .....	40
2.3.3 Fáze smlouvání .....	42

2.3.4 Fáze deprese.....	42
2.3.5 Fáze smíření.....	44
2.4 Výsledky výzkumu .....	48
2.5 Závěr výzkumu .....	49
2.5.1 Diskuze .....	50
ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: .....	54
PŘÍLOHY .....	58
I. Příloha č.1 –Rozhovor s paní A.....	58
II. Příloha č.2 –Rozhovor s paní B.....	62
III. Příloha č.3 –Rozhovor s paní C .....	69

## ÚVOD

Pro svoji práci jsem si vybrala jako téma vývoj vztahu asistenta, provádějícího paliativní péči, k jeho klientovi, který prochází jednotlivými stádii z modelu Kübler-Rossové.

Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. Prvním je můj velký zájem o paliativní, úlevnou péči. V lidech, kteří dokážou stát po boku umírajících, a tím se poprat s vlastním uvědoměním smrtelnosti, spatřuji osobnosti, které si zaslouží můj velký respekt.

Téma smrti, i když je tak esenciální a lidské, je v naší kultuře velmi potlačeno a vytěsněno až na okraj vědomí. Pro spoustu lidí se tak na jednu stranu stává symbolem něčeho fascinujícího, na druhou ale také děsivého, až démonického.

Druhým důvodem, který mě přivedl přímo k tomuto tématu, byla možnost sledovat svou maminku, taky doprovázející asistentku, jak večer co večer přichází od umírajících klientů. Práce, zaměřená na prožívání osob vykonávajících paliativní péči, se pak přímo nabízela.

V první části práce, která bude zaměřená jako teoretický základ pro můj pozdější výzkum, budu řešit co to vlastně je paliativní péče a jak v České republice vypadá. Podrobněji představím, co to je doprovázení a co k němu náleží a nakonec popíšu, jak vypadá model vyrovnávání se s umíráním tak, jak jej popsala Elizabeth Kübler-Rossová ve své knize *On death and dying*.



Praktická, výzkumná část, se bude zabývat kvalitativním výzkumem provedeným formou polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory mi poskytly osobní asistentky, které v rámci své práce zároveň vykonávají doprovázení. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda asistentky vnímají u svých klientů fáze z modelu Kübler-Rossové. A když ano, jaké je jejich prožívání, když v této fázi vidí svého klienta. Praktickou část také tvoří popis metodiky, ukázky z již zmíněných rozhovorů a jejich zhodnocení, závěr a diskuze.

K vlastní práci bude připojena příloha obsahující doslovný přepis shromážděných rozhovorů.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Paliativní péče

### 1.1.1 Co je paliativní péče a medicína

Paliativní péče je obecný název pro péči o pacienty buď v pokročilém, nebo terminálním stádiu nevyléčitelné nemoci. Výraz „paliativní“ lze přeložit jako „ulevující, útěšný“<sup>1</sup> a vychází z latinského slova „*pallium*“, což je výraz pro masku, pokrytí či zakrytí pláštěm.<sup>2</sup>

Existuje mnoho definic paliativní péče, společný však mají důraz na kvalitu života, zmírňování fyzické či psychické bolesti a specifikaci klientů paliativní péče. Pro příklad zde uvádím dvě.

První z definic v roce 2002 uvedla světová zdravotnické organizace WHO v publikaci *Paliative care: the solid facts*.

*„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí časného zjištění, vyhodnocování a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“<sup>3</sup>*

Následující definice je od National Institute for Health and Clinical Excellence:

*„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění*

---

<sup>1</sup> HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Portál, 2010, s.390.

<sup>2</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.41.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, Europe. *Palliative care*. WHO Regional Office for Europe, 2004, s.6.

*bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje.*

*Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.*<sup>4</sup>

Lze tedy vyčíst, že paliativní péče nezahrnuje pouze pacienty v terminálním stádiu onemocnění, ale i pacienty ve fázi tzv. kompenzovaného onemocnění, kdy se přežití předpokládá v řádu měsíců i let. (minimum) Snaží se o zachování co nejvyšší kvality života nemocného a to skrze pomoc jak zdravotní, tak psychologickou a spirituální.

Dalším důležitým bodem plynoucím z těchto definic je, že paliativní péče zahrnuje klienta i jeho blízké a může být vykonávána jak ve specializovaných zařízeních, tak u klienta doma.

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nemoci lze rozdělit podle několika kritérií:

- jaké je základní onemocnění
- stupně jeho pokročilosti (jedná-li se kompenzovaná stádia, nebo již o stádium preterminální a terminální.)
- možnost přítomnosti více závažných onemocnění současně
- pacientův věk a sociální situace (nakolik je silná podpora pacientova okolí, jeho finanční situace a možnosti)

---

<sup>4</sup> RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Cesta domů, 2010, s.14.

- psychický stav (do jaké míry je ovlivněn pacientův emoční a kognitivní stav, jeho duchovní orientace apod.)<sup>5</sup>

V návaznosti na tato kritéria pak můžeme paliativní péči rozdělit na péči obecnou a specializovanou.

Paliativní medicína je součástí paliativní péče. Jedná se o lékařskou péči o smrtelně nemocné pacienty, která se specializuje na zlepšení kvality života, tišení bolesti a symptomů nemoci. Nejedná se o léčbu jako takovou.

### **1.1.2 Obecná paliativní péče**

Obecnou paliativní péčí bývá označován druh péče, kterou nevyлéčitelně nemocným pacientům poskytují zdravotníci různých odborností v rámci své běžné praxe. Kvalitu této péče velmi ovlivňuje vzdělání zdravotnického personálu v paliativní péči, což nepatří k běžnému povinnému vzdělání. Z časového hlediska obecná paliativní péče často převažuje péči specializovanou.<sup>6</sup>

Mezi poskytovatele obecné paliativní péče jsou nejčastěji zařazováni<sup>7</sup>:

#### **Zdravotníci primární péče**

První, s kým se nemocný pacient setká při své léčbě je praktický lékař

Podle České společnosti paliativní medicíny je ale právě u praktických lékařů (obecně) velmi patrné nedostatečné vzdělání v paliativní

---

<sup>5</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Cesta domů, 2004, s. 24.

<sup>6</sup> MOCKOVÁ, Alena a kol. *Minimum osobního asistenta*. Hewer, 2013, s. 66.

<sup>7</sup> SLÁMA, Ondřej, LABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ, Paliativní péče v ČR v roce 2013. Paliativnimedicina.cz [online] ©2013, posl.revize 12.2.2013 [cit. 02-07-2015].

péči. Doktoři nebývají ochotni vést péči o nemocného na sklonku jeho života, a tak většina pacientů bývá následně odeslána do specializovaných zdravotnických zařízení, i když by jejich přání často bylo zesnout doma.

Podle UZIS z roku 2011 zemřou praktickému lékaři v průměru čtyři pacienti v domácím prostředí ročně, nejčastěji se však jedná o nečekaná úmrtí.<sup>8</sup>

### **Ambulantní specialisté**

Pacienti i v posledních dnech života bývají sledováni lékaři s různou specializovanou odborností (např. z kardiologie, onkologie).

I zde se projevuje různá míra vzdělání personálu, hlavně pak v problematice paliativní medicíny a léčbě bolesti.

Postupně jsou budovány nové ambulance pro léčbu bolesti, jejich počet je však stále nedostatečný a jejich personál neposkytuje komplexní paliativní péči.

### **Domácí ošetrovatelská péče a pečovatelská služba**

V České republice existuje několik organizací, které se zaměřují buď na ošetrovatelské, nebo pečovatelské služby.

Ošetrovatelské, zdravotnické služby jsou poskytovány v reakci na doporučení lékaře v domácnosti pacienta. Zajišťují je kvalifikované zdravotní sestry s osvědčením pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu a jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Pečovatelské služby si naopak hradí klient sám, a to nejčastěji ze sociální podpory, tzv. příspěvku na péči. Podle odstavce 1 Zákona 108/2006 o sociálních službách<sup>9</sup> naplňují zejména tyto základní činnosti:

---

<sup>8</sup> ÚZIS. Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online] ©2011 [cit. 03-07-2015]

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Na oficiálních stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí lze také najít, že v rámci pečovatelské služby je další možností tzv. osobní asistence. *„Tato služba představuje čas, který klientovi asistentka/asistent věnuje. Co pro klienta poskytovatel konkrétně dělá, záleží na smluvním ujednání obou stran. Osobní asistence je povinna zajistit základní činnosti definované zákonem.“*<sup>10</sup>

Málokterá organizace poskytující buď ošetrovatelské, nebo pečovatelské služby se ale specializuje na pokročile nemocné a umírající klienty, takže poskytuje i další „nadstandardní“ služby, jako například psychologické nebo duchovní.

Běžně také ošetrovatelé a asistenti nebyvají v týmu s doktorem, takže se nedá počítat s jeho návštěvami u pacienta doma nebo jeho dostupností 24h denně.

## **Zařízení sociální péče o seniory**

---

<sup>9</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Zákon 108/2006 o sociálních službách. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online] ©2006 [cit. 06-07-2013]

<sup>10</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Pečovatelská služba. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online] ©2014 [cit. 06-07-2013]

V těchto zařízeních je zdravotní péče nejčastěji zajišťována praktickými lékaři a ošetřovateli, můžeme však narazit i na zařízení s komplexnější péčí, kterou zastupují sociální pracovníci, psychologové nebo duchovní.

Kvalita poskytované péče je tak mezi jednotlivými zařízeními velmi rozdílná.

### **Lůžková zdravotnická zařízení**

Jak již bylo napsáno výše, většina pacientů je v terminálním stádiu poslána do nemocnice. Častou příčinou hospitalizace bývá z pohledu lékaře „nezvládnutelnost“ péče o umírajícího, což ale může taky znamenat malou podporu a pomoc ze strany zdravotního systému.

V lůžkových zařízeních dlouhodobé i akutní péče nebývá péče o umírajícího dostatečná a tak narážíme na problémy typu špatné komunikace s blízkými osobami umírajícího, vícelůžkové pokoje, malá pozornost pacientům v spirituální a psychosociální oblasti a nedostatečná léčba bolesti. Tyto nedostatky nemusí vyplývat jen z nedostatečné ochoty ze strany zdravotního personálu ale mohou být způsobeny malým množstvím sester na velký počet pacientů.

Z průzkumu agentury STEM/MARK v roce 2011<sup>11</sup> jasně vyplývá, že občané České republiky vnímají tyto problémy a vzbuzují v nich obavy.

Stejně však jako u ostatních skupin, nelze zdravotnická zařízení pouze očerňovat, existují samozřejmě i výjimky.

### **1.1.3 Specializovaná paliativní péče**

---

<sup>11</sup> STEM/MARK, a.s. Smrt a péče o umírající. *Cestadomu.cz [online]* ©2011 [cit. 07-07-2015]

EAPC charakterizuje specializovanou paliativní péči těmito slovy:

*„Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.“<sup>12</sup>*

Zařízení specializované paliativní péče by měla být díky své odbornosti a speciálně vyškoleným pracovníkům schopna poskytnout své služby ve všech aspektech a jsou indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají potíže, které svou komplexností přesahují možnosti péče obecné.<sup>13</sup>

Specializovaná paliativní péče v České republice má dvě formy:

### **Lůžkové hospice a oddělení paliativní péče**

Lůžkový hospic je zdravotnické, většinou nestátní zařízení, které zajišťuje nepřetržitou péči o nevléčitelně nemocné pacienty v preterminálním a terminálním stádiu nemoci (v průměru se jedná o dobu posledních čtyř týdnů).

Do hospice přechází pacient ve chvíli, kdy náročnost péče o umírajícího přesáhne možnosti a odbornost jeho blízkých, nebo mu není možno odpovídající péči zajistit v domácím prostředí.

---

<sup>12</sup> SLÁMA, Ondřej, LABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ, Standardy paliativní péče 2013. *Paliativní medicína.cz* [online] ©2013 [cit. 07-07-2015]

<sup>13</sup> SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011, s.4.



V hospicích, oproti nemocničním oddělením, je pacient umístěn nejčastěji v jednolůžkovém pokoji, kde ho smí jeho nejbližší navštěvovat v jakoukoliv dobu a případně s ním i v pokoji pobývat.

Hospic se snaží zajistit pro svého klienta takové prostředí, kde bude moci zůstat v intenzivních vztazích se svým okolím a kde bude zároveň brán zřetel na jeho individuální potřeby.<sup>14</sup> O pacienty a jejich rodiny pečují tým sestávající z lékařů, sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologů, dobrovolníků a duchovních.

K dnešnímu datu je v České republice vedeno čtrnáct lůžkových hospiců.<sup>15</sup> Oddělení paliativní péče se snaží přiblížit hospicovému typu. Jsou vedena odborníky na paliativní péči a nalezneme je v nemocnicích a LDN.

### **Ambulantní paliativní péče, mobilní specializovaná paliativní péče**

V rámci ambulantní paliativní péče nelze znovu nezmínit ambulance pro léčbu bolesti. Jak již bylo napsáno výše, nejedná se o komplexní paliativní péči ale i zde nalezneme mnoho pracovníků s atestací na paliativní medicínu. V Hradci Králové a Brně také fungují oddělení paliativní onkologie, která poskytují ambulantní péči pro pacienty s nádorovým onemocněním.

Mobilní specializovaná paliativní péče, nebo také domácí hospicová péče, pomáhá nemocným dožít jejich poslední dny v domácím prostředí. Poskytuje ji tým speciálně vyškolených specialistů (například zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, pastorační pracovníci) který je

---

<sup>14</sup> ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. Co je hospic. *Asociace hospicu.cz* [online] ©2014 [cit. 07-07-2015]

<sup>15</sup> ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. Hospice v ČR. *Asociace hospicu.cz* [online] ©2014 [cit. 07-07-2015]

schopný zajistit odpovídající péči o umírajícího pacienta, aby tak mohlo být naplněno jeho přání zesnout doma a zároveň byl zachován odpovídající standard zdravotní a ošetrovatelské péče. (sestra a pacient, str.23) Nemocnému je tým hospice k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu, ovšem se základním požadavkem a tím je aktivní zapojení jeho blízkých.

Například hospicové občanské hnutí Cesta domů přímo uvádí, že alespoň jedna z pečujících osob musí být připravena na celodenní péči o nemocného a dodržovat časový harmonogram podávání léků, který sestaví lékař.<sup>16</sup>

Mobilní specializovaná paliativní péče není hrazena ze zdravotního pojištění, a to je i možná důvodem proč není Česká republika zatím plně pokryta těmito službami.

#### **1.1.4 Legislativa a vzdělání v souvislosti s paliativní péčí**

Zlepšení péče o umírající pacienty lze dosáhnout pouze vzděláním širší lékařské veřejnosti a pracovníků v sociálních službách. Ale protože ze strany tvůrců zdravotní politiky v České republice není paliativní péče brána jako obor, který potřebuje lepší, propracovanější koncepci, není také jednotné vzdělání.

Přesto již dochází k postupnému pozitivnímu vývoji a paliativní péče se stává součástí pregraduální výuky na zdravotnických školách, lékařských fakultách a ve studijních programech ošetrovatelství lze najít paliativní péči jako samostatný předmět.

---

<sup>16</sup> CESTA DOMŮ. Přijímání pacientů. *Cestadomu.cz* [online] ©2015 [cit. 07-07-2015]

Co se přímo studia lékařů týká, paliativní medicína je jako samostatný předmět vyučován pouze na Masarykové univerzitě v Brně.

Od roku 2004 existuje v rámci lékařské specializace obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“, ale od roku 2010 je rozdělen na dva samostatné kurzy „Paliativní medicína“ a „Algeziologie“<sup>17</sup>

O paliativní péči, jako samostatném oboru, lze najít zmínku v Zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, kde je jeho účel definován slovy *„zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“* a kde také uveden jako jeden z typů domácí péče.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> SLÁMA, Ondřej, LABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ, Paliativní péče v ČR v roce 2013. Paliativnimedica.cz [online] ©2013, posl.revize 12.2.2013 [cit. 02-07-2015].

<sup>18</sup> PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Portal.gov.cz [online] ©2011 [cit. 09-07-2015]

## 1.2 Doprovázení

*„...smrti se nebojím, smrt není zlá, ve smrti nejsem sám, umírání se bojím, kde každý je opuštěn, - a já umírám.“*

(Jiří Wolker)

### 1.2.1 Co je doprovázení a jaký je jeho smysl

Snad každému z nás někdy někdo zemřel. Ve chvíli kdy jsou naši blízcí postaveni před neodvratnou diagnózu, stáváme se právě my jejich oporou a doprovodem na jejich cestě. A není to lehký úděl. Čím je nám dotyčný člověk bližší, tím hůř se vyrovnáváme nejen s reakcemi nemocného, ale také s vlastními pocity.

Na jedné straně tedy stojí pocity nemocného. Deprese ze ztráty soběstačnosti, společenského postavení a role. Vztek na instituce a lékaře, kteří nemohou naplnit pacientova očekávání o průběhu léčby, selhávání terapie. Zlost na své okolí, které také mění svůj přístup k nemocnému. Strach z budoucnosti a nejistoty, uvědomění si vlastní smrtelnosti a nevyhnutelnosti konce.

Na druhé straně stojí pocity nás, jejich blízkých. Musíme se vyrovnávat s vlastními pocity strachu z budoucnosti, bezmoci nad neřešitelností situace, bolestí nad nadcházející ztrátou milovaného. A také určitým pocitem sobeckosti, kdy je pro nás smíření s nynější situací nemyslitelné.

Přesto existují lidé, kteří se rozhodli pomoci v této nelehké životní etapě a stojí po boku nás a hlavně našich blízkých v jejich posledních chvílích. Jsou to lidé, kteří doprovázejí.

Když jsem se několika pečovateli, kteří se svými klienty zůstávají až do konce, zeptala, proč vůbec dělají tuto práci a co jim přináší, dostalo se mi nejčastěji této odpovědi:

„Beru to jako svoje poslání.“

A opravdu se tato práce dá brát jako poslání. Oproti vytěšňování smrti do nemocnic a ponechání pacientů jejich osudu na nemocničních lůžkách, doprovázející se snaží, hlavně svou přítomností, vyjádřit podporu a blízkost nemocnému, aby tak bylo možné dosáhnout lidsky důstojného umírání.

### **1.2.2 Profil doprovázejícího**

Doprovázet může kterýkoliv člověk, který se rozhodne, že je připraven se této výzvě postavit.

A že je to výzva, o tom jistě není pochyb. Jako doprovázející jsme konfrontováni se smrtí, což není součást běžného lidského uvědomění. Smrt je často posunuta do zapomnění a myšlenka na ni zatlačena do nejzazšího koutku lidské mysli.

Konfrontace s umírajícím je tedy i naše vlastní konfrontace se sebou. S vlastní smrtelností, strachem a obavami z konce. Z nicoty.

Do vědomí doprovázejícího mohou vstupovat myšlenky typu: Kolik jsem toho ještě schopný unést? Jak dlouho ještě nemocný bude trpět? A jsem špatný, když už mu přeji smrt (vysvobození)?

A je moje pomoc dostatečná? Zvládám tuto situaci i po odborné stránce?

Důležitou roli v životě doprovázejícího hraje čas pro sebe, pro své okolí a koníčky, aby byl schopen načerpat znovu další síly, jinak hrozí úplné vyhoření.<sup>19</sup> Velkým přínosem je podpora z okolí doprovázejícího, pochopení pro jeho situaci.

Vždy je pro doprovázejícího lepší když patří k nějakému společenství, komunitě nebo organizaci, kde může sdílet své pocity a myšlenky s ostatními.

V případě doprovázejících z řad pečovatelů, pracovníků hospice i osobních asistentů jsou na místě pravidelné supervize.

A jaký by měl doprovázející být, přihlédneme-li k výše zmíněnému?

Doprovázení si žádá celého člověka s empatickým cítěním, který je schopný naslouchat, vcítit se a přesto mít profesionální přístup. Důležitá je také vyrovnanost s vlastní smrtelností a vlastnosti zralé osobnosti – citová vyrovnanost, odbornost, životní zkušenosti, optimismus, kultivovaný způsob komunikace.

---

<sup>19</sup> ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. Cesta domů, 2013, s.8.

### 1.2.3 Potřeby doprovázeného

Potřeby doprovázených lze rozdělit na čtyři základní kategorie: potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální.

Potřeby **biologické** se pochopitelně odvíjejí od fyzického stavu pacienta.

Prvním základním bodem je únava, která je způsobena slábnutím fyzických sil. Tuto únavu často nelze odstranit ani dlouhým spánkem a tak není neobvyklé nemocné vidět podřimovat nebo odpočívat během celého dne. Denní rytmus pacienta se tedy stává zcela individuálním a doprovázející by se měl tomuto rytmu přizpůsobit.

V souvislosti s častým ležením a popřípadě znemožněním svobodného pohybu jsou dalším bodem proleženiny. Je třeba pravidelně měnit polohu klienta, aby došlo k potřebnému prokrvení tkání.<sup>20</sup>

Umírající člověk také často trpí zvýšeným pocením, popř. inkontinencí a únikem stolice<sup>21</sup>. To zvyšuje zápach nemocného a zároveň ztěžuje fyzický kontakt, který je pro něj velmi důležitý. Je třeba tyto nové okolnosti brát s pochopením. Ani pro nemocného není tato nová situace jednoduchá, protože jeho fyzický stav mu znemožňuje větší míru samostatnosti.

Čím se nemocný více blíží svému konci, tím slábne jeho chuť k jídlu, ale žízeň naopak přetrvává a roste. Proto je vždy třeba dbát na potřebnou hydrataci. V případě že není již schopný polykat, bývá umírajícímu často příjemné alespoň občasné zvlhčování rtů.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> MOCKOVÁ, Alena a kol. *Minimum osobního asistenta*. Hwer, 2013, s. 39 a 147.

<sup>21</sup> Tamtéž, s.36.

<sup>22</sup> Tamtéž, s.77.

Důležitá je také úleva od bolesti potřebnou medikací.

Prioritní **psychickou** potřebou pacienta je respekt k jeho lidské důstojnosti nezávisle na tom, v jakém stavu se nachází jeho tělo.

I když je nemocný v jakémkoliv stavu, je třeba jej vnímat jako lidskou bytost s vlastními pocity, které jsou zmítány velmi těžkou situací.

Nejčastěji prožívanými negativními emocemi bývají úzkost a strach, pocity viny, pocity bolesti a pocity zlosti. Oprati tomu se zmohou objevit emoce veskrze pozitivní jako je naděje, víra a důvěra, láska, pokoj a klid, radost za předchozí prožitý život.<sup>23</sup>

Jednotlivé fáze vyrovnávání se s konečnou diagnózou popsala ve své knize *On death and dying* Elizabeth Kubler-Rossová. Tento pětistupňový model bude v této práci představen v samostatné kapitole.

**Sociální** potřeby pacienta se váží k jeho okolí. Nová situace v jeho životě ho dostává do zcela nové společenské role a postoj jeho okolí tuto roli ještě upevňuje. S úbytkem fyzických sil se nemocný dostává do závislé pozice, kdy se často cítí jako přítěž pro své blízké.

A právě proto je podpora a pochopení jeho blízkých esenciální. Návštěvy, zprávy a telefonáty nemocnému ukazují, že nebyl zapomenut a je stále důležitý.

Sociální izolace je v protikladu se společenskou přirozeností člověka a správná péče by ji měla co nejvíce zabraňovat.

---

<sup>23</sup> MOCKOVÁ, Alena a kol. *Minimum osobního asistenta*. Hwer, 2013, s. 78.



V kontextu s vlastní smrtelností se vynořují **spirituální** potřeby. Objevují se otázky o smyslu života, utrpení, vlastní identitě i otázky co bude po smrti.

Velmi záleží na náboženské příslušnosti umírajícího.

Jako doprovázející bychom měli nechat nemocné mluvit o jejich obavách a nechat je klást tyto otázky, ačkoliv na ně neznáme odpověď. I jen prosté vyslechnutí může ulevit a pomoci snížit tlak toho, co doprovázeného tíží. Mnohem lepší než říkat prázdné fráze je pomoci klientovi najít jeho vlastní odpovědi.

V případě věřících klientů není od věci požádat o radu nebo o návštěvu duchovního. Ve většině hospiců je přítomen a v terénní službě je možné obrátit se na místně příslušné farnosti (katolické, protestantské...) podle duchovní orientace nemocného.

#### **1.2.4 Potřeby příbuzných doprovázeného**

Umírání člena rodiny postihuje rodinu celou, tudíž je třeba vždy si uvědomit několik základních věcí:

-Nejen umírající ale i jeho příbuzní jsou zahlceni spoustou otázek, nejistot a strachů. Ať už z průběhu nemoci nebo z budoucnosti, až jejich milovaný odejde.

-Cesty do nemocnice, hospice nebo i za příbuzným domů jsou pro ně časově, fyzicky, psychicky i finančně nákladné. Není vhodné tyto faktory brát na lehkou váhu.

-Když vezme někdo z blízkých do svých rukou péči o nemocného, tak jej často napadá otázka, jestli je vůbec schopen se o nemocného náležitě postarat. Celodenní péče je navíc extrémně vyčerpávající jak po fyzické, tak po psychické stránce. Doprovázející by měl být tomuto člověku také oporou a dát pečující osobě možnost sdílet své pocity.

V případě, že se již blíží smrt klienta, je nutné o tom dát vědět příbuzným nebo blízkým lidem a když si to bude klient přát, umožnit jim strávit jeho chvíle s nimi. Nikdy však nenecháváme klienta zcela samotného.

Bezprostředně po smrti příbuzní zažívají šok, a to i když je smrt očekávána. Je namístě nechat příbuzné projevit jejich emoce a poskytnout jim dostatek času na případné dotazy nebo vypovídání se. Hojivé a vhodné také pronést pár slov o zemřelém, např. „Vaše maminka byla velmi statečná žena.“ A ujistit rodinu že jejich milovaný netrpěl.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada, 2010, s.117.

### 1.3 Práva umírajícího člověka

Základní práva umírajících lidí lze formulovat takto:

- „1. Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti*
- 2. Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti*
- 3. Právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých*
- 4. Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje prvotřídní péči nemocnému i jeho rodině*
- 5. Právo na stálou zdravotnickou péči přestože se cíl „uzdravení“ se mění na „zachování pohodlí a kvality života“*
- 6. Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní hodnoty*
- 7. Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků*
- 8. Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti*
- 9. Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, kteří si to přejí“<sup>25</sup>*

V roce 1999 vydala Rada Evropy doporučení č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ které je též nazýváno „Chartou práv umírajících“.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> CESTA DOMŮ. Pohled na práva. *Elearning.cestadomu.cz* [online] ©2015 [cit. 10-07-2015]

Tato listina označuje za nepřijatelné umírání bez snahy o úlevu od nesnesitelných symptomů, jako jsou například bolest či dušení.

Také hovoří o umělém neprodlužování života člověka v terminálním stadiu, není-li to přání pacienta, ale zároveň nepřipouští omezování život udržující léčby z ekonomických důvodů.

Nepřípustné je též umírání v zanedbání a se stigmatem sociální zátěže a velmi důležitý je i bod, kde se uvádí, že ani pacientovo přání zemřít neopravňuje jinou osobu zabít smrtelně či nevléčitelně nemocného člověka. Tento čin není legálně ospravedlnitelný.

---

<sup>26</sup> COUNCIL OF EUROPE. Provisional revised draft reply to Recommendation 1418 (1999) on the Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. *Wcd.coe.int* [online] ©1999 [cit. 10-07-2015]

## 1.4 Model Elizabeth Kübler-Rossové

Elizabeth Kübler-Rossová se narodila roku 1926 v Curychu. Během druhé světové války pomáhá válečným uprchlíkům a silná potřeba pomáhat ji, i přes protesty jejího otce, dovede až k vystudování lékařské fakulty.

Roku 1957 emigruje do Ameriky, kde v New Yorku pokračuje studiem psychiatrie. Od roku 1965 začíná pracovat na výzkumném projektu v oblasti umírání a smrti u pacientů v terminálním stádiu.

Během své kariéry napsala více než dvacet knih, které se nějak vázaly k tématu smrti nebo umírání. Během svého života uspořádala bezpočet workshopů, které byly financovány z výtěžku jejích knih s cílem detabuizovat téma umírání.<sup>27</sup>

Svůj pětistupňový model poprvé představila v roce 1969 v knize s názvem *On death and dying*, která byla inspirována její prací s terminálně nemocnými pacienty.

Tento model předpokládá řadu pěti emocionálních etap, kterými smrtelně nemocný člověk prochází při své cestě za přijetím diagnózy. Těmito etapami jsou popírání, hněv, smlouvání, deprese a přijetí.

Sama Kübler-Rossová však k němu dodává, že to není kompletní seznam všech emocí, kterými člověk může během svého vnitřního boje s přijetím diagnózy projít.

Jednotlivé fáze nemusejí následovat v konkrétním pořadí a nemocný se může nacházet i ve více fázích najednou. Pokud nemocný dosáhl fáze přijetí a z ní se vrátil zpátky do některého z předchozích stadií, může to být například způsobeno lékařským zásahem, který byl proveden proti vůli pacienta, ale také to může mít na svědomí rodina, která nemocného

---

<sup>27</sup> BIO. Elisabeth Kubler-Ross Biography. *Biography.com* [online] ©2014 [cit. 10-07-2015]

obviňuje, že ji opouští. Vráti-li se nemocní z fáze akceptace, znamená to, že v naší péči o nemocného něco selhalo nebo je něco špatně.

#### **1.4.1 Fáze první: Popření**

Většina pacientů, která se dozví závažnou diagnózu, reaguje velmi podobně: „Já? Jak je to možné? To nemůže být pravda!“. Nezáleží na tom, zda svou diagnózu předem tušili nebo je pro ně zcela nová.<sup>28</sup> Šok a popření je ochranný mechanismus, únik z reality, který se snaží naši křehkou psychiku uchránit před kolapsem.

A tento mechanismus nemusí fungovat jen v prvních chvílích po zjištění smrtelného nálezu, ale také se může transformovat v zatvrzelé popření, které si hledá nové a nové důvody konečné diagnóze nevěřit. Nezřídka pacienti navštěvují více doktorů v naději, že prvotní výsledek byl chybný, popřípadě byl zaměněn za cizí. Tato reakce může být také výsledkem příliš brzkého nebo necitlivého sdělení smrtelného nálezu lékařem, který nevážil, nebo dobře nezná, psychiku pacienta.<sup>29</sup>

Pacienti popřením reality utíkají do snového světa, kde je ještě možné vyléčení. Snaží se své myšlenky otočit k pozitivnějším věcem, ke svým koníčkům nebo práci, které jim pomáhají zapomenout na vážnost situace a dávají jim pocit důležitosti. Někteří o své nemoci neradi mluví a mohou také odmítat zájem ze strany druhých nebo léčbu. Nemocný se může v této fázi negace usadit a po celou dobu ji již neopustit.<sup>30</sup>

Pacient se v této fázi často cítí nepochopen svým okolím, a proto raději volí vlastní izolaci od ostatních. Důležité jsou tady naše schopnosti

---

<sup>28</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.15.

<sup>29</sup> Tamtéž, s.35.

<sup>30</sup> Tamtéž, s.16.

empatie, porozumění a naslouchání, která dávají prostor nemocnému svobodně začít hovořit o svých obavách a úzkostech.

*„Všichni nemocní potřebují občas odsunout myšlenky o vážnosti svého stavu. Citlivý a pozorný pozorovatel musí rozeznat pacientovu okamžitou náladu a nechat na něm, jak se chce se svým duševním stavem vyrovnat. Nelze ho upozorňovat na rozpory v jeho tvrzeních. V pozdější fázi nemocný hovoří o své nemoci a o svém zdraví, o své smrti a o své nesmrtelnosti, jako by to byli sourozenci, kteří mohou vedle sebe klidně existovat. Dívá se vstříc smrti, ale přesto se nevzdává naděje.“<sup>31</sup>*

#### **1.4.2 Fáze hněvu**

Po tom, co jsme přestali zavírat oči před skutečností, nejčastěji přichází závist a z té plynoucí hněv.

„Proč já? Proč teď? Proč ne někdo jiný?“

Pacient je v tuto chvíli plný zloby, která ve své podstatě není nepochopitelná. Každý, kdo by byl vytržen ze svého normálního života, by byl naštvaný.

„Všichni si vesele, bezstarostně žijí, chodí, dělají věci, které mám rád nebo které jsem chtěl udělat. Naproti tomu já zažívám osobní tragédii. Mám omezený pohyb a možnosti, bolesti, mám strach a nemůžu svůj život žít tak jako dřív. A navíc je to všechno tak nespravedlivé.“

---

<sup>31</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.17.

K tomu všemu ještě přispívá dlouhodobý pobyt v nemocnici, nepříjemná vyšetření a pocit vlastní nesvobody.<sup>32</sup> (hovory s umírajícími str.24)

Toto je těžké období jak pro nemocniční personál, tak pro blízké nemocného. Nemocný je hádavý, popudlivý, často až cíleně zlý a návštěvy jsou přijímány bez radosti a chladně. Sestry a pečovatelé, kteří jsou v každodenním kontaktu s nemocným, odnášejí většinu pacientovy agrese. Ať udělají cokoli, vše je špatně a jakmile opustí pokoj, jsou znovu voláni zpátky.

Podle Kübler-Ross pokud pacientovi věnujeme dostatek času a péče, brzy se uklidní a žádá méně, protože cítí, že se s ním počítá a není tedy třeba si pozornost získávat agresivním chováním. Bohužel častěji na nemocného reagujeme naší vlastní zlobou, jako by jeho jednání bylo osobní záští k nám. V takovém případě pouze přživujeme pacientův hněv.(hovory s umírajícím str.24)

### **1.4.3 Fáze smlouvání**

Fáze smlouvání není tak známá a bývá spíše fází prchavou, přesto je pro nemocného velmi důležitá. Snaží se v ní odvrátit, nebo alespoň oddálit, příchod nevyhnutelného.

Pacient smlouvá s Bohem a Osudem, uzavírá různé sliby, mění taktiky, nabízí úplatky, prosí a hlavně věří, že za dobré chování bude odměněn. Toto vnitřní vyjednávání většinou drží v přísné tajnosti. Myslí však na ně úpěnlivě a vynakládá do nich mnoho energie.

---

<sup>32</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.24.



„Když se uzdravím, budu lepší člověk/křesťan/rodič.“ Nebo také:  
„Ještě jednou chci ... a pak už nežádám nic.“

Tyto sliby mohou mít původ ve skrytém pocitu viny. Proto je důležité nebrat podobné poznámky na lehkou váhu a pokusit se zjistit, odkud tyto pocity viny pramení.<sup>33</sup>

#### **1.4.4 Fáze deprese**

Šok, hněv, vyjednávání a smlouvání. To vše nyní ustupuje do pozadí a smrtelně nemocný člověk se již dál nemůže obelhávat. Prožívá opakované ataky nemoci, které ho přivádějí do nemocnice, projevují se nové a nové symptomy, jeho síla slábne a nemocný zjišťuje, že nastalou situaci už nelze jen tak odbýt. A tak přichází pocit strašné ztráty.

Pacient velmi intenzivně vnímá proměnu svého zevnějšku a funkce svého těla. To je ale jen jedna z mnoha ztrát, které musí v takové situaci přijmout. Dlouhodobý pobyt v nemocnici a lékařské zákroky velmi zatěžují finanční rozpočet, takže velmi často poklesne životní standard jak pacienta, tak jeho rodiny. Navíc vážně nemocný člověk málokdy může zastávat svou práci, což opět vede ke snížení finančních prostředků. A nemocní rodiče také například velmi prožívají, že nemohou díky své nemoci náležitě pečovat o své děti a domov, což jim přináší velké pocity smutku a viny.

Tyto pocity jsou zcela pochopitelné a vážou se ke změně života nemocného, často je ale opomíjen fakt, že umírající musí čelit ještě jedné velké bolesti: konečné myšlence odchodu ze světa.

Z tohoto pohledu pak můžeme depresi rozdělit na druh reaktivní a přípravný.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.46.

Reaktivní druh deprese provází silné pocity studu, zoufalství a viny. Například když nemocná žena není schopná postarat se o své děti, nebo žena po transplantaci prsu vnímá samu sebe jako zohyděnou a neženskou. V tomto případě bývá velkou pomocí zaměřit se na konkrétní problémy a hledat nějaké konstruktivní východisko. U ženy s dětmi může chodit vypomáhat sestra nemocné, u pacientky po transplantaci lze podpořit sebevědomí drobnými komplimenty a možností svůj nedostatek zastírat.<sup>35</sup>

Druh přípravný, je oproti reaktivní depresi méně nápadný a nevzniká z utrpěné ztráty, ale ze ztráty hrozící.

*„Je deprese tou správnou cestou, aby si nemocný ulehčil přijímání svého osudu? Pak totiž už není místo pro žádnou radost: kdo nemocnému vždy znovu ukazuje světlejší aspekty, odvádí jeho pozornost od blízkého konce. I přesto se bude nemocný rmoutit. Každý z nás pociťuje nekonečnou bolest při ztrátě jediné milované bytosti- nemocný je ale v postavení, že ztrácí vše, co miloval.“<sup>36</sup>*

Kdo má možnost otevřeně mluvit o své bolesti, ten se může snáze smířit se svým osudem a je vděčný těm, kteří v této fázi stojí po jeho boku. A to bez toho, aby se ho snažili rozveselovat.

### 1.4.5 Fáze přijetí

Pokud měl nemocný dostatek času projít všemi předchozími fázemi, nyní se nachází ve stavu přijetí. Už se vypovídal se své zášti ke všemu a všem, olitoval blízkí se ztrátu věcí a lidí které miloval a teď čelí sám svému konci.

---

<sup>34</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.49

<sup>35</sup> Tamtéž, s.50.

<sup>36</sup> Tamtéž,s.50.

Cítí se unavený, slabý, hodně času tráví spánkem. Není to ale spánek, který pomáhá zapomenout jako v období deprese, je to symbol úbytku sil. Už není třeba uhýbat, boj je dobojován.

Fáze přijetí není šťastný stav, jak si mnoho lidí představuje. Je to ale stav bez krutých pocitů, období vnitřního klidu a smíření. Toto stádium pozorujeme nejčastěji u starých a nemocných, kteří vědí, že už jsou na konci života a kteří už si odpracovali své.

V tomto období potřebuje více pomoci a podpory rodina umírajícího, než sám pacient. On už dosáhl své míry klidu, jeho zájem o vnější svět se zmenšuje, obrací se sám do sebe. Návštěvy už nebývají tak všele vítány, komunikace utichá a stává se spíše neverbální.

To ale nemusí znamenat, že zcela ztratil zájem o naši přítomnost. Důležité je, aby nemocný získal pocit, že ani v této chvíli nezůstal zcela sám. Stisk ruky, drobná gesta nebo jen naše přítomnost nemocnému naznačuje, že při něm stojíme až do konce. Uklidněn poznává, že nebyl ponechán jen sám sobě a i když už víc nemůže mluvit, jeho pohled často mluví za vše.<sup>37</sup>

Je jen málo pacientů, kteří vůbec nedojdou do stadia přijetí, ale i oni si jednoho dne řeknou, že už nemohou dál. V tuto chvíli je boj u konce, čím více se snažili bojovat s nevyhnutelným, tím více si ztížili konečné smíření. Rodina, a často i personál v nemocnicích, mohou v tuto chvíli dávat nemocnému najevo, že připravenost na smrt považují jen za zbabělou rezignaci. Je však chybné vzdorující pacienty považovat za houževnatější než jiné.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. Routledge, 1989, s.68.

<sup>38</sup> Tamtéž, s.68.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 1.4 Cíle výzkumu a použité metody

Jak již napovídá název mé práce, cílem mého zkoumání je vztah asistenta, provádějícího paliativní péči, k jeho klientovi, zatím co u něj vnímá jednotlivé fáze z modelu Kübler-Rossové.

A protože toto téma je velmi široké, sestavila jsem si několik základních otázek, na které chci získat odpověď:

- 1) Vnímají asistenti fáze z modelu Kübler-Rossové u svých klientů?
- 2) Za předpokladu že tyto fáze postřehnou, jak na ně působí? Jaká je jejich vnitřní reakce na tyto fáze, nezávisle na předepsaném, vhodném chování?

Vzhledem k povaze a citlivosti tématu jsem se rozhodla pro kvalitativní přístup. Domnívám se, že v tomto případě je kvalitativní typ výzkumu namístě, protože umožňuje osobní přístup, menší strukturovanost otázek a analýzu postojů, pocitů a motivací, které vedou k hlubšímu porozumění tématu.

Zde uvádím jednu z definic kvalitativního výzkumu, jak ji uvádí Hendl ve své knize Kvalitativní výzkum:

*„Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Jde o*

*porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců ... Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací“<sup>39</sup>*

Jak je i přímo z definice patrné, u kvalitativního výzkumu je vyhodnocení ovlivněno postojem a porozuměním výzkumníka. Proto všechny výsledky, které dále interpretuji, prezentuji v „ich formě“, tedy jako „já“. Tímto dávám najevo, že jsem si vědoma, že výsledek může být ovlivněn mým viděním situace.

Z kvalitativních technik jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru, kdy mé pevné otázky v rozhovoru tvoří témata, na které zkoumané osoby otevřeně a spontánně reagují.

Jednotlivá témata, tedy mé pevné otázky, tvoří pět fází modelu Kübler-Rossové. Další tázní slouží k individuální reakci na respondenta a získání bližších informací.

Otázky v kvalitativním přístupu by měly být zcela neutrální, aby nepodněcovaly zkoumaného k určitému typu odpovědi, citlivé, jasně položené a otevřené.

Jako výzkumník si uvědomuji, že si musím hlídat také nonverbální komunikaci. Je dobré dávat zkoumanému dostatečné impulzy, aby cítil, že mě jeho vyprávění zajímá. Na druhé straně je ale třeba hlídat intenzitu těchto impulzů, aby zkoumaný nezačal podvědomě vyhledávat, co bych já, jako výzkumník, mohla chtít slyšet.

---

<sup>39</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005

## 2.2 Výzkumný soubor a způsob zachycení rozhovoru

Můj výzkumný soubor tvoří tři asistentky, které se věnují dlouhodobě pečovatelské péči a v rámci své práce také vykonávají tzv. doprovázení. Minimální dobu zaměstnání v tomto oboru, potažmo práce s umírajícími klienty, jsem si stanovila jako dva roky, minimální věk třicet let. Ženám, které jsem měla možnost oslovit, je všem mezi čtyřiceti až šedesáti lety.

Všechny asistentky jsou seznámeny s modelem, který navrhla Kübler-Rossová a znaly ho již před tím, než jsem je kontaktovala za účelem rozhovoru.

Tyto ženy jsem si jako svůj výzkumný soubor zvolila z toho důvodu, že s klientem tráví mnohem delší úsek života než hospicové sestry a tím mají větší možnost pozorovat a znát klienta.

Z důvodu zachování anonymity mých respondentů je nazývám jako paní A, paní B a paní C.

Rozhovory budu nahrávat na diktafon a z těchto nahrávek vznikne přepis. Části přepisu využiji jako ilustrativní odpovědi k jednotlivým otázkám, celé znění rozhovoru bude obsaženo v dodatku této bakalářské práce.

## 2.3 Výzkum

V kapitole Výzkum budu k jednotlivým tématům přidávat některé z odpovědí, které mi paní A, B i C poskytly během našich rozhovorů. Tyto odpovědi jsou jen ilustrativními, plné znění rozhovorů se nachází v dodatcích této práce.

Sebe sama označuji v rozhovorech písmenem M.

### 2.3.1 Fáze popření

#### **Paní A**

Vzpomínám si, že se mě jedna paní pořád pořád ptala „A fakt umřu?“ a „Dooopravdy?“ a strašně se bála o svůj život. Strašně se v té fázi, strašně bála o svůj život.

**M:** A když takhle toho klienta vidíte, co je pro vás třeba těžké a co naopak se vám zvládá lépe?

Nemůžu říct, že by mě to nějak stresovalo. Naopak, snažila jsem se vždycky těm lidem nějak pomoci.

#### **Paní B**

Ano, přesně takhle lidi reagují. I když zmíním svoji maminku, která vlastně byla půl roku před smrtí a byla jsem pak s ní vlastně ve dne v noci, tak v podstatě je to tak, že ten pacient se... mamka byla hrozně veselejší člověk, euforický, a pak se úplně totálně uzavřela do sebe. Předtím nevydržela dvě minuty v klidu a pak dokázala sedět a hodiny a hodiny koukat do zdi a nebo do televize a vůbec nereagovat.

Takže určitě je to tak, že si ten člověk v podvědomí vytvoří jakousi clonu, nebo zeď a vůbec si to nechce připustit.

Ale takhle: u klientů já jsem s tím vlastně do styku taky přišla, protože mi taky několik klientů zemřelo.

Ale tam to člověk bere jinak než u té rodiny. Ale určitě, opět zase reagovali stejně. Zás si zase dělali plány do budoucna

### **Paní C**

S tímto stadiem, šokem, zkušenost nemám. S tím jsem se jako nesetkala.

Já si myslím, že každé to jakoby to prožívá a vnímá jinak. My v té prvotní fázi s tím klientem ani nejsme, většinou už nás volají, když už ta diagnóza je nějak daná.

### **2.3.2 Fáze hněvu**

#### **Paní A**

S tímhle jsem se nesetkala. S tímto stádiem. Ale myslím, že všichni postižení mají tu vlastnost být nepříjemní, protože je něco trápí a neumí se s tím poprat.

#### **Paní B**

Já tedy k téhle otázce, více méně, si myslím, že všeobecně lidi, kteří jsou nemohoucí, senioři, prostě hodně nemocný že jsou i takoví, kteří jsou nepříjemní. Nemůžou se srovnat s tou nemocí. Ale zase záleží člověk od člověka. Jsou lidé kteří jsou vlídní až do konce a lidi, který jsou nepříjemní. A někdy těm klientům leze i na nervy jak se o ně ta rodina hodně stará...



Já jsem měla klientku, která byla už hodně stará. Bylo já 94 let. Na a ta měla už takové stavy, že začínala i těžce nadávat. Vyloženě vulgárně a já jsem to tedy nesla velmi těžce. I když jsem věděla, že to není z ní, nebo z její duše, srdce, že je to z velké části nemoc. (*povzdechnutí*)

**M:** Jak jste se s tím vyrovnávala?

Tak z člověka to nějak vyjde, vyprchá... chce to čas. Ale samozřejmě když jedete v tramvaji domů tak si říkáte „Propána krále, kam jsem to zas vlezla.“ (*smích*) Nebo: „Proč tuhle práci dělám, stojí mi to za to?“ A pak to zas přejde.

### **Paní C**

Tak to jsem zažila. To jsem byla u té klientky, která mi vlastně zemřela. A to bylo... My jsme pro ni byli ti nejhorší, my jsme ji furt ubližovali, třeba když jsme se ji snažili umejt, nakrmit, to jsme prostě byli ti nejhorší. A ty slova, který ona v tu chvíli vypustila, to se nedá ani publikovat. (*smích*)

**M:** A jak to působilo na Vás?

No mě to hrozně mrzelo. Jo, vlastně v té chvíli, i když to tak asi nemyslela tak mě to hrozně mrzelo. Člověk se jí snaží pomoci, tomu klientovi se snažíme pomoci, aby se měl dobře, aby byl umytej, najezenej, napitej... Takže v tu chvíli mě to hrozně mrzelo, ale když jsem se po té službě nad tím jakoby zamyslela, tak jsem vlastně došla k názoru, že to ten člověk prostě nevnímá.

**M:** A jak se Vám s tím pracuje, když je ten klient na vás takhle útočný?

Já se snažím všechno řešit v klidu. Já si myslím, že jsem docela klidný člověk, nemám ráda konflikty. Takže i potom když je ten klient na

mě nějak nepříjemnej, tak se snažím od toho odpoutat pozornost, že jsem nic neslyšela, ale pak v duchu se nad tím zamyslím a trápí mě to. Nebo mě to hrozně mrzí. Takže asi tak, no. *(úsměv)*

### **2.3.3 Fáze smlouvání**

#### **Paní A**

Tak na to jsem narazila. Jedna paní mi říkala: „Ještě musíme (Jméno) ven, ještě jednou na procházku. Ještě alespoň jednou vidět to sluníčko.“ Takhle to říkala.

#### **Paní B**

To přesně dělala moje mamka. Ona žila vedle mě, vedle věřícího člověka, dvacet let a nic. Nic to s ní nikdy nedělalo. A de facto měsíc před smrtí uvěřila. Začala se modlit. Modlila se: „Pane Bože, dej mi alespoň ještě jedno léto s mými dětmi. Alespoň jedno léto.“ *(tišší hlas, je cítit že je to citlivé téma)*

#### **Paní C**

S tím jsem se vůbec neseťkala.

### **2.3.4 Fáze deprese**

#### **Paní A**

Jednu moji klientku to spíš tak štvalo. Že nemůže dělat to co dřív. Že nemůže chodit ven, že se nemůže starat sama o sebe. Tu to hodně štvalo. Ale nebyla zlá nebo plná hněvu. Říkala jsem jí: „ Teď jste nemocná, jsem

tu proto pro Vás já...se vším Vám pomůžu, jsem Vaše druhá ruka a jsem tu pro Vás.“ Zase, cítila jsem se v klidu.

Když jsem viděla, že klient je v nějaké depresivní fázi, tak právě naopak jsem se na něj snažila působit klidně. Když jsem viděla, že ta moje Maruška vychyluje nebo se rozčiluje tak jsem říkala: „Maruško, to chce klid. Jsem tady já, zvládneme to, všechno bude v pohodě, jak vy budete chtít. Vy mi řeknete a já to udělám podle Vás.“

**M:** Je to pro vás nějakým způsobem vysilující?

Já bych řekla, a potvrdila mi to i moje supervizorka, že tihle odcházející lidi mi prohlubují moje poznání. A já se naopak v tu chvíli cítím silná, že těm lidem můžu pomáhat. Těm co odcházejí. To že jim můžu pomoci, mi dodává ještě víc síly.

Řekla bych, že je to spíš vysilující energeticky, tedy spíš fyzicky než psychicky. Někdy. Přece jenom ti staří lidé odebírají víc energie. Ale asi jak kdo. Taky si občas říkám, že už nemůžu, ale druhý den vstanu a jdu dál. Řeknu si: „Ta paní mě přece potřebuje, já tam prostě musím jít.“ *(řeceno s naléhavostí)*

## **Paní B**

**M:** Je to pro vás nějakým způsobem vysilující?

Já nemůžu říct, že bych se sesypávala nebo mě to ničilo. Myslím, že každý asistent pokud chce tuhle práci dělat tak by to v sobě měl mít přirozeně srovnané. Kdyby ne, tak by kolaboval a nevydržel by ani půl roku. Já to dělám šest let a nemůžu říct, že bych se z toho nějak sypala.

## **Paní C**

Co jsme se bavily o té klientce předtím, ta to měla střídavý. Jakoby v jednu chvíli volala dceru, že jí toho chtěla ještě spoustu říct a když za ní tedy ta dcera přijela, tak ji zase vyhodila, že ji nechce vidět. Za pár dní se to zase obrátilo a byla moc ráda, že vidí vnučky a vnuky a tu svou dceru nebo svého bratra. To byl najednou úplně jiný člověk ale pak když se zase propadla a říkala: „No já tady vlastně jenom ležím, už nemůžu vůbec nic. Co já si takhle počnu.“

Takže ona to měla střídavý, ty její deprese. Jednou si stěžovala že nemůže nic a pak chtěla vidět svoji rodinu, když rodina přijela, tak aby ji zase vidět nechtěla, aby neviděli, v jakém stavu ten člověk vlastně je.

**M:** Jaké to pro Vás bylo? To takhle sledovat.

Víte, já jsem hodně citlivá. Pokaždé když vidím, že se něco takového děje, tak mě to pokaždé zasáhne. Vlastně, prakticky když se to vezme, my jsme součástí té rodiny. Když se třeba jako... Já vím, neměli bychom si to třeba takhle moc připouštět, když je to naše profese. Ale je to tak, jsme vlastně součástí té rodiny a já to takhle prožívám i s tou rodinou. Když už tedy ti moji klienti odcházejí.

Pocituji lítost. Akorát před klientem to na sobě nenechávám znát ale pak, když už se sejde ta jeho rodina, tak už jsou tam ty emoce velmi silný. Tam pro mě ty emoce vypuknou, ale před tím klientem to člověk nesmí dát znát. Tam si zachovávám profesionální přístup.

### **2.3.5 Fáze smíření**

V této podkapitole je třeba udělat malou poznámku. Jsou zde zařazeny i výroky, které asistentky pronesly i v jiné části rozhovoru než

byla ta zaměřená na fázi smíření. Přesto se váží k tomuto konečnému stádiu a hodí se sem mnohem lépe, než do ostatních fází.

## **Paní A**

Maruška, co mi potom prakticky umřela v náruči, říkala: „(Jméno) tady je to tak krásný. Tak sbohem.“ Loučila se. Ale mě to neznervózňovalo. Mně to naopak přinášelo jakýsi klid. Že ona byla klidná a já taky byla klidná. Že to na mě působilo až nějakým uklidňujícím dojmem. Tahle paní některé ty fáze vůbec neměla, možná že ještě chtěla nějakou tu chvilku žít. A pak už věděla, že to nepůjde, že je jí hodně špatně, tak se smířila.

Oni ti klienti, když tam člověk chodí delší dobu, člověku přirostou k srdci. Jako třeba nějaká teta nebo něco takového.

Jedna paní mi umřela v náruči. Prostě... Taky mě to vzalo a pak jsem si i poplakala. Ty lidi už znám, jsem na ně zvyklá. Člověk si zvykne na ty lidi, jací jsou, co od nich můžeme čekat. Taky mě to tedy vzalo. Prostě jsme s těmi klienty nějak svázaní. Mě to bylo hodně líto, bylo to smutný, zvlášť když mi ta paní prakticky umřela v náruči. Ale na druhé straně toho asistenta, kterej to má rád to úžasně posiluje. Když to prožije s tím klientem.

Já si myslím, že kdo tu práci dělá rád, a má to rád, a nedělá to jen jako zaměstnání, určitě si ke klientovi najde cestu. A dotkne se ho to. Jsou asistenti a asistenti. Jsou taky asistenti, co klienta seřvou, že ani neví čím je a pak je možný že ty fáze jsou pak úplně jiný. Podle mě hodně záleží na tom asistentovi.

## **Paní B**

Já tedy musím říct, že jsem vždycky byla v klidu. Umřeli mi čtyři klienti už... Nikdy jsem tedy nebyla přímo u toho okamžiku smrti ale těsně, dá se říct. A...já jsem vždycky zůstávala v klidu. A ještě jsem těm lidem přála, aby už ten konec nastal. Většinou to totiž už bylo veliký trápení, zbytečný. Takže já jsem jim to přála a byla jsem v klidu, nemůžu říct, že by mě to nějak stresovalo.

Jedna moje klientka stále, přímo zarputile, mluvila o své dceři a svém bývalém muži, který oba dva ze srdce nenáviděla. Ale já jsem jí říkala: „Mařenko, to musíte odpustit. Musíte odpustit, když odcházíte s tohoto světa. S tím se sice nemá umírat.“ Ona taky dělala jiné věci, pokaždé když jsem přišla k ní tak na mě volala: „... kdy už umřu?!“ Ona už tedy ležela asi dva roky na lůžku. A už toho měla za sebou dost. „(Jméno) kdy už umřu, já už nemůžu.“ Tak jsem jí říkala: „Nebojte Maruško, vydržte.“

A pak právě vždycky mluvila o těchle dvou lidech co jí ublížili a ona jim tedy neodpustila. Zemřela s tím, že jim to neodpustila. *(je znát že tohle téma je pro paní B nějak citlivé)* Fakt tu nenávisť furt v sobě měla. A je zvláštní, že některé lidi ani ta smrt nepřiměje, aby trochu změkli. Alespoň v sobě, v duchu. *(smutně)* Ona byla tedy takový realista. Ona nevěřila v Boha a nějaký posmrtný život? To už vůbec ne. Takže asi lidi co jsou absolutní ateisti to tak neřeší. *(tiše)*

**M:** Vidím, že je to pro vás citlivé téma.

Je to hrozně smutný... *(chvilka ticha)* Protože já jsem té zásady, že ne před smrtí, ale než jde spát, by měl vše odpustit, co se mu za celý den stalo. Protože to člověk trápí jen sám sebe. A ona vlastně sežrala sama

sebe. Její rodině to bylo jedno. Měla jsem pak z toho trošku výčitky, že jsem ji víc nepřivedla k tomu, aby k odpuštění došla.

Samozřejmě my ty klienty máme rádi a žijeme s nimi dlouho. K té jedné paní jsem chodila pět let a taky mi umřela, měla devadesát dva let. No ale říkám, já to těm klientům vlastně přeju. Moji klienti jsou většinou opravdu starý lidi a tak si řeknu, že prožili třeba pěkný život...

Člověk když jde dělat tuhle práci tak by měl vědět, proč ji chce dělat. Pak to vypadá úplně jinak.

Máme hodně klientů co jsou spíš starší a tam hodně velkou roli demence. Tam na tyhle fáze není tolik prostor.

### **Paní C**

No, tadyhle jak pořád mluvím hlavně o té jedné mojí klientce, tak tam úplně v té poslední fázi, když pro ni přijeli, ta záchranka, paní už nevnímala vůbec nic. I lékař co přijel se záchrankou potvrdil, že je to už konečná fáze, s tím že paní tedy odvezou.

A paní ještě strašně nadávala. I když už, jak tam potom říkal ten lékař, nevěděla co se děje, jen věděla, že něco se děje.

Paní bylo devadesát devět let. A tak pořád říkala, že to dotáhne do té stovky, že to dotáhne do té stovky, ale jako bohužel. Paní selhaly ledviny a pak se k tomu přidal zápal plic. A šlo to rychle. Ale ta poslední fáze, že se nechtěla jakoby vzdát, ale podle lékařů ten mozek už nepracoval tak jak by měl.

Právě co jsem měla tuhle klientku, tak jsem to potom hodně dlouho a těžce nesla. Já se tam cítila vlastně součástí té rodiny, takže jsem se s tím hrozně dlouhou dobu vyrovnávala. Pro mě to bylo hodně těžký a musela

jsem si pak vzít týden volno, dokonce jsem pak navštívila i paní doktorku (Jméno).

Nemohla jsem se tím pořád vyrovnat, ta paní mi hodně přirostla k srdci a vy vlastně vidíte, jak vám ten člověk chřadne před očima a vlastně odchází. Jako ano, měla na to svůj věk, bylo jí těch devadesát devět, ale mohla tady ještě nějaký ten čas s námi pobejt. Takže to na mě působilo hrozně a těžko se mi s tím vyrovnávalo. Já jsem v tomhle hodně osobní, беру to, jako by to byla moje rodina.

## **2.4 Výsledky výzkumu**

První fázi, popření, rozpoznávají paní A a B. Samy ale uvádějí, že jejich postoj ke klientovi byl klidný a nevzbuzoval v nich žádnou silnější emoční odezvu.

Druhou fázi, hněv, popisují paní B a C. V případě, že klient napadá svou asistentku slovně, paní B popisuje svou reakci slovy „těžce jsem to nesla“ a paní C přímo uvádí stavy lítosti.

Třetí fáze, smlouvání, rozeznaly paní A a B. Paní A blíže nereflektuje své pocity. Paní B naopak reaguje velmi emotivně. Lze to však přisuzovat osobní zkušenosti se smrtí její matky, která pro ni byla velmi traumatická.

Fázi deprese rozeznaly všechny tři respondentky. Paní A ji popisuje jako fázi, ve které se cítí silná, kde může klientovi pomoci. Paní B k této fázi přistupuje vyrovnaně, bez nějakých silnějších pozitivních či negativních emocí. Paní C otevřeně přiznává, že pociťuje lítost. V tomto bodě jsou odpovědi respondentek zcela odlišné.



O konečné fázi, smíření, se rozhovoří paní jak A, B i C.

Paní A sice pociťuje smutek z odchodu klienta, který jí časem přiroste k srdci. Popisuje to však i jako posilující, ve výsledku pozitivní zážitek. Paní B se v rozhovoru vrátí ke smrti své maminky a stává se velmi emotivní. Naopak své emoční prožívání s klientem popisuje v této fázi jako klid. Velmi zajímavá je však část rozhovoru, ve které paní B vypráví o klientce, která se nesmířila před smrtí se svou rodinou. Sama na toto téma pronese, že má výčitky. Nebyla schopná svou klientku dovést k odpuštění.

Paní C dle mého názoru nenarazila zcela na fázi smíření, rozpovídává se spíše o terminálním stavu klienta. Smrt jednoho z jejích klientů popisuje jako silně traumatický zážitek, kdy jeho odchod vnímala, dle jejích slov, jako jeden z příslušníků rodiny.

## **2.5 Závěr výzkumu**

Na počátku byly dvě základní otázky, na které se snažil tento výzkum odpovědět:

- 1) Vnímají asistenti fáze z modelu Kübler-Rossově u svých klientů?
- 2) Za předpokladu že tyto fáze postřehnou, jak na ně působí? Jaká je jejich vnitřní reakce na tyto fáze, nezávisle na předepsaném, vhodném chování?

U první otázky lze odpovědět kladně. I když paní A a C nemají zkušenost se všemi stadii tak, jak je navrhla Kübler-Rossová, každou z fází rozpoznaly alespoň dvě ze tří dotazovaných.

Druhá otázka je na interpretaci poněkud složitější.

Když budu k jednotlivým fázím přistupovat z hlediska emoční reaktivity, tedy jak silnou reakci vyvolávají jednotlivé fáze v tomto výzkumném vzorku, tak největší odezvu shledávám ve fázích hněvu, deprese a smíření.

Na fázi popření a smlouvání reagují asistentky A a B klidně, paní C je vůbec nepostřehne.

Další stádia už vyvolávaly silnější odezvu, i s přihlédnutím k hlasovému projevu dotazovaných.

Pacientova fáze hněvu je v případě paní B a C vnímána negativně, s lítostí.

Fáze deprese je ze strany asistentek nejspornější, každá v rozhovoru popisuje jiné pocity. Od pozitivního, posilujícího zážitku až k lítosti.

Smrt klienta je pro všechny respondentky smutný zážitek, pro paní C byl přímo traumatický. Když se ale pacient nachází ve fázi smíření, klidu, paní A a B popisují, že klid pocítují i ony. V případě, že je tato fáze nezvládnuta, lze usuzovat, že tento neklid pacienta působí i na doprovázející.

Tento výzkum představuje jen malý vzorek. V případě, že by byl pojat ve větším měřítku (jak kvantitou dotazovaných, tak obsáhlostí rozhovorů), bylo by díky získaným vědomostem možno cíleněji zaměřit supervize a následnou péči o psychickou hygienu doprovázejících v České republice.

### **2.5.1 Diskuze**

Jako slabou stránku tohoto výzkumu vnímám dva základní body.

Prvním je malý počet respondentů a ženské pohlaví zúčastněných. Původní vzorek byl větší, skládal se ze sedmi lidí, čtyř žen a tří mužů. Bohužel bylo velmi těžké s nimi získat rozhovory. Dva s respondentů se mnou přestali zcela komunikovat, jeden kvůli časovým možnostem rozhovor nakonec zrušil a poslední, žena, byla z vážných zdravotních důvodů hospitalizována.

Do budoucna bych chtěla vytvořit dva výzkumné vzorky, mužskou a ženskou část a výsledné údaje porovnat. Prožívají doprovázející muži a ženy umírání klienta podobně, nebo jejich příslušnost k určitému pohlaví jejich pohled ovlivňuje?

Druhou slabší stránku vnímám v hloubce odpovědí zúčastněných.

Již během rozhovoru mi došlo, že by šlo zajít ještě mnohem hlouběji, blíže k osobním pocitům asistentek a cítila jsem z nich, že se pohledu na jejich emoce brání. Pro získání obsáhlejších informací o vnitřním prožívání doprovázejících, vidím jako možnost dlouhodobé setkávání s asistentkami za účelem sběru dat. Tím se zvýší jejich důvěra k mé osobě a dojde k většímu vývinu tématu. Další možností vidím navštěvování supervizní skupiny jako nezávislého pozorovatele.

Je třeba také podotknout, že z hlediska toho, že se jednalo o kvalitativní výzkum, nelze získané závěry zobecnit na celou společnost. Přes to všechno výzkum přinesl zajímavé poznatky a věřím, že by v budoucnu mohl pocity asistentů, provádějících paliativní péči, ještě více přiblížit.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla sondou do prožívání lidí, kteří si vybrali jedno z nejtěžších povolání, a to pomáhat umírajícím důstojně dožít své poslední dny. Pohled do jejich psychiky bývá ale často opomíjen a podle mého názoru jsou všeobecně vnímáni více jako profesionálové, než jako lidé s přirozenými pocity.

Stejně jako pacienti, tak i asistenti, kteří vykonávají paliativní péči, zažívají se svým klientem jeho cestu za přijetím smrtelné diagnózy. Tato práce měla za cíl zjistit, jestli model, který v roce 1969 přednesla Kübler-Rossová, je z pohledu doprovázejících asistentů platný a co prožívají ve vztahu ke klientovi, který jednotlivými fázemi prochází.

V první části, části teoretické, byly předneseny obecné poznatky z oblasti paliativní péče, doprovázení, práv umírajícího klienta a také blíže rozepsán proces vyrovnání se s umíráním podle Kübler-Rossové. Hlavní knihou, ze které jsem čerpala, abych se co nejbližně přiblížila modelu Kübler-Rossové je její kniha *On dead and dying*, ve které svůj model představila poprvé

Praktická část této práce se věnuje výzkumu. Tento kvalitativní výzkum jsem skrze rozhovory provedla se třemi asistentkami, které se v rámci své práce věnují i takzvanému doprovázení umírajících.

Díky rozhovorům se potvrdilo, že asistentky model Kübler-Rossové vnímají a jejich emoční reakce jsou nejsilnější na fáze hněvu, deprese a smíření. Vzorek je však příliš malý na to, aby se daly výsledky zobecnit.

Výsledky však vnímám jako inspiraci k dalšímu výzkumu, ve kterém bych chtěla svůj výzkumný soubor rozšířit o mužsko-ženský pohled.

Na závěr bych ráda uvedla, že si velmi vážím ochoty všech dotazovaných se podělit se mnou o své zkušenosti a pocity, což pro ně nemuselo být vždy zcela příjemné. Projevili mi tím velkou dávku důvěry.

Realizace rozhovorů a studium tématu mi bylo velkou inspirací a zkušeností. Nejen s praktickými náležitostmi práce, ale i pro mé osobní obohacení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. London: Routledge, 1989. ISBN 0415040159

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MOCKOVÁ, Alena a kol. *Minimum osobního asistenta*. Praha: Hwer, 2013.

MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2013. ISBN 978-80-904516-5-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Europe. *Palliative care*.

Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. ISBN 9289010916.

### **Seznam elektronických zdrojů:**

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. Co je hospic. *Asociacehospicu.cz* [online] ©2014 [cit. 07-07-2015] dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/co-je-hospic/>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. Hospice v ČR. *Asociacehospicu.cz* [online] ©2014 [cit. 07-07-2015] dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

BIO. Elisabeth Kubler-Ross Biography. *Biography.com* [online] ©2014 [cit. 10-07-2015] dostupné z: <http://www.biography.com/people/elisabeth-kubler-ross-262762#death-and-legacy>

CESTA DOMŮ. Přijímání pacientů. *Cestadomu.cz* [online] ©2015 [cit. 07-07-2015] dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>

CESTA DOMŮ. Pohled na práva. *Elearning.cestadomu.cz* [online] ©2015 [cit. 10-07-2015] dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html>

COUNCIL OF EUROPE. Provisional revised draft reply to Recommendation 1418 (1999) on the Protection of the human rights and

dignity of the terminally ill and the dying. *Wcd.coe.int* [online] ©1999 [cit. 10-07-2015] dostupné z:

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=258393&Site=COE>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Pečovatelská služba. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online] ©2014 [cit. 06-07-2015]

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368#d2>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Zákon 108/2006 o sociálních službách. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online] ©2006 [cit. 06-07-2015] Dostupné z:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. *Portal.gov.cz* [online] ©2011 [cit. 09-07-2015] dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011, 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, LABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ, Paliativní péče v ČR v roce 2013. *Paliativnimedica.cz* [online] ©2013, posl.revize 12.2.2013 [cit. 02-07-2015]. Dostupné z:

<http://www.paliativnimedica.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

SLÁMA, Ondřej, LABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ. Standardy paliativní péče 2013. *Paliativnimedica.cz* [online] ©2013 [cit. 07-07-



2015] Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu/standardy-paliativni-pece-2013>

STEM/MARK, a.s. Smrt a péče o umírající. *Cestadomu.cz [online]* ©2011 [cit. 07-07-2015] Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006112.pdf>

ÚZIS. Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.* [online] ©2011 [cit. 03-07-2015] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2011-ve-statistickych-udajich>

## **PŘÍLOHY**

### **I. Příloha č.1 –Rozhovor s paní A**

*Paní A se věnuje práci asistentky, potažmo i práci s umírajícími klienty tři roky.*

#### **POPŘENÍ:**

**A:** Vzpomínám si, že se mě jedna paní pořád pořád ptala „A fakt umřu?“ a „Dopravdy?“ a strašně se bála o svůj život. Strašně se v té fázi, strašně bála o svůj život.

**M:** A když takhle toho klienta vidíte, co je pro vás třeba těžké a co naopak se vám zvládá lépe?

**A:** Nemůžu říct, že by mě to nějak stresovalo. Naopak, snažila jsem se vždycky těm lidem nějak pomoci. Třeba paní, když už byla v tom stadiu, kdy nechtěla už ani jíst, jenom pít, tak jsem jí dávala pít a byla klidná. Chtěla jenom držet za ruku, tak jsem ji držela za ruku a obě dvě jsme byly úplně klidný.

#### **HNĚV:**

**A:** S tímhle jsem se nesečkala. S tímto stádiem. Ale myslím, že všichni postižení mají tu vlastnost být nepříjemní, protože je něco trápí a neumí se s tím poprat. Mně se ale tedy ještě nestalo, že by na mě někdo byl třeba zlý nebo tak, ani třeba problémoví klienti. Nebo jsem možná měla štěstí. Ale

když mi pak vyprávěli, co hrozného zažili s jinými asistenty, tak jsem se k tomu stavěla klidně a říkala jsem si, že to tak třeba ani nebylo.

### **SMLOUVÁNÍ:**

**A:** Tak na to jsem narazila. Jedna paní mi říkala: „Ještě musíme (Jméno) ven, ještě jednou na procházku. Ještě alespoň jednou vidět to sluníčko.“ Takhle to říkala.

No a jiná paní, Maruška, co mi potom prakticky umřela v náručí, říkala: „(Jméno) tady je to tak krásný. Tak sbohem.“ Loučila se. Ale mě to neznervózňovalo. Mně to naopak přinášelo jakýsi klid. Že ona byla klidná a já taky byla klidná. Že to na mě působilo až nějakým uklidňujícím dojmem. Tahle paní některé ty fáze vůbec neměla, možná že ještě chtěla nějakou tu chvilku žít. A pak už věděla, že to nepůjde, že je jí hodně špatně, tak se smířila

### **DEPRESE:**

**A:** Jednu moji klientku to spíš tak štvalo. Že nemůže dělat to co dřív. Že nemůže chodit ven, že se nemůže starat sama o sebe. Tu to hodně štvalo. Ale nebyla zlá nebo plná hněvu. Říkala jsem jí: „Teď jste nemocná, jsem tu proto pro Vás já...se vším Vám pomůžu, jsem Vaše druhá ruka a jsem tu pro Vás.“ Zase, cítila jsem se v klidu.

Když jsem viděla, že klient je v nějaké depresivní fázi, tak právě naopak jsem se na něj snažila působit klidně. Když jsem viděla, že ta moje Maruška vychyluje nebo se rozčiluje tak jsem říkala: „Maruško, to chce klid. Jsem tady já, zvládneme to, všechno bude v pohodě, jak vy budete chtít. Vy mi řeknete a já to udělám podle Vás.“

**M:** Je to pro vás nějakým způsobem vysilující?

**A:** Já bych řekla, a potvrdila mi to i moje supervizorka, že tihle odcházející lidi mi prohlubují moje poznání. A já se naopak v tu chvíli cítím silná, že těm lidem můžu pomáhat. Těm co odcházejí. To že jim můžu pomoci, mi dodává ještě víc síly.

Řekla bych, že je to spíš vysilující energeticky, tedy spíš fyzicky než psychicky. Někdy. Přece jenom ti staří lidé odebírají víc energie. Ale asi jak kdo. Taky si občas říkám, že už nemůžu, ale druhý den vstanu a jdu dál. Řeknu si: „Ta paní mě přece potřebuje, já tam prostě musím jít.“ *(řeceno s naléhavostí)*

## **SMÍŘENÍ:**

**A:** Oni ti klienti, když tam člověk chodí delší dobu, člověku přirostou k srdci. Jako třeba nějaká teta nebo něco takového.

Jedna paní mi umřela v náruči. Prostě... Taky mě to vzalo a pak jsem si i poplakala. Ty lidi už znám, jsem na ně zvyklá. Člověk si zvykne na ty lidi, jací jsou, co od nich můžeme čekat. Taky mě to tedy vzalo. Prostě jsme s těmi klienty nějak svázaní. Mě to bylo hodně líto, bylo to smutný, zvlášť když mi ta paní prakticky umřela v náruči. Ale na druhé straně toho asistenta, kterej to má rád to úžasně posiluje. Když to prožije s tím klientem.

Já si myslím, že kdo tu práci dělá rád, a má to rád, a nedělá to jen jako zaměstnání, určitě si ke klientovi najde cestu. A dotkne se ho to. Jsou asistenti a asistenti. Jsou taky asistenti, co klienta seřvou, že ani neví čím je a pak je možný že ty fáze jsou pak úplně jiný. Podle mě hodně záleží na tom asistentovi.

Co mě ještě napadá, že není dobrý nemoc tajit před dětmi. Tím je nechráníme. Lepší je jim to říct, alespoň se s nimi člověk může nějak usmířit a smířit, i když připravit je asi nejde. Měly by mít čas se na to připravit a připravit i věci okolo.

Ted' mám například jednu paní po mrtvici. Otec i syn doktoři a vůbec se nezajímají, jo, a na druhé straně na Zbraslavi mám klientku. Ti příbuzní jsou ukázkoví. Paní je čistá, vše vydrhnuté, hezky se o ni starají

## II. Příloha č.2 –Rozhovor s paní B

*Paní B svou práci vykonává přibližně šest let.*

### **POPŘENÍ:**

**B:** ano, přesně takhle lidi reagují. I když zmíním svoji maminku, která vlastně byla půl roku před smrtí a byla jsem pak s ní vlastně ve dne v noci, tak v podstatě je to tak, že ten pacient se... mamka byla hrozně veselej člověk, euforickej, a pak se úplně totálně uzavřela do sebe. Předtím nevydržela dvě minuty v klidu a pak dokázala sedět a hodiny a hodiny koukat do zdi a nebo do televize a vůbec nereagovat.

Takže určitě je to tak, že si ten člověk v podvědomí vytvoří jakousi clonu, nebo zeď a vůbec si to nechce připustit.

Co bylo zajímavý, že jsem si to nechtěla připustit ani já. Protože z pozice dcery vlastně jsme se vzájemně v tom snažily podporovat, a jakoby usnadňovat si to trápení, to neštěstí a hrůzu.

Ale takhle: u klientů já jsem s tím vlastně do styku taky přišla, protože mi taky několik klientů zemřelo.

Ale tam to člověk bere jinak než u té rodiny. Ale určitě, opět zase reagovali stejně. Zas si zase dělali plány do budoucna

**M:** a když takhle toho klienta vidíte, co je pro vás třeba těžké a co naopak se vám zvládá lépe? Protože to na vás nějak působí...

**B:** Já tedy musím říct, že jsem vždycky byla v klidu. Umřeli mi čtyři klienti už... Nikdy jsem tedy nebyla přímo u toho okamžiku smrti ale těsně, dá se říct. A...já jsem vždycky zůstávala v klidu. A ještě jsem těm lidem přála, aby už ten konec nastal. Většinou to totiž už bylo veliký trápení, zbytečný.

Takže já jsem jim to přála a byla jsem v klidu, nemůžu říct, že by mě to nějak stresovalo.

### **HNĚV:**

**B:** Já tedy k téhle otázce, více méně, si myslím, že všeobecně lidi, kteří jsou nemohoucí, senioři, prostě hodně nemocný že jsou i takoví, kteří jsou nepříjemní. Nemůžou se srovnat s tou nemocí. Ale zase záleží člověk od člověka. Jsou lidé kteří jsou vlídní až do konce a lidi, který jsou nepříjemní. A někdy těm klientům leze i na nervy jak se o ně ta rodina hodně stará...

**M:** Zase se budu držet toho, jak to na vás působí? Jsou tam nějaké těžké věci nebo něco co se vám zvládá dobře?

**B:** Já jsem měla klientku, která byla už hodně stará. Bylo já 94 let. Na a ta měla už takové stavy, že začínala i těžce nadávat. Vyloženě vulgárně a já jsem to tedy nesla velmi těžce. I když jsem věděla, že to není z ní, nebo z její duše, srdce, že je to z velké části nemoc. *(povzdechnutí)*

**M:** Jak jste se s tím vyrovnávala?

**B:** Tak z člověka to nějak vyjde, vyprchá... chce to čas. Ale samozřejmě když jedete v tramvaji domů tak si říkáte „Propána krále, kam jsem to zas vlezla.“ *(smích)* Nebo: „Proč tuhle práci dělám, stojí mi to za to?“ A pak to zas přejde.

I když musím říct, že už poslední měsíc nějak začínám toho mít dost. Dělán to šestý rok a vlastně nechodím na žádné supervize...

**M:** Nikde jste nebyla?

**B:** Ne, já si to vždycky řeším radši sama. Dostala jsem nabídku přijít, ale já jsem věřící a já si to radši řeším sama s Bohem. Doteďka to tedy fungovalo. Já ale věřím, že se z toho zase oklepu. *(úsměv)*

Hodně vnímám podporu rodiny, mám úžasnýho muže, který mě v mé práci vždy podporoval. A teď když už vidí, že jsem hodně unavená, tak vždycky říká, jestli nechci změnit práci. To tedy ano... No, on se v podstatě stará o domácnost a o psa a já lítám po babkách. *(směje se)* Ale hlavně o tom můžu doma mluvit. Muž mě vyslechne.

### **SMLUVÁNÍ:**

**B:** To přesně dělala moje mamka. Ona žila vedle mě, vedle věřícího člověka, dvacet let a nic. Nic to s ní nikdy nedělalo. A de facto měsíc před smrtí uvěřila. Začala se modlit. Modlila se: „Pane Bože, dej mi alespoň ještě jedno léto s mými dětmi. Alespoň jedno léto.“ *(tišší hlas, je cítit že je to citlivé téma)*

Ono taky hodně záleží, jestli je ten pacient doma nebo v nemocnici. Protože tam je to všechno tak anonymní, že ten člověk nemá ani šanci se projevit. Tam ho nikdo nevyslechne.

Jedna moje klientka stále, přímo zarputile, mluvila o své dceři a svém bývalém muži, který oba dva ze srdce nenáviděla. Ale já jsem jí říkala: „Mařenko, to musíte odpustit. Musíte odpustit, když odcházíte s tohohle světa. S tím se sice nemá umírat.“ Ona taky dělala jiné věci, pokaždé když jsem přišla k ní tak na mě volala: „... kdy už umřu?!“ Ona už tedy ležela asi dva roky na lůžku. A už toho měla za sebou dost. „(Jméno) kdy už umřu, já už nemůžu.“ Tak jsem jí říkala: „Nebojte Maruško, vydržte.“



A pak právě vždycky mluvila o těchle dvou lidech co jí ublížili a ona jim tedy neodpustila. Zemřela s tím, že jim to neodpustila. *(je znát že tohle téma je pro paní B nějak citlivé)* Fakt tu nenávidí furt v sobě měla. A je zvláštní, že některé lidi ani ta smrt nepřiměje, aby trochu změkli. Alespoň v sobě, v duchu. *(smutně)* Ona byla tedy takový realista. Ona nevěřila v Boha a nějaký posmrtný život? To už vůbec ne. Takže asi lidi co jsou absolutní ateisti to tak neřeší. *(tiše)*

**M:** Vidím, že je to pro vás citlivé téma.

**B:** Je to hrozně smutný... *(chvilka ticha)* Protože já jsem té zásady, že ne před smrtí, ale než jde spát by měl vše odpustit, co se mu za celý den stalo. Protože to člověk trápí jen sám sebe. A ona vlastně sežrala sama sebe. Její rodině to bylo jedno. Měla jsem pak z toho trošku výčitky, že jsem ji víc nepřivedla k tomu, aby k odpuštění došla.

## **DEPRESE:**

**M:** Je to pro vás nějakým způsobem vysilující?

**B:** Já nemůžu říct, že bych se sesypávala nebo mě to ničilo. Myslím, že každý asistent pokud chce tuhle práci dělat tak by to v sobě měl mít přirozeně srovnané. Kdyby ne, tak by kolaboval a nevydržel by ani půl roku. Já to dělám šest let a nemůžu říct, že bych se z toho nějak sypala.

Ale teď jsem nedávno mluvila se svojí kamarádkou, která dělala v Hagiboru. U lůžek přímo a dělala to asi osm let. A právě skončila, udělala nějakou školu a šla dělat někam do kanceláře. Někam v sociální sféře. A ona na mě kouká a říká: „Hele, ty bys to měla přestat dělat.“ Protože... Já mám totiž bolesti. Mám je po celém těle. A furt se mi to stěhuje. A občas jí to řeknu a ona: „hele, ty jsi hodně senzitivní a z těch lidí si to prostě bereš.“

Takže, to by fakt chtělo pauzu. Možná k dětem, nebo k jiným pacientům. Protože ti lidi asi tu energii fakt berou. Můžu říct, že jsem v podstatě za těch šest let zestárla asi o patnáct. Já se před těmi šesti lety cítila mnohem čerstvěji a mnohem jsem i líp vypadala.

## SMÍŘENÍ

**B:** Víte, já jsem přemýšlela, než jsme se sešly, co si tu tak budeme říkat. A vlastně mi došlo, jak je hrozný, jak my tu smrt z toho života tak hrozně vytěsňujeme. A když to pak přijde, je to tak hrozný šok. Tedy, jako v rodině, když mluvíme na té úrovni děti-rodíče. Je to tak hrozný šok a my na to nejsme nikdy připravení, i kdybychom se na to připravovali.

Já se na to s maminkou připravovala celý rok, protože jsme věděli, že ta mamka umře. A i tak se na to člověk nepřipraví.

Opravdu by to chtělo, celý život, to nějak vstřebávat. A alespoň občas si o tom s těma dětma třeba promluvit, protože pak je to hrozný.

Já třeba mamce slíbila, že s ní zůstanu do úplného konce. *(vzrušeně)* Říkala jsem: „Mamko neboj,..“ Protože pak už jsme o tom normálně mluvily.

Nikdy jsme ale neřekly, nebo nevyslovily slova jako „smrt“ nebo „umřu“, jo. To prostě bylo tabu. Ale mamka si připravila věci, které jí pak oblíknu a počítala s tím, že já jí připravím. No... a tak jsem to samozřejmě nezvládla. *(tiše, je znát že téma je bolestivé)*

Já jsem úplně... To bylo něco tak hrozně zvláštního, jak ta mysl se prostě brání. Mamka doma už v podstatě umírala a já jsem večer, místo abych teda s ní zůstala, tak jsem zavolala bráchovi, ať přijede. Tak tam se švagrovou zůstali. A já jsem šla do práce. Na noční? Na službu na kterou jsem vůbec nemusela jít!

Prostě já jsem potřebovala se něčím zaměstnat, někam odejít. (*paní B zrychluje tempo řeči*) A ještě s mamkou jsem se loučila a ona už měla jen takový veliký oči na mě vytřeštěný. Už ani nemluvila. A prostě na mě koukala. Kam jdu?!

A já jsem ji jenom pohladila a dala jí pusku na čelo a říkám: „Mami já jdu do práce, ráno se uvidíme.“

A přitom... jasně jsem věděla, že to je nesmysl. Ale ještě jsem jela z té práce, bylo půl sedmé a říkám si, že pojedu a ukecám ty sestry, ať mě tam pustí.

Jo! Protože, takhle to bylo. Kecám. Při té noční, asi ve čtyři ráno, mi volal brácha, že máma už je v bezvědomí, že ji nechá odvézt do nemocnice. A furt jsem mohla jít domů! Ale nešla jsem. Tak ji brácha nechal odvézt a já teda ráno jdu z té noční, maminka byla v té nemocnici, já jdu za ní, abych ji viděla. A... zase jsem tam nešla. Šla jsem k ní domů. Začala jsem tam uklízet, úplně nesmyslně. (*hlas paní B zní lehce podrážděně*)

A za chvíli mi volá brácha a ptá se, kde jsem. Řekla jsem mu, že jsem u mamky doma a on mi řekl, že byli nakupovat a že se tam za mnou staví. A já si říkám: „Takhle brzo?“ Ono bylo asi osm hodin. Tak si říkám, že je to takové divné ale ani mi to vlastně nedošlo. Pak přijeli, on mě pevně držel a zašeptal mi, že maminka umřela.

(*tiše*) Tak jsem dostala záchvat a volali mi další sanitku.

Protože já jsem si to prostě nechtěla připustit, že ta mamka umírá. Prostě nechtěla. Já si snad do poslední chvíle myslela, že se stane zázrak, takže jako... když jsou tam ty rodinné vztahy, tak to probíhá zase úplně jinak.

Samozřejmě my ty klienty máme rádi a žijeme s nimi dlouho. K té jedné paní jsem chodila pět let a taky mi umřela, měla devadesát dva let. No ale

říkám, já to těm klientům vlastně přeju. Moji klienti jsou většinou opravdu starý lidi a tak si řeknu, že prožili třeba pěkný život..

Člověk když jde dělat tuhle práci tak by měl vědět, proč ji chce dělat. Pak to vypadá úplně jinak.

Máme hodně klientů co jsou spíš starší a tam hodně velkou roli demence. Tam na tyhle fáze není tolik prostor.

### III. Příloha č.3 –Rozhovor s paní C

*Paní C pracuje s umírajícími klienty druhým rokem,*

#### **POPŘENÍ:**

**C:** S tímto stadiem, šokem, zkušenost nemám. S tím jsem se jako nesetkala. S čím jsem se ale setkala...

Měla jsem nemocnou klientku a ze začátku to vypadalo jako banalita. Paní přestala chodit, s tím, že jsme pořád jakoby doufali, že by se z toho mohla nějakým způsobem dostat. Ale potom vlastně postupem času se to stupňovalo. Měla problémy s přijímáním potravy, dojit si na záchod... jo, takže vlastně tam nějaký šok snad ani nenastal, nebo jsem ho nezažila. Já si myslím, že každé to jakoby to prožívá a vnímá jinak. My v té prvotní fázi s tím klientem ani nejsme, většinou už nás volají, když už ta diagnóza je nějak daná.

#### **HNĚV:**

**C:** Tak to jsem zažila. To jsem byla u té klientky, která mi vlastně zemřela. A to bylo... My jsme pro ni byli ti nejhorší, my jsme ji furt ubližovali, třeba když jsme se jí snažili umejt, nakrmit, to jsme prostě byli ti nejhorší. A ty slova, který ona v tu chvíli vypustila, to se nedá ani publikovat. *(smích)* To bylo docela pepný. Člověk si říká, že ona si to v tu chvíli ani neuvědomovala, proč se vlastně hněvá na celý svět. Takže vlastně i když my jsme se jí snažili pomoci, byli jsme prostě ti nejhorší. Takže padaly nadávky...

**M:** A jak to působilo na Vás?

**C:** No mě to hrozně mrzelo. Jo, vlastně v té chvíli, i když to tak asi nemyslela tak mě to hrozně mrzelo. Člověk se jí snaží pomoci, tomu klientovi se snažíme pomoci, aby se měl dobře, aby byl umytej, najezenej, napitej... Takže v tu chvíli mě to hrozně mrzelo, ale když jsem se po té službě nad tím jakoby zamyslela, tak jsem vlastně došla k názoru, že to ten člověk prostě nevnímá. Když jsem totiž přišla druhý den, tak paní samý úsměv, vítala mě, že mě hrozně ráda vidí, přijmula, že ji musím zase umejt, přebalit, nakrmit a zase byla jiná. A takhle se to pořád střídalo. Někdy měla dobrou náladu, jindy zase tu špatnou.

**M:** A jak se Vám s tím pracuje, když je ten klient na vás takhle útočný?

**C:** Já se snažím všechno řešit v klidu. Já si myslím, že jsem docela klidný člověk, nemám ráda konflikty. Takže i potom když je ten klient na mě nějak nepříjemnej, tak se snažím od toho odpoutat pozornost, že jsem nic neslyšela, ale pak v duchu se nad tím zamyslím a trápí mě to. Nebo mě to hrozně mrzí. Takže asi tak, no. *(úsměv)*

### **SMLOUVÁNÍ:**

**C:** S tím jsem se vůbec nesetkala.

### **DEPRESE:**

**C:** Co jsme se bavily o té klientce předtím, ta to měla střídavý. Jakoby v jednu chvíli volala dceru, že jí toho chtěla ještě spoustu říct a když za ní tedy ta dcera přijela, tak ji zase vyhodila, že ji nechce vidět. Za pár dní se to zase obrátilo a byla moc ráda, že vidí vnučky a vnuky a tu svou dceru nebo svého bratra. To byl najednou úplně jinej člověk ale pak když se zase

propadla a říkala: „No já tady vlastně jenom ležím, už nemůžu vůbec nic. Co já si takhle počnu.“

Takže ona to měla střídavý, ty její deprese. Jednou si stěžovala že nemůže nic a pak chtěla vidět svoji rodinu, když rodina přijela, tak aby ji zase vidět nechtěla, aby neviděli, v jakým stavu ten člověk vlastně je.

**M:** Jaké to pro Vás bylo? To takhle sledovat.

**C:** Víte, já jsem hodně citlivá. Pokaždé když vidím, že se něco takového děje, tak mě to pokaždé zasáhne. Vlastně, prakticky když se to vezme, my jsme součástí té rodiny. Když se třeba jako... Já vím, neměli bychom si to třeba takhle moc připouštět, když je to naše profese. Ale je to tak, jsme vlastně součástí té rodiny a já to takhle prožívám i s tou rodinou. Když už tedy ti moji klienti odcházejí.

Pocituji lítost. Akorát před klientem to na sobě nenechávám znát ale pak, když už se sejde ta jeho rodina, tak už jsou tam ty emoce velmi silný. Tam pro mě ty emoce vypuknou, ale před tím klientem to člověk nesmí dát znát. Tam si zachovávám profesionální přístup.

## **SMÍŘENÍ:**

**C:** No, tadyhle jak pořád mluvím hlavně o té jedné mojí klientce, tak tam úplně v té poslední fázi, když pro ni přijeli, ta záchranka, paní už nevnímala vůbec nic. I lékař co přijel se záchrankou potvrdil, že je to už konečná fáze, s tím že paní tedy odvezou.

A paní ještě strašně nadávala. I když už, jak tam potom říkal ten lékař, paní nevěděla co se děje, jen věděla, že něco se děje. Takže hrozně nadávala, byla hrozně sprostá. Pak už ji odvezli a vím pak od rodiny, že během asi tří

dnů zemřela v nemocnici. Oni ji i kvůli tomu nechali odvézt, aby ta paní nezemřela doma, její rodina to nechtěla.

Paní podle mě byla smířená s tím, co se děje, ale hrozně sprostě nadávala. To jsme se tomu i jako zasmáli. Jasný, bylo to v té poslední fázi ale paní si stejně zanávala. (*úsměv*) Byla tvrdohlavá až do konce.

Paní bylo devadesát devět let. A tak pořád říkala, že to dotáhne do té stovky, že to dotáhne do té stovky, ale jako bohužel. Paní selhaly ledviny a pak se k tomu přidal zápal plic. A šlo to rychle. Ale ta poslední fáze, že se nechtěla jakoby vzdát, ale podle lékařů ten mozek už nepracoval tak jak by měl.

Právě co jsem měla tuhle klientku, tak jsem to potom hodně dlouho a těžce nesla. Já se tam cítila vlastně součástí té rodiny, takže jsem se s tím hrozně dlouhou dobu vyrovnávala. Pro mě to bylo hodně těžký a musela jsem si pak vzít týden volno, dokonce jsem pak navštívila i paní doktorku (Jméno).

Nemohla jsem se tím pořád vyrovnat, ta paní mi hodně přirostla k srdci a vy vlastně vidíte, jak vám ten člověk chřadne před očima a vlastně odchází. Jako ano, paní na to měla svůj věk, bylo jí těch devadesát devět, ale mohla tady ještě nějaký ten čas s námi pobejt. Takže to na mě působilo hrozně a těžko se mi s tím vyrovnávalo. Já jsem v tomhle hodně osobní, беру to, jako by to byla moje rodina.

**M:** Napadá vás ještě něco? Co jste zažila nebo nějakou Vaši vlastní reflexi?

**C:** Měla jsem jednu paní, tam jsem tedy nejezdila dlouho. A té paní zase bylo všechno jedno. Jestli bude přebalená, jestli dostane najíst, napít. Vím, že se tam o ni starala dcera a jí to prakticky bylo všechno jedno. Paní neprotestovala, nic. To byl takový postoj, ať si s ní děláme, co chceme.



Hlavně ať to má rychle za sebou. Ani nenadávala, ani nemluvila. A vím, že jsem tam byla nějak v listopadu a v prosinci paní zemřela.

**M:** Já se Vás ještě zeptám, jak dlouho děláte asistentku?

**C:** No, u (jméno asistenční služby) jsem dva roky, předtím jsem dělala s mentálně postiženými dětmi.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Michaela Postránecká

**Studijní program:** bakalářský

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Vývoj vztahu asistenta provádějícího paliativní péči k jeho klientovi

procházejícího fázemi modelu Kübler-Rossové

**Počet stran (bez příloh):** 56

**Celkový počet stran příloh:** 15

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 11

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 14

**Vedoucí práce:** PhDr. Alena Mocková

**Rok dokončení práce:** 2015



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Michaela Postránecká

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vývoj vztahu asistenta provádějícího paliativní péči k jeho klientovi procházejícího fázemi modelu Kübler-Rossově

Vedoucí/oponent práce: PhDr. Alena Mocková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 56

Počet stránek příloh: 15

Počet titulů v seznamu literatury: 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – nepospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka:

Úplně nerozumím poslední větě v anotaci práce, prosím, vysvětlit.

Námět k diskusi:

Podle čeho studentka diferencovala o jaké konkrétní fázi podle modelu Kübler-Rossově dotazovaný asistent ve vztahu ke svému klientovi hovoří.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Pozitivně hodnotím výběr tématu, které je opravdu hodno úvahy. Cením si vlastního, osobitého přístupu a ztransparentnění osobního postoje k dané problematice a dopadu zpracování tématu na prožívání studentky. V teoretické části je například velice zajímavě a neotřele popsán profil doprovázejícího. Také závěr práce vykazuje známky zralosti, sebereflexe a schopnosti vložit své myšlenky do psané formy.

Negativem je malý počet respondentů a souhlasím s autorkou práce, že pohled na prožívání z hlediska doprovázejícího by byl obohacen přítomností obou pohlaví doprovázejících. Drobným nedostatkem byla i menší součinnost s vedoucím práce.

Celkově však tato práce splnila své zadání a moc se těším na pokračování výzkumu v oblasti dopadu dlouhodobého doprovázení na psychiku doprovázejících v souvislosti s vývojem vztahu k jejich klientům.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikace:      výborně

Datum, podpis: 7.9.2015



\* nehodici se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Michaela Postránecká

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vývoj vztahu asistenta provádějícího paliativní péči k jeho klientovi  
procházejícího fázemi modelu Kübler-Rossové

Oponent práce: Mgr. Johana Růžičková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 34

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			3	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			3	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Nakolik podle Vás výsledky rozhovorů ovlivnil fakt, že jste Vy i respondentky znaly teorii Kubler-Rossovové?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si jako téma své bakalářské práce zvolila problematiku paliativní péče. V teoretické části se věnuje problematice samotné paliativní péče, doprovázení z pohledu doprovázejícího i doprovázeného a nakonec i teorii Elisabeth Kubler-Rossovové, která je stěžejní pro její následující výzkum. Právě proto, že je tato teorie ústředním kamenem celé práce, považuji za závažnou chybu, že zde zcela chybí jakékoliv zhodnocení teorie, byť je její kritika dosti známá. Celkově je text směřován spíše do praxe, u studentky psychologie bych očekávala přeci jen větší intelektuální zaměření práce. Tento dojem umocňuje i styl psaní, ve kterém se střídá 3. osoba s 1. osobou j.č. Rovněž práce s literaturou není dostačující, seznam literatury čítá pouhých třináct knih.

Problematická je však především část praktická. Autorka zvolila polostrukturovaný rozhovor, zcela ale vynechala jeho analýzu. Autorka místo toho jen předkládá prosté citace z rozhovorů, které jen znovu zopakuje v kapitolu „Výsledky výzkumu“. Úplně chybí otázka etiky výzkumu a reflexe vlastních zkušeností a postojů jeho autorky. V této podobě je pak označení „výzkum“ dosti nepatřičné.

Až na zmíněnou výtku je slohově práce v pořádku, dojem kazí jen občasné pravopisné chyby (především v interpunkci). Na škodu by rovněž věnovat větší pozornost grafické úpravě textu, tak aby nadpisy kapitol nebyly na konci stránky.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis:

