

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Fenomén viny v sociální práci s umírajícími  
a pozůstalými

Jiří Luňáček

Bakalářská práce

Studijní program: B6731

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



Phenomenon of guilt in social work with the  
dying and the bereaved

Jiří Luňáček

Bachelor Thesis

Study programme: B6731

Thesis supervisor: Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.

Prague 2024

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Chtěl bych poděkovat vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Jirmanovi, PhD. za podnětné připomínky a vedení práce.

Díky patří také Aleksandře Poradě, MgA za četné hovory, připomínky a podporu.

Děkuji všem účastníkům mého výzkumu za to, že se mnou sdíleli svůj pohled na téma práce a dali mi nahlédnout do svého uvažování o vině a práci s umírajícími klienty.

Jiří Luňáček



*Milované E.*

**Anotace:** Tato bakalářská práce zpracovává téma viny v sociální práci s umírajícími a pozůstalými. V teoretické části se zaměřuje na vnímání tématu smrti v dnešní společnosti, popisuje postupné proměny vnímání smrti v historii a snaží se pochopit procesy a postoje, které vedou k současnému stavu. Dále krátce vymezuje pojem krize, studuje základy práce s ní a vymezuje také pojem viny, na kterou se dívá z různých hledisek. Krátce se věnuje současnému stavu profesionální péče o umírající a pozůstalé. Ve výzkumné části se zaměřuje na zkoumání vlivu viny na praktickou sociální práci s umírajícími a pozůstalými pomocí kvalitativní analýzy pěti rozhovorů se třemi sociálními pracovníky, ošetřovatelkou a zdravotní sestrou v hospicových službách.

**Klíčová slova:** smrt, umírání, vina, obviňování, sociální práce, umírající, pozůstalí

**Abstract:** This bachelor thesis deals with the topic of guilt in social work with the dying and the bereaved. In the theoretical part, it focuses on the perception of the topic of death in today's society, describes the gradual changes in the perception of death throughout history, and seeks to understand the processes and attitudes that lead to the current state. It also briefly defines the concept of crisis, studies the basics of working with it, and also outlines the concept of guilt, which is viewed from various perspectives. It briefly addresses the current state of professional care for the dying and the bereaved. In the research part, it focuses on examining the influence of guilt on practical social work with the dying and the bereaved through a qualitative analysis of five interviews with three social workers, a caregiver, and a nurse in hospice services.

**Key words:** death, dying, guilt, blaming, social work, dying patients, bereaved

# Obsah

Úvod	7
<b>1 Teoretická část</b>	<b>9</b>
1.1 Smrt a její místo v životě dnešního člověka	9
1.1.1 Historický pohled	10
1.1.2 Vítězná medicína	11
1.1.3 Místo smrti v masové kultuře a médiích	13
1.2 Smrt blízkého jako krize	15
1.2.1 Typologie krizí	15
1.2.2 Zvládání a přijetí	16
1.3 Vina jako existenciální výzva	17
1.3.1 Typologie viny	18
1.3.2 Vina ve spojení s dalšími fenomény	20
1.3.3 Obranné mechanismy a odčinění	21
1.3.4 Vina přeživšího	22
1.3.5 Vina v procesu truchlení	22
1.4 Péče o umírající a pozůstalé v ČR	23
<b>2 Výzkumná část</b>	<b>26</b>
2.1 Metoda výzkumu	26
2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	28
2.3 Scénář rozhovoru	28
2.4 Výzkumný vzorek	29
2.5 Etické aspekty výzkumu	30
2.6 Vlastní zkušenost s tématem	30
2.7 Rozhovory s participanty	33
2.7.1 Rozhovor A	33
2.7.2 Rozhovor B	34
2.7.3 Rozhovor C	34
2.7.4 Rozhovor D	35

2.7.5	Rozhovor E . . . . .	35
2.8	Analýza přepisů rozhovorů . . . . .	35
2.8.1	Skupiny témat . . . . .	36
2.8.2	Analýza rozhovoru A . . . . .	37
2.8.3	Analýza rozhovoru B . . . . .	45
2.8.4	Analýza rozhovoru C . . . . .	51
2.8.5	Analýza rozhovoru D . . . . .	58
2.8.6	Analýza rozhovoru E . . . . .	64
2.9	Souhrnná analýza . . . . .	69
2.10	Výsledky práce . . . . .	74
2.11	Diskuse . . . . .	77
2.11.1	Volba vzorku . . . . .	77
2.11.2	Zpracování dat . . . . .	78
2.11.3	Vina v osobním a pracovním životě . . . . .	78
2.11.4	Gender problematika . . . . .	78
2.11.5	Kouření a alkohol . . . . .	79
2.11.6	Nedostatky ve způsobu dotazování . . . . .	79
2.11.7	Pocit viny jako motivace k dobrým činům . . . . .	79
	<b>Souhrn</b>	<b>81</b>
	<b>Bibliografie</b>	<b>84</b>
	<b>Seznam tabulek</b>	<b>87</b>
<b>A</b>	<b>Tabulky témat</b>	<b>A1</b>
A.1	Souhrnné tabulky témat . . . . .	A1
A.2	Tabulky témat rozhovoru A . . . . .	A8
A.3	Tabulky témat rozhovoru B . . . . .	A12
A.4	Tabulky témat rozhovoru C . . . . .	A15
A.5	Tabulky témat rozhovoru D . . . . .	A19
A.6	Tabulky témat rozhovoru E . . . . .	A22
<b>B</b>	<b>Vzor informovaného souhlasu</b>	<b>B1</b>

## Úvod

Smrt je konstantou života. Říká se: *Musíme tam všichni*. Všechny živé bytosti jsou z podstaty života odsouzeny k smrti. Vše, co jednou začalo, musí i skončit. Vše, co se zrodí k životu, musí jednou zemřít. Přesto, nebo možná právě proto, jsou lidé, stejně jako všechny živé bytosti, vybaveni také touhou po životě. Pudem, který jim velí smrti unikát, smrt oddalovat, naplňovat nebo alespoň prodlužovat svůj život.

Je pradávnu lidskou touhou nacházet způsoby, jak smrt oklamat. Ať už zabráněním fyzické smrti těla, o co usilovali již středověcí alchymisté, když se snažili syntetizovat bájný kámen mudrců nebo elixír mládí, nebo extenzí života člověka za hranice života jeho tělesné schránky. V tomto druhém směru nabízí odpověď téměř každé náboženství nebo filosofie.

Navzdory všemožné snaze smrti uniknout byla smrt po většinu lidské historie všudypřítomná. Lidé umírali naprosto běžně, často v bídě a bez pomoci. Umírali všem na očích. Blízcí i cizí. „Krátce stonali a rychle umírali.“ (Haškovcová, 2000, s. 24) Všemohzné války lokálního i rozsáhlejšího charakteru byly běžnou součástí lidského života a neomezovaly se na boje mezi vojsky. Jejich běžnou součástí bylo i plenění a teror civilních obyvatel.

S příchodem modernizace lidské společnosti, rozvojem vědy a především medicíny se lidské společnosti daří efektivně bránit smrti lidí v situacích, které by v dřívějších dobách byly neřešitelné a nutně by ke smrti vedly. V politickém a společenském uspořádání po druhé světové válce se také (alespoň v naší části světa) dařilo eliminovat hrůzy války a její tragické dopady na individuální lidské životy.

V této snaze jsme natolik úspěšní, že se nám podařilo vytvořit přesvědčení, že každé jednotlivé smrti je možné zabránit. Že se nám podařilo najít kámen mudrců v podobě vítězné medicíny, fungujících státních a mezinárodních bezpečnostních mechanismů. Jako bychom díky těmto výtěžkům moderní společnosti mohli žít věčně a když ne věčně, tak alespoň velmi dlouho. Toto přesvědčení je v naší společnosti zakořeněné navzdory individuálnímu uvědomění nevyhnutelnosti vlastní smrti.

Haškovcová (2000, s. 21) píše: „Technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že doslova a do písmene bojuje o ohrožený život každého člověka, což je právě tak obdivuhodné, jako potřebné. Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala.“ a dále pokračuje: „Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou medicínu, která umí i zázraky. V takovém kontextu je však vrcholně

nesamozřejmě a obtížné zemřít a neudivuje, že každá individuální smrt se zdá být předčasná a nespravedlivá.“

Inspirací pro téma této bakalářské práce pro mě byly novinové články o žalobách na zanedbání lékařské péče (Právo & Biskup, 2021), (iRozhlas & ČTK, 2021), ze kterých na mě promluvalo právě přesvědčení žalujících, že lékařská věda měla zabránit smrti jejich milovaných dětí a že to, že se to nestalo, je *vinou* konkrétních osob. Bylo to právě toto hledání viníků v kontrastu s mým pocitem, že kdysi, před rozvojem lékařské vědy, by pozůstalým zbylo jen konstatování *Bůh dal, Bůh vzal*, co mě přivedlo k úvaze, proč máme jako společnost potřebu hledat viníky smrti našich blízkých. Do jaké míry je takhle potřeba přenesením pocitu vlastní viny, pocitu, že my sami jsme selhali. Do jaké míry je hledání viníků obranným mechanismem v našem procesu truchlení nad naší ztrátou.

Při dalším zkoumání tématu jsem narazil také na pojem *syndrom přeživšího*. Prožívání intenzivních pocitů viny z toho, že já přežívám, zatímco jiní zemřeli. Hledání viníků je také běžnou součástí řešení tragických událostí ať už jsou jimi přírodní katastrofy nebo i nedávná tragická střelba na Filosofické Fakultě UK. Štěpán Vymětal tento fenomén komentuje slovy. „Hledání viníka je přirozenou reakcí na ta neštěstí, která si nedovedeme racionálně vysvětlit.“ (Vymětal & Titlbach, 2023, čas 22:00)

Vina tedy, jak se ukazuje, hraje významnou roli v prožívání vyrovnávání se se ztrátou i v mezních situacích, které vedou ke smrti, a které jsou zcela mimo naši kontrolu.

Práce má za cíl prozkoumat formou kvalitativního výzkumu přítomnost a projevy fenoménu viny v prožívání sociálních pracovníků a dalších pečujících profesionálů, kteří pracují s umírajícími, s pozůstalými a s dalšími lidmi, kteří se potýkají s nevyhnutelně přicházející nebo již proběhlou smrtí svých blízkých. Přeneseně pak přítomnost a projevy fenoménu viny v prožívání jejich klientů. Chce prozkoumat zdroje pocitů viny, jejich projevy a vliv na prožívání klientů i pracovníků. Podstatnou oblastí výzkumu má být i fenomén obviňování jako způsob komunikace v náročné situaci.

# Oddíl 1

## Teoretická část

### 1.1 Smrt a její místo v životě dnešního člověka

Smrt je nevyhnutelným zakončením života člověka. Není cílem této práce pojem smrti definovat. Vystačíme si s přirozeným vnímáním smrti jako konce života. Stavů člověka, který je konečný a nezvratný. V této kapitole rozebereme smrt člověka z různých hledisek abychom lépe pochopili, jakou roli hraje smrt v životě a vnímání současného člověka.

Haškovcová (2000, s. 23) uvádí: Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas.

Stejně tak, jako je člověk ze své podstaty bio-psycho-socio-spirituální bytost, má i jeho smrt biologický, psychologický, společenský a spirituální rozměr. Na biologické úrovni umírá tělo, ustávají jeho životní funkce, ustává psychická i fyzická aktivita. Spirituální aspekty smrti jsou oblastí víry a náboženství. Jestli duše člověka je samostatnou entitou, jestli ve chvíli úmrtí těla nějakým způsobem dále existuje nezávisle na něm, pokud ano, kam dále putuje, je tématem přesahujícím tuto práci. Je ale nesporné, že tento i spirituální rozměr úzce souvisí s rozměrem společenským.

Smrt člověka větší či menší měrou zasáhne život dalších lidí. Především pak

lidí, kterým byl zemřelý blízkým. Jeho smrt zanechá otisk ve světě živých ať byl jejich vztah k zemřelému jakýkoliv. Je to singulární událost, která je tíživá právě svojí konečností a nezvratností. Je to událost z oblasti mezilidských vztahů, která je specifická tím, že odpovědnost za její zpracování leží plnou vahou na těch, kteří zůstali živí. Mrtvý už nic dalšího neudělá, neřekne.

### 1.1.1 Historický pohled

Sociální aspekt smrti s sebou nese fakt, že smrt je nejen předmětem uvažování člověka jako jednotlivce, ale se smrtí a smrtelností se nějakým způsobem vždy vyrovnává i společnost jako celek. Tento společenský pohled na smrt dozrává, stejně jako jiná společenská témata, historického vývoje.

Haškovcová (2000, s. 23) píše: Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly v akceptaci smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným.

Lidé v minulosti byli osobně konfrontováni se s mrtví mnohem častěji než dnes. Jedním z aspektů byla výrazně nižší délka dožití. Podle Basaraba (2023) délka dožití v předindustriální době oscilovala mezi 30 a 40 lety. To samozřejmě neznamenovalo, že by nežili velmi staří lidé, pravděpodobnost, že by se člověk dožil vysokého věku však byla nízká. Nízká doba dožití byla výrazně ovlivněná vysokou kojeneckou úmrtností, která například v předindustriálním Švédsku dosahovala až 40%.

S industrializací společnosti, zvyšováním hygienických a výživových standardů, s rozvojem medicíny docházelo postupně od 17. století po dnes k postupnému zvyšování střední doby dožití. Ta dnes dosahuje v rozvinutých zemích běžně hodnot 75 let a více. Kojenecká úmrtnost v ČR je dnes pod 5 ‰. (Český Statistický Úřad, 2024)

Dalším aspektem toho, že lidé měli v minulosti větší zkušenost se smrtí je to, že valná většina přirozených úmrtí se odehrávala v domácím prostředí (za předpokladu, že umírající měl rodinu). „Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka.“ (Haškovcová, 2000, s. 28) Domácí model umírání je dnes poněkud idealizovaný. Naše představa *hřejivé náruče* všech zúčastněných, kteří působili jako podpora umírajícího příliš neodpovídá realitě, kterou popisuje Haškovcová (2000, s. 27). Umírající podle ní sám poznal, že se blíží jeho čas, svolal své blízké, vyslovil poslední přání, byla mu duchovním udělena *svátost nemocných*, která ho připravila na neznámou cestu. Poté se ubral do ústraní, kde v samotě a často smrtelné agónii čekal na svůj skon.



„Pokud trpěl silnými bolestmi, které se nedařilo zvládnout laickými postupy, byl výjimečně volán ještě lékař, který podal zklidňující injekci morfia.“ (Haškovcová, 2000, s. 27).

Naše idylická představa domácího umírání, ač se ve svém romantismu míjí s běžnou realitou, má však podle Haškovcové své opodstatnění. Každý člověk se totiž v průběhu života běžně potkal s umírajícím a také s mrtvým tělem. „Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka“ (Haškovcová, 2000, s. 28). Někteří lidé uměli i podle stavu nemocného smrt předvídat, měli zkušenosti s tím, jak se o umírajícího fyzicky starat, nepřekvapovaly je fyzické projevy blížící se smrti. Součástí běžné kultury byly rituály, světské i církevní, které se patřilo v průběhu umírání a smrti provádět.

Tento domácí model začal v průběhu 19. století v souvislosti s urbanizací a industrializací společnosti ustupovat modelu institucionálnímu. Historie moderního ošetřovatelství je svázána s američankou Florence Nightingale, která žila v letech 1820-1910. Ta je autorkou *Knihy o ošetřování nemocných*, která česky vyšla v roce 1874. Ve stejném roce byla otevřena na území Rakouska-Uherska první zdravotnická škola *Česká ošetřovatelská škola*. (Haškovcová, 2000, s. 30)

Postupem času zavládl ve společnosti postoj, že péči o nemocné a umírající je třeba svěřit do rukou odborníků, kteří nejlépe vědí, co je třeba dělat. „K dovršení všeho zavládl všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající.“ (Haškovcová, 2000, s. 31)

Ve výsledku tak vzniklo to, co dobře známe. Člověk umírá sám v nemocnici obklopen chladným personálem a přístroji, často bez účasti svých nejbližších. Tento model je stále velmi obvyklý a jen pomalu se v posledních desetiletích transformuje postupným pronikáním přístupů paliativní péče.

### 1.1.2 Vítězná medicína

Institucionalizace umírání úzce souvisí s tím, že v průběhu 19. a 20. století došlo k výraznému rozvoji medicíny, který pokračuje po dnes. Medicína začala vítězit ve své snaze léčit a bránit smrti. Ať už šlo o objev a všeobecné rozšíření antibiotik, nasazení očkování v široké populaci, nebo v posledních desetiletích rozvoj transplantační chirurgie a onkologie, každý další krok dává široké veřejnosti oprávněný pocit, že zázraky jsou možné.

Všeobecná důvěra a dalo by se říct téměř víra ve vítěznou medicínu však

s sebou nese v souvislosti se smrtí a umíráním jisté problémy. Prvním z nich je to, že profesionálové, lékaři a zdravotnický personál, jsou často osobně nastaveni na vítězství. Nacházet hranici smysluplnosti boje s nemocí je vždy nesnadný a individuální úkol a konečné slovo by v tomto měl mít sám nemocný a jeho blízcí. V případě, že je lékař výrazně nastaven na vítězství, může lehce tuto individualitu a právo nemocného pominout. Jak píše Marie Svatošová in Matoušek et al. (2010, s. 195) „Jestliže lékař ve smrti nemocného nevidí nic jiného než své selhání – protože nevědomky popírá smrtelnost svou i svých pacientů –, pak snadno podlehne pokušení terapeutické posedlosti a nedůstojnému alibistickému jednání.“

Nastavení na vítězství ze strany profesionálů je úzce spojeno s očekáváním nemocných a jejich blízkých. I ti očekávají, že medicína zvítězí a jen neochotně si přiznávají, že to tak nemusí být.

Kratochvílová (2020, s. 46) ve své reflexi tématu píše: S blízkými je hodně těžké se domluvit, pokud nechtějí stav přijmout. Nejhorší je snažit se domluvit ve fázi, kdy hledají viníka. Svalují vinu za smrt na nekvalitní péči, nedostatečnou rehabilitaci, špatné lékaře a nechtějí připustit, že mluví o člověku, kterému je přes osmdesát let a za jeho fyzický stav nikdo nemůže, možná tak životní styl, genetická výbava, nebo těžká práce. Lidé v současné době mají představu, že medicína vše zvládne a vše v těle se dá bez následků vyměnit, opravit, povzbudit nějakou tabletkou. Lidé ztratili myšlenku přirozené smrti jako nedílné součásti života. Říká se, že se má do posledního okamžiku dodávat naděje, ale někdy prostě už žádná není a blízkým se nedaří to přijmout. Je hodně těžké komunikovat s nimi v kontextu jejich předpokladů a představ o tom, že blízký zemře, o samotném zařazení do sdílené péče a o všech symptomech, které umírání provází a mohou nastat, o tom, že se to třeba už nedá zastavit a bude to tak až do samotného konce.

Všeobecné nastavení na vítězství v medicíně se snaží vyvažovat paliativní přístup, který se do všeobecného povědomí pomalu dostává v posledních desetiletích. „Paliativní neboli *útěšná medicína* představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám.“ (Haškovcová, 2000, s. 37) Světová zdravotnická organizace (WHO, 2024) definuje paliativní péči jako přístup, který zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s život ohrožující nemocí. Zabraňuje a mírní utrpení skrze brzkou identifikaci, správné zhodnocení a léčbu bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních či spirituálních. Více o paliativním

přístupu v kapitole 1.4.

### 1.1.3 Místo smrti v masové kultuře a médiích

Vzhledem k tomu, jak efektivně vytlačujeme ze svých životů a ze svého vnímání smrt svoji a smrt svých blízkých, je pozoruhodné, v jaké míře konzumujeme téma smrti a utrpení v médiích a kultuře. Podle Halamová (2012, s. 20) nazývá Aries (2000) „převrácenou smrtí“ takovou, která je samozřejmě stále přítomna, ale stává se neviditelnou v tom smyslu, že viděna být nechce. Smrt je odsunuta z běžného života do ústraní nemocničních zařízení. Je to složitá dvojakost. Smrt je na jednu stranu všude (válečné filmy, detektivky, média,...), ale povětšinou neviditelná (mrtvé tělo je přikryté, ...).

Pohled na smrt má v lidské společnosti silné, emocemi nabitě místo. Jedním z mnoha příkladů budiž bohatá historie veřejných poprav, které se v mnoha obdobích lidské historie těšily velké oblibě široké veřejnosti. Tento fenomén přetrval až do dvacátého století. Například Machalová (2012, s. 17), zmiňuje anketu provedenou v Československu v roce 1923, která zjišťovala postoje k ponechání trestu smrti v trestním řádu a možnému nahrazení tohoto trestu doživotním žalářem. Zmiňuje, že významné osobnosti a osoby, od nichž se mohl očekávat odborný zájem o tuto problematiku, se vyslovovaly jednoznačně proti trestu smrti. Naopak laická veřejnost trest smrti schvalovala. „Popravy se opět staly veřejnou záležitostí a Alois Rašín je dokonce přirovnal k divadlu.“ (Machalová, 2012, s. 18)

Samostatnou kapitolou tohoto fenoménu byly mimořádné lidové soudy v Československu. „Mimořádné lidové soudy měly postihnout zločiny, kterých se dopustili němečtí nacisté, což se týkalo vedoucích představitelů německé okupace.“ (Machalová, 2012, s. 34) Pokud byl nad odsouzeným vynesena trest smrti, vykonával se do dvou hodin. Pokud byl rozsudek vynesena v nepřítomnosti, vykonával se trest smrti do 24 hodin od dopadení odsouzeného.

Za dobu působení těchto retribučních soudů od května 1945 do prosince 1948 bylo v Československu vykonáno 714 rozsudků smrti. Mezi odsouzenými k trestu smrti byl i Karl Hermann Frank. Proces v Praze probíhal v březnu a dubnu 1946. Dne 22. května 1946 byl veřejně popraven na nádvoří pankrácké věznice po zamítnutí žádostí o milost. Tato poprava byla poslední veřejnou exekucí u nás, přihlíželo jí kolem 6 300 diváků. (Machalová, 2012, s. 34)

Ač jsou veřejné popravy v naší části světa už věcí minulosti, fascinace smrtí v široké veřejnosti přetrvává a přesouvá se do mediální a kulturní roviny. Jed-

ním z nejpoblárnějších televizních seriálů poslední doby je *Game of Thrones*, která je pověstná svojí brutalitou a jedním z jejích rysů je, že v ní často umírají výrazné, téměř hlavní postavy. Seriály z nemocničních prostředí jsou také u široké veřejnosti velmi oblíbené (např. *Nemocnice na kraji města*, *Ordinace v růžové zahradě* nebo zahraniční *House, M.D.* či *Grey's Anatomy*). Dalším velmi oblíbeným žánrem jsou v tomto směru nejrůznější detektivní formáty. V poslední době je také velmi oblíbený žánr *True crimes* v němž jsou popisovány převážně násilné zločiny, které se opravdu staly. Český podcast *Opravdové zločiny* pravidelně vyhrává anketu *Podcast roku*. (Active Radio a.s., 2024)

Zajímavý pohled na tento fenomén přináší Gorer (1955). Ve svém článku rozvíjí myšlenku, že excesivní zobrazování smrti v kultuře přímo souvisí s vytlačováním přirozené smrti z veřejného života. Tento proces nazývá *pornografií smrti*.

Níže cituji (Gorer, 1955) ve svém vlastním překladu.

Pornografie se ukazuje být doplňujícím protikladem prudérnosti. Na rozdíl od obscénnosti, která je převážně definovaná situací, prudérnost je definovaná předmětem. Někaký aspekt lidské existence je z podstaty považovaný za ostudný a zavrženíhodný a tím pádem o něm nemůže být hovořeno otevřeně, jeho prožívání bývá předmětem opovržení společností a doprovází je pocity viny a nedostatečnosti.

...

Ve dvacátém století došlo k významnému posunu prudérnosti. Zatímco pohlavní styk je čím dál tím více věcí *vyslovitelnou*, smrt se stala více a více *nevyslovitelnou* pokud jde o její chápání jako přirozeného procesu.

...

V rámci rozhovorů se svými známými jsem nemohl najít jediného staršího šedesáti let, který by nebyl svědkem bolestivého umírání alespoň jednoho svého příbuzného. Nemyslím si, že znám kohokoliv mladšího třiceti, kdo by měl podobnou zkušenost.

Gorer (1955) dále k tématu *pornografických* fantazií týkajících se jak sexu, tak smrti uvádí: Ani jeden z těchto typů fantazií nemůže mít skutečný vývoj. Jde čistě o to, že pokud protagonista něco udělá *někomu jinému*, musí nutně udělat něco dalšího, rafinovanějšího, komplikovanějšího nebo senzačnějšího, než co se ukázalo dříve. Tento *někdo jiný* není skutečnou osobou. Je buď genitáliemi, se sekundárními pohlavními znaky, nebo bez nich, nebo tělem, které je pravděpodobně schopné cítit bolest a zemřít.

...

Oba tyto typy fantazií se hluboce spoléhají na jednoduchost a nápodobu. Oba

tyto typy fantazií jsou zcela nerealistické, neboť oba ignorují všechna fyzická, sociální a právní omezení a oba typy mají zájem o celkovou halucinaci svého čtenáře nebo diváka.

## 1.2 Smrt blízkého jako krize

Vědomí vlastní smrti neprožíváme v každodenním životě. To že si ji akutně neuvědomujeme je součástí naší přirozené výbavy jako živých tvorů. Silněji ho prožijeme až ve chvílích, kdy se nás smrt osobně dotkne. Buď v zážitcích blízké smrti nebo v případě smrti blízké osoby.

Podle Špatenková (2004, s. 17) je krize normální reakce na nenormální situaci. Reakce na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat zátěž. Ve světle toho, jak málo se se smrtí dnešní člověk setkává, je zřejmě namístě chápat odchod blízkého člověka jako krizi. Tento názor zastává i Haškovcová (2000, s. 29).

Smrt životního partnera je také řazena jako nejnáročnější životní situace v klasifikaci stresorů podle Holmese a Reheho (The American Institute of Stress, 2024). Smrt jiného člena rodiny a blízkých přátel jsou také hodnoceny relativně vysoko. Špatenková (2004, s. 19), nicméně uvádí, že krize je stavem ryze subjektivním a že co pro jednoho může znamenat bezvýznamnou životní epizodu, může pro jiného znamenat příčinu dezintegrace osobnosti. Přítomnost události smrti – člověka samotného, nebo jeho blízkého – tudíž nemusí, v závislosti na jeho struktuře osobnosti, životních zkušenostech a postojích ke smrti, způsobit krizi. Je nicméně velmi pravděpodobné, že se člověka silně dotkne a má vysoký potenciál krizi způsobit.

Smrt přestala být přirozenou součástí života z důvodu lékařského a technického pokroku, obecného odklonu společnosti od konzervativních forem zachování tradic, finanční nákladnosti tradičních pohřbů, neschopnosti pohřební rituály modernizovat, sekularizace společnosti, profesionalizace a institucionalizace procesu umírání, tabuizace smrti společností adorující mládí, výkon a sílu. (Thorová, 2015, s. 477)

### 1.2.1 Typologie krizí

Jako základní typologii krizí uvádí (Špatenková, 2004, s. 23) několik možností vymezení:

- *vývojové krize*, neboli celkové krize, krize očekávaných životních změn,

normativní krize,

- *situační krize*, epizodické krize nebo také traumatické krize,
- *kumulované krize*, nebo též chronické krize.

*Vývojové krize* jsou neoddelitelnou součástí života. Tyto krize jsou očekávané, nezřídka je považujeme za příjemné a pozitivní. Jejich řešení přináší životní změnu a přijímání nových rolí a životních úkolů. Vyžadují nové zvládací strategie.

*Situační krize* jsou důsledkem vnějších, většinou neočekávaných situací a epizod. V případě, že jsou způsobeny intenzivními vnějšími stresory, jsou nazývány *traumatickou krizí*. Tyto krize ohrožují identitu a integritu jedince, jeho pocit bezpečí, zdraví a nezřídka i samotný život.

Ke *kumulovaným krizím* dochází, pokud jedinec nepřistoupil k řešení jiných druhů krizí, nebo při jejich řešení přijal maladaptivní postoj. Dochází k ní také v důsledku toho, že se reakce na krizi zastavila ve fázi emoční reakce. Jsou specifické svým možným dlouhým průběhem.

V závislosti na kontextu může smrt člověka samotného, stejně tak i smrt blízkého způsobit

- *vývojovou krizi*,  
v případě, že k úmrtí dochází ve vysokém věku, případně v důsledku dlouhotrvající nemoci a smrt se dá očekávat jako logické vyústění tohoto stavu,
- *situační krizi*,  
v případě, že k úmrtí dochází náhle a je nečekané,
- *kumulovanou krizi*,  
v případě, že smrt se dá očekávat, ale člověk sám, nebo jeho sociální okolí tuto skutečnost nepřijímá, vyhýbá se jí.

### 1.2.2 Zvládání a přijetí

Kübler-Ross (1969) na základě své dlouholeté práce s umírajícími pacienty definovala pět 'fází' přijetí vlastní smrti. Jsou jimi:

1. *Popírání a izolace* Pacient popírá neblahou zprávou o terminální diagnóze. Zastává postoj, že v jeho diagnóze muselo dojít k chybě a hledá pro toto své přesvědčení důkazy.

2. *Vztek* Pacient v této fázi cítí vnitřní vztek. Může se projevovat agresivně vůči svému okolí. Závidí ostatním, které nepotkal stejný osud.
3. *Smlouvání* Pacient se obrací k vyšší mocnosti a snaží se vyjednat odpuštění od jeho osudu. Slibuje nápravu, dobré skutky, oběti.
4. *Deprese* Deprese přichází ve chvíli, kdy pacient připustí, že jeho osud je nezvratný a nic již nelze udělat. Propadá do letargie a beznaděje. Truchlí nad ztrátou svých životních plánů a snů.
5. *Přijetí* Pacient se učí přijmout novou situaci. Hledá nejschůdnější a nejlepší řešení pro své blízké, které vychází již z nové situace.

Pojem ‘fáze’ je záměrně v uvozovkách, neboť tento seznam neměl nikdy být úplným návodem na práci s umírajícími. [„It is not meant to be a textbook on how to manage dying patients, nor is it intended as a complete study of the psychology of the dying.“ (Kübler-Ross, 1969, Preface)] Tyto fáze jsou spíše kategoriemi různých pocitů a postojů, které prožívají pacienti se smrtelnou diagnózou.

Navzdory časté kritice určité schematičnosti jsou tyto ‘fáze’ používány v práci s krizí obecně. Špatenková (2004, s. 33) uvádí: „Existuje jistá shoda v tom, že adaptace na krizovou situaci probíhá v těchto po sobě následujících fázích. . . . Tyto fáze vyrovnávání se s krizí jsou analogické známému modelu Kübler-Rossové. Fáze ovšem nemusí probíhat přesně v daném sledu, mohou se překrývat, některé z nich mohou klienti přeskočit a k jiným se opakovaně vracet.“

Zpracování krize je často nad síly a schopnosti jedince a pro její úspěšné projití je důležitá pomoc zvenčí. Touto pomocí můžou být blízcí, rodinní příslušníci, laici. V mnoha případech je také namísto pomoci odborníků z oblasti psychosociální podpory a krizové intervence.

### 1.3 Vina jako existenciální výzva

Vinu bychom mohli definovat jako stav, pocit nebo přesvědčení, přisouzené zvnějšku nebo existující ve vnitřním prožívání, že nositel viny způsobil svým jednáním nebo tím, že naopak něco neučinil, nějaký neblahý stav, újmu druhému, provinil se proti společnosti, proti sobě, proti Bohu. Je nesporné, že vina má vždy transpersonální rozměr.

Vině se věnuje široké spektrum společenských věd od teologie po právo a kriminologii. Prožívání pocitů viny v nejrůznějších situacích je běžnou součástí

prožívání snad každého člověka. „Je zcela jasné, že žádný člověk není bez viny. Vina je univerzální.“ (Tournier, 1995, s. 154)

### 1.3.1 Typologie viny

Protože je vina velmi široký pojem, je namístě se jej pokusit kategorizovat.

Jaspers (1946/2006, s. 25) uvádí 4 kategorie viny:

1. *Kriminální vinu*: Vina za spáchaný zločin spočívá v porušení kodifikovaných společenských pravidel - zákonů. Instancí posouzení viny je soud, který ve formálním postupu zjistí a posoudí naplnění skutkové podstaty. Soud také ukládá trest, který je vykonán v rámci dalších společenských institucí.
2. *Politickou vinu*: Spočívá v činech státníků a v příslušnosti k určitému státu. Všichni občané státu jsou svým dílem spoluzodpovědní za svou vládu a jako takoví nesou i důsledky činů a rozhodnutí svých vládců. „Instancí je moc a vůle vítězova, ve vnitřní politice stejně jako v zahraniční. K zmírnění zvěle a násilí dochází díky politické chytrosti, která počítá s dalšími důsledky, a díky uznávání norem, které platí pod názvem přirozeného a mezinárodního práva.“ (Jaspers, 1946/2006)
3. *Morální vinu*: Za činy, kterých se jedinec sám dopouští je vždy morálně odpovědný. Nikdy nelze říct *rozkaz je rozkaz* případně *neměl jsem jinou možnost* s tím, že se tím zcela morálně vyviním. „Stejně jako zločin zůstává zločinem, i když je vykonán na rozkaz, zůstává každý čin podřízen také morálním kritériím. Instancí je vlastní *svědomí* a komunikace s přítelem a bližním, s milujícím člověkem, který má živý zájem o mou duši.“ (Jaspers, 1946/2006)
4. *Metafyzickou vinu*: „Existuje solidarita mezi lidmi jako lidmi, v jejímž důsledku je každý spoluzodpovědný za všechno bezpráví a všechnu nespravedlnost na světě, zvláště za zločiny, k nimž dochází v jeho přítomnosti nebo s jeho vědomím. Jestliže jsem neučinil všechno, co jsem mohl, abych jim zabránil, jsem spoluvinen. Jestliže jsem nenasadil svůj život, abych zabránil zavraždění druhých, ale jen přihlížel, cítím se vinen způsobem, který nelze právně, politicky a morálně přiměřeně postihnout. To, že ještě žiji, když se stalo něco takového, spočívá na mně jako nesmazatelná vina.“ (Jaspers, 1946/2006) Instancí je jedině Bůh.

Kocvrlichová (2006) nabízí tři základní pohledy na vinu:

1. *Teologický*: Snad všechny náboženské systémy ve mají ve svém re-



pertoáru vyprávění o nějakém prohřešku nebo provinění, který vedl k tomu, že náš svět je tak neutěšený. V náboženském jazyce se také setkáváme buď přímo s pojmem vina, nebo s pojmem *hřích*, který se k vině přímo vztahuje. Náboženství zpravidla nabízí také způsoby, jak svou vinu odčinit. Vyjadřuje se také k otázkám *svědomí* ve vztahu k vině.

2. *Sociologický*: Tento pohled představuje vinu jako důsledek porušení pravidel společnosti (psaných i nepsaných). Podle Vodákové (1997, cituji podle Kocvrlichová, 2006, s. 28) „někde pod povrchem každého člověka doutná jak touha ztotožnit se s něčím větším, silnějším, přesahujícím sebe, platným pro všechny, tak touha dělat všechno po svém, neohlížet se na nic a na nikoho.“ Nakonečný (2009, s. 182) uvádí jako motivaci prosociálního chování naplňování lidských potřeb. Uvádí: „Zdrojem sociálního chování může být kterákoli lidská potřeba, protože existují široké souvislosti uspokojování lidských potřeb; fakticky každou svou potřebu může člověk uspokojit v širších sociálních souvislostech.“ (Nakonečný, 2009, s. 183) V dalším textu pak popisuje potřebu *svobody* a *spravedlnosti*, které můžou stát v protikladu k sociálním normám, být s nimi v rozporu.
3. *Psychologický*: Tento pohled se zabývá především *pocity viny* jejich zdroji, vznikem a průběhem. Věnuje se také jejich prožívání a dopadům na život a jednání jedince.

### Psychologické prostředí viny

Psychologie se zabývá především pocity viny. Rozsáhlou rešerší na toto téma provedla Kocvrlichová (2006). Detailní prozkoumání viny z psychologického hlediska je nad rámec záběru této práce. Vybírám tedy jen několik základních bodů.

Pocity viny v psychologii dělíme na *vědomé* a *nevědomé* podle toho, jestli si ji jedinec uvědomuje. Oba druhy mají vliv na psychiku jedince, jeho postoje a konání.

Pocity viny pak dělíme podle toho, zda souvisí s vinou *reálnou* (nebo též *pravou*) a *domnělou*.

Zdroje viny pak psychologie vidí ve *výchově v rodině a vlivu rodičů, soudech z okolí, náboženství* a *sebeobviňování*.

### 1.3.2 Vina ve spojení s dalšími fenomény

V této kapitole bych se chtěl věnovat souvislosti viny s dalšími psychologickými a interpersonálními fenomény, které mi přijdou jako signifikantní pro prožívání vlastní smrti či smrti blízkého člověka.

#### Vina, norma a svědomí

Pojem viny souvisí s překračováním norem. Sídlem viny je svědomí, které podle Vodákové (1997 cituji podle Kocvrlichová (2006)) je „vnitřním sídlem morálních imperativů, hlídačem morálního jednání a soudcem nemorálních činů. Ve svědomí sídlí prototyp viny.“

„Podle tradičního církevního učení se svědomí rozlišuje na předcházející a následné podle toho, zda se projevuje před tím, co potom, co jeho nositel jednal.“ (Kocvrlichová, 2006, s. 21)

Weber (1998, s. 193, cituji podle Kocvrlichová, 2006, s. 23) u svědomí uvažuje o obsahu, uplatnění a o svědomí jako prožitku. Obsahem svědomí je jednak celek morálních představ, vědomosti o dobru a zlu, o úkolech a zákazech. Svědomí je spojeno spolu s citovým hodnocením. Dále jsou obsahem svědomí vědomosti o morálce, ovšem v tom případě, že se daný jedinec s ním ztotožňuje. Ve svědomí si morální představy nejen uvědomuje, ale je i schvaluje. Weber svědomí vnímá jako jev, ve kterém začíná a je zabezpečena svoboda, neboť chrání člověka, aby nebyl zela vydán napospas svým sklonům, náladám a rozmarům.

#### Vina a lítost

Pocity viny bezesporu úzce souvisí s pocity lítosti a to především tam, kde člověk lituje svých činů, případně toho, že nějaké činy nevykonal, ač mohl.

Thorová (2015, s. 480) vyjmenovává na základě (Ware, 2012) pět životních situací, které u umírajících nejčastěji spouští pocity lítosti:

1. Nejčastější lítost pramenila z neschopnosti nalézt odvalu naplnit své sny a žít život podle sebe, a nikoli podle očekávání druhých.
2. Přílišná zaneprázdněnost a orientace na práci vede k lítosti nad promeškaným dětstvím dětí a promarněním možnosti užít si společnost stárnoucích rodičů.

3. Lidé litují své omezené schopnosti vyjadřovat pocity, a to kladné i záporné. Litují, že rodina a blízcí nevěděli, co k nim člověk cítil. Pokud člověk není schopen vyjadřovat i negativní emoce, není sám sebou, jen se přizpůsobuje a prožívá pocity křivdy a zahořklosti.
4. Lítost nad ztrátou kontaktu s přáteli, kdy hektický životní styl způsobil, že se přátelé ze života vytratili a každému umírajícím chybí.
5. Lítost nad ztrátou pocitu prožívaného štěstí, lidé v životě jedou ve vyjetých kolejích, žijí povinnostmi, smích a pocit štěstí se vytratily.

### 1.3.3 Obranné mechanismy a odčinění

Pocity viny nejsou příjemné a často jsou vytlačovány do nevědomí. Tournier (1995, s. 136-143) píše: „Člověk se vytrvale snaží uniknout ze své hříšnosti.“ Popisuje obranné mechanismy, kterými si lidé snaží zbavit svých pocitů viny. Jsou jimi

- potlačení svědomí,
- sebeospravedlňování,
- přenesení viny na jiné.

Dále uvádí, že „potlačená vina vede ke hněvu, vzpouře, úzkosti, k ukolébání svědomí, k rostoucí neschopnosti rozeznat své chyby a ke vzrůstu agresivních tendencí.“ (Tournier, 1995, s. 154)

Aby se člověk dostal z této hrozné situace, musí v sobě podle Touriera nejdříve probudit potlačené pocity viny. Tím se otevře k správným řešením pocitů viny, kterými jsou

- vnitřní přerod,
- přijetí vlastní odpovědnosti,
- správné rozpoznání své vlastní viny,
- kajícnost
- a Boží odpuštění.

Tournier popisuje tuto práci s pocity viny ve vztahu k Bohu, je však možné

chápat tento pohled v širším nenáboženském pohledu a vztahovat je k vlastnímu svědomí člověka.

### 1.3.4 Vina přeživšího

Vina přeživšího je fenomén, který se dostal do širšího povědomí po 2. Světové válce, kdy byl popsán u přeživších vězňů z koncentračních táborů. Podle Murray et al. (2021, s. 2) už Freud, když reflektoval smrt svého otce, mluvil o „sebe-náhledu, který se běžně objevuje u přeživších.“ Podobné schéma skupinové patologie bylo popsáno i u přeživších útoků na Hirošimu.

Dále podle Murray et al. (2021) byla vina přeživšího popsána u velkého množství traumatizovaných skupin, například u skupin uprchlíků, válečných veteránů, přeživších teroristických útoků, HIV-negativních gay mužů a dalších. Podle Kübler-Ross a Kessler (2005, s. 70) může vina přeživšího zasáhnout člověka i po přirozené smrti blízkého.

Vina přeživšího úzce souvisí s *metafyzickou vinou* tak, jak ji popisuje Jaspers (viz. kap. 1.3.1). Ten dále uvádí: „Nejsme-li díky nějaké šťastné okolnosti ušetřeni této situace, dospíváme jako lidé na hranici, kde musíme volit: buď bezpodmínečně – bez vyhlídky na úspěch, bezúčelně – nasadit život, nebo raději zůstat naživu, protože úspěch je nemožný.“ (Jaspers, 1946/2006, s. 26)

Murray et al. (2021, postnote) dávají vinu přeživšího do spojitosti s již existujícím přesvědčením, že *věci se dějí z nějakého důvodu a svět je spravedlivý*, které pak ve spojitosti s prožitkem traumatické události vyústí v přesvědčení o nespravedlnosti vzniklé situace.

### 1.3.5 Vina v procesu truchlení

Smrt, jak již bylo výše uvedeno, je konečný stav. Nic, co nebylo vyřčeno, již nelze sdělit, nic, co nebylo učiněno již nelze učinit. Nelze již napravit své chyby a nedostatky. Tak, jak byl příběh napsán, již zůstane navždy. Je tak zcela přirozené, že se pozůstalí po smrti blízkého člověka zamýšlejí nad tím, co mohli udělat lépe.

Kübler-Ross a Kessler (2005, s. 38) píší: Život je nezřídka kratší než jsme doufali a my jsme často na tuto ztrátu nepřipravení. Je tedy naprosto přirozené, že budeme cítit stav nedokončení. Často nemáme čas udělat všechno a docela tak, jak jsme doufali. Velmi málo lidí cítí, že stihli všechno, ještě méně že vše udělali dobře. Vždy budeme mít nějaký nenaplněný sen, nesplněné přání. Je pravděpodobné, že jakkoli mnoho jsme udělali pro svého blízkého, jakkoli dobře jsme se o něj starali a milovali ho, vždy bude něco dalšího, co jsme

mohli udělat. To *víc*, po kterém toužíme a které si přejeme, tu s námi bude vždycky. I pokud to uděláte, cokoliv to pro vás může být, vždy se objeví něco dalšího, jež to *něco* nahradí.

Pocity viny jsou tedy běžnou součástí procesu truchlení.

Kübler-Ross a Kessler (2005, s. 16) nazývají pocity viny zlobou obrácenou dovnitř s spojují je s druhou fází smíření se se smrtí blízkého. Vzhledem k různorodosti prožívání těchto pocitů se dá předpokládat, že jejich hloubka a intenzita souvisí se strukturou osobnosti truchlícího, jeho životními postoji a kontextem dané situace. Studie Stroebe et al. (2014) potvrzuje, že pocity lítosti a sebeobviňování negativně ovlivňují proces truchlení.

Kessler (2019, s. 83) nabízí, že to, jak se s takovými pocity člověk vyrovná může být předmětem jeho rozhodnutí: Každý máme před sebou rozhodnutí, jak se uzdravit ze své ztráty. Před tím, než učiníte rozhodnutí, je důležité si uvědomit, že neučinít rozhodnutí, *je* také rozhodnutí. Uzdravování ze ztráty nepřipouští neutralitu. Je to aktivní proces, ne pasivní. Každý z nás se *musí* rozhodnout, chceme-li, nebo nechceme žít dál. Toto rozhodnutí je drobné nicméně neskutečně silné. Žítí je rozdílné od bytí naživu. Ze ztráty vycházíme živí, ale ještě nežijeme.

Špatenková (2004, s. 34) uvádí: „Obvykle se předpokládá, že po určité době od kritické události se s ní lidé nakonec vyrovnají. Klinická šetření však ukazují, že řada lidí se s nepříznivou životní událostí nedokáže vyrovnat nikdy.“

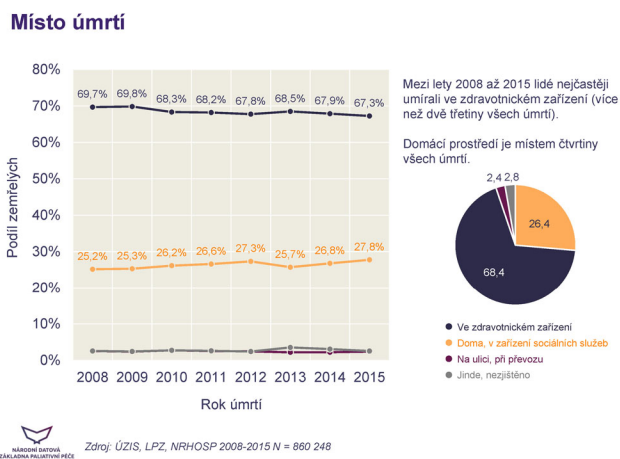
## 1.4 Péče o umírající a pozůstalé v ČR

V této kapitole bych chtěl uvést krátký přehled aktuálního stavu péče o umírající a pozůstalé v ČR. Většina lidí v České republice umírá v nemocnicích. Podle dat UZIS je to aktuálně více než 65% (viz obr. 1.1).

Důležitým aspektem péče o umírající je paliativní (úlevná) medicína, která má za cíl zvýšit kvalitu života lidem, kteří trpí nevléčitelnou život ohrožující nebo život zkracující nemocí. K hlavním zásadám paliativní medicíny podle Matoušek et al. (2010, s. 199) patří nedirektivní přístup, vyloučení invazivních metod a mírnění fyzických symptomů onemocnění.

V poslední době se čím dál tím více rozšiřuje paliativní přístup do praxe praktických lékařů a lékařských týmů v nemocnicích. Praktičtí lékaři a sestry v domovech pro seniory a službách domácí péče mohou poskytovat obecnou paliativní péči. Specializovanou paliativní péči pak poskytují konsiliární týmy v nemocnicích, domácí hospice a lůžkové hospice. (Národní zdravot-

Obrázek 1.1: Místo úmrtí



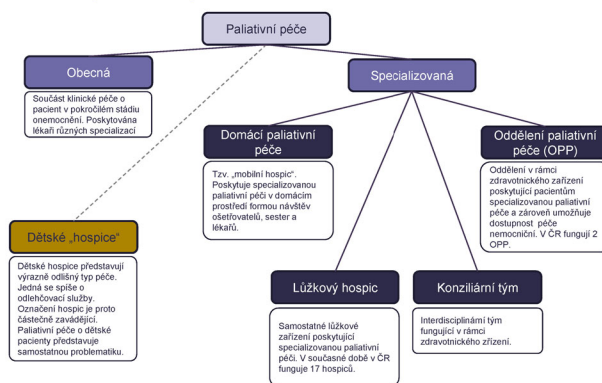
Zdroj Národní datová základna paliativní péče (2024)

nický informační portál, 2024) Schéma paliativní péče poskytované v ČR je na obrázku 1.2

Specializovanou péči o pozůstalé poskytují poradny pro pozůstalé. Ty jsou nezřídka přidruženy k hospicům a nemocnicím. Podpora pozůstalých probíhá v rovině psychické (psychosociální podpora), pragmatické (výběr rakve, hrobu, úprava těla zesnulého), informační (zjišťování, kde se nachází tělo zemřelého, jaké jsou zákonné lhůty různých úkonů) a ekonomické (pohřebné, pohřeb na splátky). (Asociace poradců pro pozůstalé, z. s., 2024)

Obrázek 1.2: Schema paliativní péče

**Schéma paliativní péče v ČR**



Zdroj Národní datová základna paliativní péče (2024)

## Oddíl 2

### Výzkumná část

V teoretické části jsem se pokusil sesbírat poznatky v oblasti místa smrti v dnešní společnosti. Zaměřil jsem se na její prožívání jako fenoménu, který je sice přítomen, ale je vnímán jako něco nepatřičného a jako takový, když se objeví, působí pocity selhání a viny. Dále jsem se věnoval fenoménu viny v lidském prožívání, jeho kategorizaci a možným způsobům práce s ním. Zdrojem pro získání informací mi byla zahraniční i tuzemská odborná literatura, diplomové a bakalářské práce a vědecké články. Práce s odbornou literaturou v teoretické části mi přinesla řadu podnětů pro vlastní výzkum.

Ve výzkumné části se chci soustředit na proces přijetí smrti a práci s pocity viny, které tento proces provázejí. Prostředníky tohoto poznání mi budou sociální pracovníci a ošetřovatelé v hospicových službách, kteří mají s umíráním osobní profesionální zkušenost. Zajímá mě jejich osobní žitá zkušenost v intencích toho, že jsou profesionály, kteří poskytují službu lidem v těžké životní situaci, ale zároveň jsou sami lidmi, kteří mají své vlastní prožívání a nejsou tak z procesů, které se v okamžicích umírání a smrti objevují, vyňati. Jsou jejich aktivní angažovanou součástí.

#### 2.1 Metoda výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolil kvalitativní metodu. Tato metoda je vhodná k výzkumu jevů, které nejsou dostatečně popsány, kde nejsou stanoveny hypotézy, které by bylo možné ověřovat či vyvracet. Vzhledem k tomu, že mě zajímá osobní žitá zkušenost mých respondentů, volím metodu Interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). Tato metoda v protikladu k dalším výzkumným perspektivám vede „k porozumění zkušenosti člověka na idiogra-



fické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu.“ (Řiháček et al., 2013, s. 9) Tato metoda, podobně jako obsahová analýza, hledá v rozhovorech s participanty jistá ucelená témata. Tato témata zachycuje napříč celým rozhovorem pomocí kódů - ucelených témat.

Toto hledání probíhá podle Řiháček et al., 2013 v několika fázích:

1. Čtení a opakované čtení  
Zde je veškerá pozornost výzkumníka zaměřena na respondenta a jeho slova.
2. Počáteční poznámky a komentáře  
Zde výzkumník dodává k textu svá vlastní pozorování a komentáře. Soustředí se na to, aby apriori nezavrhoval žádný aspekt rozhovoru. Užitečným pohledem může být rozdělení komentářů do třech typů
  - deskriptivní - zaměřují se na obsah toho, co respondent říká, na strukturu myšlenek a zkušeností, které utvářejí jeho svět;
  - lingvistické - zaměřují se na respondentovo specifické používání jazyka včetně metafor;
  - konceptuální - jsou více interpretativní, mají např. povahu otázek, které se v nás vynořují při čtení textu. Důležité je, aby byly skutečně založeny na respondentových slovech.Některé komentáře jsou zárodky rodících se témat.
3. Rozvíjení vznikajících témat  
V této fázi výzkumník redukuje objem dat svých poznámek. Jeho pozornost se přenáší z respondenta na jeho vlastní poznámky a jejich pochopení.
4. Hledání souvislostí napříč tématy  
Poté, co jsou témata zformulována, lze se pustit do mapování jejich vzájemného propojení, tedy způsobu, jakým se k sobě vztahují.
5. Analýza dalšího případu  
Opakování fází 1. - 4. pro další rozhovor
6. Hledání vzorců napříč případy

„Interpretace podle IPA je úzce zakotvená v textu a přiznává, že je to vždy výzkumník se svým životním kontextem, kdo je jejím autorem.“ (Řiháček et

al., 2013, s. 22) Vzhledem k tomu je nutné, aby výzkumník reflektoval vlastní porozumění tématu, svoji vlastní zkušenost s tématem.

## 2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého výzkumu je zjistit, jakou mají sociální pracovníci zkušenost s fenoménem viny ve své práci s umírajícími a pozůstalými. Chtěl bych se zaměřit na to, jestli a jak vinu sami prožívají, jestli a jak se s ní setkávají u svých klientů a jak s tímto fenoménem pracují. Dále mě zajímá jestli jsou svědky, případně cílem obviňování ze strany svých klientů. Jak na takové situace reagují, jak je řeší. Zajímá mě také jaké jsou podle nich zdroje pocitů viny, jaký smysl v nich vidí a jak mohou tyto pocity přispět v procesu smíření s vlastní smrtí a smíření se smrtí blízkého člověka. K dosažení tohoto cíle jsem formuloval tyto výzkumné otázky:

1. *Jakou roli hraje fenomén viny v prožívání umírajících, pečujících a pozůstalých?*
2. *Jakou roli hraje fenomén viny v prožívání sociálních pracovníků s umírajícími a pozůstalými?*
3. *Jakou roli hraje fenomén obviňování v sociální práci s umírajícími a pozůstalými?*

## 2.3 Scénář rozhovoru

Pro získání výzkumných dat jsem zvolil metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny volnou formou s tím, že jsem se přibližně držel níže navrženého scénáře (Tabulka 1).

Rozhovor vždy začínal oblastí *Jaká je vaše role v práci s umírajícími a pozůstalými?* Jejím cílem bylo získat vhled do pracovního prostředí respondenta a do jeho vnitřního vnímání jeho pracovního světa a jeho pozice v něm. Otázka měla za cíl zasadit další dotazování do konkrétního kontextu.

Další oblasti dotazování měly pak za cíl pokrýt různé aspekty zkoumaného fenoménu v oblastech, které jsem na základě teoretické práce předpokládal.

Tabulka 1: Scénář rozhovoru

Oblast dotazování	Významné body
Jaká je vaše role v práci s umírajícími a pozůstalými?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• způsob práce</li> <li>• délka praxe</li> <li>• způsob kontaktu s klienty</li> <li>• vlastní vnímání svojí role, co přináším, co to přináší mně</li> </ul>
Setkáváte se u svých klientů s projevy pocitů viny?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jak se projevují?</li> <li>• Vnímáte různé typy?</li> <li>• Jaké si myslíte, že jsou zdroje? Z čeho pramení?</li> <li>• Jak s nimi pracujete?</li> </ul>
Prožíváte pocity viny v souvislosti se svým povoláním?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V jakých situacích? Příklad?</li> <li>• Máte nějaké zásady, jak s nimi pracovat?</li> <li>• Máte možnost těžké situace s někým probrat?</li> </ul>
Setkáváte se s obviňováním druhých, jste jeho cílem?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V jakých situacích? Příklad?</li> <li>• Z čeho si myslíte, že pramení?</li> <li>• Specifičnost pro umírající / pozůstalé? Rozdíly?</li> <li>• Způsoby řešení?</li> </ul>
Může podle vás prožitek viny pomoci v procesu smíření?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smíření s vlastní smrtí?</li> <li>• Smíření s odchodem blízkého?</li> <li>• Pomáhá vám osobně?</li> </ul>

## 2.4 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek jsem zvolil respondenty z prostředí paliativní medicíny. Primárním požadavkem byla přímá intenzivní práce s klienty z řad umírajících a jejich blízkých. Dotazovanou skupinou jsou tedy sociální pra-

covníci a ošetřovatelé v hospicích a domácích hospicích.

Požadavky pro zařazení do výzkumu

- Přímá práce s umírajícími a pozůstalými
- Praxe alespoň 6 měsíců

Výzkumný vzorek tvoří

- jeden muž a čtyři ženy,
- délka praxe 6 měsíců - 15 let,
- 3 sociální pracovníci, 1 ošetřovatelka, 1 zdravotní sestra,
- 2 pracovníci v kamenném hospicu, 3 pracovníci v domácím hospicu.

Pro získání respondentů jsem využil osobních kontaktů a přímého oslovení hospicových zařízení. Respondentka A se mi ozvala na základě výzvy, kterou zveřejnila moje známá – ošetřovatelka v domově pro seniory – ve skupině účastníků akce *K smrti dobrý festival*. Kontakt na respondenta B jsem získal na základě mého přímého oslovení pražských hospiců emailem. Respondentky C, D a E pracují v jednom zařízení, na které jsem získal doporučení a kontakt od svého známého, který poskytuje tomuto zařízení supervize.

## 2.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl prováděn jako anonymní. Všichni participanti byli seznámeni s tím, že rozhovor s nimi bude nahráván a že z nahrávky rozhovoru vznikne přepis, který bude neveřejnou přílohou této práce. Dále byli informováni, že na kteroukoliv z otázek nemusí odpovídat a mohou v průběhu rozhovoru nebo i po něm odvolat svůj souhlas s účastí ve výzkumu.

Svůj souhlas s účastí ve výzkumu stvrdili svým podpisem *Informovaného souhlasu*, který je přílohou B této práce.

V některých rozhovorech zazněla konkrétní křestní jména, názvy obcí a organizací. Ty byly pro zachování anonymity do přepisu vynechány nebo pozměněny.

## 2.6 Vlastní zkušenost s tématem

Jak již bylo zmíněno v úvodu, mojí prvotní motivací pro téma výzkumu bylo to, že mě zaujaly články v novinách o trestních obviněních profesionálně

pečujících osob (lékařů, nemocnic), kteří svým údajným zanedbáním péče zapříčinili něčí smrt. Aniž bych se chtěl v těchto konkrétních případech stavět na jakoukoliv stranu, přišel mi signifikantní fakt, že v době před rozvojem lékařské vědy, tedy v době kdy neexistovali lidé a instituce poskytující tuto péči, která měla být zanedbána, by bylo velmi pravděpodobné, že by k úmrtí došlo stejně, nebo možná i rychleji.

Je zcela v pořádku, že jako společnost očekáváme, že profesionálové budou dělat svoji práci a budou ji dělat dobře. Tedy že lékaři budou v rámci svých nejlepších schopností a poznatků lékařské vědy zachraňovat životy, že pečující profesionálové budou poskytovat péči ve vysoké kvalitě a bez chyb. Zároveň ale platí, že některé situace a stavy člověka nemají *dobré* řešení, že smrt je někdy nevyhnutelná a – a to především – že i lékaři a pečující profesionálové jsou lidé, kteří mají své limity a dělají chyby.

Osobně mám za to, že očekávání kladená na lékařskou vědu a institucionální péči jsou často neúměrně vysoká. Živená představou, že v 21. století jsou smrt a utrpení jaksi nepatřičné. Jak bylo citováno v úvodu, že každé individuální smrti lze zabránit, že je nespravedlivá. Rozvoj paliativní péče, jejímž cílem je zvyšovat kvalitu života umírajících a mírnění bolesti, ať už fyzické, či vycházející z psychické nebo sociální zátěže nesnadné situace, je logickým vyústěním snahy společnosti mírnit – možná zbytečné – utrpení. Existuje četná literatura a bezpočet diplomových a bakalářských prací, které se věnují osvětě a propagaci tohoto relativně mladého směru.

Jednou z mých motivací k provedení výzkumu na toto téma je to, že se mým zdáním odborná literatura málo věnuje konkrétním komplikujícím fenoménům. Zabývá se jimi spíše anekdoticky. Případně implicitně předpokládá, že téma smrti a umírání je těžké samo o sobě, a věnuje se pozitivním aspektům a motivaci lidí se tímto tématem (profesně či osobně) zabývat, případně tuto motivaci podporuje.

Stejně tak nemnohé studie na téma viny – ne jen v umírání a truchlení – zmiňují, že výzkumů ani odborné literatury na toto téma není mnoho. Subjektivně ale vnímám, že pocity viny jsou častou součástí prožívání bezvýchodných situací, tedy i umírání a truchlení. Očekávám, že fenomén viny bude blízký dalším fenoménům. Příkladně selhání, pocitům vlastní odpovědnosti za utrpení, lítosti, zanedbání, bezmoci. Dá se také předpokládat, že blízcí zemřelého budou prožívat jak vinu reálnou (nenavštívili zemřelého v době jeho smrti i když věděli, že se blíží, umístili blízkého do instituce i když měli prostředky pro domácí péči), tak domnělou.

Ve svém profesním ani studijním životě jsem se se smrtí nesetkal. Moje zku-

šenosti se smrtí a s truchlením jsou čistě osobní.

První smrt, která se mě výrazně dotkla přišla v mých 14 letech, kdy se pádem s rogačem zabil můj trenér baseballu, ke kterému jsem měl blízký vztah. Pamatuji si, že po tom, co jsem tu zprávu obdržel, jsem prakticky bez přestání plakal dva dny a prožíval hluboký žal.

Později můj život prožalo několik sebevražd kamarádů. Posledním takovým setkáním byla sebevražda blízké kamarádky, která trpěla hraniční poruchou osobnosti, v minulém roce. Tyto dobrovolné odchody jsem neprožíval nikdy nijak velikým smutkem. Moje převažující emoce byla naštvaní, které později vystřídal postoj: *Respektuji tvoje rozhodnutí, ale nesouhlasím s ním.*

Mám také krátkou zkušenost s péčí o nemocného z doby, kdy odcházel můj táta. Několik let trpěl postupující demencí a za pomoci odlehčovací ošetrovatelské služby byl v domácím prostředí. Převážnou část péče o něj zabezpečovaly společně moje máma a moje sestra, kterým i na tomto místě za to patří poděkovat. V období několika měsíců jsme moji sestru na víkendy střídali a s mámou o tátu pečovali já a moje druhá sestra. Tuto péči bohužel přerušila pandemie COVID-19. Infekce se nakonec propracovala do domácnosti mých rodičů a sestry a táta byl převezen do nemocnice, kde později sám zemřel. Vzpomínám si, že v době, kdy se to dělo a dostával jsem o tomto postupném průběhu informace, cítil jsem žal a naštvaní nad tím, že táta umřel sám. Měl jsem vizi jeho očí, ve kterých byl strach. Na vědomé úrovni jsem jen vnímal, že je to situace, na kterou nemám žádný vliv, ve které jsem bezmocný.

Se smrtí táty a s případnými pocity viny souvisí i vděk samému sobě, že ještě v době, kdy byl docela při smyslech, se mi povedlo zorganizovat jeho návštěvu u mě doma a měl jsem možnost si s ním promluvit, jak jsem několik let před tím plánoval. Velmi silně si uvědomuji, že kdybych to tehdy neudělal, hodně bych si to vyčítal.

Samostatným tématem v mém vlastním prožívání je proces přesunů viny. S postupem času a se svým rozvojem osobnosti jsem identifikoval, že je to moje téma. Nahlédl jsem, že jsem vyrůstal v prostředí, kde se o silných (ani pozitivních ani negativních) emocích nemluvalo, kde byly silné emoce potlačené a potlačované. Subjektivně s odstupem vnímám, že ve vzduchu visela vina. Vina za tenhle stav, vina za případné nepříjemné emoce, které občas vybubly na povrch. Nikdy ale nebyla přímo oslovena. V období od zvolení tématu této práce do současnosti jsem také prošel velmi náročným a vpravdě toxickým vztahem, kde přenášení odpovědnosti a vyvolávání pocitů viny bylo silnou a běžnou součástí komunikace. Očekávám, že přenos pocitů viny, ob-

viňování a vyviňování se budou procesy, které se ve výzkumu objeví. Ač pravděpodobně ne v tak extrémní podobě, jak jsem je zažil.

Očekávám také, že práce s umírajícími a pozůstalými bude klást velké nároky na osobní hranice pracovníků a že pocity viny a procesy vedoucí k jejich přenosu budou tyto hranice atakovat a narušovat.

## 2.7 Rozhovory s participanty

Rozhovory proběhly v březnu až dubnu 2024. Rozhovor A byl nahráván pomocí funkce nahrávání na platformě Google Meet. Každý další rozhovor byl pak nahráván na diktafon. Takto pořízené zvukové záznamy pak posloužily jako podklad pro pořízení doslovných přepisů rozhovorů.

Pro základní převod řeči na text jsem využil platformu Google API. Takto vytvořené přepisy nevyhovovaly požadavku doslovnosti. Každý výstup z automatického převodu řeči na text jsem pak za použití původního zvukového záznamu upravoval a revidoval, aby vyhovoval požadavkům výzkumu. Přepisy rozhovorů zachovávají hovorové tvary a koncovky v řeči respondenta. Stejně tak postihují většinu zadrhnutí, pauz, zdvojených začátků a parazitních slov, které však byly v přímých citacích uvedených v textu práce odstraněny.

Následuje krátká reflexe průběhu každého rozhovoru.

### 2.7.1 Rozhovor A

Respondentka A je ošetřovatelkou v lůžkovém hospicu na severní Moravě. Vzhledem ke geografické vzdálenosti jsme se sešli na online platformě Google Meet v neděli odpoledne.

Respondentka A působila sympatickým dojmem. Byla velmi pozitivně naladěná. Zdá se, že je ve své práci intenzivně osobně angažovaná. Původním vzděláním je ekonomka. K práci v péči o umírající ji před lety motivoval blíže nespecifikovaný osobní zážitek.

Rozhovor probíhal v narativním stylu. Na moje otázky odpovídala respondentka A v košatě rozvitých příbězích. Bylo vidět, že pro otázku pocitů viny u klientů měla už připravené příběhy. V jiných otázkách se musela vždy chvíli zamyslet. Její uvažování a vyprávění ale i tak často směřovalo k nějakému konkrétnímu příběhu. Tím, že respondentka A odpovídala velmi široce a rozsáhle, nemusel jsem pokládat téměř žádné doplňující otázky. Svými od-

pověďmi pokrývala jednotlivé podoblasti mnou připraveného scénáře rozhovoru.

Po skončení rozhovoru se respondentka A zajímala o to, jak jsem přišel na téma práce a dala mi doporučení na další zdroje v literatuře, které jí osobně přišly přínosné.

V průběhu rozhovoru nastaly místy problémy s internetovým připojením, a jeden úplný výpadek na přibližně minutu. Na atmosféru a plynutí rozhovoru to ovšem nemělo vliv a povedlo se nám navázat. V přepisu se mi povedlo snad všechna slova rekonstruovat, i když byl signál horší. Online formát rozhovoru také velmi omezil moji interakci s respondentkou, především s ohledem na zpoždění zvuku. V průběhu rozhovoru jsem zvolil strategii co nejméně zvukově reagovat, protože takové reakce způsobovaly problémy v přenosu a kvalitě zvuku směrem od respondentky.

### 2.7.2 Rozhovor B

Respondent B je sociálním pracovníkem v kamenném hospicu v Praze. Na této pozici pracuje zatím jen půl roku. K rozhovoru jsme se sešli v jeho kanceláři v hospici.

Rozhovor probíhal ve velmi přátelské a uvolněné atmosféře. Respondent B působí dojmem, že ví, kde je a je se svojí pozicí spokojený. S tématem smrti je hodně smířený, což často zdůrazňuje.

Po rozhovoru mě respondent B ještě provedl po hospicu. Zaujala mě jedna myšlenka, že jim v aktuálním stavebním stavu budovy chybí tzv. *místnost posledního rozloučení*. Tedy místnost, ve které můžou pozůstalí strávit relativně významný čas s tělem svého blízkého, zatímco jeho pokoj už se připravuje pro přijetí nového klienta. Připomnělo mi to můj rozhovor s kamarádkou – ošetřovatelkou v domově pro seniory, která říkala, že takovou místnost mají, ale že má z toho spíše nepříjemný pocit, protože je zesnulý prakticky ihned přesunutý ze *svého* prostředí do uniformní místnosti.

### 2.7.3 Rozhovor C

Respondentka C je sociální pracovnící v domácím hospicu ve Středočeském kraji. Na této pozici pracuje několik let. K rozhovoru jsme se sešli v zasedací místnosti v sídle organizace.

Rozhovor probíhal přátelsky. Respondentka byla viditelně nadšená tématem, zároveň ale trochu zaskočená. Téma pro ni představovalo nový pohled, jak



se na svou práci dívat.

Při zpracování rozhovoru, u části, kde respondentka zmiňuje, že někdy se stane, že klienta na poslední chvíli nechají příbuzní převést do nemocnice jsem si vzpomněl na svého tátu, který byl kvůli Covidu převezen do nemocnice a nakonec zemřel v nemocnici sám. Viz kapitola 2.6

#### 2.7.4 Rozhovor D

Respondentka D je vrchní zdravotní sestrou v domácím hospicu ve Středočeském kraji. K rozhovoru jsme se sešli v zasedací místnosti v sídle organizace.

Respondentka D byla před rozhovorem nervózní z toho, jestli bude znát *správné* odpovědi. Byla ujištěna o tom, že žádné *správné* ani *špatné* odpovědi nejsou a že mě zajímá její subjektivní pohled na předkládané otázky. I na začátku rozhovoru byla respondentka D trochu nervózní, nicméně v jeho průběhu se postupně uvolnila. Mluvila spíše tiše. V některých místech rozhovoru se zdálo, že se možná stydí. V těchto situacích ještě více ztišila hlas.

#### 2.7.5 Rozhovor E

Respondentka E je sociální pracovnící v domácím hospicu ve Středočeském kraji. Přibližně týden před rozhovorem si nechala předložit otázky, které v rozhovoru zazní, aby se mohla nad tématem zamyslet a připravit se. To mělo vliv na průběh rozhovoru, nicméně nevnímám, že by to nějak ovlivnilo validitu sebraných dat. K rozhovoru jsme se sešli v zasedací místnosti v sídle organizace.

V průběhu rozhovoru respondentka zmínila, že před dvěma lety byla nucena nechat převést svoji umírající maminku do nemocnice a nepodařilo se jí ji dostat zpět do domácího prostředí. Ač to nebylo zmíněno, domnívám se, že mohlo jít opět o důsledek Covidových opatření a i zde jsem si vzpomněl na svou zkušenost se smrtí vlastního táty. (kapitola 2.6)

V rozhovoru jsem se zapomněl zeptat na podpory, které respondentka má k dispozici.

### 2.8 Analýza přepisů rozhovorů

Analýza přepisů rozhovorů, která bude následovat, reflektuje analytický proces IPA tak, jak jsem jej provedl. Z analýzy každého z přepisů rozhovoru vznikly tabulky témat, které jsou utvořeny spojením jednotlivých témat do

skupin, tak jak se v přepisech objevily. V prvním sloupci tabulky je uveden název tématu, v druhém souřadnice (řádek), na které je možné dané téma najít v přepisu rozhovoru, ve třetím sloupci pak krátký citát, ze kterého je možné dané téma usuzovat.

Analýzy přepisů rozhovoru jsou zpracováním dat obsažených v tabulkách témat do narativní formy. Samotné tabulky rozhovorů jsou uvedeny v příloze A. Podkapitoly analýz rozhovorů sledují skupiny témat tak, jak byly identifikovány v souhrnné tabulce témat.

Kapitola je pak ukončena souhrnnou analýzou. Ta vychází ze souhrnných tabulek témat, které jsou uvedeny taktéž v příloze A. Souhrnné tabulky témat vznikly systematizací a sdružováním témat, která se nacházejí v individuálních tabulkách jednotlivých rozhovorů. Individuální tabulky témat jsou tak často podrobnější než souhrnná tabulka.

### 2.8.1 Skupiny témat

Při analýze přepisů rozhovorů jsem identifikoval následující skupiny témat u nichž připojuji jejich stručný popis.

1. *Vlastní role* Témata, která se týkají toho, jak respondent vnímá sebe ve svém povolání, jakým způsobem přistupuje k práci, co do ní ze sebe vnáší a co jemu přináší.
2. *Osobní postoje* Témata, která se týkají postojů respondenta, jeho přístupu k práci, ke klientům a k životu.
3. *Zdroje pocitů - klienti* Témata, která konkretizují zdroje nepříjemných pocitů u klientů. Nejde jen o pocity viny, ale i pocity, které s vinou souvisí nebo jim předcházejí.
4. *Zdroje pocitů - pracovníci* Témata, která konkretizují zdroje nepříjemných pocitů u samotných pracovníků. Opět se nejedná pouze o pocity viny, ale nepříjemné pocity v širším slova smyslu.
5. *Podporující aspekty* Témata, která se věnují fenoménům a aspektům klientova života, které mu můžou pomoci mírnit nebo předcházet pocitům viny a zároveň přímo nesouvisí s intervencemi ze strany pracovníků.
6. *Znesnadňující aspekty* Témata, která popisují fenomény a aspekty klientova života, případně jeho postoje, které přispívají k zesilování pocitů viny a dalších nepříjemných pocitů nebo brání jejich zpracování.

7. *Podporující aspekty - pracovníci* Témata, ve kterých pracovníci popisují fenomény, které jim osobně pomáhají se vypořádávat s nepříjemnými pocity.
8. *Intervence / techniky* Témata, která se věnují popisu konkrétních intervencí a postupů, kterými pracovníci přispívají k zmírňování nepříjemných pocitů svých klientů.
9. *Obviňování - zdroje* Témata, která se týkají obviňování jako způsobu komunikace, popisují jeho zdroje, motivace a způsoby.
10. *Obviňování - předmět* Témata, která se týkají předmětů obviňování.
11. *Způsoby odraťování* Témata, která se věnují způsobům odraťování pocitů viny a to jak u klientů, tak u pracovníků. Tato skupina je dále rozdělena na pozitivní a negativní.

## 2.8.2 Analýza rozhovoru A

Žena, ošetrovatelka v kamenném hospicu.

### Vlastní role

Respondentka A je ošetrovatelkou v kamenném hospicu. Není to její původní kvalifikace. K práci v hospicu ji přivedla osobní zkušenost a touha po smysluplné práci.

V určitým období mého života přišlo přání změnit práci, která by měla pro mě osobně smysluplnější charakter a to je konkrétně přímá práce s lidmi. (A.10-12)

Respondentka se dále vzdělává a zdokonaluje v dalších směrech práce se svými klienty. Je dotykovým terapeutem. Přímá a blízká práce s klienty ji osobně uspokojuje.

Jsem mimo jiné také dotykový terapeut. Takže dělám nejružnější masáže lymfodrenáže, různé takovéto terapeutické techniky, kdy se toho člověka dotýkám a to je také práce, která mě hluboko uspokojuje. (A.13-15)

Účastní se seminářů na téma práce s umírajícími, což jí umožňuje lépe pomáhat svým klientům.

Jo já osobně velmi vítám a kvituju u nás tedy na Severní Moravě probíhá teď každoročně letos bude myslím, že už dokonce

čtvrtý ročník velké třídenní, akce. Je to K smrti dobrý festival.  
(A.484-487)

Přímá práce s umírajícími klienty a s jejich rodinami jí poskytuje příležitost k osobnímu růstu.

Ta práce není jednoduchá, ale je to práce, která mě hluboce uspokojuje. Jednak z toho důvodu, co jsem řekla na začátku a jednak z toho důvodu, že ho poskytuje obrovské pole k osobnímu růstu.  
(A.549-551)

### **Osobní postoje**

Respondentka A je ve svém povolání silně osobně angažovaná. Je pro ni velmi důležité navazování vztahů s jejími klienty. Vytváření blízkých vztahů s klienty vede až k identifikaci s nimi.

To jsou pro nás velmi těžké okamžiky, v první řadě pro toho člověka, ale tím, že s těmi lidmi žijeme intenzivně, tak pro nás taky. (A.352-355)

Její osobní angažovanost se projevuje i v tom, že jí velmi záleží na tom, aby klienti hospicu a jejich rodiny čerpaly služby, které hospic nabízí. Pochopili jejich výhody a využili je naplno.

A já osobně z toho vždycky mám velkou radost, když ty rodiny si to takhle uchopí, pochopí. (A.86)

To, že jsou rodiny klientů schopné pochopit přínos hospicu a naplno využít jeho služby, jim podle respondentky přinese možnost se intenzivně věnovat sami sobě a být spolu, což je hodnota, kterou respondentka také staví velmi vysoko.

Velmi to kvitujeme ty rodiny, které využívají to co ten hospic nabízí a to je ta možnost, aby ty rodiny byly spolu. (A.78-79)

A když ta rodina je tam přítomná, tak se můžou opravdu velmi intenzivně věnovat sami sobě. (A.93)

Respondentka prožívá silnou identifikaci v rámci ošetřovatelského týmu. Ve většině rozhovoru používá množné číslo (*my, děláme, my si myslíme*). V některých místech rozhovoru si toho sama všímá a upomíná se, že bude mluvit sama za sebe: „. . . to osobní nasazení, každého z nás se nám, se mi, když budu mluvit za sebe jeví. . .“ (A.303) Je pravděpodobné, že toto upomínání vychází z mého zdůraznění před rozhovorem, že mě zajímá její osobní subjektivní

pohled, ale že svoji pracovní roli opravdu prožívá především jako součást širšího týmu.

Svůj tým, jak užší – ošetřovatelský, tak širší – celý personál hospicu hodnotí velmi pozitivně a jeho vysokou kvalifikaci, odbornost a dobré fungování několikrát zdůrazňuje: „Jsme opravdu dobrý tým. Opravdu se vykrýváme jeden druhého.“ (A.383) „V rámci multidisciplinárního týmu přijít na to, co je to příčinou.“ (A.191)

### **Zdroje pocitů - klienti**

Jako zdroje pocitů viny u klientů respondentka zmiňuje nedostatečné nebo špatné vztahy v rodině a lítost nad tím, že to, jak klient žil – a případně to zpětně hodnotí v nějakém ohledu negativně – již nejde změnit.

Jednou jsem mu už opravdu otevřeně položila otázku, kdyby si přál něco ve svém životě změnit, co by to bylo a on říkal, že by se víc věnoval rodině.

A, já si myslím, že to bylo toto. A že to byla právě... Ten jeho pocit viny, že tu svoji rodinu zanedbával.

...

A osobně si myslím, že to bylo právě to čím on velmi trpěl a dobře věděl, že to nejde změnit, že to nezmění. (A.154-164)

Dále uvádí jednu náročnou situaci, kdy se klient v hospici zotavil a tím vznikl problém, že neměl kam jít, neboť rodina už počítala s tím, že zemře, a nebyla ho schopná nebo ochotná přijmout zpět.

Tak oni se snaží vypořádat si všechny své záležitosti. A byl to pán, který prodal svůj byt, peníze rozdělil svým dětem a když nastal tento okamžik, tak neměl kam jít, protože nastala ta smutná situace, že ačkoliv jeho děti jsou finančně velmi dobře situovány, tak nikdo z nich nechtěl tomu otci pomoci ani tím způsobem, že by si ho vzal zpátky k sobě anebo že by mu prostě pomáhal. Pomohl zařídit nějaký pronájem garsonky nebo nějakého malometrážního bytu. (A.343-351)

Pro skupinu rodinných příslušníků pak respondentka uvádí příklad, kdy někdo z rodiny přislíbil péči o nemocného, ale tento slib potom nemohl nebo nechtěl naplnit.

Setkáváme se s pocity viny i u rodinných příslušníků. Bývá to často pocit viny, kdy někdo z rodiny přislíbil nemocnému, že se o něj postará v domácím prostředí až do konce a nastane ta si-

tuace, že to přestane zvládat a přistoupí na tu hospitalizaci do kamenného hospice. (A.458-462)

Prožívání pocitů viny popisuje respondentka jako přirozenou součást prožívání předčasného odchodu člověka z tohoto světa.

Určitě asi... každému člověku v tomto procesu, kdy někdo takto odchází v důsledku život limitující diagnózy, jakoby předčasně ze života se ty pocity viny objevují, ať už u toho nemocného, ať už u těch rodinných příslušníků. (A.464-467)

### **Podporující aspekty**

Jako hlavní podporující aspekt respondentka silně akcentuje dobré vztahy v rodině.

A když ta rodina je tam přítomná, tak se můžou opravdu velmi intenzivně věnovat sami sobě. (A.93)

manžel jí denně navštěvoval a opravdu si toho života u nás dokázali velmi hezky využívat ty možnosti, které jim jako hospic nabízíme. (A.309)

Nezanedbatelným faktorem je pak vlastní prostředí hospicu, které krom možností aktivního vyžití, zdravotnických služeb, velké zahrady a občasného kulturního programu poskytuje především prostor pro to, aby rodiny byly spolu.

Máme k tomu koncipované pokoje, přizpůsobené, jsou to apartmány s kompletním zázemím, hygienickým příslušenstvím, s malou kuchyňkou ledničkou, takže tam opravdu můžou velice dobře fungovat. (A.81-84)

### **Znesnadňující aspekty**

Horší vztahy v rodině naopak působí jako znesnadňující aspekt. Respondentka vyjadřuje lítost nad tím, že k některým klientům nedocházejí návštěvy.

Máme i klienty, ke kterým nedochází nikdo z rodinných příslušníků. Byť by je třeba měli. (A.75)

Dalším faktorem, který neblaze působí na prožívání klientů je nedostatek času v případě, kdy nemoc postupuje rychlým tempem.

Hůř jsou na tom lidé, když mají krátkou tu kariéru s tou diagnózou, kdy na něco se náhodou přišlo a už to nebylo řešitelné.

(A.260-262)

V takovém případě mohou být klienti ve stavu šoku, případně intenzivně prožívat krizi.

A ta rodina nebo ten člověk sám v tom čase, než se dostal k nám neměl prostor si napřemýšlet a vyřešit spoustu věcí, tak tam to vidíme, že ti lidé bývají velmi silně rozrušení. (A.263-265)

Vyjadřuje se ještě také k tomu, že v nemocničním provozu není tolik prostoru na komunikaci s pacientem o jeho diagnóze jako v hospicu, což může vést k tomu, že je pacient a jeho rodina před příjmem do hospicu špatně seznámen se svojí situací, případně ji nechápe.

ten provoz nemocniční je co se týká nějaké časové dotace na pacienta, tak tam jsou daleko větší nároky (A.448)

### **Intervence / techniky**

Způsobem, jak pracovat s klientem, když prožívá náročné pocity je dle respondentky rozhovor na téma, které je klientovi blízké.

my samozřejmě pracujeme tady s takovými emocemi a vždycky se snažíme ty lidi nějak vyvést z té nálady různými technikami, ať už si povídáme s nimi na témata, o kterých víme, že jsou to jejich témata (A.122-126)

V případech, kdy jsou zdrojem pocitů nenaplněná očekávání případně nedostatečné informace, je dalším způsobem poskytování informací a komunikace.

Tady je to potom aby lékař to vykomunikoval jak s rodinou popřípadě i s tím pacientem, ale hlavně teda často s tou rodinou. (A.430)

### **Zdroje pocitů - pracovníci**

Zdroje nepříjemných pocitů u respondentky úzce souvisí s její osobní angažovaností. S tím, že jí velmi záleží na tom, aby její klienti žádným způsobem netrpěli. Velkým zdrojem, který se v rozhovoru objevuje, jsou tak situace, kdy není z její strany, případně ze strany jejich kolegů, možné pomoci. Sama říká: „Jsem si vědoma toho, že to že si to беру opravdu osobně“ (A.279)

Tyto nepříjemné pocity se zdráhá nazvat vinou.

Neřeknu, jako opravdu neřeknu vina, ale neřeknu, že se to asi tak k tomu blíží (A.280)

Jedním z takových případů je, kdy klient aktivně odmítá pomoc.

on odmítal jakoukoli pomoc v léčbě bolesti

...

Bylo to náročné i pro nás, protože jsme připraveni jako hospicový tým udělat první poslední a to je náš primární úkol, aby u nás nikdo netrpěl bolestí. (A.169-182)

Dalším případem je, kdy naplnění kapacity hospicu způsobí, že je její pracovní čas zcela naplněn ošetrovatelskou činností a má tím pádem méně času na budování a udržování vztahu s klienty, na čemž jí ale hodně záleží.

Nakolik jsme plní. Nakolik je oddělení plné. Když jsme plní, tak máme 15 pacientů, což je podle nás nejenom podle mě, ale podle nás to si tak říkáme všichni, hodně. Zdravotnický personál. Protože my musíme se starat o tu zdravotnickou stránku, hygienu, výživu.

Ale, my všichni co tam pracujeme, tak jsme srdcaři. Že opravdu vytváříme si vztahy k těm našim klientům. (A.225-231)

Tématem, kterému respondentka věnuje velký prostor, je situace, kdy se dostává zájem klienta (alespoň tak, jak to vnímá respondentka) do rozporu se zdravotním systémem a systémem zdravotního pojištění.

A my se dostaneme do situace, kdy ten člověk je u nás delší dobou a nastane ten moment, že pojišťovna již další jeho pobyt u nás nechce hradit.

Takže je otázka, kam s tím člověkem a to jsou pro nás, to jsou pro mě velmi těžké situace. (A.287-291)

Respondentka vyjadřuje svůj pocit, že tato věc, která je mimo její moc ji změnit, degraduje její úsilí.

A to je situace, ve které se necítím dobře. Kdy my to každodenní usilování o poskytování kvalitní nebo velmi kvalitní nadstandardní péče, to osobní nasazení, každého z nás se nám, se mi, když budu mluvit za sebe jeví... (A.301-304)

K tomuto respondentka vyjadřuje rozhořčení nad touto situací, která má neblahý vliv na stav jejích pacientů a kterou popisuje jako „systémovou chybu“ (A.357) a vyjadřuje pochybnosti o tom zda je skutečně nutné s pacienty takto hýbat z místa na místo.

A to se potom tážeme jestli je to vůbec... Teď nemohu nalézt to slovo, správné, jestli je to vhodné, s těmi lidmi, takto manipulo-



vat. (A.372-373)

## Obviňování

Při otázce, zda je ona nebo zařízení cílem obviňování, odpovídá respondentka „Stává se to a to celkem často.“ (A.420)

Jako hlavní zdroj obviňování uvádí to, že mají pacienti nebo jejich rodinní příslušníci nepřesné nebo zkreslené informace o stavu nemoci a o prognózách,

nejsou dobře informováni do jakého zařízení jsou odesíláni a v jakém stadiu je jejich nemoc a jaká je jejich diagnóza (A.422)

očekávají, že hospic bude vykonávat úzdravnou medicínu.

rodina si myslela, že když přijedou k nám, takže začneme rehabilitovat s jejich maminkou tatínkem a že budou chodit (A.425)

Tým hospicu je pak obviňován z toho, že zanedbává péči o nemocného,

Že zanedbáváme svoji péči, že neděláme to co máme nebo že to děláme špatně. (A.435-436)

případně rovnou z toho, že je nějakým způsobem odpovědný za smrt nemocného.

a když se stane, že třeba během krátké doby ten progres je rychlý té nemoci podle té diagnózy, tak si to spojí s tím, že se ocitli u nás v hospici (A.426-429)

Zajímavým momentem této části rozhovoru byla situace, kdy respondentka z tohoto neblahého stavu přímo obvinila pracovníky jiné instituce:

Já bych to vydefinovala zcela konkrétně, my si myslíme, že takhle situace nastává z toho důvodu, že odesílající zařízení nebo odesílající lékař, ne úplně dobře splnil svoji úlohu v povinnosti informovat. (A.441-443)

Tuto skutečnost však ihned reflektovala, zmírnila svůj postoj a nabídla obhajobu těchto pracovníků.

nechceme někoho vinit, protože my zase úplně nevíme jaká byla situace toho lékaře toho zařízení. Nakolik ten jeho pacient tu informaci, nakolik o ni stál skutečně nebo nestál, nakolik na to téma komunikovat chtěl nebo nechtěl (A.445-448)

## Podporující aspekty - pracovníci

Velkou oporou při prožívání těžkých pocitů je pro respondentku dobře fungující tým hospicu. Toto je možné číst v průběhu celého rozhovoru ve způsobu, jak se o týmu vyjadřuje. Později to to říká i výslovně.

Takovou první záchrannou linií jsme si my sami sobě v týmu. Tím, že jsme opravdu dobrý tým. Opravdu se vykrýváme jeden druhého, kdyby nastala situace, že někdo z nějakého důvodu má problém angažovat se u nějakého pacienta, tak samozřejmě v rámci našich pracovních povinností tam být musíme, ale pokud se týká nějakých nároků nebo požadavků, tak je běžné, že na ten pokoj jde ten, kdo tu situaci zvládá v tom okamžiku lépe. (A.383-390)

Důležitým aspektem je pak psychohygienu a sebekpéče.

a potom to děláme každý asi naprosto individuálně, jak komu to vyhovuje. Každý každý má nějaké ty svoje mechanismy. (A.393-396)

## Způsoby odreagování

Jako negativní způsob odreagování se v rozhovoru s klientkou objevuje negativismus klienta, který vycházel pravděpodobně z pocitů viny.

Vždycky za každou tou naší pobídkou nějakého rozhovoru na něco... a přivést to na něco hezkého vždycky on tam za tím měl to negativní. A to už skončilo. A to už ne to a to už nebude a já už umřu. (A.134-137)

Klientka mluví o tom, že pocity viny je možné zpracovat. Ve zpracování pomáhá čas strávený s *diagnózou*.

Tak většinou ti lidé tady tato témata už mívají zpracovaná. Jsou to lidé, kteří s tou diagnózou delší dobu žili. (A.258-260)

V rozhovoru se také objeví téma pokání, kdy si klient dal za cíl, že zbytek svého života protrpí.

A ten si vysloveně dal za cíl, že se do konce toho svého života musí protrpět. Že to prostě bylo jeho nějaký přístup k tomu, jak pracovat s tou svojí vinou a takovým způsobem asi se sám před sebou nějak vyvinit. (A.176-179)

### 2.8.3 Analýza rozhovoru B

Muž, sociální pracovník v kamenném hospicu.

#### Vlastní role

Respondent B je sociálním pracovníkem v kamenném hospicu. Na této pozici pracuje relativně krátce, přibližně 6 měsíců. Svoji pozici v hospicu popisuje jako „styčnej důstojník.“ (B.44) Zprostředkovává komunikaci mezi hospicem, klienty, rodinou klientů, úřady. Přípravuje a zajišťuje smlouvy a další dokumentaci.

Působí jako průvodce, když klienti potřebují kontakt s vnějším světem, případně s duchovním.

Nebo když chtěj duchovního, tak zavolám našemu kaplanovi, aby přišel (B.26)

Pro svou pozici ze sebe přináší svou praxi a životní zkušenosti.

Určitě stavím na praxi, co mám za sebou. Na nějakýma životníma zkušenostma. (B.221-222)

Respondent na své pozici pro klienty běžně nakupuje i alkohol a cigarety. K tomu uvádí:

Tady se mně líbí, že tady nikdo nic neřeší. Že když ten klient chce si dát každý den panáka, tak si ho prostě dá. Když si chce zakouřit, tak si... Prostě jsme v hospicu. (B.16-18)

#### Osobní postoje

V rozhovoru s respondentem B několikrát zaznívá jeho důraz na rozdíly v postojích, které by se daly souhrnně popsat jako aktivní a pasivní přístup. Zdůrazňuje rozdíl mezi *rezignací* a *přijetím*.

Protože i když lidi přijdou sem do hospicu, tak ne všichni, jsou schopný to přijmout. Ale když se o tom bavíme, tak já říkám: to není rezignace. To je prostě přijetí. A ve chvíli kdy si to člověk přijme, tak se mu strašně uleví. (B.100-103)

Respondent uvádí, že v hospicu je relativně velký *provoz* a tak mu pacienti splývají.

protože ty lidi tady odcházej a musím říct, že mně potom ty lidi splývají (B.129-130)

Prostředí hospicu je pro respondenta B místem, kde se cítí dobře, cítí z něj klid a naději.

A cejtíl jsem tady hroznej klid, hroznej klid a smíření. A já to беру jako ne nějaký dům smrti, ale spíš dům naděje. (B.186-188)

Pozastavuje se také nad rozdílem v přístupu k *nezdravému* chování v prostředí paliativní medicíny, které ho na začátku jeho kariéry v hospicu překvapilo. Líbí se mu, že se tam nic neřeší.

mně [se] líbí, že tady nikdo nic neřeší. Že když ten klient chce si dát každý den panáka, tak si ho prostě dá jo? Když si chce zakouřit, tak si. . . Prostě jsme v hospicu. (B.16-18)

Respondent výslovně neguje, že by prožíval pocity viny v souvislosti se svou prací.

Když se k tomu vrátím pocit viny. Ne, ne nemám pocit, že bych. . . Ne. (B.145)

### **Zdroje pocitů - klienti**

Jedním z hlavních zdrojů pocitů viny u klientů jsou podle respondenta B vztahy v rodině klienta. Vypráví příběh klientky, která před svou smrtí vyjádřila přání se setkat s dcerou, se kterou ale měla velmi nedobré vztahy.

Jeden případ kdy přišla paní, že by se ráda setkala s dcerou nebo že by se ráda potkala s dcerou, ale že tam nemá moc dobrý vztahy.

...

Potom mě v pondělí volala a říkala mně, že s maminkou fakt neměla dobrý vztah, že se rozešli, že máma ji dohnala na psychiatrii, že se fakt nervově zhroutila, prášky, psycholog, psychiatr, že to nebylo hezký a že se na ten rozhovor netěší. (B.50-67)

Pocity beznaděje a viny ze selhání respondent B popisuje v případě, kdy rodina vede marný boj s nemocí.

Cpali do něj pořád nějaký čínský houby. Alternativní medicínu já nezavrhuju.

...

Takže tam bylo vidět, že to nepřijmuli. (B.107-112)

Dále se respondent B zamýšlí nad tím, kde je hranice toho, kde má ještě smysl s nemocí bojovat a kde by mělo nastoupit přijetí situace a prožití

zbytku života ve smíření s ní.

Ono je fajn bojovat. Ale myslím si, že někdy když už je to...  
A ano je těžký určit hranici, ale ten doktor, když řekne: Hele  
sorry fakt už není žádná léčba, ale užijte si to. Tak potom si  
myslím, že by mělo nastoupit to smíření. (B.112-115)

Pocity viny klienti podle respondenta B prožívají za svoje předchozí činy,  
které už nemůžou změnit,

jako co jsem udělal špatnýho (B.119)

nebo v situaci, kdy si uvědomují vlastní vinu ve vzniku svého onemocnění,  
které jim hrozí smrtí.

Měli jsme tady žádost, ale to jsme bohužel zamítli. Pán drogově  
závislej nebo respektive bejvalej drogově závislej. (B.120-122)

Dalším zdrojem pocitů viny může být z běžného pohledu skandální postoj.  
Uvádí příklad ženy, která se dlouhé roky starala o svého nemocného syna.

A maminka se vod osmi let vo něj 24 hodin prostě starala. Jo  
a pro ní bylo největší, tam to je taky vlastně pocit viny, pro ní  
byl největší hrůza, že on ji přežije. (B.258-260)

### **Podporující aspekty**

Jako podporu pro klienty v těžkých situacích nabízí respondent B možnost  
rozhovoru s duchovním.

když chtěj duchovního, tak zavolám našemu kaplanovi, aby přišel  
(B.26)

### **Znesnadňující aspekty**

V rozhovoru s respondentem B se objevily aspekty které klientům prohlubují  
nepříjemné pocity a můžou působit proti zpracování pocitů viny. Jedním  
takovými aspekty jsou strach a neblahá očekávání.

že to nebylo hezký a že se na ten rozhovor netěší, protože, eh,  
fakt že jí neřekne nic, nic hezkýho. (B.67-68)

Dalším takovým fenoménem může být podle respondenta B odpor k řešení  
situace a zablokování se.

Ve chvíli, kdy jsem prostě zlostnej a zabejčenej, tak se s tím nikdy nesmírím. A nesmírím s tím stavem, protože budu přesvědčenej o tej svéj vlastní pravdě. (B.208-208)

### **Intervence / techniky**

Respondent v rozhovoru zmiňuje způsoby práce s těžkými pocity klientů, přičemž důležitými jsou vysvětlování,

ona mě potom volala, že paní doktorka jí teda vysvětlila, vysvětlila stav (B.71)

podpora a provázení.

Já jsem jí i tak nabídl, že jestli chce, abych u toho rozhovoru byl jako nezúčastněná osoba, nějaká podpora (B.73-74)

V práci s emocemi klientů respondentovi B pomáhají profesionální odstup

neútočej na mě, ale je za nima ty jejich zraněný city (B.198)

a osobní hranice, které umí nastavit a hájit.

No, člověk se musí nadechnout, hned nevybuchnout

...

Někdy to prostě nejde, když ten člověk fakt jede jak kolovrátek, tak člověk musí bouchnout i tady: A dost, takhle ne, a pojďme si to vysvětlit. (B.191-196)

### **Zdroje pocitů - pracovníci**

Respondent na otázku, zda v souvislosti s povoláním prožívá pocity viny říká, že pocity viny prožívá v souvislosti se svým nepracovním životem, například vůči svému studiu. Říká, že smíření by mělo být součástí výbavy pracovníka v hospicu.

V práci, ne, ve škole, že jsem se nenaučil, že mě vyhoděj. Ne tady v práci ne, já si myslím, že sem by člověk měl přijít smířenej se životem se smrtí nebo akceptovat to. (B.125-128)

Ačkoliv pocity viny podle svých slov neprožívá, popisuje náročné situace a pocity. Jedním z takových pocitů je bezmoc, kterou prožil ve chvíli, kdy poprvé držel za ruku umírajícího člověka.

Tak potom já jsem měl hroznou takovou bezmoc, že jsem, najednou jsem říkal: Do prdele to nemůžu nic udělat? A ono fakt nejde.

(B.140-141)

Situace, kdy má hospic plnou kapacitu a delší dobu nikdo z klientů neumírá vede k tomu, že respondent B musí odmítat nové zájemce.

možná to zní blbě, ale za poslední tři týdny, možná za poslední měsíc, zemřeli pouze tři klienti. Velice nestandardní. A ono na jednu stranu je to fajn pro ty co tu jsou, ale máme 50 žádostí ve frontě. A lidi volaj a brečej, že potřebujou. A já říkám co mám dělat? (B.33-37)

V průběhu rozhovoru došlo k situaci, kdy respondent B vyslovil větu, kterou reflektoval, že by mohla být skandální. Šlo o jeho pocit, že byl rád, že klient zemřel, protože tím skončilo jeho velké utrpení.

Takže jsem byl rád, že to jeho utrpení skončilo, protože už se to nemuselo řešit. Teda až tam se v přepisu objeví, že jsem rád, že jeho utrpení skončilo... Aby to tu nezavřeli. (B.289-291)

Ke svému postoji ještě dále přidal jeho obhajobu.

Ale to není nic ve zlém, že bych přál smrt, ale jenom si říkám, když některý lidi na tu smrt čekaj a chtěj a já to chápu. (B.295-297)

## **Obviňování**

Respondent uvádí, že obviňování zařízení se děje, ač ho sám nebyl svědkem.

Jo. Ano. Spíš teda co jsem slyšel v minulosti, vyloženě jsem nebyl přítomnej, že by nás někdo obviňoval nebo něco, čet jsem nějaký reakce na Facebooku na našich sítích, (B.170-172)

Předmětem tohoto obviňování bylo spojení úmrtí blízkého člověka s jeho pobytem v hospicu.

Vy jste mi zabili tatínka. Vy jste mi zabili maminku. (B.173)

Respondent považuje tenhle typ obviňování za součást přirozeného procesu smíření a způsob vyjádření nezpracovaných emocí.

ale nemyslím si, že by to bylo ve zlým. Je to spíš o zlosti o nějaký fázi vyrovnání se smrtí s tím koncem (B.177-177)

Jako jeden z jeho zdrojů také zaznívá falešné očekávání úzdravné medicíny.

sem prostě člověk nejde do lázní. Odsud upřímně, byť to zní hodně tvrdě, odsud se neodchází po svejch. (B.178-179)

## **Podporující aspekty - pracovníci**

Oporou v náročných situacích je respondentovi B jeho víra, která se v rozhovoru objevuje několikrát. Zmiňuje ji doslova: „Určitě víra.“ (B.223) Dále v rozhovoru se pak objevuje nepřímo v přesvědčení, že trpícímu člověku je po smrti lépe a že se se svými blízkými po smrti opět setkáme.

Byl jsem z toho smutnej, ale zase bral jsem to, že už ho nic nebolí a už je mu líp (B.288)

A vim, že vim, že tam na mě ty blízký někde čekaj a já se s nima jednou potkám. (B.334)

Oporou je mu také možnost komunikace a ventilace v týmu „mám možnost třeba s paní primářkou, nebo i s panem kaplanem“ (B.242) a v osobních vztazích „A mám kamarádku psychiatra“ (B.244)

O tématu smrti a práci v hospicu také píše veřejně na svém Facebookovém profilu.

Já se s tím třeba vypisuju na Facebooku jo, taková, možná forma terapie, ale vidím, že ty lidi na to hrozně hezky reagujou, že o tom někdo mluví, že téma umírání a smrti prostě není sexy. Takže že o tom někdo prostě mluví a je to někdo, koho znaj někdo z jejich blízkých (B.229-234)

## **Způsoby odreagování**

U tématu viny respondent B zdůrazňuje nutnost, jejího zpracování, pak můžou být přínosem v procesu smíření.

Když se zpracujou. Jsou určitě nějaký, jsou určitě nějaký fáze vývoje, takže v procesu smíření, ale musej se zpracovat. (B.207)

Odpor ke zpracování může naopak vést k projevům zlosti a agrese.

Ve chvíli, kdy jsem prostě zlostnej a zabejčenej, tak se s tím nikdy nesmírím. (B.208)

Cesta ke zpracování může být podle respondenta B individuální a ne vždy se musí povést. Individuální je také rychlost tohoto procesu.

je to cesta, takže asi jo, asi by to pomohlo, protože je to nějaká fáze a každej jsme prostě nějaký. Někdo to pochopí hned někdo je smířenej, někdo je prostě zlostnej. Je to vývoj, je to cesta. (B.214-216)



V rozhovoru byla situace, kdy prožití těžkých pocitů, pocitů viny a jejich překonání přineslo úlevu.

Jí strašně ulevilo, protože mě volala a říkala: Já sem mámě řekla, co jsem potřebovala říct.

A shodou okolností maminka asi za 20 minut potom zemřela, jo? Takže já jsem říkal vidíte, ale ona čekala na vás, až jí to řeknete, jo? Ona na vás čekala. A věřte tomu, že že to slyšela a potřebovala to možná slyšet. (B.77-82)

#### 2.8.4 Analýza rozhovoru C

Žena, sociální pracovnice v domácím hospicu.

##### Vlastní role

Respondentka C pracuje jako sociální pracovnice v domácím hospicu. Z pozice své role poskytuje podporu a provázení nemocným klientům a jejich rodinám v procesu příjmu do služby. Připravuje je na příjem, komunikuje podmínky služby.

Takže my jedeme na sociální šetření. Podíváme se na podmínky. Jaké jsou v rodině, jestli potřebuje ten člověk třeba vyřídit nějaké kompenzační pomůcky příspěvek na péči, prostě cokoli z té sociální oblasti a důležitá role je ta, že vůbec seznamujeme rodinu s tím, co ta domácí hospicová péče obnáší. (C.12-15)

V průběhu péče o nemocného působí respondentka C potom jako psychosociální podpora rodiny. Je dostupná na telefonu v případě, že rodina potřebuje něco jiného, než zdravotnickou péči.

Hodně je to o takových dlouhých podpurných rozhovorech, ventilaci emocí a tak dále. (C.26)

Ve své práci se kromě svého vzdělání a pracovních zkušeností opírá i o silnou osobní zkušenost, která ji přivedla k její současné profesi.

Prošla jsem nějakou svojí hlubokou zkušeností osobní náročnou a na základě téhle zkušenosti jsem se rozhodla si dostudovat vysokou školu a ubírat se tím směrem hospicové péče. (C.39-41)

## Osobní postoje

Respondentka C je ve své práci hodně osobně angažovaná. Dává jí velký smysl poskytovat lidem možnost odcházet v domácím prostředí a předávat dál zkušenosti, které nasbírala ve svém osobním a profesním životě. Je pro ni důležité dávat lidem možnost volby.

Takže pro mě osobně to má obrovský smysl ta práce, kterou děláme. To, že umožňuje lidem odcházet doma, že si můžou rozhodnout, jestli půjdou do lůžkového hospice nebo zemřou doma v kruhu svých nejbližších.

...

Takže mně to dává obrovský smysl ta práce, protože jsem to získala na vlastní kůži v rodině a měla jsem nějakou potřebu předat ty zkušenosti dál. (C.42-48)

Respondentka C v některých situacích prožívá identifikaci s klienty, představuje si, jak by jí samotné bylo v situaci jejich klientů. Tyto situace jsou pro ni pak osobně náročné.

Kdybych to byla v tu chvíli já, moje maminka a teď se prostě strašně chci dostat do té hospicové péče domácí a všude mě takhle budou odmítat a ta mamka má, prostě počítá každý den do konce. A i bych se chtěla postarat a teď tam nemáme toho doktora hospicového a nejde to a nepustěj mi ji. Tak to si hodně na sebe převádím a je to pro mě těžký. (C.241-246)

Respondentky C se rozdílným způsobem dotýká práce se staršími klienty a s mladšími. Práce s mladšími v ní otevírá téma vyrovnání se se smrtelností svých blízkých, což je pro ni těžká situace. Uvědomuje si, že kdyby s tímto aktivně nepracovala, mohlo by u ní dojít k vyhoření a musela by změnit profesi.

Ale máme poslední dobou hodně mladý ročníky. Takže já když si představím, že to je ročník mého manžela, mého bráchy. A to je pro mě těžká situace, takže já když si tohle nějakým způsobem nezpracuju, tak si vždycky říkám, že u té práce dlouho nevydržím. (C.497-498)

## Zdroje pocitů - klienti

Respondentka C pracuje s klienty, kteří mají vůli dožít svůj život v domácím prostředí. Zdroje pocitů viny, které popisuje u umírajících klientů, tak souvisí s tímto přáním. Konkrétně mluví o tom, že klienti mají strach, že péčí o sebe

přespříliš zatíží své blízké. Případně prožívají rozpor ve své potřebě nebýt zátěží, nebýt na obtíž a přáním zůstat na poslední dny svého života doma mezi svými.

Setkávám se určitě s tím, že ten umírající člověk má pocit viny s tím, že zatěžuje tou péčí o něj ty nejbližší. Není to tak vždycky, ale je to často. Že ten člověk zároveň chce zůstat v domácím prostředí až do konce života. A vždycky je tam hned té větě řečeno, že já vím, že je hrozně zatěžuju a že to je problém. (C.64-69)

První kategorií zdrojů pocitů viny u rodinných příslušníků umírajícího opět souvisí s přáním, aby nemocný mohl dožít doma. Jsou to situace, kdy rodina toto přání v rámci podmínek péče v domácím hospicu z nějakého důvodu nemůže nebo nechce naplnit.

ten člověk chce zemřít doma a děti z různých důvodů nechtějí nebo nemůžou opustit práci. A tam je hlavní podmínka té domácího hospicové péče, že tam někdo z rodiny bude 24 hodin s tím nemocným. ... A tak tam někdy vidím, někdy i slyším a někdy to neřekne třeba ten syn nebo dcera, ale vidím to na nich, že tam mají nějaký pocitu viny vůči třeba té mamince. (C.76-82)

S přáním nemocného dožít doma souvisí i pocitu selhání, které respondentka C popisuje, v situaci, kdy pečující z nějakého důvodu v poslední fázi zavolají záchrannou službu a umírající pacient je tak převezen do nemocnice, kde následně umírá.

kdy my máme tu rodinu v péči a dojde k selhání těch pečujících, ale ve velkých uvozovkách, že ačkoliv vědí, že už se pak nevolá záchranná služba při velkym zhoršení stavu toho nemocného a maj volat tu naší SOS linku

...

tak někdy prostě ty nervy nevydrží a ten pečující vezme telefon zavolá záchrannou službu a bohužel na poslední hodiny je ten člověk odvezen a umírá třeba po cestě do nemocnice nebo druhý den v nemocnici a tam jsou pak velké výčitky v té rodině, že to jakoby nezvládli. (C.136-148)

Další kategorií jsou zdroje pocitů viny, které se podle respondentky objevují po úmrtí nemocného v prožívání jeho pečujících rodinných příslušníků. Jsou jimi věci, které si nesou z předchozích vztahů se zemřelým „začnou tam vyplouvat takový ty kostlivci“ (C.190) a běžné jsou i pocitu, že klienti nestihli se zesnulým udělat věci, které chtěli a plánovali, ale smrt přišla dřív, než očekávali.

To že měli třeba tomu blízkému umožnit různé věci, někam s ním jet a všechno měli dělat dřív, než. . . Že to plánovali s tím člověkem jet tam a tam, plánovali, že se ještě sejdou támhle s rodinou, že dovezou tu maminku za, za kamarádkama, ale že nikdo netuší, že to vezme tak rychlý konec. (C.96-100)

Do této kategorie patří i výčitky, které si pečující dělají z pocitu, že dobře nezvládli péči, případně nezvládli situaci tak, aby byli se svým zemřelým blízkým až do konce.

tam jsou pak velké výčitky v té rodině, že to jakoby nezvládli. (C.148)

### **Podporující aspekty**

Téma podporujících aspektů, které by přímo nesouvisely s intervencí ze strany pracovníků se v rozhovoru s respondentkou C nevyskytlo.

### **Znesnadňující aspekty**

Faktorem, který může znesnadňovat celý proces odchodu blízkého je čas. Situace, kdy nemoc umírajícího má rychlý průběh a rodina nemá čas se s jeho odchodem smířit, může podle respondentky způsobit dramatičtější závěr.

A je to hodně o tom naladění. O tom, kdy se dověděli diagnózu, jak dlouho měli čas se s tím vším smířit celá rodina. Takže někde kde to jde ráz na ráz, z týdne na týden se horší ten stav, rapidně, tak mají málo času a pak je dramatičtější ten závěr. (C.180-183)

Respondentka C se dotýká náročného aspektu péče o umírajícího a to je ten, že poslední chvíle, okamžiky před úmrtím a okamžik úmrtí vyžadují od pečujících *nečinnost*, která je pro hodně lidí nesnesitelná. V takovou chvíli mívají pečující tendenci provést nějakou akci – například zavolat záchrannou službu, která může ohrozit jejich cíl dopřát svému blízkému smrt doma a kterou si můžou později vyčítat.

Jak nám to je často vysvětlováno z pohledu rodin, je to ohromná nečinnost v tu chvíli, že nemůžou nic dělat a o tom to je. A to si myslím, že je nejtěžší. (C.157-158)

Překážkou ve zpracování nepříjemných pocitů může být podle respondentky i určité stigma, které má stále psychologie a téma péče o duši.

Což je někdy velký problém taky, protože tam je pořád nějaká nálepka a hodně lidí slyší psycholog a: Ne tak to určitě nepotřebuju.

(C.127-129)

Respondentka C taky popisuje znesnadňující aspekty, které působí na ni samotnou případně na další pracovníky. Jedním z nich je jistá vtíravost nepříjemných pocitů a myšlenek, které se „hodně vrací“ (C.261). Důležitým aspektem je také nebezpečí vyhoření, které v sobě obsahuje takto náročná práce s umírajícími a pozůstalými, které si uvědomuje.

Aby nedošlo k vyhoření, což je tady hodně častý. I to vidíme, věděli jsme u kolegyně, že se to může rychle stát. (C.275-277)

### **Intervence / techniky**

Respondentka C uvádí jako vhodnou techniku pro práci s pocity viny svých klientů rozhovory ve kterých akcentuje to, že takové pocity jsou normální (C.116). Soustředí se na to, aby pocity viny svých klientů neprohlubovala. (C.119)

### **Zdroje pocitů - pracovníci**

Respondentka C popisuje, že když si přečetla téma tohoto výzkumu, musela se několikrát zamyslet nad tím, jestli cítí pocity viny. Dále popisuje, že v průběhu péče o rodinu a v okamžiku smrti klienta vinu necítí. Z této části rozhovoru by se dalo usuzovat, že nějak ve svém přemýšlení předpokládá, že by v souvislosti s faktem smrti měla pocity viny mít a to, že je nemá, že má naopak pocity spokojenosti z a radosti z dobré práce, jí přijde paradoxní.

Prožívám všechno možné. A pocit viny? Já osobně tam, jakmile někoho přijmeme do péče, já tam ten pocit viny vůbec z nějakého důvodu nemám, ani při odchodu toho klienta. Pro mě je tohle, příklad dobré praxe v té mojí práci a pro mě je úleva naopak, profesně i lidsky, že můžu, že máme tu kapacitu zrovna v tu chvíli, že tu rodinu můžeme vzít do péče, že se povedlo dovést toho člověka hezky až do závěru života. (C.204-211)

Pocity viny respondentka C pociťuje v situacích, kdy z nějakého důvodu nemůže rodině poskytnout pomoc. Běžná situace z její profese je, kdy rodina nesplňuje všechny podmínky domácího hospicu pro přijetí do péče, nebo má domácí hospic plnou kapacitu. Respondentka C popisuje, že na takové situace a klienty potom dlouho myslí a přemýšlí o tom, jestli udělala dost, jestli něco nezanedbala, jestli by přeci jen nebylo možné této rodině pomoci.

Já ho mívám v tu chvíli, kdy nemůžu tu rodinu vzít z jakéhokoliv důvodu do péče

...

člověk chce pomoci tomu nemocnému a nemůže. Musí si trvat na těch našich pravidlech, který máme z určitého důvodu nastavený. (C.217-225)

Respondentka C uvádí, že nad fenoménem viny ve svojí práci se nikdy nezamýšlela a sdílí, že téma jí přijde zajímavé. Podivuje se nad tím, že v osobním životě pocity viny prožívá, ale ve vztahu ke své práci a ke svým klientům ne. Nejdřív prožívání pocitů viny v rámci svojí práce popřela, později ve svém přemýšlení připustila, že občas podobné nepříjemné pocity cítí.

Nejdřív mi to přišlo, když jsem si to přečetla na první dobrou, tak jsem si říkala: Ne to nemám. Proč bych měla mít pocit viny? A pak jsem chvíli přemejšlela, říkám: A jo, někdy odcházím s takovým pocitem nepříjemným. (C.539-543)

## Obviňování

Respondentka C uvádí, že s obviňováním ze strany klientů se ve službě setkávají. Jí osobně se to nestalo, ale zažila, kdy byly cílem obviňování sestřičky. Především ze strany rodinných příslušníků nemocného. Ze strany nemocného si takovou komunikaci nevybavuje.

sestřičkám že se to stalo dvěma sestřičkám, že to dlouho řešily, týdny se k tomu vracely při poradách a padly tam nehezký slova ze strany rodiny v tom smyslu, že když je viděli přijíždět, že prostě tam jede smrtka. (C.297-300)

Jako zdroje tohoto obviňování uvádí nepřijetí smrti ze strany rodiny, které bylo otáčené ve formě agrese vůči pečujícím sestřičkám. Dalším podobným zdrojem obviňování může být podle respondentky potřeba si ulevit.

Samostatnou kategorií u tématu obviňování je v rozhovoru s respondentkou C nelehká komunikace mezi profesionály. Popisuje situaci, kdy pracovnice jiné organizace nevybíravým způsobem obviňovala respondentku z toho, že mylně informovala rodinu a neoprávněně ji odmítla přijmout do péče.

Dvakrát třeba přišla nějaká výtky a obviňování přes různé profesionální věci od sestřičky z jiný organizace z domácí péče, kdy my jsme měli po tý organizaci převzít péči.

...

jak jsem mohla říct do telefonu určitou věc, tý rodině, a právě se jednalo o nějaký podmínky tý naší péče

...

A volala paní ředitelce velice rozčileně, že jsme tu rodinu odmítli.  
(C.363-378)

Náročné situace v komunikaci vznikají i mezi hospicem a praktickými lékaři, kteří někdy dobře nechápou službu, kterou hospic poskytuje „A berou to tak, že my chceme dělat nějakou práci, která není možná“ (C.423), případně dochází k překryvu kompetencí mezi praktickým lékařem a lékařkou hospicu.

kdy ta rodina ještě nás nechce, kontaktují praktika, jestli by jim napsal třeba něco na bolest a jestli může praktik konzultovat léky na bolest s naší hospicovou paní lékařkou a praktici třeba se zlobí, že jim do toho chceme nějak mluvit (C.412-416)

Respondentka C také zmiňuje obviňování v rámci týmu, kterého byla svědkem a cílem ze strany bývalé pracovnice. Toto chování dává do spojitosti se syndromem vyhoření, který u pracovnice pozorovali, ale který sama pracovnice popírala. Respondentka C upozorňuje na to, že pokud by taková situace trvala dlouho a byla neřešená, mohlo by to vést k jejímu odchodu a odchodu dalších pracovníků a ve výsledku k rozpadu celého týmu.

Minulý rok tady byla jedna sestřička, která velice narušovala ten tým a svůj přístup i v rodinách měla trošku jiný. A tam pak to obviňování bylo i v rámci týmu a to bylo teda těžký potom pracovat, vůbec soustředit se na tu práci v rodinách, když musíte tu svoji práci hájit i před tím kolegou.

...

a my jsme pak na sestřičce všichni viděli, že tam dlouhodobě fakt už ten syndrom vyhoření je úplně jasnej a ona si to nechtěla hodně přiznat a nakonec to vyvrcholilo tak, že ona sama se rozhodla odejít

...

a myslím si, že kdyby to pokračovalo nějakou delší dobu, že by jiný kolegové, včetně mě obcházeli z toho týmu (C.331-350)

### **Podporující aspekty - pracovníci**

Pro respondentku je hlavní oporou ve zpracování náročných situací podpora v týmu, jehož současný stav si velmi pochvaluje. Sdílení v rámci týmu jí poskytuje ujištění v tom, že poskytuje dobrou službu a dává jí možnost vyventilovat své pocity nejistoty, které se jí občas v některých situacích objevují.

Mně hodně pomáhá sdílení tady s kolegyněma hodně, že si to spolu prostě vyventilujem proberem, jestli jsem něco neudělala

špatně. (C.253-254)

Dalším zdrojem podpory je pro respondentku její vlastní psychohygiena. Má svoje rituály z jógové praxe a procházky do přírody. Pomáhá jí také sdílení v rámci rodiny, kde ale někdy naráží na limity toho, co její blízcí zvládnou.

Je to pro ně náročný to téma, oni si to nevybrali tu práci, co mám já, takže vydrží třeba poslouchat chvíli, ale pak už taky vidím, že říká: Už je to moc. (C.278-284)

### **Způsoby odreagování**

Respondentka C uvádí, že při prožitku pocitů viny je podstatné jejich zpracování.

Je potřeba s tím nějakým způsobem pracovat, to je asi zásadní. Kdybych zůstala jenom u toho pocitu viny, tak z mého pohledu dlouho u té práce nevydržíte (C.485-488)

Naopak když člověk vinu nezpracuje a pobývá v pocitech viny dlouhodobě, může se situace pro něj stát neúnosnou.

Takže to je neúnosný potom, když to člověk v sobě nezpracuje, tak se to fakt překulí do nějakých úzkostí. (C.523-524)

V rozhovoru s respondentkou se objevují konkrétní příklady zpracování a to vysvětlování, „složitě vysvětlují mamince, že by chtěli, ale že přece ví, že to nejde“ (C.87) a potřeba akce „potřebují tu akci strašně“.

Dále pak obhajoba, kdy sama respondentka C hájí svoji práci v konfliktu s pracovníci jiné organizace,

A vždycky je to řečeno z mé strany nějak jemně, vysvětleno diplomatically a vždycky v obou případech jsem měla pocit, že to bylo hezky ošetřeno. (C.369-374)

a pokus o nápravu vzniklého nedorozumění.

já jsem se nabídla, že zavolám znova rodině a znova všechno vysvětlím (C.392)

### **2.8.5 Analýza rozhovoru D**

Žena, vrchní sestra v domácím hospiciu.



## **Vlastní role**

Respondentka D pracuje jako vrchní zdravotní sestra v domácím hospicu. S prací s umírajícími má bohaté zkušenosti. Ze své pozice koordinuje práci sestřiček v terénu a je pro ně podporou a oporou. Komunikuje a koordinuje péči také se sociálním týmem. Všechny pracovníky v hospicu nicméně vnímá jako jeden kompaktní tým.

Já nás беру jako jeden, ať zdravotní nebo sociální včetně paní ředitelky to беру jako jeden (D.6-7)

V práci v hospicu ji velmi naplňuje přímá práce s klienty. Přináší jí radost. V poslední době ji příliš nevykonává, protože ji zaměstnávají především jiné pracovní povinnosti, které vyžadují její přítomnost v kanceláři. Ráda by se práci s klienty věnovala víc „já zas bez nich bejt nechci“ (D.21), ale uvědomuje si, že to může být problematické.

Já teď nemám svoje pacienty, teď sloužím jenom pohotovost, já jsem u nich ráda, ale úplně nevím, jak to bude do budoucna, protože když mám svého pacienta, on se mi horší, tak já ho nechci předat v tu chvíli, kdy je zhoršený, protože už máme navázaný nějaký vztah, ale zase se pak dějou věci, kdy je potřeba, abych byla tady a dostává mě to do nějakýho stresu. (D.14-21)

## **Osobní postoje**

Respondentka D dává velký důraz na těsný vztah s klienty, zažívá napojení na rodinnou situaci.

Vždycky říkám, že mně to jde se napojit na tu rodinu. Že pak jsem vlastně taková jakou mě chce a potřebuje ta rodina. (D.25-27)

Respondentka D sdílí, že nemá v sobě zpracovaný fakt, že na světě umírají děti, mladí a hodní lidé. Vnímá to jako svůj hendikep v práci s klienty.

Pokud je teda Bůh, tak jak to, že dopustí, že umíraj ty děti a ty, ty mladý? (D.225)

## **Zdroje pocitů - klienti**

Respondentka D vnímá u svých klientů pocity viny. Jejich zdroje mohou být předchozí vztahy v rodině.

Umírající klienti prožívají pocity viny z toho, že vystavují rodinu zátěži, případně, že je o ně teď pečováno, ačkoliv neměli se svými blízkými v minulosti

příliš dobré vztahy.

Ty samotný umírající tam, tam já spíš vnímám, že teď o ně pečuje ta rodina a oni třeba nebyli na tu rodinu úplně za života příjemný (D.53-55)

Pečující klienti pak prožívají pocity viny v situacích, kdy mají pocit, že se dostatečně nepodílejí na péči o svého umírajícího blízkého, ač se podle respondentky D na péči podílejí, jen jiným způsobem.

Pak je tam většinou někdo, kdo dělá takový ty věci jako jsou úřady a podobně a ty lidi mají někdy pocity viny, že dostatečně se nepodílejí na té péči, při tom se na ní podílejí (D.39)

Běžným jevem je podle respondentky D to, že pečující klienti zažívají pocit viny z toho, že jim smrt jejich blízkého přinese úlevu.

Já tam vlastně bývám, když ten pacient umírá nebo zemře a mají vlastně pocit viny i to, že ta smrt jim přinese úlevu v jistém slova smyslu. (D.45-47)

### **Podporující aspekty**

Respondentka D uvádí, že v prožívání a zpracování pocitů viny je podstatné, koho má člověk okolo sebe. A to ne jen profesionálů ale i neprofesionálů, blízkých. (D.186)

### **Znesnadňující aspekty**

Aspekt, který může znesnadnit zpracování pocitů viny, který respondentka D zmiňuje je situace, kdy se umírající a pečující klient navzájem chrání tím, že spolu nemluví o smrti.

Často tam probírá probíhá obrana sebe navzájem. To znamená, že ten pacient třeba nemluví o smrti a chtěl by o ní mluvit, ale chrání tu svoji pečující dceru. A ta zase naopak. Že když s nima mluvím s každým zvlášť, tak vlastně kdybyste to dal dohromady, tak oni chtějí všichni to samý. Ale brání jeden druhýho. (D.60-65)

### **Intervence / techniky**

Mezi reakce respondentky D na sdílení pocitů viny ze strany klientů jsou normalizace situace, zdůraznění, že to, co klient prožívá je normální (D.49) a naslouchání.

Já jim naslouchám naslouchám a když chtěj slyšet, co si myslím já nebo si myslím, že je to vhodný, tak jim to řeknu, jak to vidím já. (D.77-78)

Je pro ni velmi důležité vést klienty ke zpracování pocitů viny. Především kvůli tomu, aby tyto pocity nezůstaly s klientem do jeho dalšího života po tom, co opustí službu.

Spíš tam mám strach o ně, aby to s nima nezůstalo do budoucna. (D.112)

Respondentka se také soustředí na zkvalitnění komunikace zdravotnického týmu tak, aby se pokud možno vyhnul predikcím ohledně předpokládaného času úmrtí nebo odhadům stavu pacienta, které můžou v pečujících vyvolávat falešná očekávání.

jsme pak o tom víc mluvili i mezi sestřičkama, že když někdo se mě ptá, říct že může se to stát, aby ta rodina to nevnímala tak: Ale paní doktorka, sestřička říkala, že to na to nevypadá. (D.169-174)

### **Zdroje pocitů - pracovníci**

Respondentka D na otázku, zda prožívá pocity viny v souvislosti se svým povoláním přímo odpovídá, že ano, že prožívá. Zdrojem takových pocitů je pro ni nejistota, zda nemohla udělat něco lépe, nebo situace, kdy ví, že rodina by chtěla ji osobně, ale ona musí poslat jinou sestřičku, protože má jiné povinnosti.

Někdy mám pocit, že jsem mohla udělat něco jinak, nebo říct jinak. Někdy je to i třeba pocitově, že že tam posílám sestřičku a třeba, třeba vím, že ta rodina by chtěla spíš mě. (D.83-85)

Sdílí také svůj pocit nedostatečnosti v tom, že nemá zpracované téma odchodů mladých hodných lidí a dětí. Má pocit, že kdyby měla tohle téma lépe zpracované, byla by lepší oporou pro své klienty. Takhle cítí nejistotu a obavu z toho, že od klientů, kterým má být oporou dostane otázku, proč to tak je a nebude na ni umět odpovědět.

Že bych měla být dostatečně zralá na to, abych to dokázala pojmenovat.

...

A když tam padne konkrétní ta otázka, tak já se toho třeba strašně bojím.

(D.211-217)

vlastně mě hrozně štve, že já to sama nemám zpracovaný a mám jim pomáhat (D.230)

A připadám si vinná, že jsem od nich vnímaná jako ten odborník, protože oni jsou hrozně zlatý a oni si vás někdy až zidealizují. Vy jste ten maják v bouři (D.240-242)

V této části rozhovoru se také srovnává s pracovníky v jiných hospicích o kterých si myslí, že mají toto téma zpracované lépe.

Když vidím třeba já nevím z jiného hospicu, tak si říkám, oni to maj, působí tak, že to tam maj fakt zpracovaný. (D.250-252)

Respondentka D také mluví o tom, že měla pocity viny vůči svým blízkým v osobním životě, protože se jí do něj přespříliš prolínala práce.

Mívala jsem pocit viny, neuměla jsem to moc oddělit od soukromého života, že jsem žila s tou rodinou, že to jsem moc neuměla. Že když jsme někam šli a přišla mi od těch lidí SMSka, i když jsem neměla pohotovost, tak já jsem měla pocit, že musím udělat všechno na světě teď hned. (D.254-260)

## Obviňování

Respondentka sama od sebe zmiňuje obviňování ze strany klientů směrem k ošetřovatelskému týmu. (D.97)

Předmětem obviňování jsou stížnosti na způsob a kvalitu péče. Konkrétně pak na použití opiátů, kolem kterých je podle respondentky D ve společnosti stigma.

A ty opiáty doteď je tam takový stigma hodně velký, protože my jak tam přijedem, nastavíme to, tak ten pacient, když měl velký bolesti, tak je i normální, že usne, takže rodina je ve stresu, že jsme přijeli nadopovali, on teď umře. (D.101-104)

Respondentka D si obviňování nebere osobně. Jeho zdroje vidí v nezpracovaném smutku klientů, v pocitech zlosti, které klienti ventilují směrem k pracovníkům a k zařízení.

Tohle se přiznám, že se mě nedotýká v tom směru, jak bych to řekla...

Vím, že že to takhle mělo být a, a vnímám to tak, že jsou rozzlobení a někde si to ventilují. (D.109-111)

Respondentka D se také setkává s obviňováním ze strany nemocných klientů směrem k rodině a lékařům ve chvíli, kdy je hospic přijímá do péče a lékař jim mění léčbu,

Probíhá to tam, že třeba ten doktor nastaví nějakou léčbu. Něco jim vysadí. Takže oni to vnímají, že jim vysadí anopyrin a ten byl pro ně přece strašně důležitý. (D.135-137)

dává to do souvislosti s tím, že je někdy žádána, aby při poskytování své péče neříkaly pracovnice hospicu, že jsou hospic.

Někdy to totiž ty rodiny mají, že nám řeknou ať tam přijedem jako hospic, ale ať neříkáme, že jsme hospic jo, což je hrozně těžký, kdy jim říkám, že to samozřejmě nejde. (D.140-143)

Zdrojem obviňování, který respondentka D zmiňuje jsou také nenaplněná očekávání klientů.

Že třeba ta paní říkala: Ale já bych prostě nešla spát. Já bych ho pořád držela za tu ruku. A on prostě umřel a já jsem ho za tu ruku nedržela. (D.175-177)

### **Podporující aspekty - pracovníci**

Pro respondentku D je v její práci s pocity viny zásadní podpora a otevřená komunikace v týmu. Zpětná vazba, kterou dostává od svých kolegyně jí poskytuje ujištění v náročných situacích.

Zase to řešíme tady všichni, si to říkáme dohromady. Protože samozřejmě člověk se ubezpečuje, jestli všechno proběhlo [v pořádku]. (D.153-154)

Pro respondentku je také důležitá supervize. (D.88)

### **Způsoby odreagování**

Respondentka D v průběhu celého rozhovoru zdůrazňuje důležitost zpracování pocitů viny. Ať už ve svém vlastním prožívání (D.87), nebo v prožívání klientů, kde zpracování podpruje (D.115). Cílem zpracování je potom smíření.

Naopak nezpracovaný smutek a pocity viny mohou podle respondentky ústít do zlosti (D.120) a obviňování (D.100).

## 2.8.6 Analýza rozhovoru E

Žena, sociální pracovnice v domácím hospicu.

### Vlastní role

Respondentka E pracuje jako sociální pracovnice v domácím hospicu. Zdůrazňuje, že klientem je pro domácí hospic celá rodina. Ze své pozice zajišťuje komunikaci rodiny se službou. Koordinuje práci v rámci sociální služby, sociálního poradenství a odlehčovací služby pro pečující rodiny.

Podílí se také na přímé práci s klienty, což je práce, která ji baví nejvíc. Podle svých slov bohužel musí trávit mnoho času administrativní činností a tak jí na přímou práci s klienty nezbývá tolik času, kolik by chtěla.

bohužel musím strávit spoustu času s nějakýma administrativními záležitostma, který jsou daný z hlediska zákona a sociálních službách (E.13-15)

K práci v domácím hospicu ji přivedla osobní zkušenost s úmrtím tatínka (E.17), která ji motivovala ke změně pracovního zaměření a studiu v pomáhajících profesích. Vystudovala zdravotnickou školu a sociální práci, kromě práce v domácím hospicu má i zkušenost s prací v nemocnici.

Pak jsem pracovala i jako sestřička zdravotní, ale nakonec jsem se rozhodla spíš zůstat v roli sociálního pracovníka, protože se líp cítím v té komunikační roli (E.22-25)

Její bohaté zkušenosti jí podle jejích slov dávají větší náhled na situaci rodin, které pečují o svého umírajícího člena. Neobává se fyzických aspektů umírání. (E.34) Ráda by se ve své kariéře a vzdělání dále směřovala blíže k psychické podpoře klientů a terapeutické činnosti, nicméně se obává, že už žo vzhledem ke svému věku nestihne zrealizovat. (E.64-69)

Práce s umírajícími jí dává velký smysl. Těší ji, že může předávat a zúročovat svoje osobní a profesionální zkušenosti v pomoci druhým.

Z těch všech možných různých alternativ, co bych mohla dělat, mně dává asi největší smysl, že můžu někomu pomoci, že rozumím tomu co dělám a umím se myslím trošku vcítit do toho, co prožívají ty rodiny. Že si myslím, že je tam benefit té vlastní zkušenosti a zároveň té zkušenosti z nemocničního prostředí a z té technický stránky péče o ty lidi. (E.41-47)

Respondentka E reflektuje, že se může stát, že tuto práci nebude moci dlouho

vykonávat, protože je psychicky velmi náročná a hrozí u ní syndrom vyhoření.

Doufám, že tu práci budu moct nějakou dobu dělat, že mě to třeba zase nějak nepřeválcuje. (E.49)

### **Osobní postoje**

S nebezpečím vyhoření souvisí i to, že je pro respondentku E těžké odmítnout podporu klientům mimo pracovní dobu. V práci se osobně citově angažuje.

Jsou dny, kdy jsem hodně z toho unavená a i z takový exponovanosti, že ty rodiny jsou v situaci, kdy je blbý jim odmítnout podporu, třeba o víkendu. (E.53-55)

V rozhovoru s respondentkou E se objevilo téma jejího rozdílného postoje vůči mladým a starým klientům. Očekává, že starý člověk by měl být více smířený se smrtí a měl by mít chuť svůj život „vzdát“ (E.218). Překvapuje jí, když to tak není.

Naproti tomu má velký soucit s mladými klienty, kteří tu podle jejích slov potřebují být, třeba kvůli dětem (E.214). V těchto případech má větší pochopení pro to, že člověk není se svou smrtí smířený. (E.216)

Respondentka E se zamýšlí nad tím, proč ve zdravotnictví není více prostoru pro to „vzdát“ možná zbytečnou léčbu a nevystavovat pacienta vysilujícím procedurám, které mají mizivou šanci mu zachránit život. Proč je drží v marné naději. (E.303) Tuto praxi spojuje s tím, že „nejsme smířený s konečností“ (E.208).

Respondentka nabízí myšlenku, že vzdělávání lékařů v paliativní péči může posunout „nějaký náhled na to, jestli ta smrt je součástí toho našeho života, nebo ne.“ (E.333)

Zajímavým aspektem výpovědi respondentky E je slovo *vzdát*, které běžně používá ve smyslu *smíření* se smrtí a s konečností a nemá pro ni obvyklý negativní náboj.

### **Zdroje pocitů - klienti**

Mezi zdroje pocitů viny na straně umírajících, které popisuje respondentka E na základě své zkušenosti s prací v nemocnici, patří pocity vlastní viny za současný nepříznivý stav (za svou nemoc) a pocity viny z předchozích vztahů s blízkými.

Že se tolik uštvali v práci, že to jak dopadli, jak jsou nemocný souvisí taky s tím, že se nevěnovali třeba víc sami sobě.

...

A tak si trošku vyčítali i nějaký věci v rámci těch vztahů směrem k rodině. Že věděli, že najednou tam jsou sami a mají sice péči v nemocnici, ale ne kontakty s rodinou. (E.82-90)

U klientů domácího hospicu si všímá pocitů viny vycházejících z obav, že nemocný bude přílišnou zátěží pro svoji rodinu. Mluví také o studu nemocných za svůj fyzický stav.

Aby nezatížil rodinu, aby nebyl úplně tam nějakou přítěží nebo aby nemusela ta rodina dělat věci, který si neuměl představit. Že budou dělat přebalování a takovýchle intimní věci, který nejsou pro rodiče versus pečující dítě úplně příjemný. (E.111-115)

Pečující prožívají podle respondentky E obavy z toho, aby dobře pečovali, aby dělali všechno dobře. (E.108-109)

U pečujících i nemocných pak respondentka E mluví o pocitech viny, které souvisí s rozparem mezi úzdravnou a paliativní medicínou. Její klienti si vyčítají to, že v systému úzdravné medicíny setrvali příliš dlouho a podstoupili procedury, jejichž efektivita byla diskutabilní a zbavila je sil, které mohli lépe využít pro bytí doma se svými blízkými v lepší kondici.

Litují toho, že se strašně dlouho zbytečně léčili. Že v tý nemocnici nasedali na ty návrhy různých dalších postupů, který jim sice dávaly nějakou naději, že se ještě třeba něco vylepší nebo tak, ale za cenu toho, že byli v nemocnici. Nebo měli nějaký operace, další komplikace a že jdou domů jenom na nějakou poslední úplně etapu, když už jsou ne tolik při síle, aby si to tam užili. (E.98-105)

### **Podporující aspekty**

Podporující aspekty, které zmiňuje respondentka E jsou pro rodiny umírajících překvapení z přínosů paliativní medicíny.

Jsou sami ty lidi překvapený tím přínosem všech těch služeb zdravotních sociálních a i tý účasti. (E.203-204)

Pro samotné umírající pacienty pak působí podle respondentky pozitivně fakt, že „smrt je milosrdná v tom, že opravdu to vypíná všechno postupně.“ (E.275)



## **Znesnadňující aspekty**

Situaci klientů znesnadňuje podle respondentky čas, který působí, že se často spousta věcí nestihne. K nedostatku času na dostatečné zpracování přispívá i nesmíření s konečností (E.207), které vede k tomu, že pacienti tráví zbytečně dlouhou dobu v nemocnici.

Když potom máme ty lidi v tak zoufalém stavu z těch nemocnic, přijmeme je a za dva dny umřou a už se tam spousta věcí nestihne, který by se mohly stihnout. (E.318-321)

Neschopnost pustit své trápení a neschopnost přijmout pomoc, vedou podle respondentky k náročnému umírání.

Umírali strašně dlouho a v uvozovkách blbě, že se něčím v sobě trápili, že to neuměli pustit, tak pro nás zdravotníky bylo nepochopitelný, jak člověk v takové kondici, vůbec jak to tělo dokázalo držet o tři, čtyři, pět dní víc, než by se očekávalo. Že je to opravdu takový tajemství. (E.278-284)

## **Intervence / techniky**

Technikou pro práci s náročnými emocemi klientů je pro respondentku E naslouchání a provázení.

Když přijedu a jsem ticho a jenom poslouchám, co oni mně budou říkat a pak od toho se nějak třeba odrazíme. Ale že pak jsme takoví průvodci a nemáme nějaký univerzální rady na nějaký věci. (E.291-294)

Součástí rozhovorů s klienty v těchto situacích je i validace aktuální situace.

Dát jim ten prostor to říct a snažit se podpořit, že teď je ta situace tady a teď a v tý nějakým způsobem neselhávaj. (E.139-141)

## **Zdroje pocitů - pracovníci**

Respondentka E zažívá pocity viny vůči svým klientům z toho, že nemá kvůli množství administrativní práce dostatek času, aby se mohla opakovaně vracet do rodin, které má v péči a více s nimi být účastná jejich situace. Popisuje, že je to dáno jejím osobnostním nastavením a touhou mít s klienty blízký vztah.

Že opravdu nemám tolik času do tý rodiny opakovaně se vracet a víc s nima bejt v tom sdílení tý situace a dát jim trošku za

sebe víc účasti a podpory, ale to je asi o mým nějakým nastavení.  
(E.121-125)

Pocity viny respondentka E také cítí vůči své rodině a osobním vztahům. Jednak z toho, že hodně prožívá svoji práci a nevěnuje tolik svojí pozornosti rodině a za druhé, že ji práce mění a její blízcí, kteří si „nevybrali“ její kariéru ji musí přijímat proměněnou. (E.177) Práce s umírajícími ji také vede k přehodnocení vlastního postoje k osobním vztahům. K větší péči o ně.

Vůči své rodině. Že vždycky mám takovou průpovídku, že bych se měla věnovat sama víc své rodině a nezanedbávat ji, abych pak jednou měla svého pečujícího, až já budu sama v hospicu. Abych o nikoho nepřišla. To souvisí s tím, že tu práci hodně prožívám, hodně jsem s těma rodinama a někdy zapomínám, že, že i ta moje rodina v tom mým osobním životě potřebuje, abych byla víc s nima. (E.161-169)

## Obviňování

Obviňování respondentka E popisuje jako přirozenou součást procesu smíření. Dává je do spojitosti s fází *zlosti* a *popření* podle Kübler-Ross, kdy obviňování vnímá jako ventilaci agrese. (E.246-249)

Respondentka popisuje konkrétní předmět obviňování ze strany klientů vůči zdravotnickému systému, kterému zazlívají, že nenabízí už žádnou další léčbu, že to *vzdal*.

Se snese velká kritika na celej ten zdravotní systém, že v podstatě to vnímaj, jak to že najednou už nenabízí nic. A že to vzdal ten systém. (E.185-187)

Sama respondentka E naopak viní zdravotní systém z toho, že pacienty často zbytečně léčí, poskytuje jim falešnou naději a neumožní jim ve větším klidu a v lepší kondici prožít poslední chvíle svého života v kruhu svých blízkých. Toto téma se jí hluboce osobně dotýká. Podezřívá zdravotní systém a nemocnice, že jejich motivace k takovému chování může být finanční na úkor pacientů.

A jenom si vždycky říkám, jestli je to proto, že ten onkolog nějak opravdu vidí smysl v tý léčbě nebo je to proto, že se to tomu zdravotnictví nějakým způsobem vyplatí. Že dokud ten člověk žije a je schopnej tohle absorbovat všechno, že to není nic proti ničemu. Naopak, že ta nemocnice z toho má peníze. (E.311-317)

## **Podporující aspekty - pracovníci**

Na tuto oblast jsem se v rozhovoru s respondentkou E nezeptal.

### **Způsoby odreagování**

Negativní způsoby odreagování, které respondentka E zmiňuje jsou sebetřpyzeň (E.146) a hledání viníků. (E.151)

Pozitivní způsob, který zmiňuje několikrát je ventilace emocí. (E.139, 248, 264)

Zmiňuje taky situaci, kdy může akt péče o blízkého zmírnit a vykoupit pocity viny, které třeba pečující předtím měli.

Já si myslím, že třeba i když tam ty lidi v naší domácí hospicové péči vstupují s nějakým pocitem viny, tak tím, že nakonec umožňej tomu člověku zemřít doma a že to dokážou, tak že je hodně osvobodí (E.267-270)

## **2.9 Souhrnná analýza**

Následuje souhrnná analýza, která syntetizuje výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů.

### **Vlastní role**

Vnímání vlastní role respondentů je silně ovlivněno tím, na jaké pozici a v jakém druhu zařízení pracují. Každý v rozhovoru popisuje svoji běžnou pracovní náplň. Kromě toho ale sledujeme témata, která praktickou část jejich práce přesahují.

Sociální pracovníci působí jako průvodci umírajících klientů a jejich rodin procesem pobytu v hospicu (resp. průběhem služby domácího hospicu) (B, C, E). Zajišťují komunikaci zařízení s klienty a komunikaci klientů s okolním světem (B).

Pracovníci s umírajícími klienty spíše směřují k blízkému, až osobnímu, vztahu s klientem (A, C, D, E), než aby si udržovali profesionální odstup (B). Další pracovní povinnosti jim však často neumožňují být klientům tak blízko, jak by chtěli, případně jim být k dispozici tolik, jak by si sami představovali (A, D, E). Ve své práci čerpají nejen ze své praxe a zkušeností (B, D, E), ale také z osobní zkušenosti, která pro ně byla také motivací k práci s umírajícími. (A, C, D, E).

Pracovníci poskytují v rámci své role oporu, podporu a provázení klientům v těžké životní situaci (B-E). V tom jim pomáhá schopnost naslouchání (C-E) a naladění se na své klienty (A, D).

### Osobní postoje

Pracovníci s umírajícími a pozůstalými jsou ve své práci silně osobně angažovaní (A, C-D). Prožívají silnou identifikaci s klienty (A, C, D), případně s nimi navazují blízké vztahy (E). Profesionální odstup je spíše výjimečnější (B). Práce s těmito klienty jim dává hluboký smysl (A-E). Zažívají radost z dobré práce (B, C, D).

V jejich uvažování o smrti je silné téma věku umírajícího (A, C-E). Úmrtí mladého člověka se jich osobněji dotýká. Mají za to, že to, že umírají mladí lidé je nefér (D), že mladý člověk tu potřebuje být kvůli dětem (E). Otevírá jim téma vlastní smrtelnosti a smrtelnosti svých blízkých (C). Naopak očekávají, že starý člověk by spíše měl být smířený se svou smrtí (A, E).

Tématem v uvažování pracovníků je také hranice boje o život a smíření se smrtí (B, E). Mají za to, že v určitém okamžiku by měl člověk s nevyléčitelnou diagnózou přestat bojovat, měl by přijmout realitu a zbytek svého života si *užít* (B).

Zajímavým problémem je nejednoznačná terminologie. Jeden sociální pracovník (B) se silně vymezuje proti slovu *rezignace* a prosazuje *přijetí* nebo *smíření*. Jiná sociální pracovníce (E) naproti tomu používá často slovo *vzdát* v pozitivním smyslu. Ať už jde o *smíření* s konečností tak i upuštění od léčebných postupů, které uleví umírajícímu člověku.

S předešlým tématem souvisí i téma hranice úzdravné a paliativní medicíny (A, B, E). Klienti se podle pracovníků často drží až příliš dlouho naděje na to, že úzdravná medicína bude v jejich případě úspěšná (A, B, E). Důvodem mohou být nedostatečné informování ze strany lékařů (A), přílišné lpění na životě a nesmíření se smrtí (B, C, E). Jedna sociální pracovníce (E) za tím vidí možný tlak zdravotnického systému, který nechce své pacienty pustit a nabízí stále další a další léčbu.

### Zdroje pocitů - klienti

Umírající pacienti prožívají pocity viny jako součást přirozeného procesu smíření se svou situací (A). Běžným zdrojem těchto pocitů jsou předchozí vztahy s blízkými nebo jejich nízká kvalita (A-E). Se vztahy s blízkými souvisí i lítost nad tím, že prožitý život a minulé činy a postoje už nejde změnit (A,

E). Umírající může pociťovat také vlastní vinu za svůj stav, za svou nemoc (B, E). V souvislosti s péčí o svou osobu pociťují umírající stud za svůj fyzický stav (E) a pocity viny z toho, že svou rodinu vystavují neúměrné zátěži, že jsou na obtíž (C, D, E). Tento pocit viny může být zesílen ještě vědomím, že na své blízké nebyl nemocný za svého předešlého života příliš milý (D).

I blízcí umírajícího mohou mít pocity viny související s péčí o nemocného. Jejich zdrojem jsou obavy, aby dobře pečovali (D, E), situace, kdy nemohou nebo nechtějí o umírajícího pečovat (C), případně péči přislíbili, ale slib nenaplnili (A). Běžným zdrojem pocitů viny u pečujících je fakt, že s umírajícím nestihli vše, co si plánovali (C). Průvodními jevy jsou pocity selhání a zloby.

Společné pro umírající i jejich blízké jsou pocity viny, které souvisí s hranicí boje (B) o život v rámci úzdravné medicíny a přijetím situace a přechodem do paliativní péče. Jsou jimi lítost nad marným bojem s nemocí, který nemocného zbytečně vysílil (B, E), podléhání falešné naději (E). Určitá bezmoc vůči systému úzdravné medicíny, který má své pevné postupy (E), a neschopnost předvídat vývoj nemoci (D, E).

### **Podporující aspekty**

Podporou v prožívání nepříjemných pocitů a pocitů viny je samotné prostředí paliativní medicíny – prostředí hospicu (A, B) nebo služby domácího hospicu, kterými jsou příjemně překvapení (E). Důležitá je podpora blízkých (A, D), která ovšem závisí na tom, jaká v rodině panuje kultura ohledně komunikace o emocích a práce s nimi (A). Podporou pro pozůstalé může poskytovat víra (A, B) nebo nějaké jiné rituály a techniky (A).

Proces umírání je milosrdný v tom, že věci, které člověk cítí a prožívá vypíná postupně (E).

### **Znesnadňující aspekty**

Prožívání pocitů viny při setkání se smrtí může být komplikováno mnoha faktory, které vychází z kontextu situace, rodinného prostředí a vnitřního osobnostního nastavení a postojů klienta.

Významným faktorem, který celý proces ovlivňuje, je jeho rychlost a s tím související omezený čas (A, C, E). Rychlý postup nemoci a příchod smrti může pacienty a jejich rodinné příslušníky uvrhnout do stavu šoku a krize (A, C).

Provázení nemocného okamžikem smrti vyžaduje jistou nečinnost, která je pro mnoho klientů náročná (C). Klienti mají také strach a neblahá očekávání toho, co přijde (C). Situaci může komplikovat přesvědčení, že o smrti se nemluví, které vedou k tomu, že se umírající a pečující navzájem chrání před tímto tématem a nemluví o něm, ač by oba o smrti mluvit chtěli (D). Klienti mají často odpor k prožití a přijetí své situace (C), nejsou schopni pustit své těžké emoce a pocity viny (B, E) a odmítají veškerou pomoc (A, E).

Pro pracovníky komplikuje zpracování témat souvisejících s vinou určitá vtíravost myšlenek (C), která se zintenzivňuje, když o nich pracovník nedostatečně komunikuje, případně zanedbá sebezpečí. (C) Pracovníci si také uvědomují nebezpečí vyhoření v důsledku emocionálně a časově náročné práce (C, E).

### **Intervence / techniky**

Intervence ze strany pracovníků směrem ke klientům, kteří zažívají pocity viny, spočívají v podpoře, provázení a naslouchání (A, B, D, E). Důležité je také ujistění klientů, že situace, kterou prožívají, a s ní spojené pocity jsou normální (C, D, E). Aspekt, na který si pracovníci dávají pozor je, aby nevzbuzovali falešná očekávání (E) a neprohlubovali pocity viny svých klientů (C)

Klientům jsou také nabízeny další možnosti podpory v podobě podpory duchovního (A, B), různých rituálů a technik (A) a psychologické pomoci (A, B, C).

### **Zdroje pocitů - pracovníci**

Pracovníci s umírajícími klienty prožívají v rámci svého povolání pocity viny (D), pocity, které jim vinu evokují ač se je s vinou zdráhají přímo spojit (A, C, E) nebo přímo říkají, že pocity viny nemají (B).

Zdrojem těchto pocitů je neschopnost lépe pomoci (A-E) v situacích, kdy pracovníkům nějaký externí faktor v lepší pomoci brání. Externím faktorem může být nastavení zdravotnického a sociálního systému (A, E), vytížení jinou prací (A, D, E), pravidla služby (C) nebo obsazenost kapacity zařízení (B, C). Dalším takovým faktorem může být situace, kdy klient pomoc odmítá nebo o ni nejeví zájem (A).

Zdrojem pocitů viny můžou být i pocity vlastní nedostatečnosti nebo nedostatečné kompetence (C,D), případně obava z budoucího selhání (D).

Pracovníci také cítí vinu vůči svým blízkým a v osobních vztazích v důsledku

toho, že si uvědomují, že se jim práce prolíná z jejich pohledu nadměrně do osobního života (C, D, E) nebo že je proměňuje (E).

## **Obviňování**

Pracovníci s umírajícími a pozůstalými musí být připraveni na to, že ze strany jejich klientů bude docházet k obviňování. Obviňování se nedopouští všichni klienti, ale je běžné ze strany pečujících a rodinných příslušníků nemocného (A-E). Obviňování ze strany samotného nemocného je spíše výjimečné (C).

Jeho zdrojem jsou často nezpracované emoce v prožívání těžké životní situace a je tak přirozenou součástí procesu smíření se se situací (B, D, E). Hlavními emocemi, které jsou obviňováním agresivně vyjadřovány jsou zlost a nepřijetí (B-E). Obviňování může být také žádostí o pozornost a validaci vlastních pocitů (E) nebo být vedeno prostou potřebou si ulevit (C).

Častým zdrojem obviňování jsou nenaplněná očekávání. Běžným tématem je tak nenaplněná očekávání klientů, že medicína bude dále léčit jejich blízké (A-E), nicméně nenaplněná očekávání se neomezují pouze na toto téma a obviňování se tak objevuje i v případech, kdy se věci odehrávají jinak, než si klient naplánoval a vysnil (D).

Tématem – předmětem obviňování je často pocit, že s hospicem přichází smrt, že hospic je nějakým způsobem odpovědný za smrt klienta (A-D), že hospic nedělá svoji práci dobře, protože by měl léčit (A, B, D). Častým tématem je také použití opiátů (A, D).

Obviňování ze strany klientů může u pracovníků vést k zpochybňování vlastních činů, kompetence a kvality poskytnuté služby (C, D, E).

Zatímco na obviňování ze strany klientů jsou pracovníci připraveni a jsou pro ně obvyklé, do náročných situací je přivádí, když obviňování přijde od spolupracovníků (C). Dlouhodobá práce v takovém prostředí je velice náročná a pokud není situace adekvátně řešená, může vést k rozpadu týmu a odchodu pracovníků z organizace (C).

Specifickou oblastí je obviňování, které probíhá mezi profesionály z různých organizací. Pracovníci v hospicích čelí nepochopení a obviňování ze strany lékařů a pečujících profesionálů z jiných organizací (C). Sami se také obviňování profesionálů z jiných organizací dopouštějí (A, E).

Předmětem v obou případech je nejčastěji představa, že obviňovaní profesionálové dělají svoji práci špatně, případně by ji měli dělat jinak a lépe. Zanedbávají svoje povinnosti, ať už záměrně nebo nezáměrně. Cílem obviňování

se stává i zdravotní a sociální systém, vůči kterému pracovníci cítí bezmoc (A, E) a podezřívají ho z nečistých, například čistě finančních, úmyslů (E).

### **Podporující aspekty - pracovníci**

Pracovníkům s umírajícími a pozůstalými je velkou oporou dobře fungující a kompaktní tým zařízení (A-D), ve kterém můžou sdílet a ventilovat svoje pocity (A-D). Důležitým zdrojem jejich pohody v práci je péče o vlastní psychohygienu (A-C), vlastní rituály (A, C) a případně víra (A).

Pomáhá jim sdílení v osobních vztazích (B-D) a mluvení o tématu na veřejných platformách (B). Účinnou podporu poskytuje také pravidelná supervize (C, D).

### **Způsoby odreagování**

Při prožívání pocitů viny je důležité jejich zpracování (A-D) a komunikace o nich, jejich ventilace (E). Dobré zpracování potom vede ke smíření (B-D), úlevě a pocitu dokončení (B). Pocity viny můžou být vykoupeny větší péčí (E) či vést člověka k pokání (A).

Nezpracované pocity viny naopak vedou k zlosti, nepřijetí či popření situace (C) a případně k agresivnímu chování (A, B, D). Možným způsobem ventilace je také hledání viníků (E), potřeba vysvětlování a obhajování se (C) a intenzivní potřeba konat (C).

## **2.10 Výsledky práce**

### **1. Výzkumná otázka**

**Jakou roli hraje fenomén viny v prožívání umírajících, pečujících a pozůstalých?**

Prožívání pocitů viny je běžným fenoménem u umírajících a jejich rodinných příslušníků a je součástí přirozeného procesu smíření s vlastní smrtí a s odchodem blízké osoby.

Zdrojem těchto pocitů jsou mimo jiné

- předchozí vztahy s blízkými nebo jejich nízká kvalita,
- lítost nad minulými činy a postoji, které již nelze změnit,
- stud a obava, že umírající bude přítěží,
- obava pečujících, aby dobře pečovali o nemocného.



Významným tématem pro prožívání pocitů viny je čas, jeho nedostatek a ne-  
snadné rozhodování na hranici pokusů úzdravné medicíny o záchranu nemoc-  
ného a přechodu do paliativní péče, hranici boje o život a přijetí smrti jako  
nezměnitelného faktu.

Umírající a pozůstalí tak mohou

- být v šoku z rychlého průběhu nemoci,
- cítit lítost nad marným bojem s nemocí, který je vyčerpá,
- podléhat falešné naději,
- cítit lítost nad tím, že nestihli vše, co si plánovali,
- prožívat bezmoc vůči systému zdravotní péče,
- prožívat bezmoc vůči osudu,
- prožívat pocit nespravedlnosti.

Sociální pracovníci a další pečující profesionálové používají při práci s pocity  
viny svých klientů techniky krizové intervence, aktivní naslouchání, provázení  
a poskytování informací. Podporou v těchto intervencích jim jsou blízký vztah  
s klientem a naladění na něj a na situaci.

## **2. Výzkumná otázka**

**Jakou roli hraje fenomén viny v prožívání sociálních pracovníků s umí-  
rajícími a pozůstalými?**

Sociální pracovníci pracující s umírajícími a pozůstalými prožívají pocity  
viny v souvislosti se svou profesí v různé intenzitě. Tato intenzita je dána  
spíše osobností pracovníka než situací, která pocity vyvolává.

Zdroje pocitů viny úzce souvisí s posláním pracovníků pomáhat klientům.  
Vinu tedy pociťují, pokud nemohou svým klientům pomoci podle svých před-  
stav například

- z důvodu pravidel organizace,
- vytížení jinou prací,
- obsazenosti zařízení,
- konfliktu s pravidly zdravotního systému.

Sociální pracovníci s umírajícími a pozůstalými také prožívají obavu o svoji  
dostatečnou kompetenci, zpochybňování vlastních schopností a obavy ze se-  
lhání.

Sociální pracovníci s umírajícími a pozůstalými také cítí vinu vůči svým blízkým a v osobních vztazích v důsledku toho, že si uvědomují, že se jim práce prolíná z jejich pohledu nadměrně do osobního života.

Práce s pocity viny je u pracovníků s umírajícími a pozůstalými nutná, aby u nich nepropukl syndrom vyhoření. Základem této práce je otevřená komunikace a podpora v dobře fungujícím týmu. Pomáhá jim také supervize a ventilace situací a emocí v osobních vztazích.

### **3. Výzkumná otázka**

**Jakou roli hraje fenomén obviňování v sociální práci s umírajícími a pozůstalými?**

Obviňování je běžnou součástí práce s umírajícími a pozůstalými, se kterou musí sociální pracovníci umět pracovat.

Obviňování pracovníků a organizace ze strany klientů je přirozenou součástí v jejich procesu smíření a vychází z jejich nezpracovaných pocitů zlosti a nepřijetí. Obviňování může být také žádostí o pozornost a validaci vlastních pocitů nebo být vedeno prostou potřebou si ulevit.

Témata obviňování specifická pro hospicovou péči jsou:

- Hospic přináší smrt, je odpovědný za smrt nemocného,
- hospic neléčí, neposkytuje správnou péči,
- použití opiátů zapříčinilo smrt nemocného,
- pracovníci hospicu vyvolali očekávání, která nebyla naplněna.

Specifickou oblastí je obviňování, ke kterému dochází mezi pracovníky různých organizací. To je přítomné oběma směry, tedy

- směrem k pracovníkům s umírajícími a pozůstalými ze strany dalších pečujících profesionálů a lékařů,
- směrem k lékařům a dalším pečujícím profesionálům ze strany pracovníků s umírajícími a pozůstalými.

Obviňování mezi pracovníky různých organizací vzniká z rozdílných představ o péči o klienta, přehazování odpovědnosti za jeho stav, z rozdílného zaměření jednotlivých profesionálů a vzájemného nepochopení. Předmětem jsou pak nařčení ze zanedbání povinností a péče případně podezření ze záměrného konání proti zájmu klienta. Faktorem, který může tento fenomén mírnit je otevřená vzájemná komunikace, vysvětlování, vyjasňování stanovisek a edukace.

Obviňování mezi pracovníky v rámci jedné organizace může být příznakem přítomnosti syndromu vyhoření u pracovníků. Působí velmi negativně na pracovní prostředí v týmu a může, pokud není adekvátně řešeno, vést k odchodu pracovníků z organizace a rozpadu týmu.

Obviňování od profesionálů, ať mezi organizacemi či v rámci jedné organizace, má větší potenciál dopadu na pracovní pohodu pracovníků s umírajícími a pozůstalými a má potenciál znejistit je v pocitu vlastní kompetence.

## 2.11 Diskuse

### 2.11.1 Volba vzorku

Složení zkoumaného vzorku bylo výrazně ovlivněno způsobem jeho získání. Především to platí pro respondentky C-E, které pracují v jednom zařízení. V jejich výpovědi se tak objevují společná témata. Tento fakt se míjí s tím, že tyto respondentky pracují v domácím hospicu oproti respondentům A-B, kteří pracují v hospicu lůžkovém. Jejich pracovní situace je tak výrazně rozdílná. Respondenti A-B pracují primárně s nemocnými umírajícími klienty a s jejich rodinami pouze sekundárně – okrajově. Respondentky C-E naproti tomu vždy pracují s celou rodinou – celá rodina umírajícího je jejich klientem.

Ačkoliv je pro respondentky C-E výrazným společným tématem silný společný historický zážitek týmu narušeného kolegyní, která si nesla syndrom vyhoření, tento zážitek podobně reflektují a oproti tomu vyzdvihují přínos aktuálního dobrého stavu týmu, další témata spojená s fenoménem viny reflektují rozdílným způsobem. Dá se tak usuzovat, že jejich reflexe vychází z jejich rozdílného osobnostního nastavení a různorodých subjektivních pohledů. Rozhovory tak poskytují, navzdory podobným zážitkům respondentek, dostatečně bohatý a různorodý zdroj dat pro zkoumání.

Dalším aspektem volby vzorku je pracovní zařazení a odbornost jednotlivých respondentů. Práce se primárně zaměřuje na vliv zkoumaného tématu na obor sociální práce, mělo by tak smysl omezit zkoumání čistě na sociální pracovníky. Je však důležitým faktem, že v péči o umírající nemocné stojí ošetrovatelky a zdravotní sestry v první linii péče. Zařazení ošetrovatelky a zdravotní sestry do výzkumu tak poskytuje cenný pohled na téma od osob, které jsou z titulu své pracovní pozice ve výrazně bližším fyzickém kontaktu s klienty.

## 2.11.2 Zpracování dat

Při zpracování rozhovorů jsem se zaměřil především na obsahovou stránku. Poněkud stranou zůstaly aspekty rozhovorů ve kterých se projevuje osobnostní nastavení respondentů. Tyto aspekty jsou jen krátce reflektovány v kapitole 2.7. V prepisech rozhovorů je určitě patrná i určitá dynamika rozhovorů v interakci výzkumník – participant. Dynamiku výzkumník – téma by bylo možné pravděpodobně pozorovat napříč rozhovory. Bližším zkoumáním těchto procesů by bylo možné vysledovat zajímavé jevy, nicméně mám za to, že tyto závěry by byly poněkud spekulativní a překračovaly by záběr tohoto výzkumu.

## 2.11.3 Vina v osobním a pracovním životě

Všichni respondenti mluví o tom, že zažívají pocity viny v souvislosti s osobním životem. Všichni kromě respondentky D ovšem říkají buď přímo (B,C,E), nebo bráněním se nazývání svých pocitů vinou (A), že pocity viny v souvislosti se svou profesí nevnímali. Respondent B přímo prožívání pocitů viny v rámci své profese neguje.

Spojitosť, která se nabízí je, že míra pocitů viny může souviset se subjektivně prožívanou hloubkou vztahu ke klientům. Respondentka D, která otevřeně říká, že pocity viny vůči klientům prožívá, mimo jiné říká, že s klienty zažívá hluboké napojení. Respondentky A, C a E v průběhu rozhovoru docházejí k tomu, že možná pocity viny prožívají nebo prožívají pocity, které se vině blíží. Všechny také hovoří o tom, že s klienty navazují blízký vztah. Respondent B, který říká, že pocity viny neprožívá vyjadřuje v průběhu rozhovoru profesionální odstup od klientů natolik, že mu občas až splývají.

Tato spojitost by se zdála jako přirozenou i z toho důvodu, že v blízkém vztahu se člověk cítí citově angažovaný a bolest druhého osobně vnímá a prožívá. Cítí za druhého osobní odpovědnost a zapojuje se jeho svědomí. Takové vazby a vztahy jsou běžné v osobním životě (ve kterém všichni respondenti pocity viny prožívají), v pracovním životě však jejich přítomnost závisí na osobním nastavení pracovníka a jeho pracovním stylu.

Tento jev by si jistě zasloužil ověření samostatným výzkumem jinou než kvalitativní metodou.

## 2.11.4 Gender problematika

Pro rozdíl popsaný v předchozím bodu může být ještě jedno vysvětlení. Respondent B podle svých slov prakticky neprožívá pocity viny v souvislosti

se svým povoláním. Na několika místech to výslovně neguje. Nicméně v rozhovoru mluví o jiných prožitcích a emocích, které další respondentky – ženy s pocity viny spojují. Je k zamyšlení, nakolik je tento způsob prožívání ovlivněn tím, že je respondent muž. Tento fakt by byl v souladu s pozorováním Kocvrlichové ohledně gender problematiky jejího výzkumu. (Kocvrlichová, 2006, s. 213) Nakolik tomu tak je, však nelze v rámci tohoto výzkumu spolehlivě usuzovat.

### 2.11.5 Kouření a alkohol

Oba respondenti, kteří pracují v kamenných hospicích (A, B) měli sami od sebe potřebu sdílet to, že klientům pomáhají v konzumaci alkoholu a cigaret. Domnívám se, že tím chtěli podtrhnout rozdíl v úzdravné a paliativní medicíně. Dost možná upozornit na určitý paradox, kdy pobyt ve zdravotnickém zařízení nezapovídá z podstaty *nezdravé* chování, paradox, který v nich samotných nějak rezonuje.

Toto mě vede k zamyšlení, že pojem *zdravé* a *nezdravé* chování v prostředí hospicu a v situaci blížící se neodvratné smrti nabývá nový význam. Totiž že *zdravé* je v tu chvíli to, co přináší *úlevu* a ne nutně to, co *prodlužuje život*.

### 2.11.6 Nedostatky ve způsobu dotazování

V průběhu rozhovorů jsem zjistil, že způsob dotazování a položené otázky neposkytovaly dostatek prostoru pro širší uvažování respondentů. Určitým způsobem vedly uvažování respondentů směrem, který jsem já sám předpokládal.

Vyloženě návodná pak byla otázka, zda můžou pocity viny pomoci v procesu smíření. Lepší formulace, která by se tázala spíše na to, co může prožitek pocitů viny přinést do života klientů, by poskytla více prostoru pro představivost respondentů a ve výsledku data s vyšší validitou.

### 2.11.7 Pocit viny jako motivace k dobrým činům

Za povšimnutí stojí to, že se v rozhovorech objevily situace, kdy prožívané pocity viny posloužily jako motivace k pozitivním činům. Výrazným takovým případem je smíření matky s dcerou, které popisuje respondent B. Respondentka E popisuje pocity viny jako možnou motivaci péče o umírajícího ze strany jeho rodiny. V podtextu všech rozhovorů je možné sledovat, že pocity viny nebo jim blízké pocity stojí za zamýšlením se nad kvalitou práce pracovníků a jsou jim podkladem a motivací pro její lepší výkon.

Mám za to, že to jsou dobré příklady pozitivního aspektu v prožívání pocitů viny, který se často v práci s nimi opomíjí.

# Souhrn

Smrt je nevyhnutelným zakončením života a jako taková je neopomenutelným tématem každého člověka. Dnešní člověk se se smrtí potkává spíše výjimečně. Jedním z důvodů je přesunutí umírajících z domácností za zdi nemocnic, druhým je reálná úspěšnost medicíny a dalších moderních výtvarných děl společnosti, které vedly k praktickému vymýcení kojenecké úmrtnosti a výraznému zvýšení střední délky dožití.

Paradoxně s vytěsněním tématu přirozené smrti našich blízkých z našeho běžného vnímání došlo k výraznému rozmachu zobrazování smrti v masové kultuře a médiích. Smrt se tak v našich životech dále objevuje, je ale prezentována v odosobněné, někdy až bulvární podobě.

Tím, že člověk není běžně konfrontován se smrtí ve svém blízkém okolí a není na ni zvyklý, stává se úmrtí blízkého člověka situací, která má potenciál způsobit krizi. Důsledkem krize je intenzivně emocionální proces, který má transformativní potenciál a probíhá obvykle v pěti fázích *popření, vzteku, smlouvání, deprese a přijetí*. Tyto fáze ovšem nemusí následovat v tomto pořadí po sobě, některé mohou být vynechány nebo se můžou různě prolínat a opakovat. Výsledek krizového procesu není předem jasný. V prožívání krize je velmi přínosná podpora blízkých lidí, případně odborníků.

Vina je fenomén, který prostupuje zkušenost a prožívání každého člověka a který má transpersonální rozměr. Zabývá se jí široké spektrum vědních disciplín od teologie přes psychologii až po právo a kriminologii. Je možné ji kategorizovat z mnoha různých hledisek. Jedno dělení nabízí Jaspers a to na vinu kriminální, politickou, morální a metafyzickou. Další pohledy nabízí Kocvrlichová a to teologický, sociologický a psychologický. Psychologie pak dělí vinu na vědomou a nevědomou, domnělou a reálnou. Její zdroje vidí ve výchově v rodině, soudech z okolí, náboženství a sebeobviňování. Vina úzce souvisí s pojetím normy, se svědomím a lítostí. Obviňování je běžnou praxí mezilidské komunikace. Pocity viny jsou nepříjemné a jako takové je lidé často vytlačují do nevědomí případně se jich snaží jiným způsobem zbavit.

Mezi tyto způsoby patří potlačení svědomí, sebeospravedlňování a přenesení viny na jiné. Uvědomění pocitů viny a jejich zpracování však může přinést vnitřní přerod, přijetí vlastní odpovědnosti a vlastní odpuštění.

V situaci ztráty blízkého člověka může jedinec pociťovat vinu přeživšího. Tento fenomén, který byl popsán především u přeživších holokaustu po Druhé světové válce, je zdokumentován i u dalších traumatizovaných skupin a stejně tak u lidí, jejichž blízký odešel přirozenou smrtí. Pocity viny jsou běžnou součástí procesu truchlení.

Téměř 70% lidí v ČR umírá ve zdravotnickém zařízení. Postupy paliativní medicíny jsou dnes postupně zaváděny v nemocniční péči. Obecnou paliativní péči mohou poskytovat praktičtí lékaři a sestry v domovech pro seniory a v zařízeních domácí péče. Specializovanou paliativní péči pak poskytují konsiliární týmy v nemocnicích a speciálně vzdělaní lékaři v lůžkových a domácích hospicích. Profesionální péče o pozůstalé je zajištěna sítí poraden pro pozůstalé, které poskytují poradenství v rovině psychické, pragmatické, informační a ekonomické.

Cílem práce bylo kromě probádání, jak o umírání a vině mluví teoretikové thanatologie, psychologie a dalších oborů, také zjistit, jak s vinou zacházejí sociální pracovníci a další pečující pracovníci, jejichž klienty jsou umírající lidé a jejich blízcí. Ve výzkumu jsou analyzovány přepisy z pěti rozhovorů s třemi sociálními pracovníky, jednou zdravotní sestrou a jednou pečovatelkou v lůžkových a domácích hospicových službách.

Materiál byl sbírán metodou polostrukturovaného rozhovoru. Byly pořízeny doslovné přepisy těchto rozhovorů a ty následně analyzovány metodou IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Analýza se odehrávala jak vertikálně – do hloubky každého rozhovoru, tak horizontálně – souhrnná analýza napříč rozhovory.

Z analýz vyplývá že pocity viny jsou běžnou součástí prožívání umírajících lidí a jejich blízkých. Jejich zdroje jsou mimo jiné předchozí vztahy s blízkými, lítost, stud a obavy ze situace. Pocity viny také souvisí s nejasnou hranicí boje s nemocí a vstupem do paliativní péče. Sociální pracovníci jsou s těmito pocity svých klientů konfrontováni a pracují s nimi technikami krizové intervence a aktivní komunikací.

Pocity viny vstupují i do prožívání sociálních pracovníků avšak míra jejich intenzity je závislá na osobnosti pracovníka. Pocity viny pracovníků se týkají především situací, kdy nemohou dostatečně dobře pomoci svým klientům. Sociální pracovníci mají také obavy, zda jsou dostatečně kompetentní aby mohli být oporou pro své klienty. Pocity viny prožívají vůči svým osobním



vztahům a v osobním životě.

Obviňování pracovníků ze strany klientů je běžnou součástí práce s umírajícími a pozůstalými. Převážně jde o vyjádření nezpracovaných emocí klientů. Specifickou oblastí je obviňování, ke kterému dochází mezi profesionály z různých organizací nebo v rámci organizace. Toto obviňování má velký potenciál dopadat negativně na pracovníky a znejistit je v pocitu vlastní kompetence.

Pro další zkoumání navrhuji dvě témata: vliv subjektivně vnímané blízkosti vztahu s klientem na intenzitu prožívaných pocitů viny, možnosti prevence obviňování profesionálů mezi různými organizacemi.

# Bibliografie

- Active Radio a.s. (2024, 13. duben). *Podcast Roku 2023*. <https://www.podcastroku.cz/archiv-05>
- Asociace poradců pro pozůstalé, z. s. (2024, 20. duben). *Poslání asociace poradců pro pozůstalé*. <http://poradci-pro-pozustale.cz/poslani-asociace-poradcu-pro-pozustale/>
- Basaraba, S. (2023). Life Expectancy From Prehistory to 1800 and Beyond. *Verywell Health*. <https://www.verywellhealth.com/longevity-throughout-history-2224054>
- Český Statistický Úřad. (2024, 20. duben). *Kojenecká úmrtnost v letech 1950-2019*. <https://www.czso.cz/csu/czso/kojenecka-umrtnost-v-letech-1950-2019>
- Gorer, G. (1955). The Pornography of Death. *Encounter.*, 5(4). <https://www.unz.com/print/Encounter-1955oct-00049>
- Halamová, Z. (2012). *Postoje ke smrti a religiozita* [Diplomová práce, Fakulta filosofická Univerzity Pardubice].
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Galén.
- iRozhlas & ČTK. (2021, 22. duben). *Případ chlapce, který zkolaboval po operaci mandlí, míří k soudu. Obžalobě čelí zdravotníci i nemocnice*. Získaný 28. prosinec 2023 od [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/pardubice-nemocnice-chlapec-koma-operace-mandli-obzaloba-zdravotnici\\_2104220923\\_ako](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/pardubice-nemocnice-chlapec-koma-operace-mandli-obzaloba-zdravotnici_2104220923_ako)
- Jaspers, K. (2006). *Otázka viny: Příspěvek k německé otázce*. Academia. (Původně vydáno 1946)
- Kessler, D. (2019). *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief*. Rider.
- Kocvrlichová, M. (2006). *Vina*. Triton.
- Kratochvílová, P. (2020). *Sociální pracovník jako součást procesu poskytování paliativní a hospicové péče* [Diplomová práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií].
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. The Macmillan Company.

- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Scribner.
- Machalová, P. (2012). *Trest smrti v Československu a reflexe dobové právní vědy*.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (2. vyd.). Portál.
- Murray, H., Pethania, Y., & Medin, E. (2021). Survivor guilt: a cognitive approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14(28). <https://www.cambridge.org/core/journals/the-cognitive-behaviour-therapist/article/survivor-guilt-a-cognitive-approach/19F993611E0BDE9C219F16BE0E6BD622>
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Academia.
- Národní datová základna paliativní péče. (2024, 25. březen). *Východiska pro analýzu paliativní péče v ČR*. <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=mortalitni-data-cr--analyzy-a-publikace--vychodiska-pro-analyzu-paliativni-pece-v-cr>
- Národní zdravotnický informační portál. (2024, 20. duben). <https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate>
- Právo & Biskup, P. (2021, 4. květen). *Dítě v Domažlicích zemřelo po výplachu žaludku. Stíhají lékaře*. Získaný 28. prosinec 2023 od <https://www.novinky.cz/clanek/krimi-dite-v-domazlicich-zemrelo-po-vyplachu-zaludku-stihaji-lekare-40359092>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (M. Miovský, Ed.). Masarykova univerzita.
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in Bereavement: The Role of Self-Blame and Regret in Coping with Loss. *PLoS One*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018291/>
- Špatenková, N. (2004). *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Grada Publishing.
- The American Institute of Stress. (2024, 27. březen). *Holmes-Rehe Stress Invenotory*. <https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory-pdf>
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt* (1. vyd.). Portál.
- Tournier, P. (1995). *Vina: 80-85495-40-6*. Návrat domů.
- Vymětal, Š., & Titlbach, F. (2023, 21. prosinec). *Mimořádné Studio N: Střelec vraždil na pražské univerzitě [Epizoda Podcastu]*. Získaný 28. prosinec 2023 od <https://denikn.cz/1313794/mimoradne-studio-n-strelec-vrazdil-na-prazske-univerzite>

WHO. (2024, 20. duben). *Paliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

# Seznam tabulek

1	Scénář rozhovoru . . . . .	29
T.1	Vlastní role . . . . .	A1
T.2	Osobní postoje . . . . .	A2
T.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A3
T.4	Podporující aspekty . . . . .	A3
T.5	Znesnadňující aspekty . . . . .	A4
T.6	Intervence / techniky . . . . .	A4
T.7	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A5
T.8	Podporující aspekty - pracovníci . . . . .	A5
T.9	Obviňování - zdroje . . . . .	A6
T.10	Obviňování - předmět . . . . .	A6
T.11	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A6
T.12	Způsoby odreagování - neutrální . . . . .	A7
T.13	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A7
A.1	Vlastní role . . . . .	A8
A.2	Osobní postoje . . . . .	A8
A.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A9
A.4	Podporující aspekty . . . . .	A9
A.5	Znesnadňující aspekty . . . . .	A9
A.6	Intervence / techniky . . . . .	A9
A.7	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A10
A.8	Podporující aspekty - pracovníci . . . . .	A10
A.9	Obviňování - zdroje . . . . .	A10
A.10	Obviňování - předmět . . . . .	A10
A.11	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A11
A.12	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A11
B.1	Vlastní role . . . . .	A12
B.2	Osobní postoje . . . . .	A12
B.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A12

B.4	Podporující aspekty . . . . .	A12
B.5	Znesnadňující aspekty . . . . .	A13
B.6	Intervence / techniky . . . . .	A13
B.7	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A13
B.8	Podporující aspekty - pracovníci . . . . .	A13
B.9	Obviňování - zdroje . . . . .	A14
B.10	Obviňování - předmět . . . . .	A14
B.11	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A14
B.12	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A14
C.1	Vlastní role . . . . .	A15
C.2	Osobní postoje . . . . .	A15
C.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A15
C.4	Znesnadňující aspekty . . . . .	A16
C.5	Intervence / techniky . . . . .	A16
C.6	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A16
C.7	Podporující aspekty - pracovníci . . . . .	A17
C.8	Obviňování - zdroje . . . . .	A17
C.9	Obviňování - předmět . . . . .	A17
C.10	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A18
C.11	Způsoby odreagování - neutrální . . . . .	A18
C.12	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A18
D.1	Vlastní role . . . . .	A19
D.2	Osobní postoje . . . . .	A19
D.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A19
D.4	Podporující aspekty . . . . .	A19
D.5	Znesnadňující aspekty . . . . .	A20
D.6	Intervence / techniky . . . . .	A20
D.7	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A20
D.8	Podporující aspekty - pracovníci . . . . .	A20
D.9	Obviňování - zdroje . . . . .	A21
D.10	Obviňování - předmět . . . . .	A21
D.11	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A21
D.12	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A21
E.1	Vlastní role . . . . .	A22
E.2	Osobní postoje . . . . .	A22
E.3	Zdroje pocitů - klienti . . . . .	A23
E.4	Podporující aspekty . . . . .	A23
E.5	Znesnadňující aspekty . . . . .	A23
E.6	Intervence / techniky . . . . .	A23
E.7	Zdroje pocitů - pracovníci . . . . .	A24
E.8	Obviňování - zdroje . . . . .	A24

E.9	Obviňování - předmět . . . . .	A24
E.10	Způsoby odreagování - negativní . . . . .	A24
E.11	Způsoby odreagování - pozitivní . . . . .	A24

# Příloha A

## Tabulky témat

### A.1 Souhrné tabulky témat

Tabulka T.1: Vlastní role

Téma	A	B	C	D	E
Osobní zkušenost	10		39-39	13	17, 46
Seberozvoj, sebenaplnění	545				
Kouření/alkohol	51-53	13, 15			
Důraz na přímou práci s klienty	11		6	24	12
Komunikace s klienty		8		30, 193	25
Předvoj, příprava		8	10, 15		
Praxe, zkušenosti		221-222		12	27, 46
Opora, podpora, provázení			8	5, 11, 14	43
Porozumění, vcítění, naslouchání			26, 194-195		43
Práce mimo pracovní dobu				258	54-56
Klientem je celá rodina					9
Větší náhled na proces					30
Neobává se zdravotních věcí					34
Nebezpečí vyhoření					49, 52



Tabulka T.2: Osobní postoje

Téma	A	B	C	D	E
Osobní angažovanost	79, 86		48	25	60, 166
Chtění aby byly rodiny spolu	93				
Mladý, starý	115-116		493-498	225-230	210-217
Identifikace s týmem	19			6	
Identifikace s klientem	230-231, 352-355		246	25	
Smysl v práci	11		47	24	41
Úzdravná vs. Paliativní medicína	297-299, 371-373	21-23			100-105, 303-304
V nemocnici není prostor pro člověka	448-450				202, 323-323
Pocity viny neprožívá		145			
Hranice boj o život x přijetí		101-103, 154			218-221
Smrt x naděje		187-188			
Spokojenost z dobré práce		284			
Velký provoz, pacienti splývají		33, 129			
Nezvyklé téma			287-291, 534	270-271	
Blízký vztah s klientem				19, 33, 197	64
Možnost volby					331
Je smrt součástí života, nebo ne?					332-333

Tabulka T.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	A	B	C	D	E
Nejde změnit	164				
Lítost	272				234-237
Vina z předchozích vztahů s blízkými	156-158	50-82	187-190	43, 68	86, 89-90
Klient se zotavil a má problém	343-351				
Vina z nenaplněného slibu péče	458-463				
Součást přirozeného procesu	464-467				
Vina ze skandálního postoje / Vina z úlevy		260		46	
Marný boj		107-115			
Hranice boje x přijetí		113-115			
vina za předchozí činy nebo nečinnost		116, 119-120			
Vina za svůj stav		120-122			83
Rozpor představy x realita			17-19		
Vystavuju rodinu stresu - zá- těži, jsem přítěží			64-70	59, 69	111
Děti nechtějí nebo nemůžou pečovat (kvůli práci)			76		
Vina z toho, že jsme něco ne- stihli			96-114		
Selhání			136-145		
Zloba			196, 408, 454		
vina z toho, že čerpám péči ač jsem neměl dobrý vztah				54-55	
Obava abych dobře pečoval / Obava z nedostatečnosti				41	106-109
Lítost ze zbytečné léčby					98-99
Stud za fyzický stav / nemo- hounost					113-115
Neschopnost předvídat					143-144
Úzdravná vs. Paliativní medi- cína					190-192
Bezmoc vůči systému					259-263
Falešná naděje					304

Tabulka T.4: Podporující aspekty

Téma	A	B	C	D	E
Víra	43	26			
Prostředí hospicu	30-33, 41-50				
Rodina - jako podpora	63-63, 311-318				
Kultura rodiny	468				
Rituály		330-333			
Podpora nejbližších				186	
Překvapení přínosem palia- tivní medicíny					203-204
Smrt je milosrdná					271-276

Tabulka T.5: Znesnadňující aspekty

Téma	A	B	C	D	E
Rodina - neúčast	75				
Rychlost procesu, čas	258-262		180-182		319-320
Šok, krize	263-265		182-183		
Neblahá očekávání		68			
Odpor		208			
Srmt a umírání je tabu		232			207-208
Strach		67, 72, 166			
Psycholog je stigma			127-129		
Nečinnost je náročná			157		
Vtíravost			261, 268		
Nebezpečí vyhoření			275, 488-489		
Vzájemná ochrana nemocný - pečující				62-65	
Neschopnost pustit					279-284
Nepřijetí pomoci					284-287

Tabulka T.6: Intervence / techniky

Téma	A	B	C	D	E
Podpora a provázení	483	74		112-115	293-294
Naslouchání	125-126	282		77, 19	136, 291-292
Flexibilita týmu	141-143				
Vysvětlování	430	197, 202			
Rituály	508				
Profesionální odstup		196			
Normalizace situace			116	49	140-141
Nevzbuzovat falešná očekávání				158-160, 173-174	

Tabulka T.7: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	A	B	C	D	E
Neschopnost lépe pomoci	148, 169-170, 179-182	37	216-217, 231	84	121-122
Rozpor vztah s klientem x vy- tížení jinou prací	225-228			20	13-15, 126-127
Obvinění jiné instituce - re- flexe	444-448				
Vina v osobním vs profesním životě		125-128	521-521		
Bezmoc		140-141			
Blízký vztah -> strach x smí- ření		165-166			
Vina ze skandálního postoje		291-291, 295			
Paradoxní směr uvažování o vině			204-211		
Zpochybnění vlastních kompe- tence			226-227		
Vina z pocitu vlastní nedosta- tečnosti				83	
Strach z budoucího selhání				225-227	
Vina vůči osobním vztahům				253-254, 258-260	90-92

Tabulka T.8: Podporující aspekty - pracovníci

Téma	A	B	C	D	E
Rituály	502		507		
Tým jako podpora	383	242	253-257, 354-357, 391-391	154	
Psychohygienu, sebepěče	394-398	224	263-267		
Ventilace		229	254		
Supervize		240		88	
Víra		223, 288, 289, 334			
Sdílení v rodině, soukromých vztazích		244-245	278-284	265	
Zpracování				87	

Tabulka T.9: Obviňování - zdroje

Téma	A	B	C	D	E
Obviňování ano	416	170	296	97	184
Součást diagnózy	416				
Očekávání úzdravné medicíny	420-422, 425-426	173-176, 179, 201	404-410, 423, 438-449	134-137	187-188
Nedostatečná informovanost	450-451				
Zlost, nepřijetí, agrese		208	304	111	246-247
Obviňování jako součást procesu smíření		177-178, 201		100	153-154, 242
Obviňování mezi profesionály - organizacemi			463-465		
Obviňování ze strany nemocných NE			320		
Obviňování v týmu			347-353		
Vyhoření			343		
Potřeba si ulevit			397		
Hospic je stigma				140	
Nenaplněná očekávání				177	
Obviňování jako žádost o validaci					154-156
Podezření na nečisté úmysly					313-314

Tabulka T.10: Obviňování - předmět

Téma	A	B	C	D	E
Obvinění jiné instituce	357				185-186
Opiáty	418			101	
Hospic přináší smrt	426-429	173	300	104-105, 120	
Očekávání úzdravné medicíny	425, 435-437	316, 308		97-98, 134-137	
Systém degraduje naši péči	302-309				
Obviňování v týmu			328-336		

Tabulka T.11: Způsoby odreagování - negativní

Téma	A	B	C	D	E
Zlost, nepřijetí, agrese	133-139	99, 177, 216		120	
Popření			103		
Úleva když vidím sanitku			151		
Neúnosnost, sebetrýzeň			523-524		146
Hledání viníků					151-153

Tabulka T.12: Způsoby odreagování - neutrální

Téma	A	B	C	D	E
Vysvětlování/obhajování			87-88		
Potřeba akce			173		

Tabulka T.13: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	A	B	C	D	E
Pokání	176				
Zpracování	258, 494	207-208	477-481, 486	184	
Smíření		161, 163, 186	157	185	
Úleva		77, 96, 284			
Dokončení		78-82			
Náprava			391-392		
Ventilace					139-140, 248, 264
Vykoupení péčí					268-270

## A.2 Tabulky témat rozhovoru A

Tabulka A.1: Vlastní role

Téma	Souřadnice	Citace
Osobní zkušenost	10	„v určitým období mého života přišlo přání změnit práci“
Osobní angažovanost	13	„jsem také dotykový terapeut“
Uspokojení	15	„to je práce, která mě hluboko uspokojuje“
Kouření/alkohol	51-53	„ačkoli nekuřák, [...] často zapaluji cigaretu“
Důraz na přímou práci s klienty	11	„přímá práce s lidmi“

Tabulka A.2: Osobní postoje

Téma	Souřadnice	Citace
Osobní angažovanost	79, 86	„kvitujeme ty rodiny, které využívají co ten hospic nabízí“ „mám radost, když ty rodiny [...] pochopí, co se jim nabízí“
Chtění aby byly rodiny spolu	93	„když je tam rodina přítomná, tak se můžou [...] intenzivně věnovat sami sobě“
Očekávání, že starý člověk bude připravený na smrt	115-116	„velmi vysokého věku překročil devadesátku“
Tým - pozitivní hodnocení	140, 191	„na té komunikační úrovni v hospici jsme všichni velmi zdatní“ „v rámci multidisciplinárního týmu“
Identifikace s týmem	19	„nepodařilo se nám v rámci multidisciplinárního týmu“
Důraz na vztah s klientem, identifikace s klientem	230-231, 352-355	„vytváříme si vztahy k těm našim klientům“  „to jsou pro nás velmi těžké okamžiky, v první řadě pro toho člověka, ale tím, že s těmi lidmi žijeme intenzivně, tak pro nás taky“
Smysl v práci	11	„smysluplnější [...] je přímá práce s lidmi“
Osobní angažovanost	279	„že si to beru opravdu osobně“
Pochybnosti zda je nutné s pacienty hýbat (mezi zařízeními)	297-299, 371-373	„to se potom tážeme, jestli je vhodné s těmi lidmi takto manipulovat“
V nemocnici není prostor pro člověka	448-450	„ten provoz nemocniční je co se týká nějaké časové dotace na pacienta, jsou tam větší nároky“
Seberozvoj, sebenaplnění	545	„to je jeden ze zásadních důvodů, proč dělám tuto práci“

Tabulka A.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	Souřadnice	Citace
Nejde změnit	164	„dobře věděl, že to nejde změnit“
Lítost	272	„co je mu líto“
Vina z předchozích vztahů s blízkými	156-158	„že by se víc věnoval rodině“
Klient se zotavil a má problém	343-351	„neměl kam jít“
Vina z nenaplněného slibu péče	458-463	„tam pocítuji vinu, že nesplnili to přání“
Součást přirozeného procesu	464-467	„se ty pocity viny objevují, ať už u toho nemocného, ať už u těch rodinných příslušníků“

Tabulka A.4: Podporující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Víra	43	„provázíme na mši do naší kaple“
Prostředí hospicu	30-33, 41-50	
Rodina - jako podpora	63-63, 311-318	„velmi to kvitujeme ty rodiny“
Kultura rodiny	468	„záleží na nějaké kultuře rodiny“

Tabulka A.5: Znesnadňující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Rodina - neúčast	75	„nedochází nikdo z rodinných příslušníků, byť by je třeba měli“
Rychlost procesu, čas	258-262	„hůř jsou na tom lidé [...], kdy se na něco náhodou přišlo a už to nebylo řešitelné“
Šok, krize	263-265	„v tom čase, než se dostal k nám neměl prostor si vyřešit spoustu věcí“

Tabulka A.6: Intervence / techniky

Téma	Souřadnice	Citace
Podpora v procesu zpracování	483	„takže tam se s tím dá hezky pracovat za tady této podpory“
Rozhovor na pozitivní téma	125-126	„si prostě povídáme na témata, o kterých víme, že jsou jejich“
Flexibilita týmu	141-143	„každý máme nějaké dary“
Komunikace, informace	430	„aby lékař to vykomunikoval“
Rituál Dořít	508	„Chtěl bych ti ještě říci“



Tabulka A.7: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Neschopnost pomoci - bezmoc	148, 179-182	169-170, „tady prostě nepochodil vůbec nikdo“
Rozpor vztah s klientem x vytížení jinou prací	225-228	„odmítal jakoukoli pomoc v léčbě bolesti“ „nakolik je oddělení plné“
Neschopnost pomoci - bezmoc vůči systému	280-289	„pojišťovna již další jeho pobyt u nás nechce hradit“
Obvinění jiné instituce - reflexe	444-448	„nechceme někoho vinit, protože nevíme jaká byla situace“

Tabulka A.8: Podporující aspekty - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Rituály	502	
Tým jako podpora	383	„Takovou první záchrannou linií jsme si sami sobě v týmu“
Psychohygiena, sebedpěče	394-398	„Každý každý má nějaké ty svoje mechanismy“

Tabulka A.9: Obviňování - zdroje

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování často	416	„To se stává celkem často“
Součást diagnózy	416	„Stává se to u pacientů, kteří jsou dementní“
Očekávání úzdravné medicíny	420-422, 425-426	„nejsou dobře informováni, do jakého zařízení jsou odesláni“ „rodina si myslela, že začneme rehabilitovat“
Nedostatečná informovanost	450-451	„nedostatečné informovanosti o tom, do jakého zařízení přichází“

Tabulka A.10: Obviňování - předmět

Téma	Souřadnice	Citace
Obvinění systému	357	„přijde mi to jako systémová chyba“
Opiáty	418	„nasadí léčba opiáty a ten organismus na to zareaguje nějak dramaticky“
Hospic přináší smrt	426-429	„si to spojí s tím, že se ocitli u nás v hospici“
Nedostatečná/zanedbaná péče	425, 435-437	„jsme obviňováni z nedostatečné péče“ „je to časté“
Obvinění jiné instituce	441-443	„odesílající lékař ne úplně dobře splnil svoji úlohu v povinnosti informovat“
Systém degraduje naši péči	302-309	„to osobní nasazení, každého z nás“

Tabulka A.11: Způsoby odreagování - negativní

Téma	Souřadnice	Citace
Negativismus	133-139	„vždycky za tím měl to negativní: A to už skončilo.“

Tabulka A.12: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	Souřadnice	Citace
Pokání	176	„dal za cíl, že se do konce svého života musí protrpět“
Zpracování	258, 494	„aby i s tím pocitem viny, pokud mají potřebu pracovat, pracovat mohli“

## A.3 Tabulky témat rozhovoru B

Tabulka B.1: Vlastní role

Téma	Souřadnice	Citace
Komunikace s klienty	8	„mluvím s klientama, zodpovídám otázky“
Kontakt s vnějším světem	8	„kontakt s vnějším světem“
Předvoj, příprava	8	„zodpovídám otázky při příjmu“
Kouření/alkohol	13, 15	„nakupuju pivo“ „kupuju i cigarety“
Praxe, zkušenosti	221-222	„stavim na praxi“

Tabulka B.2: Osobní postoje

Téma	Souřadnice	Citace
Pocity viny neprožívá	145	„pocity viny. Ne, nemám pocit, ne.“
Rezignace x přijetí	101-103, 154	„to není rezignace, to je prostě přijetí“
Smrt x naděje	187-188	„ne nějaký dům smrti, ale spíš dům naděje“
Úzdravná vs. Paliativní medicína	21-23	„proč mu to nezakážete? Tady je to jedno, ať si užije“ „prostě jsme v hospicu“
Spokojenost z dobré práce	284	„jsem vlastně byl spokojenej taky“
Velký provoz, pacienti splývají	33, 129	„za poslední měsíc odešli, zemřeli pouze tři klienti, velmi nestandardní“

Tabulka B.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	Souřadnice	Citace
Vina ze skandálního postoje	260	„pro ni byla největší hrůza, že on ji přežije“
Marný boj	107-115	„cpali do něj pořád nějaký čínský houby“
Hranice boje x přijetí	113-115	„ono je fajn bojovat [...] určit tu hranici [...] mělo nastoupit to smíření“
vina za předchozí činy nebo nečinnost	116, 119-120	„jako co jsem udělal špatného“
Vina za svůj stav	120-122	„nějaká neřest“
Vina z předchozích vztahů s blízkými	50-82	„ráda potkala s dcerou, ale že tam nemá moc dobrý vztahy“

Tabulka B.4: Podporující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Víra	26	„že už ho nic nebolí, že je mu líp“
Rituály	330-333	„je důležitý i nějaký rituál“

Tabulka B.5: Znesnadňující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Neblahá očekávání	68	„že se na ten rozhovor netěšf“
Odpor	208	„Ve chvíli, kdy jsem zlostnej a zabejčenej, tak se s tím nikdy nesmfřím“
Srmt a umírání je tabu	232	„téma umírání a smrti prostě není sexy“
Strach	67, 72, 166	„už se tolik nebála“

Tabulka B.6: Intervence / techniky

Téma	Souřadnice	Citace
Podpora ze strany pracovníka	74	„já jsem jí nabídl [...], že sem v těch osm večír přijedu“
Osobní / profesní hranice	196	„člověk musí bouchnout i tady: A dost, takhle ne“
Naslouchání	282	„jsme si další hodinu apůl povídali“
Provázení	282	„jsme si další hodinu a půl povídali“
Vysvětlování	197, 202	„pojdme si to vysvětlit“
Profesionální odstup	198, 202	„neútočej na mě“

Tabulka B.7: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Neschopnost lépe pomoci	37	„A já říkám: Co mám dělat?“
Vina v osobním vs profesním životě	125-128	„V práci ne, ve škole, že jsem se nenaučil“
Bezmoc	140-141	„to nemůžu nic dělat?“
Blízký vztah -> strach x smíření	165-166	„když bych tady měl potom někoho z rodiny [...], toho se trochu bojím“
Vina ze skandálního postoje	291-291, 295	„to není, že bych jako přál smrt, ale říkám si, když některý lidi na tu smrt čekaj a chtěj a já to chápu“

Tabulka B.8: Podporující aspekty - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Psychohygienu, sebedpěče	224	„zajdu do přírody nebo na čajovnu“
Ventilace	229	„se s tím vypisuju na Facebooku“
Supervize	240	„pro mě ta supervize, že bych chodil někde, to není“
Tým jako podpora	242	„mám možnost s paní primářkou, nebo s panem kaplanem“
Víra	223, 288, 289, 334	„určitě víra“
Sdílení v rodině, soukromých vztazích	244-245	„a mám kamarádku psychiatra“

Tabulka B.9: Obviňování - zdroje

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování ano	170	„jo, ano“
Zlost, nepřijetí, agrese	208	„když jsem prostě zlostnej“
Očekávání úzdravné medicíny	173-176, 179, 201	„sem člověk nejde do lázní“
Obviňování jako součást procesu smíření	177-178, 201	„nějaký nezpracovaný emoce“

Tabulka B.10: Obviňování - předmět

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování za smrt nemocného	173	„Vy jste mi zabili maminku“
Stížnosti na způsob péče	316, 308	„když někdo říká, že ho doktor neléčí“

Tabulka B.11: Způsoby odreagování - negativní

Téma	Souřadnice	Citace
Zlost, nepřijetí, agrese	99, 177, 216	„je to o zlosti, o nějaký fázi vyrovnání se smrtí“

Tabulka B.12: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	Souřadnice	Citace
Smíření	161, 163, 186	„já to беру, že to patří k životu“
Zpracování	207-208	„musej se zpracovat“
Nebabrat se v tom - přijetí	324, 328-329	„nebabrat se v tom“
Úleva	77, 96, 284	„jí se strašně ulevilo“
Dokončení	78-82	„Já jsem mámě řekla, co jsem potřebovala říct.“

## A.4 Tabulky témat rozhovoru C

Tabulka C.1: Vlastní role

Téma	Souřadnice	Citace
Osobní zkušenost	39-39	„prošla jsem svojí hlubokou zkušeností osobní“
Přímá péče	6	„přímou péči v rodinách“
Poradna pro pozůstalé	7	„v poradně pro pozůstalé“
Provázení	8	„doprovázím rodiny“
Předvoj, příprava	10, 15	„fungujeme jako takový předvoj“ „seznamujeme rodinu s tím, co domácí péče obnáší“
Psychosociální podpora	23, 26	„pomáháme v rámci psychosociální podpory“ „je to o dlouhých podpůrných rozhovorech“
Ventilace	26, 194-195	„ventilace emocí“ „někdy stačí rozhovor [...], vyventilujou se“
Orientace v systému	31	„pomáháme zorientovat se v tom systému sociálním“

Tabulka C.2: Osobní postoje

Téma	Souřadnice	Citace
Smysl v práci	47	„mně to prostě dává obrovskéj smysl ta práce“
Osobní angažovanost	48	„měla jsem potřebu předat ty zkušenosti dál“
Identifikace s klientem	246	„to si hodně na sebe převádím“
Mladý, starý	493-498	„máme poslední dobou mladý ročníky“
Nezvyklé téma	287-291, 534	„zajímavý téma [...] že mě to takhle vůbec nenapadlo nikdy“

Tabulka C.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	Souřadnice	Citace
Rozpor představy x realita	17-19	„často zjišťujuj, že se rozcházejí představy od té reality“ „rodina se rozmyslí“
Jsem zátěž pro nejbližší	64-65	„má pocit viny s tím, že zatěžuje tou péčí o něj ty nejbližší“
Rozpor jsem zátěž x chci zůstat doma	64-70	
Děti nechtějí nebo nemůžou pečovat (kvůli práci)	76	„nechtějí nebo nemůžou opustit práci“
Vina z toho, že jsme něco nestihli	96-114	„všechno měli dělat dřív“
Selhání	136-145	„v uvozovkách selhání [...], že ty nervy nevydrží [...] pečující zavolá záchrannou službu“
Výčitky, že to nezvládli	148	„jou pak velké výčitky, že to nezvládli“
Vina z předchozích vztahů s blízkými	187-190	„z toho předchozího života a začnou tam vyplouvat ty kostlivci“
Zloba	196, 408, 454	„někdy se strašně i zlobí na toho člověka“ „rodina se zlobí a i ty sestřičky se zloběj“

Tabulka C.4: Znesnadňující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Psycholog je stigma	127-129	„tam je pořád nějaká nálepka, prostě slyší psycholog a: Ne tak to určitě nepotřebuju“
Nečinnost je náročná	157	„je to ohromná nečinnost v tu chvíli, že nemůžou nic dělat“
Rychlost procesu, čas	180-182	„o tom, kdy se dověděli diagnózu, jak dlouho měli čas se s tím vším smířit“
Šok, krize	182-183	„jde to ráz na ráz a pak je dramatičtější ten závěr“
Vtíravost	261, 268	„Jinak se mi to hodně vrací“ „když se mi ty myšlenky hodně vrací“
Nebezpečí vyhoření	275, 488-489	„aby nedošlo k vyhoření, což je tady hodně častý“

Tabulka C.5: Intervence / techniky

Téma	Souřadnice	Citace
Normalizace	116	„my se to snažíme normalizovat“
Neprohlubování	119	„neprohlubovat ten pocit viny“

Tabulka C.6: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Paradoxní směr uvažování o vině	204-211	„prožívám všechno možné, a pocit viny. . .“
Vina v osobním vs profesním životě	521-521	„v tom osobním životě mnohem víc než v profesním to mám“
Vina v profesním - nezamýšlela jsem se nad tím, ale mám	536-543	„ani jsem se popravdě nezamýšlela nad tím“
Nemůžu pomoci - pravidla, kapacita	216-217, 231	„kdy nemůžem tu rodinu vzít z jakéhokoliv důvodu do péče“ „člověk chce pomoci a vlastně nemůže“
Výčitky - udělala jsem dost?	226-227	„jestli jsem neměla víc mluvit s tím synem“

Tabulka C.7: Podporující aspekty - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Ventilace	254	„že si to spolu vyventilujem proberem“
Podpora v týmu	253-257, 354-357, 391-391	„teď si toho velice považuju“
Ujištění v týmu	258-259	„hezky si sdělíme ty informace“ „aby sem vod nich slyšela jednou dvakrát: všechno je v pohodě, takhle to máme nastavený“
Psychohygiena, sebek péče	263-267	„psychohygiena“
Sdílení v rodině, soukromých vztazích	278-284	„sdílení v rámci rodiny“
Potřeba obhajování, ujištění vlastní odbornosti	431-435	„potřebu obhajování, jestli nedělám něco špatně“
Rituály	507	„těch svých rituálů“

Tabulka C.8: Obviňování - zdroje

Téma	Souřadnice	Citace
Profesionálové si nenechaj říct	463-465	„ty profesionálové si nenechaj říct“
Obviňování	296	„Jo. Vím, že se to stalo sestřičkám“
Obviňování ze strany nemocných NE	320	„jsem se s tím nikdy nesetkala ze strany toho nemocného“
Obviňování v týmu - může vést k rozpadu týmu	347-353	„kdyby to pokračovalo delší dobu, kolegové by odcházel“
Obviňování mezi profesionály - organizacemi	363-366, 400-400	„přišla nějaká výtka a obviňování přes různé profesionální věci od sestřičky z jiný organizace“ „taková nejvíc zatěžující“
Vnitřní nepřijetí	304	„tam bylo vnitřní nepřijetí smrti“
Vyhoření - už přítomné	343	„syndrom vyhoření je jasnej“
Popření	343	„ona si to nechtěla hodně přiznat“
Potřeba si ulevit	397	„potřebovali ulevit před tou sestřičkou“
Očekávání úzdravné medicíny	404-410, 438-449	423, „že my chceme dělat nějakou práci, která není možná“
Profesní konkurence	412	„i třeba komunikace hospic - praktik“
Přehazování odpovědnosti - mezi prof.	454-454	„chtěj už přehodit tu péči [...] na nás“

Tabulka C.9: Obviňování - předmět

Téma	Souřadnice	Citace
Hospic přináší smrt	300	„že když je viděli přijíždět, že tam jede smrtka“
Otáčení nepřijetí vůči zařízením/personálu	304-305	„bylo to otáčený proti sestřičkám“
Obviňování v týmu	328-336	„minulý rok tady byla jedna sestřička, která velice narušovala tým“ „je těžký pracovat, když musíte svoji práci hájit i před kolegy“



Tabulka C.10: Způsoby odreagování - negativní

Téma	Souřadnice	Citace
Popření	103	„ty lidi o tom tak moc nechtějí přemýšlet“
Úleva když vidím sanitku	151	„v tu chvíli byla úleva, že viděj tu sanitku“
Neúnosnost	523-524	„je neúnosný, když to člověk v sobě nezpracuje“

Tabulka C.11: Způsoby odreagování - neutrální

Téma	Souřadnice	Citace
Vysvětlování/obhajování	87-88	„složitě vysvětlujou mamince, že by chtěli, ale že přece ví, že to nejde“
Potřeba akce	173	„potřebujou tu akci strašně“
Obahojoba	373-374	„jemně vysvětleno, diplomaticky a vždycky ošetřeno“

Tabulka C.12: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	Souřadnice	Citace
Náprava	391-392	„znova zavolám rodině, znova všechno vysvětlím“
Smíření	157	„nečinnost - o tom to je“
Zpracování	477-481, 486	„že to nenechám jakoby projít, že s tím pracuju nějakým způsobem vědomě“ „pracovat s tím je zásadní“

## A.5 Tabulky témat rozhovoru D

Tabulka D.1: Vlastní role

Téma	Souřadnice	Citace
Opora / podpora	5, 11, 14	„jsem oporou pro ty sestřičky“ „můžu být holkám oporou a pro ty pacienty“
Zkušenosti	12	„mám zkušenosti“
Osobní zkušenost	13	„jsem si hodně toho prožila“
Práce mimo pracovní dobu	258	„i když jsem neměla pohotovost“
Důraz na přímou práci s klienty	24	„mně je s nima hrozně dobře“
Komunikace s klienty	30, 193	„mě baví hrozně ta komunikace“

Tabulka D.2: Osobní postoje

Téma	Souřadnice	Citace
Důraz na vztah s klientem, identifikace s klientem	19, 33, 197	„už máme navázané nějaké vztah“  „jsem jako součástí té rodiny“ „zůstanou v srdci už navždy“
Radost z práce	24	„Radost. Mně je s nima fakt hrozně dobře“
Nezvyklé téma	270-271	„takový fakt jako téma takový úplně se těším“
Smrt mladého hodného člověka je nefér	225-230	„pokud je Bůh, tak jak to, že dopustí, že umírají děti a ty mladý?“
Osobní angažovanost	25	„napojit na tu rodinu“
Napojení	25	„napojit na tu rodinu“
Identifikace s týmem	6	„já nás beru jako jeden tým“

Tabulka D.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	Souřadnice	Citace
Vina z předchozích vztahů s blízkými	43, 68	„Něco se stalo, třeba, mezi tou rodinou“
Vina ze skandálního postoje / Vina z úlevy	46	„že ta smrt jim přinese úlevu“
vina z toho, že čerpám péči ač jsem neměl dobrý vztah	54-55	„nebyli na tu rodinu za života příjemný“
Vystavuju rodinu stresu - záteží, jsem přítěží	59, 69	„že je vystavuju nějakým stresu toho, že oni umírají“
Obava, že nedělám dost	41	„pocity viny, že se dostatečně nepodílejí na té péči“

Tabulka D.4: Podporující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Podpora nejbližších	186	„a koho má vedle sebe“

Tabulka D.5: Znesnadňující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Vzájemná ochrana nemocný - pečující	62-65	„umírající by o ní [o smrti] mluvit chěl ale chrání tu svoji pečující dceru a ta zase naopak“

Tabulka D.6: Intervence / techniky

Téma	Souřadnice	Citace
Normalizace	49	„vždycky říkám [...] že je to prostě normální“
Naslouchání	77, 19	„Já jim naslouchám“
Vedení ke zpracování	112-115	„aby to tam nezůstalo pro toho člověka“
Nevzbuzovat falešná očekávání	158-160, 173-174	„aby říkaly, že se to může stát kdykoli“

Tabulka D.7: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Rozpor přímá práce vs. Administrativa	20	„dostává mě to do nějakýho stresu“
Zpochybnění vlastních kompetence	83	„Mohla jsem udělat něco jinak“
Neschopnost osobně pomoci	84	„jsem blbá“ „posílám sestřičku a vím, že ta rodina by chtěla spíš mě“
Vina z pocitu vlastní nedostatečnosti	211-212, 236, 240	„bych měla být dostatečně zralá“
Strach z budoucího selhání	225-227	„neumím to úplně uchopit“ „že jsem si to úplně nezpracovala“
Srovnávání sebe s někým možná lepším	250	„já se toho strašně bojím“ „působí tak, že to tam maj zpracovaný“
Vina vůči osobním vztahům	253-254, 258-260	„neuměla jsem to oddělit od soukromýho života“

Tabulka D.8: Podporující aspekty - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Ubezpečování	154	„člověk se ubezpečuje, jestli všechno proběhlo [v pořádku]“
Zpracování	87	„Zpracuju to, normálně si to přeříkám.“
Supervize	88	„jsou dobrý pak ty supervize“
Tým jako podpora	89-92, 152-154, 262	„ta jejich zpětná vazba“ „všichni si to říkáme dohromady“
Sdílení v rodině, soukromých vztazích	265	„můj muž si pamatuje některý případy“

Tabulka D.9: Obviňování - zdroje

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování ano	97	„obviňuje vás, jako ten tým“
Nezpracovaný smutek	100	„je to takovej ten nezpracovanej smutek“
Zlost, ventilace směrem k pracovníkům	111	„jsou rozzlobení“
Hospic je stigma	140	„ať neříkáme, že jsme hospic“
Změna léčby	134-137	„že jim vysadí anopyrin a ten byl přece pro ně strašně důležitéj“
Nenaplněná očekávání	177	„on umřel a já jsem ho za ruku nedržela“

Tabulka D.10: Obviňování - předmět

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování ze špatné péče	97-98, 134-137	„že jste dali hodně opiátů“
Opiáty jsou stigma	101	„doteď je tam stigma“
Obviňování za smrt nemocného	104-105, 120	„přijeli, nadopovali a on teď umřel“

Tabulka D.11: Způsoby odreagování - negativní

Téma	Souřadnice	Citace
Zlost	120	„nejdřív se zlobila na nás, pak na ten podnik“

Tabulka D.12: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	Souřadnice	Citace
Zpracování	184	„záleží, jak se ta vina jako zpracuje“
Smíření	185	„aby došlo k tomu smíření“

## A.6 Tabulky témat rozhovoru E

Tabulka E.1: Vlastní role

Téma	Souřadnice	Citace
Klientem je celá rodina	9	„klientem je celá ta rodina“
Baví přímá práce s klienty	12	„přímá práce s těma našima lidma“
Osobní zkušenost	17, 46	„přes osobní zkušenost“
Komunikace s klienty	25	„líp se cejtím v tý komunikační roli“
Zkušenost	27, 46	„benefit vlastní zkušeností“
Větší náhled na proces	30	„mám větší náhled na proces toho umírání“
Neobává se zdravotních věcí	34	„takovýho toho fyzickýho [...] se neobávám“
Pomoc	43	„můžu někomu pomoci“
Porozumění	43	„rozumím tomu, co dělám“
Vcítění	44	„umím se vcítit“
Nebezpečí vyhoření	49, 52	„že mi to třeba zase nějak nepřeválcuje“ „práce je hodně emocionálně náročná“
Práce mimo pracovní dobu	54-56	„nad rámec pracovní doby“

Tabulka E.2: Osobní postoje

Téma	Souřadnice	Citace
Úzdravná vs. Paliativní medicína	100-105, 303-304	„Proč to zdravotnictví ty lidi drží v takový marný naději?“
V nemocnici není prostor pro člověka	202, 323-323	„v nemocnici není větší prostor komunikaci, co ten člověk chce“
Očekávání, že starý člověk bude připravený na smrt	210-217	„někomu je 82 a není smířenej s tou smrtí“
Mladý člověk tu potřebuje být kvůli dětem	214-216	„potřebujou tady bejt kvůli dětem“
Usilování o život x chuť vzdát	218-221	„není tam ta chuť ten život vzdát“
Možnost volby	331	„aby měl možnost volby“
Je smrt součástí života, nebo ne?	332-333	„jestli ta smrt je součástí toho života nebo ne“
Osobní angažovanost	60, 166	„člověka to spolkně“
Směřování k bližší komunikaci	64	„ráda [bych se] ještě věnovala [...] psychický podpoře“
Smysl v práci	41	„mně hlavně přináší smysl“

Tabulka E.3: Zdroje pocitů - klienti

Téma	Souřadnice	Citace
Vina za svůj stav	83	„že se tolik uštvali v práci“ „nevěnovali se sami sobě“
Vina z předchozích vztahů s blízkými	86, 89-90	„nebyly třeba ideální vztahy s těma blízkějma“  „najednou jsou sami“
Lítost ze zbytečné léčby	98-99	„lítou toho, že se dlouho zbytečně léčili“
Obava abych dobře pečoval / Obava z nedostatečnosti	106-109	„obava, aby dokázali pečovat“
Vystavuju rodinu stresu - zá- těži, jsem přítěží	111	„aby nezatížil tu rodinu“
Stud za fyzický stav / nemo- hounost	113-115	„Přebalování a intimní věci nejsou pro rodiče vs. pečující dítě úplně příjemný“
Neschopnost předvídat	143-144	„nedá se to [...] odhadnout ten vývoj“
Úzdravná vs. Paliativní medi- cína	190-192	„kde by se upustilo od věcí, který nakonec byly nepříjemný“
Obavy z paliativní medicíny	197-198	„a ty obavy z toho přestupu do paliativní péče“
Lítost	234-237	„je mu to líto“
Bezmoc vůči systému	259-263	„už se mi ji nepodařilo dostat zpátky“
Falešná naděje	304	„drží v takový marný naději“

Tabulka E.4: Podporující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Překvapení přínosem palia- tivní medicíny	203-204	„jsou ty lidi překvapený tím přínosem“
Smrt je milosrdná	271-276	„smrt je milosrdná v tom, že to vypíná všechno postupně“

Tabulka E.5: Znesnadňující aspekty

Téma	Souřadnice	Citace
Nesmíření s konečností	207-208	„nejsme tady smířený s konečností“
Neschopnost pustit	279-284	„že se něčím trápili a neuměli to pustit“
Nepřijetí pomoci	284-287	„veškerou vlídnost a podporu nepřijali“
Čas - co se stihne, nestihne	319-320	„už se tam spoustu věcí nestihne“

Tabulka E.6: Intervence / techniky

Téma	Souřadnice	Citace
Naslouchání	136, 291-292	„vyslechne a nehodnotí“
Validace aktuální situace	140-141	„teď je situace tady a teď [...] a v tý [...] nese- lhávají“
Provázení	293-294	„jsme takový průvodčí“

Tabulka E.7: Zdroje pocitů - pracovníci

Téma	Souřadnice	Citace
Rozpor přímá práce vs. Administrativa	13-15, 126-127	„spoustu tý práce mi zaberou papíry“
Přehodnocení vlastního postoje ke vztahům	90-92	„v rámci tý svý rodiny přehodnotit některý věci“
Neschopnost lépe pomoci	121-122	„nemám tolik času do tý rodiny se opakovaně vracet“
Nedostatek času na blízký vztah	123-125	„víc s nima bejt v tom sdílení situace“
Vina vůči osobním vztahům	161-169	„rodina [...] potřebuje, abych byla víc s nima“ „pocit viny z toho, že se ze mě stává jiná ženská“

Tabulka E.8: Obviňování - zdroje

Téma	Souřadnice	Citace
Obviňování ano	184	„maj to tam taky“
Obviňování jako součást procesu smíření	153-154, 242	„je to takovej přirozenej proces“
Obviňování jako žádost o validaci	154-156	„tím, že to vyřknou možná chtěj nějaký ujištění [...], že neselhal“
Očekávání úzdravné medicíny	187-188	„že to vzdal ten systém“
Zlost, nepřijetí, agrese	246-247	„že se ten člověk zlobí“
Podezření na nečisté úmysly	313-314	„Jestli ten onkolog vopravdu vidí smysl v tý léčbě, nebo je to proto, že se to tomu zdravotnictví [finančně] vyplatí“

Tabulka E.9: Obviňování - předmět

Téma	Souřadnice	Citace
Zdravotní systém selhal	185-186	„zdravotní systém [...] vnímaj [...] najednou nenabízí nic“

Tabulka E.10: Způsoby odreagování - negativní

Téma	Souřadnice	Citace
Sebetřýzeň	146	„nemaj se za co takhle trýznit“
Hledání viníků	151-153	„hledání těch viníků“

Tabulka E.11: Způsoby odreagování - pozitivní

Téma	Souřadnice	Citace
Ventilace	139-140, 248, 264	„dát jim prostor to říct“
Vykoupení péčí	268-270	„umožněj tomu člověku zemřít doma a že to dokážou, tak je to osvobodí“

# Příloha B

## Vzor informovaného souhlasu



## Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce Fenomén viny v sociální práci s umírajícími a pozůstalými

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Jiřího Luňáčka s názvem Fenomén viny v sociální práci s umírajícími a pozůstalými. Výzkum je prováděn se sociálními pracovníky a ošetřovateli v sociálních službách pro umírající a pozůstalé. Cílem výzkumu je prozkoumat roli fenoménu viny v sociální práci s umírajícími a pozůstalými. Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor trvat a jaký bude mít průběh.
- Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů zcela odmítnout účast na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový (případně obrazový) záznam rozhovoru bude sloužit výhradně pro pořízení doslovného anonymizovaného přepisu a nebude poskytnut třetím stranám. Po pořízení přepisu bude vymazán.
- Přepis rozhovoru bude přístupný pouze komisi u obhajoby bakalářské práce jako neveřejná příloha této práce.
- V rámci výzkumné části textu bakalářské práce budou citovány části rozhovoru. Citované části budou stejně jako text bakalářské práce veřejně přístupné v knihovně PVŠPS a online.
- Pokud v rámci rozhovoru zmíním jména organizací či dalších osob, nebo jiné údaje, které by mohly vést k identifikaci dalších osob, budou tyto také anonymizovány.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby či dalších osob a organizací.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumník použil rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní citoval za výše uvedených podmínek.

Jméno a příjmení:

V ..... dne .....

Výzkumník: Jiří Luňáček

V ..... dne .....

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Jiří Luňáček

Studijní program: B6731

Název práce: Fenomén viny v sociální práci s umírajícími a pozůstalými

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 29 772

Ostatní text: 90 113

Celkový počet znaků: 119 885

Počet pramenů a literatury: 29

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: bp\_lunacek\_2024\_fenomen\_viny\_public.pdf