

Znalost veřejnosti o možnostech využití psychoterapie v paliativní péči.

Psychoterapie u nemocných s nádorovým chronickým onemocněním.

Markéta Vystavělová



1. KRATOCHVÍL, S. Základy péče o nemocné, 5. vyd., Praha, 2005, 284 s., ISBN 80-7367-122-0.

2. THEOVÁ, A. M. Palliativní péče a humanitární právo: Soubor odborné literatury – Barrister & Právník, X/98, 284 s., ISSN 178-29-8702y-24-4.

3. VYMĚTAL, J. Umělecké dílo, 2. vyd., Praha, 2007, 284 s., ISBN 80-7367-122-0.

4. SLÁMA, J. Umělecké dílo, 2. vyd., Praha, 2007, 282 s., ISBN 80-7367-122-0.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta VYSTAVĚLOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Znalost veřejnosti o možnostech využití psychoterapie v paliativní péči.**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michal Perník

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

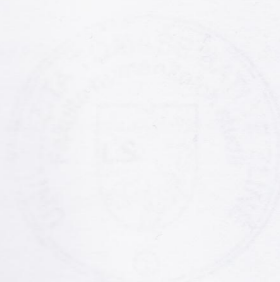
- 1. Shromáždění a prostudování odborné literatury pro teoretickou část práce**
- 2. Stanovení cílů a formulace hypotéz**

Praktická část:

- 3. Příprava metodologického výzkumu**
- 4. Zpracování výzkumu včetně jeho výzkumných technik**
- 5. Provedení výzkumu**
- 6. Vyhodnocení výsledků výzkumu**
- 7. Shrnutí výsledků výzkumu a stanovení odpovídajících závěrů**

Va Zlíně dne 4. února 2010

prof. PhDr. Vladimír Švec, CSc.



Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. KRATOCHVÍL S. Základy psychoterapie. 5. vyd. Portál, 2005. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

2. THEOVÁ, A. M. Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu — Barrister & Principal, 2008. 284 s. ISBN 978-80-87029-24-4.

3. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

4. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. Paliativní medicína pro praxi 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 9788072625055.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michal Pernička

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.



Mgr. Jitka Laholová

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně

Markéta Vysoká
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRACT

The theoretical part of my bachelor thesis Psychotherapy in palliative care is dealing with psychotherapy, palliative care and logotherapy. The practical part is based on questionnaire investigation focusing on general public. The results of my research are recorded in tables and graphs.

Keywords: psychotherapy, palliative care, existential therapy, dying, life, care, reason

ABSTRAKT

Má bakalářská práce Psychoterapie v paliativní péči v teoretické části řeší pojmy jako paliativní péče, psychoterapie, logoterapie. Praktická část je realizovaná pomocí dotazníkového šetření, které se zaměřuje na širokou veřejnost. Výsledky mého výzkumu jsou zaznamenány pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: psychoterapie, paliativní péče, logoterapie, existenciální terapie, smrt, život, péče, smysl

ABSTRACT

The theoretical part of my bachelor thesis Psychotherapy in palliative care is dealing with psychotherapy, palliative care and logotherapy. The practical part is based on questionnaire investigation focusing on general public. The results of my research are recorded in tables and graphs.

Keywords: psychotherapy, palliative care, existential therapy, dying, life, care, reason

Chtěla bych poděkovat Mgr. Michalu Perničkovi za odborné vedení mé práce, cenné rady a pomoc, kterou mi poskytl při vedení této práce. Poděkování patří také mému příteli, který byl trpělivý a shovívavý při psaní práce a v průběhu studia. Dík patří v neposlední řadě taky rodině a přátelům.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Člověk je připraven a ochoten přijmout jakékoliv utrpení, jakmile a dokud je schopen v něm vidět nějaký smysl.“

V. Frankl

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE POJMU PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1.1 Rozdělení paliativní péče	13
1.2 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE.....	13
1.3 DĚJINY POJMŮ HOSPIC A PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.4 SOUČASNOST HOSPICOVÉ PÉČE V ČR	15
1.5 ETICKÉ OTÁZKY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	15
2 UMÍRÁNÍ	17
2.1 DEFINICE UMÍRÁNÍ	17
2.2 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	17
2.2.1 1.fáze-ŠOK.....	19
2.2.2 2. fáze- ZLOBA	19
2.2.3 3. fáze-VYJEDNÁVÁNÍ	19
2.2.4 4. fáze-DEPRESE	19
2.2.5 5. fáze-SOUHLAS	20
2.3 NADĚJE UMÍRAJÍCÍCH	20
2.4 BOLEST A UTRPENÍ V KONEČNÉ (TERMINÁLNÍ FÁZI)	21
2.5 ŽÍT SMYSLUPLNĚ?	22
2.6 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	23
3 SMRT	24
3.1.1 Úzkost ze smrti.....	24
4 PSYCHOTERAPIE	25
3.2 PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI	26
3.2.1 Kognitivní psychoterapie	26
3.2.1.1 Racionálně-emoční terapie	26
3.2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie	26
3.2.2 Existenciální psychoterapie.....	27
3.2.2.1 Daseinanalýza	28
3.2.2.2 Logoterapie	29
3.2.2.3 Religiozita V.Frankla.....	30
Existenciální frustrace.....	31
3.3 LÉČBA POMOCÍ LOGOTERAPIE	32
3.3.1 Metody logoterapie a existenciální analýzy	33
3.3.1.1 Dereflexe.....	33
3.3.1.2 Paradoxní intence.....	34
3.3.1.3 Noogení neuróza	34
3.3.1.4 Terapie realitou	35
3.4 FORMY LOGOTERAPIE.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	38

4.1	CÍLE VÝZKUMU	38
4.2	HYPOTÉZY.....	39
4.3	ROZDĚLENÍ POLOŽEK K OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	39
5	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
5.1	METODA PRÁCE.....	41
5.2	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	41
5.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	42
5.4	PILOTNÍ STUDIE	42
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA	43
7	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	67
8	DISKUZE	70
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	78
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM TABULEK.....	80
	SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Chronické onemocnění je velmi náročné, jak pro člověka samotného, tak pro jeho okolí a rodinu. Těžce zasahuje jeho psychickou stránku, je to pro něj stresující a navíc mu dává otázky o podstatě jeho vlastního bytí na světě. Pro hodně lidí je děsivé slyšet slovo „smrt“. Tomuto tématu se snaží celý svůj život vyhýbat, neboť právě ona představuje pro člověka neřešitelný problém a ztrátu podstaty celého bytí na světě. Lidé ve své životě stále zapomínají na smrt, snaží se každým dnem víc a víc žít. Stále si nalézají jistoty, jako je zaměstnání, peníze, láska, přátelství.... Avšak zjišťují, že nejsou trvalé. Přijdou o práci, opustí je partner a nejlepší přítel je podrazí. Právě smrt je jedinou jistotou, kterou máme v životě. Ne každý však počítá s tím, že i ona jednou přijde. Možná právě proto by celá paliativní péče měla vést k obnovení psychické pohody, posílení psychiky a zlepšení celkové kvality života. Velikost této psychické odezvy byla už kdysi dávno popsána paní Kubbler-Rossovou, ale ne vždy však probíhá podle jejího popisu a vlastně se stává patologickou. Všichni nemocní ať už v jakkoli těžké fázi svého onemocnění potřebují psychickou podporu a podržení, potřebují mít pocit, že je dál pro co žít. Právě tímto tématem „mít pro co žít“ se zabývá celá existenciální psychoterapie a logoterapie jako taková. Někteří pacienti jsou věřící, avšak psychoterapie nabízí možnost právě lidem, kteří nemají víru a snaží se nacházet jakýsi smysl. Někdy se sice říká, že když se člověk dostane do takové fáze, kdy je s nevyléčitelnou chorobou a ví o možné blížící se smrti, tak sám nalézá a zjišťuje skutečné hodnoty svého života. Někteří si však neumí s tímto faktem možné smrti poradit a potřebují odbornou pomoc, od toho je zde psychoterapie. Bohužel ne každý ji zná a ne každý se s ní setkal a nejméně lidí ví o tom, jak mohou tuto službu využít. Právě proto se celá má práce zabývá nastíněním celého pojmu psychoterapie v paliativní péči a je doplněna dotazníkovým šetřením u široké veřejnosti. Protože chronické onemocnění s nepříznivým podkladem může potkat člověka v kterémkoliv věku, je nutno se zaměřit na všechny věkové kategorie. Mým cílem bylo zjistit jak moc je veřejnost o tomto tématu informována. Proč teda zrovna toto téma? Proč zrovna psychoterapie v paliativní péči? Líbí se mi, že nenáboženskou a nenásilnou formou dává člověku smysl proč žít a nenabádá ho, aby sám hledal proč vznikají tyto situace, ale aby sám našel smysl a odpovídal sám, proč zrovna jedná tímto způsobem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE POJMU PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Jejím cílem je hlavně zmírnění bolesti a jiné další tělesné strádání a zachovat při tom pacientovu důstojnost a poskytnout i podporu pro jeho blízké. [22]

Nejčastěji používaná definice paliativní péče je dle WHO:

„ Paliativní medicína je celková léčba o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

WHO říká, že paliativní péče:

- neurychluje ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- začleňuje do péče pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině se vyrovnat s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Jak těmto lidem pomoci? Paliativní, neboli utěšující péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou- Cílovou skupinu u paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých nebo nevyлéčitelných stádiích nemoci (nádory, konečná stadia srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění typu demence...) avšak všichni pacienti se liší, mají jiné stadium onemocnění a jiný průběh a proto je k nim třeba přistupovat individuálně, a právě tím se zabývá celá paliativní péče. [22]

1.1.1 Rozdělení paliativní péče

Rozeznáváme 3 základní roviny paliativní péče:

1. Paliativní přístup (Základní péče)

Toto péči mohou poskytnout všichni zdravotníci, kteří se starají o pacienty s nevyléčitelným nebo život ohrožujícím onemocněním.

2. Specializované intervence (Specializovaná péče)

Jedná se o komplikovanou péči, poskytují ji specialisté (např. onkologové, radioterapeuti)

3. Paliativní péče poskytovaná specialisty

Poskytují ji lidé, kteří mají specializační vzdělání v péči o umírající a jejich rodiny.[8]

1.2 Definice hospicové péče

Nejvíce se zde hodí definice dle p. E.Kübbler–Rossové "Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně doma připravené polévky ho povzbudí, aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infuzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout. Ale stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči." [26]

Z definic institucí, organizací a autorit je zřejmé, že hospicová péče je orientována na vytvoření systému služeb a péče pro umírající nemocné a jejich blízké, které v maximální možné míře respektují individuální potřeby daného člověka, který je ve stadiu umírání. Kvalita života umírajících je spojena se zajištěním podmínek, které dovolí nemocnému prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a bez zbytečného utrpení. Je důležité si uvědomit, že každá pro nás všední činnost může být pro nemocného posledním prožitkem, proto je nutné vytvořit takové prostředí,

podmínky a klima, ve kterém mu umožníme naplno prožívat vše, co prožít chce a co může. Hospicová péče mění orientaci zdravotníků a dalších odborníků pečujících o nevléčitelně nemocné - z úsilí o vítězství nad nemocí nebo smrtí - na snahu o zkvalitnění života umírajícího a jeho blízkých. Kvalita života je v tomto smyslu měřitelná vlastní spokojeností nemocného, smířením a vyrovnáním se s přicházející smrtí. Vymezení časového horizontu prognózy života umírajících do 6 měsíců života je velmi relativní a diskutabilní. V domácí hospicové péči se často setkáváme s nemocnými, kterým bývá předepsána domácí hospicová péče z důvodu nevléčitelného onemocnění, doprovázeného těžkým stavem. Nemocní bývají propuštěni z nemocnic většinou na přání rodinných příslušníků, či blízkých, aby mohli doma v klidu zemřít. Ve svých domovech, za přítomnosti svých blízkých pak pookřejí a často díky kvalitní domácí péči přežívají mnohem déle než uvedených 6 měsíců. Očekávanou smrt lze s větší jistotou předpovědět pouze několik dnů před skutečným koncem života a ne v rozsahu zmíněných 6 měsíců. Proto je nutné časový horizont "do 6 měsíců" vnímat pouze orientačně a "s rezervou". Nicméně toto časové vymezení má význam z důvodu odlišení hospicové péče od dalších forem následné péče určené dlouhodobě nemocným pacientům. [26]

1.3 Dějiny pojmů hospic a paliativní péče

Pojem celostní péče nejen o „tělo“ ale i o „duši“ byl přítomen v medicíně po staletí. Již ve středověku vznikaly při kláštřích útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1874 společenství J.Garnierové (později C.Saunders) založilo v Paříži dům s názvem „hospic“, kde se pečovalo nevléčitelně nemocné. Právě po ní dostalo slovo „**hospic**“ název pro místo, kde jsou přijímáni lidé na konci svého života. V roce 1878 v Dublinu zakládá M.Aikenheadová společenství sestry lásky, jejichž hlavním posláním je doprovázení nemocných při umírání, postupně zde formulovala zásady lékařské péče umírajícím a nastiňuje také důležité myšlenky komunikace s těžce nemocným dle C.Rogerse a definovala také důležitost mírnění bolesti u vyléčitelně nemocných. V roce 1967 zakládá v Londýně hospic sv.Kryštofa, kde je celkově pečováno o bolest pacientů, bylo to považováno za počátek moderního hospicového hnutí. Velký rozvoj medicíny a jejích převratných vynálezů (antibiotika, transplantace, možnosti podpory vitálních funkcí) dal důvod k optimismu. Všechny názory byly shrnuty a medicína se začala domnívat, že s pacientem, který nelze vyléčit medikamenty „ již nelze nic dělat“. Jenže je tady vždycky něco, co můžeme udělat

bez ohledu na pacientův stav a právě to „ono“ je náplní **paliativní medicíny**. Na klasické nemocniční hospice začaly navazovat mobilní (domácí) hospicové péče a denní (docházkové) hospice, kladl se hlavně velký důraz na duchovní potřeby klientů. V roce 1975 založil Dr. Balfour Mount v Royal Victoria v Kanadě první oddělení paliativní péče. Vycházelo ze zásad hospicového hnutí, vznikaly paliativně hospitální týmy po nemocnicích v USA. Paliativní medicína byla uznána jako samostatný lékařský obor ve Velké Británii v roce 1986, v ČR v roce 2004. [6]

Hospicový program je definován NHPCO National Hospice and Palliative care Organisation (Národní organizace Hospicové a paliativní péče), jako: „Koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným multidisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.“ Avšak do této definice by taky měly patřit péče o nemocné v terminálním stadiu a principy paliativní péče.

1.4 Současnost hospicové péče v ČR

V současné době se v naší zemi hospicová péče rozšiřuje stále více. Lidé začínají chápat, že se jedná o velmi důležitou péči, avšak dnes, v době, kdy se stále urychluje stárnutí populace, a přibývá seniorů je množství hospiců v ČR nedostačující. [Viz. P3]

1.5 Etické otázky v paliativní péči

V rozhodování o závěru života nám nastávají určité etické otázky, jako je umírání a smrt, hodnoty člověka, názor na samotné utrpení, význam smrti člověka, místo jedince ve společnosti. Přestože nyní díky pokrokům v medicíně můžeme nemocné zcela zbavit fyzického utrpení, stále existují někteří, co mají nevyléčitelné symptomy ať už v příznakové nebo existenciální tísní. Péče o takto nemocné je velmi eticky citlivá. [8]

Mezi hlavní etické otázky patří:

- Utrpení

Je pro nemocného něco jako bolest nebo tíseň a souvisí s tím, že je u něj narušena jakási celistvost organismu. V paliativní péči je důležitá komplexní péče, která předchází a mírní

utrpení, kterým nemocný prochází. Samotné utrpení musíme odlišit od jiných příznaků, se kterými bývá spojováno, např. s bolestí.

Do příčin utrpení můžeme zařadit:

1. bolest
2. psychické problémy
3. různé fyzické symptomy
4. sociální potíže
5. kulturní faktory
6. spirituální starosti

Zmírňování utrpení patří mezi základní cíle paliativní péče. Důležité je prvořadě odstranění bolesti, jinak nemohou být další příčiny také úspěšně odstraněny. Pokud se neodstraní, mohou pacientovi nadále působit problémy. [14], [8]

2 UMÍRÁNÍ

„Strašný není samotný fakt, že někdo umírá, strašné je to, když to někdo popírá, když říká, že to není pravda, nebo že to tak nemá být. Právě to popírání to dělá tak těžkým.“

J.Zeilhofer (meditační centrum Shangri La)

Smrt je jedním z neovlivnitelných událostí v životě člověka. Těžké na tom je, že člověk zpětně nemůže zhodnotit péči, která mu byla věnována před smrtí, ale dalo by se říci, že paliativní a hospicová péče se stala jakýmsi synonymem pro „dobrou smrt“. Pod tímto pojmem je míněno netrpět a nebýt „na obtíž“. A když už na obtíž, tak jenom ne těm nejbližším. [24]

Psychologická péče o pacienty v posledním (terminálním) stadiu nemoci se hlavně zabývá pomocí při připuštění si smrti jako blížící se reality a pomáhá vyrovnávat se s nemocí, blížící se smrtí a pomáhá při krizích vlastní existence, a umožňuje zvládat intrapsychické a intrapersonální konflikty nemocného a přemáhá různé psychické symptomy (úzkost, deprese apod.) [1], [24]

2.1 Definice umírání

Pro „moderní umírání“ je typický tzv. statusový přechod a jeho hlavními body jsou, že umírání je spojeno s:

- medicínskou definicí smrtelné choroby
- ztrátou aktivit a sociálních rolí, přičemž nových aktivit je málo, nebo žádné
- předběžná socializace do role umírajícího je nedostatečná

Je jen málo „přechodných rituálů“, které by člověku signalizovaly, že se nachází v roli umírajícího. [1]

2.2 Fáze umírání

Odborníci rozdělují umírání na tři období: pre finem, in finem a post finem.

Pre finem

Toto období nastává, když se pacient dozví, že jeho nemoc je vážná a je neslučitelná se životem. A tento člověk ví, že smrt je pak někdy v budoucnosti (někdy brzké, jindy

dlouhé) pravděpodobná. Snaží se si uvědomovat svůj vážný stav a vytěšňuje nepříjemné věci a vytěšňuje nepříjemné vzpomínky a špatné stránky života pryč. Popření a vytěšnění samotného umírání je tím intenzivnější, čím víc se člověk blíží k samotné smrti.

In finem

Je vlastně terminální, tzv. konečný stav. Je to stav krize. Převládá zde pocit strachu a nejistoty. V tomto stavu je už člověk unaven a soustředí se jen na vlastní přežívání a někdy mívá zastřené nebo změněné vědomí. I když každé umírání probíhá jinak, má své klasické příznaky. Umírající má stále méně psychických a fyzických sil. Pořád se vzdaluje od okolního světa a pořád se snižuje jeho zájem o okolí a dění kolem něj. Člověk se stává introvertem. Ve snech se mu část zdá o své životě a rekapituluje ho. Někteří nemocní si přejí být v této fázi sami, jiní jsou rádi, když je s nimi taky i jiná osoba (rodina).

Později jsou nemocní rádi v tichu a je pro ně velmi důležité. Při procesu umírání nemocní také odmítají potravu, trpí neklidem, bezcílnými pohyby. Všechny tyto projevy jsou v sounáležitosti s pozemským životem a značí brzký příchod smrti. Pár dní před smrtí se u nemocného objevuje euforie, poslední zvýšení sil nemocného, zájímání se o dění kolem, velká aktivita. Tuto euforii ale střídá kóma. Nemocný má otevřené oči, ale nevidí, má nedovřená ústa, ale nereaguje. Pořád se jakoby vzdaluje životu. Začíná chladnout, klesá krevní tlak a teplota, dech se buď zrychluje, nebo zpomaluje a můžou být přítomny i dechové pauzy. Před samotnou smrtí, je v obličejí nemocného náhlé zklidnění a pokoj v jeho očích.

Post finem

Toto období je obdobím po smrti. Je v něm péče o mrtvého a různé rituály po smrti [11], [10]

Mnohokrát se stane to, že si člověk uvědomí, že jeho život se blíží ke konci, avšak má většinou hodně času tento samotný fakt přijmout. Existuje spousta teorií, jak probíhá umírání člověka a jeho smířování s tímto tragickým jevem, avšak nejčastěji používanou a všude uznávanou teorií je křivka psychické odezvy na příchod nevy léčitelné nemoci dle Elizabeth Kubler-Rossové. Tyto poznatky byly ale získány postupem času. V roce 1972 tato autorka vydala knihu s názvem - Hovory s umírajícími, kde popisuje křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj nevy léčitelné nemoci. Tato křivka se dnes používá nejčastěji a vždy platí.

Každý člověk reaguje na svou nemoc jinak, záleží to na stupeň jejího vývoje. Protože každé onemocnění se vyvíjí jinak a má jiné příznaky, které na každého působí jinak, i Kubbler- Rossová tuto křivku sestavovala podle svých celoživotních zkušeností. [20]

2.2.1 1.fáze-ŠOK

Je první fází celé křivky. Člověk se snaží hledat odpovědi na otázky: Proč zrovna já? Proč právě teď? A co bude se mnou dál? Většina pacientů si své onemocnění zapírá a říká si, že tohle nejsou oni, že se to nemohlo stát jim, snaží se skutečnost jakoby zapuzovat, nemyslet na ni, dávat ji v myšlenkách do pozadí, protože jsou tak zmateni a zaskočení skutečností, co se jim právě stalo, co slyšeli. Takto nemocní se izolují pryč, snaží se namlouvat si, že všechno je to jeden velký omyl. Přijetí šoku jako odezvy na nemoc nastalo v roce 1960. Tato fáze je velmi krátká, po ní pacient vše popírá, je to jeho jakousi obranou proti nelehké skutečnosti, kterou prožívá a na konci se vlastně snaží o smíření se s tímto faktem. v této fázi je důležitá správná komunikace s nemocným.[20]

2.2.2 2. fáze- ZLOBA

Tato fáze je jakýmsi přijímáním pacientova faktu nemoci. Pacient si opět pokládá otázky jako: Proč zrovna já? Proč ne on? Je to fáze, kdy se člověk zlobí na svět kolem sebe a na nespravedlnost a je nepříjemný na své okolí, zdravotnický personál a rodinu. Avšak je to pochopitelné. Asi nikomu by se nelíbilo, kdyby ho vytrhli z jeho normálního života. Člověk se brání tomu, aby na něj ostatní zapomněli a tak na sebe neustále upozorňuje. v toto stadiu je důležité věnovat nemocným dostatečnou pozornost.[20]

2.2.3 3. fáze-VYJEDNÁVÁNÍ

Je to velmi krátká fáze, avšak pro samotného pacienta velmi důležitá. Člověk se snaží si říkat, že prosí život a o to, aby mu dal ještě šanci, že se polepší. Takovýto člověk čeká, že za dobré chování bude náležitě odměněn a to tím, že mu život dá ještě jednu šanci. Tento typ pocitů často mívá člověk při pocitu viny k okolí, k sobě samému, ke svému životu. [20]

2.2.4 4. fáze-DEPRESE

Nastává, když nemocný sám pochopí, že už nemůže sám sebe dál obelhávat v tom, že není nemocný, nebo pochopí, že je mu vyjednávání v podstatě k ničemu a nedostává se mu

odezvy. Nemoc se začíná projevovat v tomto stadiu všemi příznaky, a nemocný už chápe, že tomuto faktu nijak neuteče.

Rozlišují se *dvě fáze deprese* v této fázi:

a) **reaktivní deprese**-vzniká z pocitů ztrát, které mohou být způsobeny změnou zevnějšku vlivem onemocnění, léčby, ztráty místa v zaměstnání, otázky co se stane s rodinou, kdyby náhodou zemřel. Člověk v této fázi si musí uvědomit, že rodina bude žít bez něj, tak jak žila nyní, jinak budou vznikat pocity studu a viny. Pokud si to uvědomí, pomůže mu to ve zlepšení deprese. Je velmi důležitá podpora rodiny a přátel, kteří mu pomáhají zvládat jeho bolest.

b) **přípravná deprese**-nevzniká při ztrátě, ale při hrozící ztrátě. Tato forma deprese na rozdíl od reaktivní probíhá tiše. Nemocný chce být sám. Nejvíce mu pomůžeme tím, že sice budeme nablízku, když truchlí, ale nemluvíme, protože bolest nepotřebuje slova. [20]

2.2.5 5. fáze-SOUHLAS

Přichází, pokud nemocný neumírá náhle a má čas na přemýšlení o svém osudu, dostává se do této fáze. Zde už není sklíčený a smutný, ale přijímá svou nemoc a je smířen s tím, co bude následovat. Tato fáze také znamená jakousi rezignaci, jako už jsem se vzdal, už mě nebaví dál bojovat.

Není to šťastný stav, ale může tak být někdy chápána, jde vlastně jen o osvobození nemocného od špatných a zlých pocitů. Je jen opravdu málo pacientů, kteří bojují až do konce a vůbec nedosáhnou fáze smíření. V této poslední fázi je pro nemocného důležitá blízkost. I mlčení může být způsobem komunikace.

Jak řekla Elizabeth Kübler- Rossová: „Tak se obracíme na konci našich dnů, když jsme svou práci dokončili a odevzdali, těšili se a měli jsme radost z úspěchů, zpět do fáze, z které jsme vyšli. Kruh života se uzavírá.“ [20]

2.3 Naděje umírajících

„Doufat znamená vidět před sebou možnost.“

„Každý člověk potřebuje v něco, nebo někoho věřit.“

Člověk, který umírá, potřebuje naději. Potřebuje vidět možnost, že se něco změní, že bude něco lepší. Že sám bude šťastnější. Chce se ráno probudit s nadějí, že dnešní den bu-

de lepší než ten předchozí, nebo může věřit třeba jen v to, že neumře v pořádných bolestech. Každý člověk v něco věří. Ať už sám v sebe, v „jakéhosi boha“ nebo třeba jen v to, že zítřek bude lepší než dnešek. Například p. Haškovcová rozlišuje naděje na:

- reálnou
- částečně reálnou
- iracionální

Tato reálnost se řídí tím, k čemu se samotná naděje upíná. Např. částečně reálnou naději můžeme poskytnout takto - nádor se sice nezahojí, ale nebude už tolik bolet. Iracionální naději si nemocný vytváří sám, buď z vlastní zkušenosti, anebo z náboženství. Nemůže-li se nemocný uzdravit ze své choroby, musí dělat jiné věci, musí si vytvářet trochu jiné cíle. Musí si je stanovit menší, těšit se, až přijde zase teplé jaro, mít radost z vnoučat, přátel. Může se radovat ze spousty maličkových, ale určitě dosažitelných cílů, jsou sice pořád menší, ale naděje v nich zůstává. Proto je nejvíc důležité povzbuzovat a dávat naději zrovna těžce nevyléčitelně onkologicky nemocným, protože naděje je vlastně tím jediným, co mají a když u nich vymizí jakákoliv naděje a nemají o co se opřít. [18], [22]

2.4 Bolest a utrpení v konečné (terminální fázi)

Terminální fáze onemocnění, neboli poslední hodiny a dny života jsou hodně dynamickými. Mění se všechny tělesné obtíže a vystupují na povrch ty, které dříve nebyly vidět, nebo nebyly přítomny. Nejčastěji mezi tyto obtíže řadíme psychosociální a existenční faktory. Pokud se zmírní tělesné symptomy, někdy psychosociální a duchovní aspekt vůbec nepřijdou. V ČR je však smutnou skutečností, že mnoho pacientů v posledních okamžicích života trpí nedostatečně mírněnou bolestí. Příčina tohoto stavu sahá hluboko do hloubky moderní medicíny. Ta má problém pojímat smrt jako přirozené vyústění nevyléčitelné choroby. Smrt a umírání jsou dnes pojímány jako selhání léčby. Tento pocit však vede k frustraci, někdy i pocitům viny. Jako zdravotníci mnohokrát zapomínáme, že konečná fáze, není jen poslední fází nemoci, ale i závěrečnou fází dlouhého lidského života. Umírání je vlastně jakýmsi dramatem na konci lidského života. Paliativní medicína přichází s tím, že v terminální fázi lze zajistit jakýsi komfort při umírání a že existuje „komfort“ umírání a existuje „dobrá“ a „špatná“ péče o umírající.

„Utrpení“ znamená prožitek radikálního ohrožení nebo ztráty osobní integrity. Oblasti, které v těchto fázích pacient prožívá, které ovlivnit léčebně neumíme, a které přitom mohou být u konkrétního pacienta tím nevýznamnějším zdrojem utrpení v jeho závěru života. Proto k nim musíme přistupovat vysoce individuálně. [4]

2.5 Žít smysluplně?

Každý by měl mít ve svém životě mít snahu mít nějaký smysl, neboli smysluplně žít, avšak ne vždy je tomu tak, a člověk trpí tzv. frustrací smyslu života. Kdy se s touto frustrací setkáváme?

- když máme dojem, že nás nikdo nepotřebuje, že jsme k ničemu
- když máme dojem, že jsme „páté kolo u vozu“ např. proto, že jsme staří, nemocní, neschopní, příliš osamělí, nemohoucí...
- když nás opouštějí přátelé – začínáme se cítit osamělí
- když nám odejde někdo, koho jsme měli „nadevšechno rádi“
- když nám o nikoho nejde a nikoho na světě již nemáme rádi
- když se nám blahobyť stal cílem a poznali jsme, že i při zavalení vším možným je „srdce prázdné“
- když jsme z různých důvodů ztratili zájem o cokoli
- když již od života nic nečekáme
- když určité provisorium, v němž žijeme, trvá příliš dlouho
- když nám někdo zproblematizuje to, co jsme měli rádi, v co jsme doufali a čemu jsme věřili
- když se již dlouho neobjevilo nic, co by posílilo naši naději
- když se topíme v nudě a nezájmu o cokoli
- když se necháme pasivně unášet proudem a „zahodíme kormidlo“
- když se vyhýbáme jakémukoli námaze, riziku a práci
- když zcela propadneme sladkému nicnedělání
- když nás zcela vyčerpala spousta drobných starostí (když se u nás projeví to, co má na mysli přísloví „stokrát nic umožnilo osla“)
- když se nám zdá, že je pro nás nedostatek přitažlivých cílů
- když nemusíme nic dělat, ba ani se starat sami o sebe a druzí udělají za vás vše potřebné
- když jsme na 100% zajištěni...[19]

2.6 Hospicová a paliativní péče o umírající

Překlad z anglického slova hospice je útočiště, útulek, domov. Je to jakési „dobro pro duši“. Když se člověk postaví tváří tvář ke smrti, je to pro něj velmi znepokojující. Lidé hledají jakousi duchovní oporu, ať už ve formě jakéhosi boha, nebo pomoci druhého člověka. V každém hospici je možnost duchovní péče. K pacientům dochází kněz, jsou přítomny kaple, meditační místnosti, bohoslužby. Nejdůležitější je zde vyškolený personál a vytváření tzv. duchovna. Je důležitá komunikace s nemocným a „sdílet s ním tuto cestu“ a „nacházet spolu s ním smysl“ a nejdůležitějším krokem je naslouchat pacientům.

V hospicové a paliativní péči je lidem znám takzvaný bio-psycho-sociální pohled na člověka jako takového.

Původně byly hospice brány jako domy jen pro nemocné s rakovinou a potřeby v mnoha směrech ukázaly a předurčily povahu služeb. Hospice s hospitalizačním zařízením jsou navrhovány s ohledem na umírající. Pokud je to možné, je v hospicích domácí, útulné prostředí. [1]

3 SMRT

Citát

„Jednej tak, jako bys žil podruhé a jako bys byl poprvé udělal všechno tak špatně, jak jsi jen schopen to udělat.“ V.Frankl

Od člověka se očekává, že si poradí úplně se vším. Občas prostě musíme předstírat, že je vše v pořádku. Je to člověk, kdo si přeci umí poradit a ostatní se drží stranou.

V dnešní moderní době nemá smrt jiný význam, jako měla v minulosti. Třeba jako v 15. století, kdy lidé věřili, že v příštím životě budou odměněni, nebo potrestáni za skutky v nynějším životě. Lidé se proto zaměřují na vnitřní hodnotu svého života, než aby něco investovali něco do „posmrtného života“.

Lidé rádi věří, že existuje ještě něco po tomto životě, dává jim to smysl žítí a naplnění. Ne všichni vážně nemocní a umírající jsou však věřící. Proto se mi jeví jako potřebné nastínit možnosti doprovázení použitelné jak pro pacienty věřící, tak také pro nevěřící. Existenciální analýza a logoterapie tuto možnost nabízí. [1]

Smrt je stav, který nám umožňuje žít náš život autenticky. Je to vlastně pohled, že smrt představuje pozitivní příspěvek k životu-a tento fakt se nepřijímá snadno. Avšak život bez pomyšlení na jeho konečnost ztrácí na celém svém smyslu a intenzitě.

3.1.1 Úzkost ze smrti

Hraje v psychoterapii důležitou úlohu. U člověka vznikají psychotické reakce, neurotické reakce, psychofyziologické reakce. Všechny jsou jakousi reakcí na úzkost. Jde o pokus organismu poradit si s úzkostí.

Hrůza ze smrti je všudypřítomná a velká tak, že člověk vynakládá značnou část své životní energie za popírání samotné smrti. [18], [22]

4 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je v současnosti pojmem, který má více významů. První objektivizující význam je jedním ze základních druhů léčby. Cílem je vyléčení člověka, nebo pomoci mu zvládat nemoc a její následky. Odstraňuje poruchy a obnovuje zdraví. Druhý subjektivizující význam je zvláštním druhem setkání a spolubytí člověka s člověkem, které postiženého zprošťuje vnitřních omezení a přináší hlubší porozumění sobě samému a přináší smysl života a jeho naplňování. Hledá odpovědi na otázky smyslu a cílů a hodnot v životě člověka. [12]

V obou pohledech je psychoterapie jakási pomoc člověka člověku. Je to terapie uskutečňovaná psychologickými prostředky.

Cílem psychoterapeutické činnosti je odstranění poruchových způsobů prožívání, chování nebo fyziologického fungování jedince, tzv. **symptomatická terapie**. Anebo naopak zásadnější změnu osobnosti- tzv. **restruktivní terapie**, v níž je důležité podněcování a „vyprošťování“ uváznělých procesů zdravého duševního vývoje. [12], [17]

Obecný cíl psychoterapie je obnova zdraví jedince. Existují určité funkční normy pro zdravé duševní funkce jedince:

- a) **Správné hodnocení a poznávání skutečnosti.** Poruchy se projevují zkresleným vnímáním, logicky chybným myšlením, přeceňováním, nebo podceňováním, neschopnost rozlišit realitu od fantazie.
- b) **Citová vyrovnanost.** Poruchy v této oblasti se projeví nezvlhlými projevy citového ladění, převládnutím určité emoce (úzkost, strach, nadšení, hněv, smutek) a člověk prožívá celou situaci nepřiměřeně.
- c) **Výkonnost, která odpovídá skutečným možnostem.** Projevuje se selháním výkonů, které by člověk měl dobře zvládat, ale nezvládá z důvodu nesprávného učení, špatné motivace.
- d) **Společenská přizpůsobivost.** Porucha se projeví neschopností vytvářet prospěšné vztahy s lidmi, neschopnost spolupráce, soupeření, nedostatek empatie a další. [12], [17]

3.2 Psychoterapie v paliativní péči

„Kdo pocítuje svůj život jako bezesmyslný, ten je nejen nešťastný, ale také stěží schopen života.“

Albert Einstein

Psychoterapie v paliativní péči zahrnuje různé přístupy s různými psychoterapeutickými prostředky. Nejčastěji se využívá logoterapie a existenciální analýza pro pochopení dosavadního života a uspořádání hodnot, ale někdy jsou využívány i jiné techniky např. Kognitivně-behaviorální psychoterapie.

3.2.1 Kognitivní psychoterapie

3.2.1.1 Racionálně-emoční terapie

Bylo vytvořeno v 50. letech 20. století A.Eissem a zdůrazňuje vliv přesvědčení a názorů při vzniku a léčení neurotického chování.

Základní schéma-

A- „activating event“ vnější podnět

B- „belief system“ systém postojů, názorů a přesvědčení jedince

C- „consequence“ emočně nabitý důsledek

„Člověka neznepokojí samotné věci, ale jejich mínění o nich“.

Hlavním úkolem této terapie je odstranit u nemocného nerealistické názory. Apeluje na logické myšlení pacienta a snaží se vypracovat racionální životní filozofii. Člověk zpracovává události za pomoci svých přesvědčení. Tendence k iracionálnímu myšlení je dle Elisse vrozená a má vlivy z rodinného prostředí. Terapeutické rozhovory se zaměřují na pacientovu životní historii a zaměřuje se na zpracování názorů a postojů pacienta. [7]

3.2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Behaviorální terapie

V teorii se tato teorie opírá o poznatky I.P Pavlova. k průkopníkům patří např. H.J.Eysenck a J.Wolpe.

Tato terapie se zabývá ovlivňováním zjevného chování. Člověk může změnit svůj názor, nebo opakovat dále sebedestruktivní chování. Při změně chování u něj dojde i ke

změně myšlení. Behaviorální terapii se někdy vytýká, že se snaží yypořádat jen se symptomy, a neřeší základní příčiny, avšak J.Wolpe uvádí, že u 90% pacientů tak došlo k výraznému zlepšení.

Kognitivní terapie

Věnuje pozornost procesům poznávání. Za zakladatele se považují A.T.Beck a A.Eliss. Hlavní myšlenkou této terapie je že život je možno vylepšit, naučíme-li se racionálně uvažovat. Podle A.T. Becka jsou emoční poruchy způsobeny chybným myšlením, zahrnující také zkušenosti z minulosti a předpoklady do budoucna, tak následují depresivní příznaky i tělesné potíže. Základním postupem je tzv.*Sokratovský dialog*-terapeut se dotazuje pacienta tak,aby sám došel k logickým závěrům. [17], [7]

3.2.2 Existenciální psychoterapie

Nastoluje otázky podstaty člověka, vyrovnává se s podstatou lidského bytí, smyslu s otázkou ducha, svědomí, odpovědnosti, utrpení a smrti. Reaguje na dilemata člověka, kterého degradují války a technický rozvoj.

Existenciální psychoterapie vidí tři úrovně světa člověka. Německy *umwelt*, *mitwelt* a *eigenwelt*. **Umwelt** znamená my ve vztahu k fyzickým a biologickým aspektům člověka. U nás je v překladu jako soužití v přírodě. **Mitwelt** je vztah k lidem, sociálnímu světu, soužití s druhými. **Eigenwelt** znamená pro člověka jeho vlastní svět a způsob, jakým člověk pochybuje, hodnotí a prožívá sebe sama. A lidé se liší podle způsobu existence ke každé z úrovní bytí. Příkladem je život na osamělé mořské pláži. Někdo se může bát vlézt do vody, protože se bojí žraloků, jiný se od rána do večera potápí, jiný by se zde chtěl milovat, někdo by si právě zde připadal osamoceně. Zatímco jedni zažívají pocit jednoty s oceánem a vidí v něm jakousi jednotu se světem, jiní chtějí s oceánem splynout a tak svůj život ukončit.

Nejlepším řešením pro člověka je autentičnost. Přináší otevřenost jak ve vztahu k přírodě, druhým a sobě samým, ale člověk se staví ke všemu čelem a ne a neutíkají ani sami před sebou, ani před světem. Otevřenost je dobrá v tom, že tito lidé jsou si daleko více vědomi všeho, protože před skutečností nezavírají oči. Spávně by měl být člověk takový, že sama sebe prožívá jako celek, že to jací jsme se skutečně shoduje s tím, jak působíme na ostatní, jak se jim prezentujeme a jak sami sebe známe. Nejsme chyceni v

pastech idealizovaných představ o sobě, které nám brání být v důvěrném vzathu s jinými lidmi, nemusíme se obávat, že by nám řekli něco, co nechceme slyšet. Ani nejsme tak moc zaujati sami sebou, aby sme se mohli stát součástí okolního světa. Ke zdravé existenci tedy člověk potřebuje mít harmonický vztah ke každé úrovni bytí.

Důsledkem lidské existence je i hrozba nesmyslnosti, která v člověku vyvolává úzkost. Člověk při svém zaměření na život chce dělat věci, které mu budou připadat smysluplné. Smysl může člověk najít např. v lásce, sexuálním vztahu, nebo víře. Když však k sobě začne být člověk upřímný a pátrá po smyslu své existence, dochází k problému, zda má jeho život vůbec nějaký význam. Úzkost u lidí vzniká tím, že to, čím dříve žili, např. šťastné manželství již ztrácí svůj původní význam a z toho pramení úzkost člověka. Představa bezvýznamnosti vlastní existence je pro člověka nejvíc děsivá. John Barth ve své knize *The End of the road* (Konec cesty) říká, že pokud život pro člověka nemá smysl, nemůže dělat rozhodnutí-nemůžeme dělat nic. Člověk trpí izolací a základním osamocenením a to v něm vyvolává úzkost. Tyto zdroje existenciální úzkosti svědčí o základní charakteristice lidského života a tou je konečnost. Jediná smrt odráží konec nám vymezeného času. Tyto důsledky lidského života se dají označit jako nebytí. Tyto věci jsou dané a nevyhnutelné –musíme zemřít, musíme jednat, a proto se řadí mezi temné stránky lidského bytí. Smrt je něco jako pozadí, kterému vystupuje figura našeho utvářeného bytí. Šance je pozadím, které určuje meze naší volby. Nesmyslnost je pozadím, proto němuž je možné vidět smysl. Figura našeho bytí je vědomá a svobodná, kdežto říše nebytí je bez světla, je uzavřená a nevyhnutelná. Pokud člověk uvažuje autenticky, chápe, že lidská existence je neustálým přechodem z nebytí do bytí a naopak. Na svět přicházíme z temnot nebytí, žijeme ve světle vědomí a vracíme se zpět do temnot smrti. [17], [25], [13]

3.2.2.1 *Daseinanalýza*

Vychází z faktu lidského „bytí ve světě“ (In-der-welt-sein), a snaží se o analýzu jeho psychotické nebo neurotické existence. Je cestou k pochopení lidské existence. Předkládá myšlenky o podstatě člověka. Člověk si umí uvědomit sám sebe i to, co dělá, činí rozhodnutí a je za ně schopen nést odpovědnost. Taky je schopen uvědomit si možnou úplnou izolaci, ztráty všech vztahů i možnost vlastní neexistence a smrti. S tím souvisí pocit úzkosti. Teorie říká, že význam člověka není v tom, čím byl v minulosti, ale v tom, čím je nyní, a zejména v jeho vývoji, který má směřovat k uskutečňování a aktualizaci jeho vrozených schopností.

Tato teorie dbá na jedinečnost osobnosti pacienta a snaží se mu pomoci vcítěním do něj. Hledá se způsob existence, který je pro pacienta snesitelným. Sezení s pacientem mají název „setkání“ a nabádají pacienta, aby se stal sám sebou a sám došel k poznání a plnému využívání svých možností.

Významným představitelem tohoto přístupu byl Rolo May, tvrdí, že existují čtyři významné problémy života:

1. smrt
2. svoboda a odpovědnost
3. existenciální osamění
4. životní smysl [17]

3.2.2.2 Logoterapie

Pochází z řeckého „logos“ = smysl, sahá do 20. a 30. let našeho století. Logoterapie pomáhá nemocnému dostat se z frustrace nenaplněné existence (viz. níže). Soustřeďuje se na chybění samotného smyslu. Logos znamená „smysl a duchovost“. Logoterapie nenutí nemocnému životní smysl, avšak snaží se najít s ním jeho vlastní smysl v souladu s jeho osobností. Tato terapie rozšiřuje pacientovi hlavně jeho obzor pro jeho životní hodnoty. [17]

„Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé jak žít.“

F. Nietzsche

Zakladatelem této terapie je V.E. Frankl, vídeňský neurolog a psychiatr. Vychází z psychoanalýzy S.Freuda a individuální psychologie A.Adlera. Frankl po letech utrpení v koncentračních nacistických táborech, kde zahynula jeho matka, otec, bratr a žena, došel k přesvědčení, že vůle ke smyslu patří mezi základní „výživu“ existence. Nenaplnění této touhy nazýváme existenciální frustrací, tato frustrace vzniká tehdy, pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, někdy se tento stav může stát i patogenním. Může vést k neuróze, depresi se suicidiálními tendencemi, může často vznikat u pacientů s těžkým onemocněním, nebo onkologickou diagnózou. Lidé tváří v tvář hrůzám druhé světové války a šílené nukleární budoucnosti stále více zjišťují, že jejich život se stává tzv.existenciálním vakuem. Stále více lidí na světě pochybuje o smyslu své práce, lásky,

života a smrti. Psychoterapie může v člověku vyřešit jeho vnitřní konflikty, psychické a duševní. Moderní terapie by měla být filozofickou terapií-měla by pomáhat najít smysl lidem, kteří hledají odpověď na otázku „Pro co mám žít?“

Frankl, který přežil v koncentračním táboře a smrt své rodiny díky tomu, že našel smysl -pomáhal druhým čelit těžké životní zkoušce vězení v nacistických táborech. Podle Frankla a jiných autorů je hledání smyslu základním kamenem psychického zdraví.

Smysl dle Frankla člověk může najít:

1) ve vykonání činu (myšleno hlavně v sebepřesahujícím činu; v takovém, jež je konán s ohledem na ostatní)

2) prožitím hodnoty (= opravdový zážitek, který člověka obohacuje či povznáší), Tím nejhodnotnějším je láska.

3) v utrpení (promění-li ho člověk ve své morální vítězství).

Logoterapii lze vysvětlit touto Franklovou větou: „O otázce, 'Jaký má život smysl?', se domnívám, že je špatně položena a že správně zní: 'Jaký smysl chci dát svému životu?'“ Sami lidé by si měli uvědomit, že když oni sami se ptají „Jaký je smysl mého života?“, tak ne oni, ale sám život se jich ptá, jaký smysl mu dáme. A převzetí této zodpovědnosti je základním kamenem logoterapie. [25], [15], [13]

3.2.2.3 *Religiozita V.Frankla*

Frankl se zde zaměřuje na nevědomí, uvádí, že nevědomé mohou být nejen pudy, jak tvrdil S.Freud, ale i religiozita. U případů svých pacientů popisuje, že religiozita je mnohdy intimnější, než sexualita. Mnoho pacientů popisuje svůj sexuální život, ale blednou stydlivostí, mají-li pohovořit o své víře. Nevědomá religiozita a psychoterapie k sobě patří, jsou jako 2 spojené nádoby, náboženský obsah se nevyhýbá ani lékařům jiných specializací. Zachovávat náboženské obsahy myšlení pacientů je povinen lékař jen jako věřící, ne jako lékař sám. Ani věřící lékař nemůže pacientům vnucovat svá náboženská stanoviska. Logoterapeut se musí snažit, aby jeho techniky a metody byly použitelné jak pro věřícího, tak nevěřícího pacienta. Proto samo náboženství není protiklad logoterapie, ale s ní

dohromady znamená „smysl“ (=logos). V tomto smyslu nejde člověku v jeho bytí zde o požitek nebo o moc, ani ne o sebeuskutečnění, ale o smysl.

V logoterapii mluvíme o „vůli ke smyslu“. Smysl je hranice, kterou musíme přijmout, za ni a za poslední smysl všeho se nedostaneme. Lékařská ordinace se stává místem pro ty, kteří pochybují o životě, jimž se smysl života zamlžuje. Stává se pravidlem, že lidé v těchto situacích nehledají kněze, ale lékaře. Je to role, k níž je lékař přinucen. Proto i Americká lékařská společnost stanoví, že „lékař musí utěšovat i duši. Není to pouze úkolem psychiatra, ale každého praktikujícího lékaře“ [21]

Odpovědnost

„Žij, jako bys žil podruhé a jako bys poprvé jednal tak špatně, jak se chystáš zachovat teď“

V. Frankl, 1963

Člověk by měl stále přijímat zodpovědnost a potom může nalézt svůj smysl života. Pokud smysl není naplněn může vést k neuróze, depresi se suicidiálními tendencemi, může často vznikat u pacientů s těžkým onemocněním, nebo onkologickou diagnózou. [15], [13]

Co je člověk?

Neexistuje na to žádná odpověď,

Ač se snažily už miliony tuto odpověď dát.

Je hloupý a superchytrý.

Je bestie i svatý.

Je primitivní jako zvíře

A přesto je to duchovní bytí.

Co je tedy člověk?

Neexistuje na to žádná odpověď.

Člověk je to, co z něj ty sám vytvoříš. (Frankl, 1995)

Existenciální frustrace

Je ztrátou smyslu, vyplývající ze ztráty životních hodnot. Tato frustrace má kromě svého bolestného a ochromujícího účinku v duchovní oblasti (zhroucení vůle, svobody, odpovědnosti, utrpení, ochromení svědomí) účinky i v jiných oblastech. Noogení= duševní a tělesná porušenost, strádání, projevující se poruchou funkce a struktury lidského orga-

nismu. Nejčastějšími jsou neurózy (úzkosti, fobie, vtíravé myšlenky, deprese) a psychosomatické poruchy (spánek, sexualita aj.) Pokud není touha po smyslu naplněna, nazývá se existenciální vakuum. Je to stav tzv. „smysluprázdnoty“ se projevuje tím, že pro člověka věci nemají smysl, pocity lhostejnosti, nudy, prázdnoty, bezcennosti, bezcílnosti, netečnosti, nespokojenosti se životem. Toto vakuum potřebuje nějaké naplnění. Postrádá-li člověk smysluplné naplnění této prázdnoty, vyplňuje tuto prázdnotu špatným způsobem, buď přehnanou vázaností na sebe-na vlastní utrpení, prožitky, úspěchy, nebo přehnanou vázaností na motivy a činnosti, přinášející zdánlivý smysl např. agrese, soupeření, úzkost, destrukce, sex, výkon, drogy, chorobná závislost a identifikace s jinými až po pokusy o sebezničení. Pokud je prázdnota takto vyplňována vznikají u takových jedinců psychopatologie. Logoterapie zde směřuje k přestavbě postoje člověka, změně jeho cílů, hlavně v případech jakými je tělesná nebo psychická nemoc člověka, stává se zde jakousi hlavní doplňující léčbou.[7], [16]

3.3 Léčba pomocí logoterapie

Léčba probíhá nejprve duchovní formou, člověk si musí uvědomit svou svobodnou a zodpovědnou osobnost a jeho vlastní přístup k životu.

Frankl rozlišil tři druhy hodnot, v nichž lze chápat naplnění vůle ke smyslu.

- a) **tvůrčí hodnoty**-člověk něco vytváří a dává světu. V životě může např. tvořit nějaké hodnotné dílo. Příležitostí k objevování nebo uskutečňování takovéto hodnoty je práce nebo umělecká tvorba.
- b) **zážitkové hodnoty**-člověk vstupuje do jeho životně významných vztahů a zkušeností. Člověk může dojít k naplnění tím, že něco, či někoho opravdově prožívá. Frankl říká: „Prožít někoho v jeho plné jedinečnosti znamená milovat ho.“ Zde se uplatňuje hlavně vztah lásky, prožitky krásy v přírodě, v lidském světě.
- c) **postojové hodnoty**-spočívá v tom, jak se člověk staví k osudovým věcem, které nemůže změnit. Typickou příležitostí k nalézání a uskutečňování postojových hodnot je lidské utrpení. Zvláště v této oblasti, kdy člověk objevuje smysl při neodstranitelném utrpení má logoterapie největší přísun. Utrpení dává člověku buď výzvu k jeho odvrácení, nebo příležitost vydržet tam, kde je to nezbytné. Konečný smysl utrpení je viděn v absolutní říši hodnot a tím se dostává do kontaktu s nábožen-

stvím. Cílem je sebetranscendence-člověk musí překročit své zaměření pouze na sebe a být otevřen hodnotám, které ho přesahují. [23]

3.3.1 Metody logoterapie a existenciální analýzy

Ve svém vlastním uplatnění jsou především strategií, nikoliv technikou. Terapeut musí přistupovat k pacientovi s tím, že není žádná situace v životě, která by neměla žádný smysl. V každé lze najít nějaké hodnoty, a ty se můžou uskutečnit pomocí. Pacient si může pomoci otázkou ne „Co mohu ještě čekat od života?“ ale „Co ještě čeká život ode mě?“ Pomáhá to pacientovi překonat krizi v životě. Namísto sebestředných hodnot jako je hledání vlastního uspokojení a štěstí by měl dát přednost altruistickým hodnotám života-člověk vidí svůj život užitečný, když dělá něco pro druhé. Logoterapie je společné úsilí terapeuta a pacienta k nalezení pravého směru myšlení a hodnocení v situacích, které přináší život. Hlavním prostředkem logoterapie je praktická existenciální analýza. Ta dává pacientovi nové způsoby nazírání, cítění a snažení v jeho doposud beznadějném pohledu na svět a opět mu dává smysl života.

Postupy a techniky v logoterapii jsou druhotné a vyplývají z vnější situace a vnitřního stavu člověka. Terapeut je vybírá tak, aby pacientovi přinesly objevení vlastní svobody, zodpovědnosti a hodnoty.nejčastěji využívanými technikami je dereflexe a paradoxní intence. [23]

3.3.1.1 Dereflexe

Je prvotní technika logoterapie-slouží k navrácení člověka k tomu, aby se snažil naplnit svůj smysl tím, že usiluje o hodnoty, přesahující jeho osobní meze. Nejčastějšími poruchami jsou:

- **hyperreflexe**= pacienti sebe příliš pozorují a tím brání bezprostředním prožitkům
- **hyperdiskuze**= příliš mnoho o svém prožívání hovoří, a tím jim mizí příležitosti k uskutečnění
- **hyperintence**= příliš usilují o dosažení vlastního cíle (úspěšnost, štěstí, slast), a tím ztrácejí úsilí k dosažení hodnotného cíle

Každý z těchto případů vede k nedosažení pravého cíle. Pacient se dostává do bludného kruhu usilování a frustrace a to se nazývá „neurotické deflexe“. Neurotik usiluje o dosažení štěstí a prožitku přímo, to mu však brání v jeho dosažení.

Terapie probíhá tak, že pacient místo sebeprosazování a sebeuvědomování dokázal na sebe zapomenout. Dereflexe je obnovení zdravého vnitřního odstupu od sebestředných hodnot a cílů a přesměrování zájmů pacienta-jeho myšlení a jednání k cílům, které přesahují jeho osobu.

Podstatou dereflexe je umění přehlížet (zapomenout) na sebe, včetně svých příznaků a obtíží, ve prospěch smysluplnějších věcí. Tím člověk dokáže najít štěstí sám v sobě. [23]

3.3.1.2 *Paradoxní intence*

Je to postup, kdy jsou pacienti povzbuzováni, aby dělali, nebo si přáli ty věci, kterých se obávají. Přitom však samotná obava a vyhýbání se takovému skutečným zvyšuje jejich úzkost. Vyhýbání a stažení se pryč od obávaných velí a situací v životě člověka nazývá Frankl „chybná pasivita“. Terapeut tady vyzývá pacienta, aby své strachy a úzkosti přeháněli natolik, nakolik je to jen možné. Lidé zde dělají právě ty věci, kterých se nejvíce obávají. Poté klienti zjišťují, že se chovají úplně jinak, než očekávali. Podstatným prvkem je úmyslné využívání humoru (tím se člověk odpoutá od sebe). Pokud to pacient přijme a dokáže si paradoxně přát a dělat to, čeho se bojí, jeho původní strach z dalšího strachu, z nutkání, ze selhání se ztrácí. [23], [13]

3.3.1.3 *Noogení neuróza*

Její podstatou je ztráta životního smyslu, na niž pacient reaguje neuroticky. Jejím základem je strach svědomí, který se projevuje jako fobie orgánového postižení či smrti, nebo návaly úzkosti z náhle se objevené životní prázdnoty a marnosti. Je to vlastně něco jako „Strach ze smrti a zároveň ze života“. Nemoc se tady stává nástrojem pro trestání sebe nebo blízkých, někdy jako prostředek sebeospravedlnění před sebou a druhými za zmarněný.

Logoterapie léčí tuto existenciální úzkost a vede pacienta, aby se odvrátil od svého strachu a obrátil se k úkolům ve svém životě. Jakmile objeví smysluplné hodnoty v životě, získává život znovu naplněnost a důvod. Terapeut pacientovi hodnoty ani úkoly neurčuje, ale povzbuzuje ho při hledání toho, co je pro něj to pravé, a co mu umožní stát se tím, kým má. Úloha terapeuta je tzv. porodnická-pomáhá mu, aby se narodil smysl, který tkví v člověku samém. Léčí se tak, že konkrétní pacient v jeho konkrétních situacích objevuje a plní úkoly, k nimž má právě on jedinečnou příležitost a poslání. [23]

3.3.1.4 Terapie realitou

Soustředí se na nedostatek pacientovy zodpovědnosti. Tvůrcem této terapie je W.Glasser a tato terapie je jakousi směsicí více terapií. Zabývá se vytvářením identity, která je jedním ze základních předpokladů lidského bytí. Identita je vědomí, že lidé jsou různí a každý se liší svou jedinečností. Sami sobě dáváme význam, pomocí činů, které děláme. Úspěšná identita nastává, když jsme přesvědčeni, že dosahujeme cílů proto, aby jsme byli ochotni převzít zodpovědnost za své jednání a reagovat na realitu tak, jaká je a ne jakou bysme si přáli.

Každé chování člověka směřuje k naplnění jedné z fyzických potřeb-někam náležet, mít moc, prožívat radost a být svobodný. Pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, vede to k pocitu ovládnutí. A tím může člověk něco dokázat, protože má určitou moc. Problém mívají lidé, kteří setrvávají dlouho v selhávající identitě, nechtějí přijmout zodpovědnost a podívat se pravdě „vzpráma do očí“ Jakmile lidé realitu začnou popírat a ignorovat, jsou náchylnější k opakování neúspěchů.

Terapeut pomáhá klientovi uvědomit si, co teď vlastně dělá, aby se cítil špatně. Např. depresivního pacienta se nezeptá „Co způsobuje vaši depresi?“ ale zeptá se ho „Co děláte, že si způsobujete depresi?“ Toto přesměrování pozornosti pacientům pomáhá uvědomit si, že kdy si utvářejí problémy jim zůstávají pocity zodpovědnosti a síly, které jim brání v sebedestrukci, nebo destrukci jiných. Klient se zaměřuje na své schopnosti, ne neúspěchy. Tato terapie se zaměřuje pouze na současnost. Pacient sám hodnotí, zda jsou jeho činy zodpovědné nebo ne a přebírá za ně zodpovědnost. Jakmile se rozhodne klient změnit své nezodpovědné plány, terapeut mu pomáhá vytvořit plány jak na to. Plán je orientován na to, aby klient uspěl. Součástí přijímání reality je vytyčení si hranic a omezení. [13]

3.4 Formy logoterapie

Svou osobní růzností je logoterapie vysoce individuální. Jde o osobní, nikoliv skupinové zaujímání postojů člověka k životu. Zároveň lidská potřeba smyslu života, která přesahuje jakýkoliv čin v lidském životě, je pro všechny lidi společná. Lze takto společně lidi se společným problémem léčit skupinově, avšak každého jinak, protože každý se nachází v jiném stadiu přijímání hodnot a postojů. Sdílení zkušeností ostatních „spolupacientů“ je pro takovéto lidi nesmírně důležitá a přináší ji tzv. pozitivní přenášení pozitivních zkušeností na sebe. Tito lidé totiž hledají povzbuzení a dělá jim dobře ten pocit, že v takovéto situaci nejsou sami, ale podobnou situaci prožívají i jiní lidé.

Protože původním místem utváření lidských hodnot a cílů je v první řadě rodina, uplatňuje se zde rodinná terapie, hlavně tedy u dětí. Uplatňují se zde logoterapeutické postupy a postoje terapeutické práce s pravidly, vztahy a jednáním. Řeší vztah rodičů a dětí, jejich oceňování, zanedbávání, přeceňované hodnoty, nadměrné nároky, nadměrné ochuzování dítěte o příležitosti v životě. Ale nejdůležitější z forem je ta individuální, vychází z diagnostiky problému a odhadu. Cílem je ale vždy překonání lidského utrpení a selhávání. [2]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Pro výzkum u široké veřejnosti jsem si zvolila dotazníkové šetření, které probíhalo v měsíci březnu 2009 na internetových stránkách www.vyplnto.cz. Dotazník byl určen pro širokou veřejnost, takže ho vyplňovali různí lidé. Tento krok jsem učinila proto, že internet patří mezi nejčastější komunikační a informační prostředky dnešní doby a lidé se zajímají o svět kolem. Vyplnění tohoto dotazníku ani nezabralo moc času, otázky byly kladeny krátce a výstižně.

4.1 Cíle výzkumu

Mým hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jestli společnost vůbec zná využití psychoterapie jako takové a psychoterapie v paliativní péči. Předpokládala jsem, že většina veřejnosti pojmy jako „paliativní péče“, „psychoterapie“ znát nebude.

PRAKTICKÉ CÍLE

1. Zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o psychoterapii v paliativní péči a zda společnost zná pojem psychoterapie.
2. Ověřit, zda se veřejnost někdy setkala s psychoterapií v paliativní péči.
3. Zmapovat postoj veřejnosti k psychoterapeutické péči v těžké životní situaci, jakou je nevléčitelná nemoc.

TEORETICKÉ CÍLE

1. Vymezení pojmu psychoterapie a její techniky v paliativní péči.
2. Analyzovat možnosti psychoterapie v paliativní péči.

4.2 Hypotézy

1. Více jak polovina veřejnosti neví, co je to psychoterapie v paliativní péči.
2. Více jak polovina veřejnosti se s psychoterapií v paliativní péči nikdy nesetkala.
3. U lidí, kteří mají někoho blízkého s chronickým onemocněním (těžké životní situaci), nebo jím sami trpí, se s psychoterapií v paliativní péči setkali více, než ti, kteří tyto zkušenosti nemají.
4. Veřejnost hodnotí psychoterapii jako pozitivní v léčbě nevyléčitelného onemocnění.
5. Ti, kteří se s psychoterapií setkali tvrdí, že nemocnému usnadňuje jeho prožívání nemoci.

4.3 Rozdělení položek k ověření hypotéz

K hypotéze týkající se cíle 1. jsem vytvořila následující otázky:

- Víte, co znamená pojem „psychoterapie“? (otázka číslo 4.)
- Víte co je to paliativní péče?(otázka 5.)
- Víte, k čemu se psychoterapie používá? (otázka č. 6)
- Paliativní péče se používá u (otázka č. 7.)

K hypotéze týkající se cíle 2. jsem vytvořila tyto otázky:

- Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? Pokud ano, z jakého zdroje...?
(možno i více odpovědí), (otázka č. 8.)

- Setkali jste se někdy s psychoterapií v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic...), (otázka č. 9.)

- V jaké formě jste se s ní setkali? (otázka č. 11.)

-Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? Pokud ano, kde...(možno i více odpovědí), (otázka č. 13.) Pokud ano, v jaké formě?(otázka č. 14.)

K hypotéze 3. jsem vytvořila následující otázky:

- Octli jste se někdy vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl? (otázka č. 10.)

K hypotéze 4. byly vytvořeny tyto otázky:

- Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?
(otázka č. 12.)

- Myslíte si, že je důležitá psychologicko- psychoterapeutická léčba u nemocných s rakovinou? (otázka č. 15.)

- Myslíte si, že těžce nemocný člověk má problém s přijetím faktu možné smrti? (otázka č. 16.)

K hypotéze 5. patří následující otázky:

-Setkali jste se někdy s psychoterapií v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic...)?(otázka č. 9.)

-Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?
(otázka č. 12.)

5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

5.1 Metoda práce

Jako formu výzkumu své práce jsem zvolila kvantitativní výzkum. A jako jeho metodu jsem použila dotazníkové šetření.

Dotazník je nejčastější a nejoblíbenější metoda, používaná v kvantitativním výzkumu. Je to měrný prostředek, kterým se získávají mínění a názory jiných lidí. Jeho podstatou je soubor otázek na formuláři a získávání odpovědí písemnou formou. Dotazník podává omezený rozsah informací od velkého počtu jedinců. Podmínka jeho úspěšnosti je vytvoření správných otázek, přesná definice cíle a správná struktura otázek.

Výzkum jsem prováděla pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo v měsíci březnu na internetu. Chtěla jsem pojmout velkou šířku veřejnosti a dotazník byl vytvořen tak, aby se dal použít pro všechny typy lidí.

Jako nevýhodu dotazníku spatřuji v tom, že tazatel není v osobním kontaktu s respondentem a nemůže mu lépe upřesnit např. otázku, která nebude pochopena.

5.2 Charakteristika položek

Dotazník se skládá z 18 otázek (viz. příloha č. 1.), z nichž poslední je dobrovolná. Respondenti mohli vybrat z odpovědí jen jednu odpověď, nebylo-li v textu uvedeno jinak. U otázek otevřených mohli respondenti napsat doplňující informace k dané otázce. Většina položek je uzavřená s nucenou volbou odpovědi. Dotazník obsahuje položky polynomické výčtové, které dávají respondentům možnost výběru několika alternativ a polynomické výběrové s odpovědí typu ano/ne/nevím. Jsou v něm také položky filtrační a jedna položka dichotomická s odpovědí typu ano/ne. Dotazník obsahuje přesné pokyny k vyplnění. Na konci dotazníku je prostor pro jiná sdělení od respondentů. [26]

TYPY OTÁZEK:

- Kontaktní-otázky-1, 2, 3
- Uzavřené- polynomické-4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 16, 17
- Polouzavřené-7, 14
- Škálové-9, 15
- Filtrační, dichotomická-13
- Otevřené-18

5.3 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do pracovních tabulek. Pro výpočet a konstrukci jsem použila Microsoft Excel 2007. Položky jsem sestavila do tabulek, které jsem slovně popsal a graficky znázornila. Pro výpočet respondentů jsem použila absolutní a relativní četnost, která je také uvedena v tabulce.

5.4 Pilotní studie

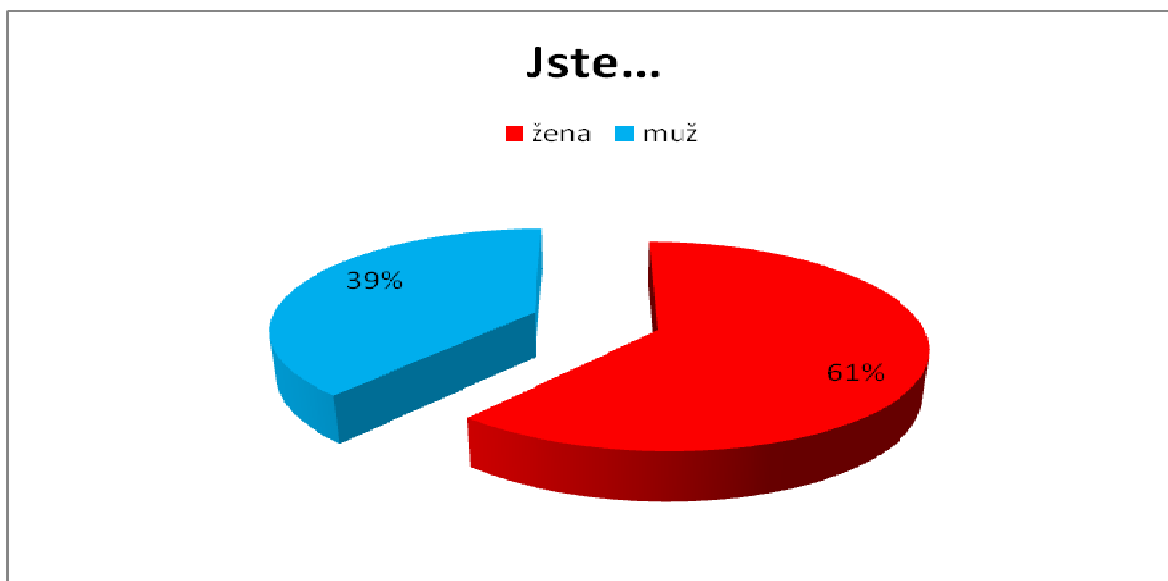
Pilotní studii jsem realizovala v lednu 2009. Rozdala jsem 10 dotazníků vybraným respondentům. Dotazník se jim zdal vyhovující a plně srozumitelný, proto jsem ho použila do stěžejního výzkumu.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA

OTÁZKA Č. 1. : Jste...

Tab. 1. *Jste:*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
muž	58	38,67%
žena	92	61,33%
CELKEM	150	100%

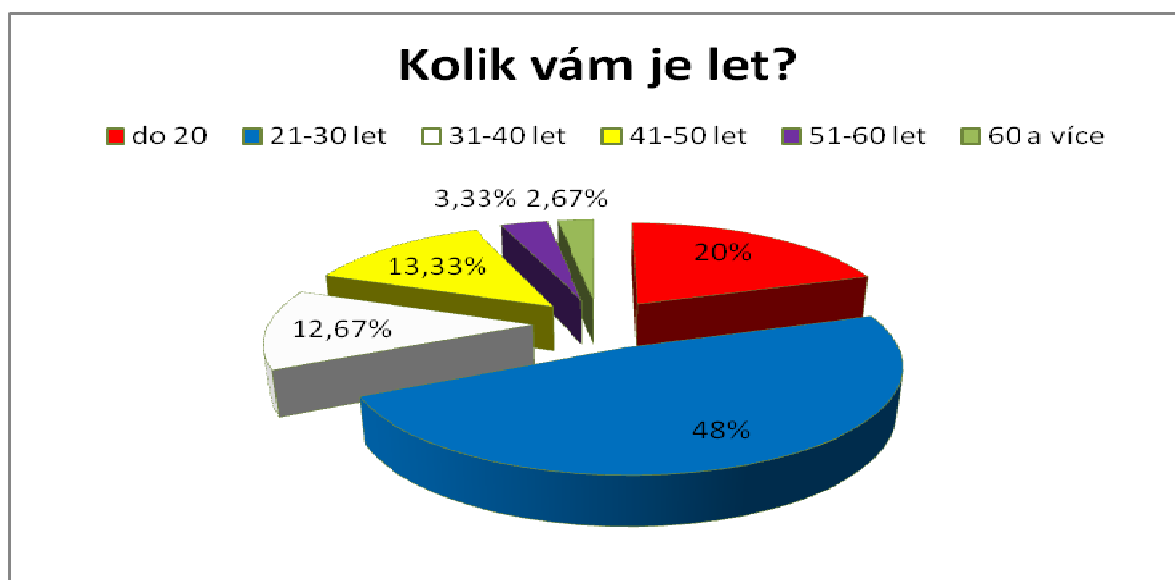
Graf č. 1. *Jste....*

Komentář:

Největší zastoupení z hlediska pohlaví v průzkumném vzorku tvořily ženy 61% a zbytek respondentů byli muži v zastoupení 39%. Z mého úsudku odpovídaly častěji ženy proto, že se více zajímají o psychologickou problematiku jako takovou, než muži.

OTÁZKA Č. 2.: Kolik Vám je let?Tab. 2. *Kolik vám je let?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
do 20 let	30	20%
21-30 let	72	48%
31-40 let	19	12,67%
41-50 let	20	13,33%
51-60 let	5	3,33%
60 a více	4	2,67%
CELKEM	150	100%

Graf č. 2. *Kolik Vám je let?*

Komentář:

Z grafu tabulky č.2 vyplývá, že největší věkové zastoupení je 21-30 let a to v 48%, nejmenší však 61 let a více a to v 2,67%. Domnívám se, že to bylo z důvodu rozesílání dotazníku po internetu, ne všichni starší lidé využívají tento komunikační prostředek.

OTÁZKA Č.3. : Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*Tab. 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
Základní	23	15,32%
Vyučen(a)	9	6%
Střední odborné s maturitou	16	10,67%
Střední škola s maturitou	64	42,67%
Vyšší odborné	7	4,67%
Vysokoškolské	31	20,67%
CELKEM	150	100%

Graf č. 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

**Komentář:**

Z grafu č.3 vyplývá, že největší podíl vzdělání respondentů je středoškolské a to v 42%, nejmenší vyšší odborné 5%. Další nejčastější odpovědí bylo vysokoškolské vzdělání v 21% a základní vzdělání v 15% .

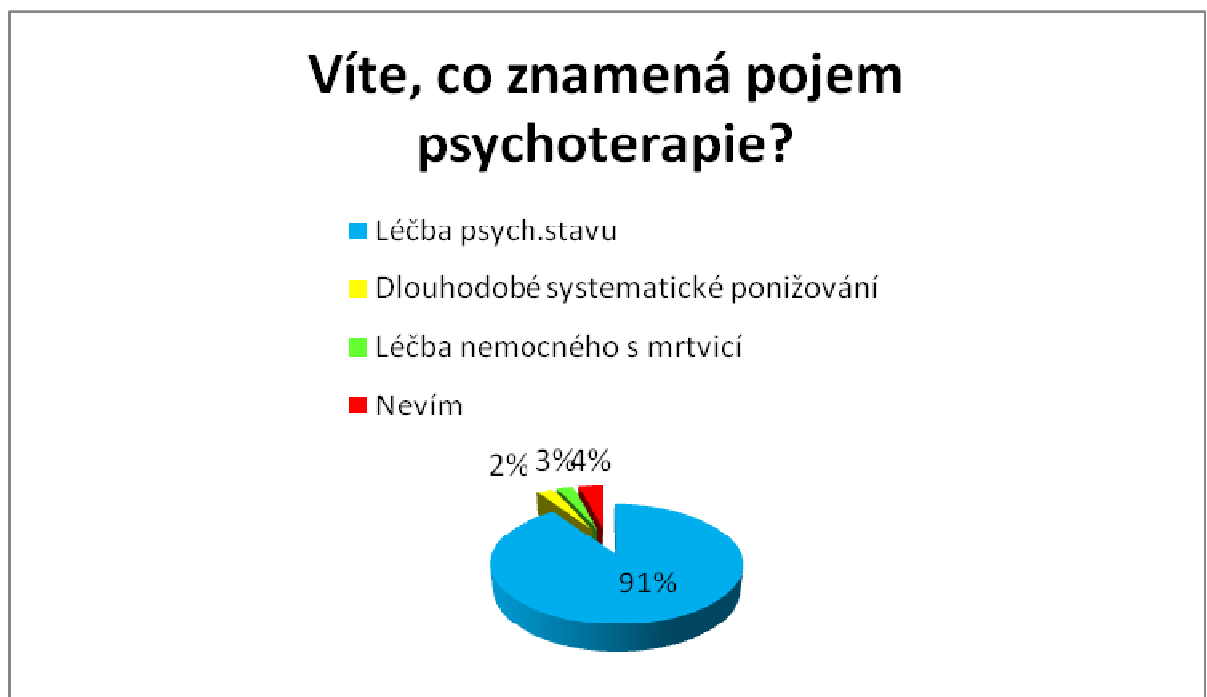
OTÁZKA Č. 4. :Víte, co znamená pojem „psychoterapie“? (psychoterapie se používá i u lidí, kteří mají potíže v rodině, ve vztazích....)

Tab. 4. Víte, co znamená pojem „psychoterapie“? (psychoterapie se používá i u lidí, kteří mají potíže v rodině, ve vztazích....)

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
je léčba psychického stavu (např.u těžce nevléčitelných onemocnění, depresí, poruch osobnosti...)	136	90,67%

znamená dlouhodobé systematické duševní násilí a ponižování	4	2,67%
je léčba nemocných s mozkovou mrtvicí	4	2,67%
nevím	6	4,03%
CELKEM	150	100%

Graf č. 4. Víte, co znamená pojem „psychoterapie“?

**Komentář:**

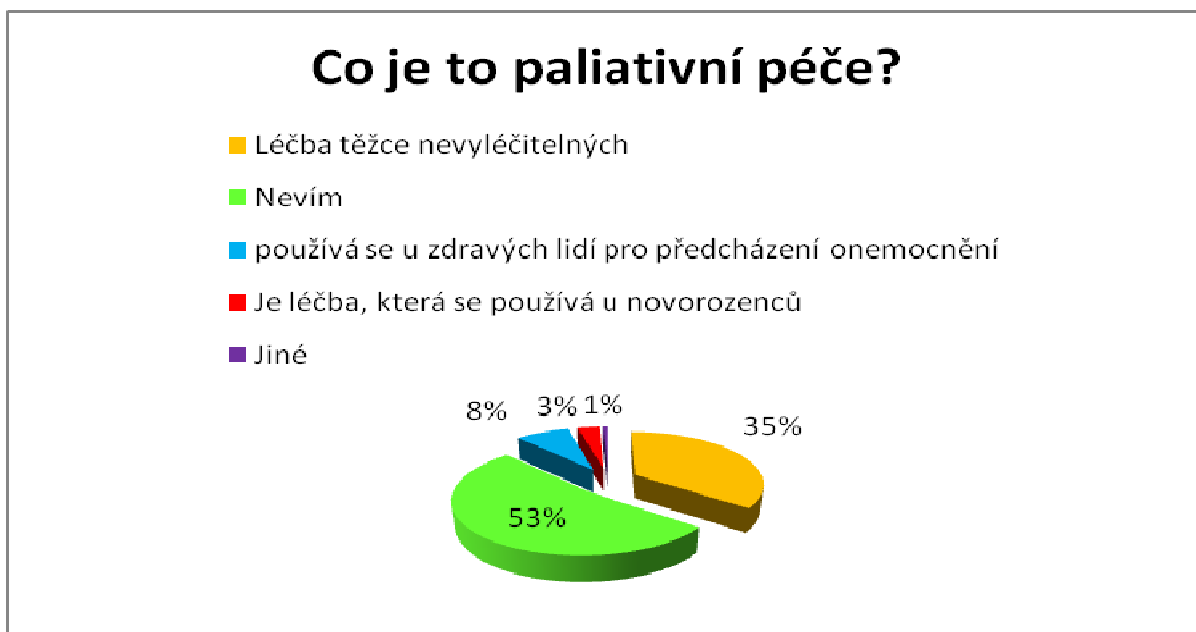
Tato otázka testovala, zda respondenti ví, co znamená pojem psychoterapie. V 91% odpověděli že je to léčba psychického stavu, což byla správná odpověď. Zbývající ve 4% odpověděli odpovědí dlouhodobé systematické ponižování a týrání, ve 3% že se jedná o léčbu nemocných s mrtvicí, a 4% respondentů vůbec nevěděli, co tento pojem znam

OTÁZKA Č. 5. :Víte, co je to paliativní péče?

Tab. 5. Víte, co je to paliativní péče?

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Je léčba nemocných s nevléčitelnou chorobou, péče o rodinné příslušníky	79	52,67%
Používá se u zdravých lidí k předcházení onemocnění	12	8%
Je léčba, která se používá u novorozenců	5	3,33%
nevím	6	4,03%
jiné	1	0,67%
CELKEM	150	100%

Graf č. 5. Víte co je to paliativní péče?

**Komentář:**

Otázka zaměřená na to, zda respondenti ví, co je to paliativní péče. 53% respondentů odpovědělo, že neví, co tento pojem znamená. Dále 35% respondentů odpovědělo, že paliativní péče je podúrná léčba, která se používá u nevléčitelných chorob. V další skupině respondenti odpověděli v 8 %, že tato péče se používá pro předcházení onemocnění, dále ve 3% , že se jedná o léčbu u novorozenců.

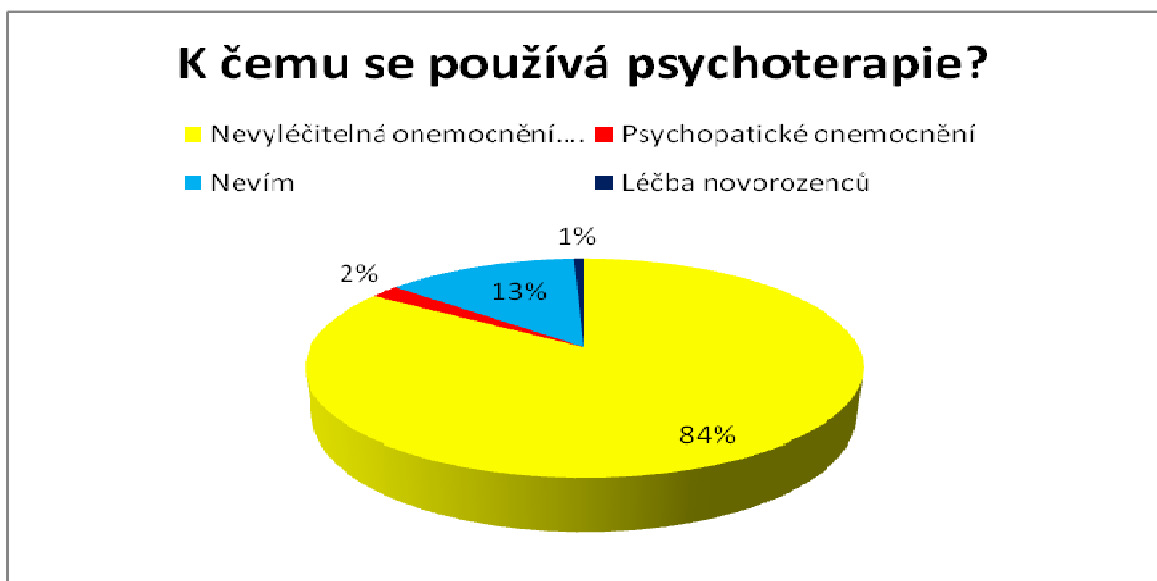
OTÁZKA Č.6. :Víte, k čemu se psychoterapie používá?

Tab. 6. Víte, k čemu se psychoterapie používá?

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
Používá se u lidí trpících depre- sív, poruchou osobnosti,u pro- blémů v rodině....	126	84%
Nevím	20	13,33%

Používají ji psychopatičtí lidé, kteří vykonávají násilí a ponižování druhých	3	2%
Je to hlavní léčba u lidí s mozkovou mrtvicí	1	0,67%
CELKEM	150	100%

Graf č. 6. Víte k čemu se psychoterapie používá?

**Komentář:**

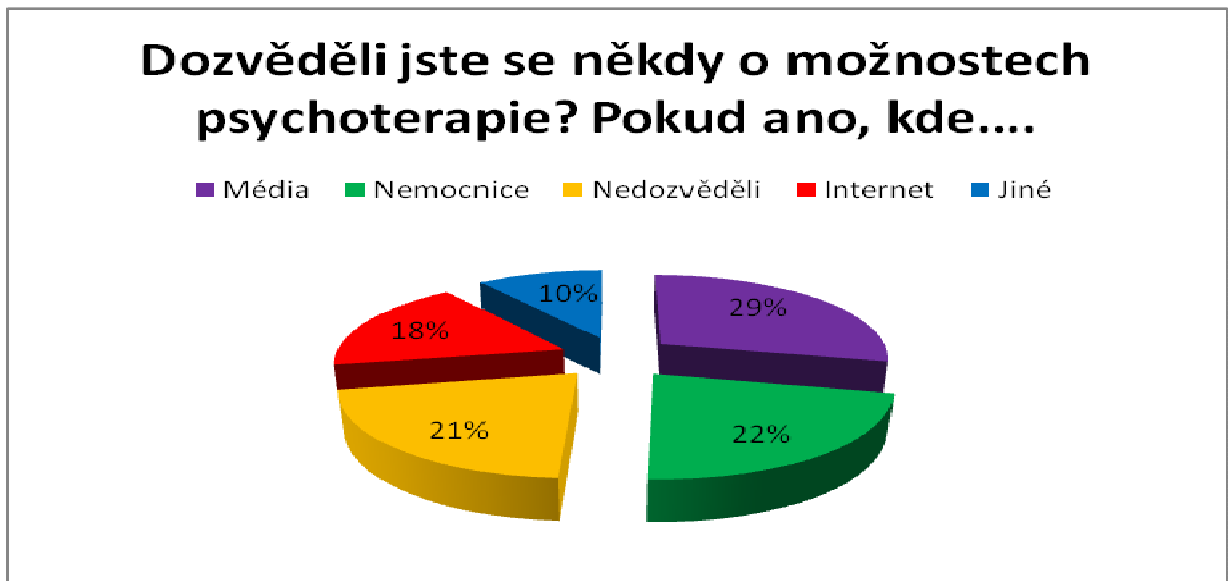
U této otázky respondenti nejčastěji v 84% odpověděli, že psychoterapie je léčba používaná jako podpůrná u nevyléčitelných nemocí, v 13% odpověděli respondenti, že neví, kdy se používá, ve 2% si mysleli, že se jedná o léčbu u psychopatických lidí, a v 1% že se používá u novorozenců.

**OTÁZKA Č. 7: Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie?
Pokud ano, z jakého zdroje? (možno i více odpovědí)**

Tab. 7. Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? Pokud ano, z jakého zdroje?
(možno i více odpovědí)

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Média (TV, rádio, noviny, časopisy, letáky, reklamní spoty..)	60	40%
V nemocnici, u lékaře, nebo jiného zdrav.pracovníka	47	31,33%
Nedozvěděli	45	30%
Na internetu	37	24,67%
Jiné	22	14,67%
CELKEM	211	141%

Graf č. 7. Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? (Pokud ano, z jakého zdroje)



Komentář:

Průzkum ukázal, že respondenti se dozvěděli o psychoterapii z různých zdrojů, a to ve 29% respondenti využívají k informacím média (internet, reklamní spoty, noviny, časopisy, letáky..), ve 22% byli informováni ve zdravotnických zařízeních, nemocnici, u lékaře, zdravotnického pracovníka, 21% respondentů se všude o psychoterapii nikde vůbec nedozvěděli, a 10% respondentů uvedlo položku „jiné“ z čehož často odpovídali, že se o psychoterapii dozvěděli z vlastní iniciativy, od známých z doslechu a filmů.

OTÁZKA Č.8: Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevléčitelným onemocněním?

Tab. 8. *Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevléčitelným onemocněním?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Nevím o tom	57	38%
Ano	51	34%
Ne	42	28%
CELKEM	150	100%

Graf č. 8. *Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevléčitelným onemocněním?*



Komentář:

Toto otázkou jsem zjišťovala, jestli někdo z přátel, známých, nebo blízkých osob trpí nevléčitelným onemocněním. Ve 34% odpověděli, že ano, 28% respondentů odpovědělo, že ne, a 38% vůbec nevědělo.

OTÁZKA Č. 9. :Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný?

Tab. 9. *Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Nejdůležitější	83	55,33%
Méně důležitá	37	26,66%
Středně důležitá	19	12,67%
Spíše nedůležitá	7	4,67%
Nedůležitá	4	2,67%
CELKEM	150	100%

Graf č. 9. Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc u těžce nemocných lidí, jejichž psych.stav je špatný?



Komentář:

Zde mě zajímalo, jak si lidé mysleli, že je důležitá pomoc u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný. 53% respondentů odpovědělo známkou 1, která znamenala, že ji hodnotí jako velmi důležitou, 27% odpovědělo známkou 2, tím zároveň tvrdili, že je pro ně méně důležitá, ve 13% respondenti odpověděli, že tato pomoc je pro ně středně důležitá a označili ji známkou 3, ve 4,67% odpověděli spíše nedůležitá, což byla známka 4, a v 3% si mysleli, že tato pomoc není vůbec důležitá.

OTÁZKA Č. 10.: Octli jste se vy sami nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?

Tab. 10. *Octli jste se vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Nevím o tom	28	18,67%
Ano	77	51,33%
Ne	45	30%
CELKEM	150	100%

Graf č. 10. *Octli jste se vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?*



Komentář:

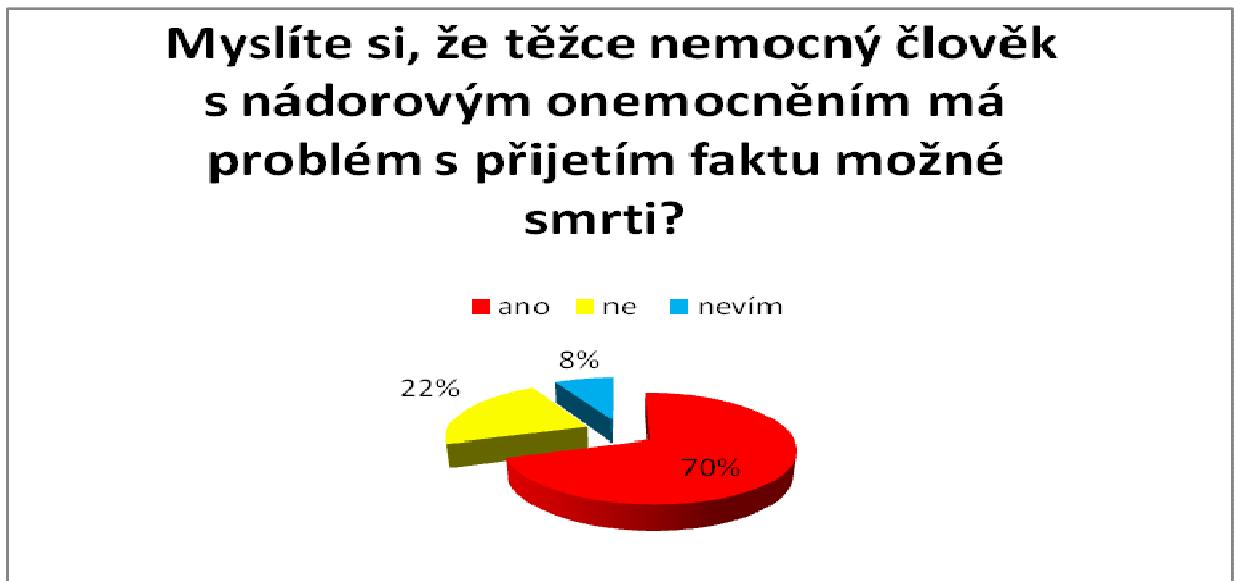
Zajímalo mně, jestli se sami, nebo někdo v okolí, kdo je jim blízký ocitli v situaci, kdy pro ně život ztrácel smysl. V 51,33% odpověděli, že ano, v 30% , že se tato situace nenastala, a v 18,67% vůbec nevěděli.

OTÁZKA Č.11: Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?

Tab. 11. *Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Nevím	33	22%
Ano	105	70%
Ne	12	8%
CELKEM	150	100%

Graf č. 11. *Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?*



Komentář:

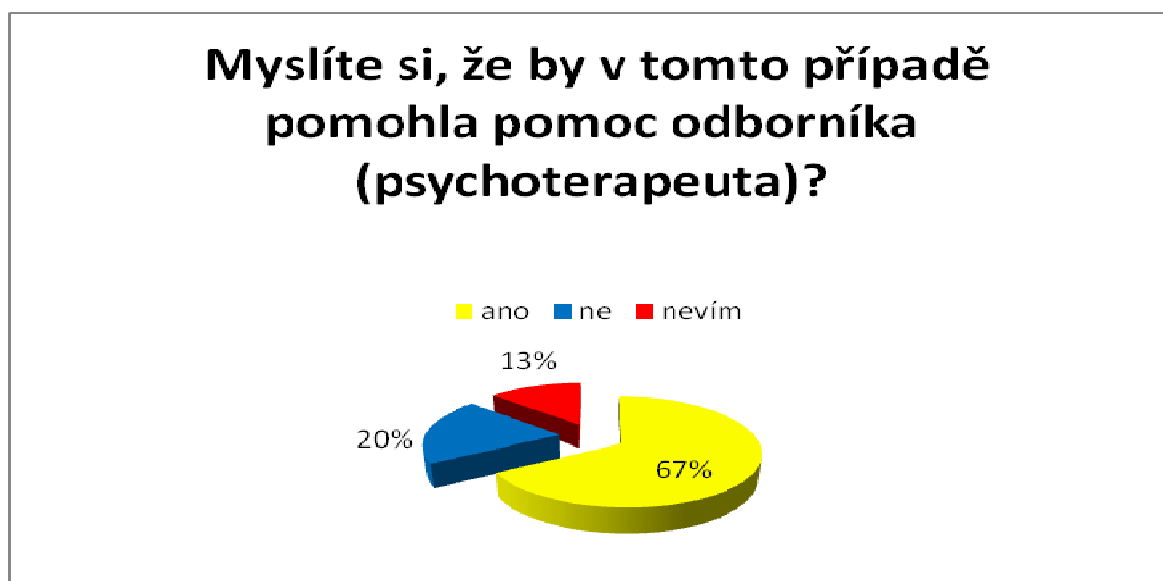
Otázka č.11 jsem zjišťovala, zda si lidé myslí, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti. Většina respondentů v 70% odpověděla, že si myslí, že ano, ve 22% si myslí respondenti, že ne, a v 8% vůbec nevěděli.

OTÁZKA Č.12. Myslíte si, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka (psychoterapeuta)?

Tab. 12. Myslíte si, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka (psychoterapeuta)?

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Nevím	33	22%
Ano	105	70%
Ne	12	8%
CELKEM	150	100%

Graf č. 12. Myslíte si, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka (psychoterapeuta)?



Komentář:

V této otázce jsem se snažila přijít na to, jak si respondenti myslí, že je důležitá pomoc odborníka u lidí, v těžké životní situaci, jakou je převážně smrt. Dle odpovědí 67% tázaných si myslí, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka (psychoterapeuta) 20% odpovědělo, že ne, a 13% dotazovaných neví.

OTÁZKA Č.13: Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka za pomoci odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, LDN, přímo ordinace psychoterapeuta...)?

Tab. 13. *Setkali jste se někdy s psychoterapií v léčebném zařízení?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Ne	108	72%
Ano	42	28%
CELKEM	150	100%

Graf č. 13. *Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka za pomoci odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, LDN, přímo ordinace psychoterapeuta...)?*



Komentář:

Zjistila jsem, že 72% respondentů se s psychoterapií v léčebném zařízení vůbec nesetkalo, a jen 28% se s ní setkalo. Tato otázka patřila k položce filtrační.

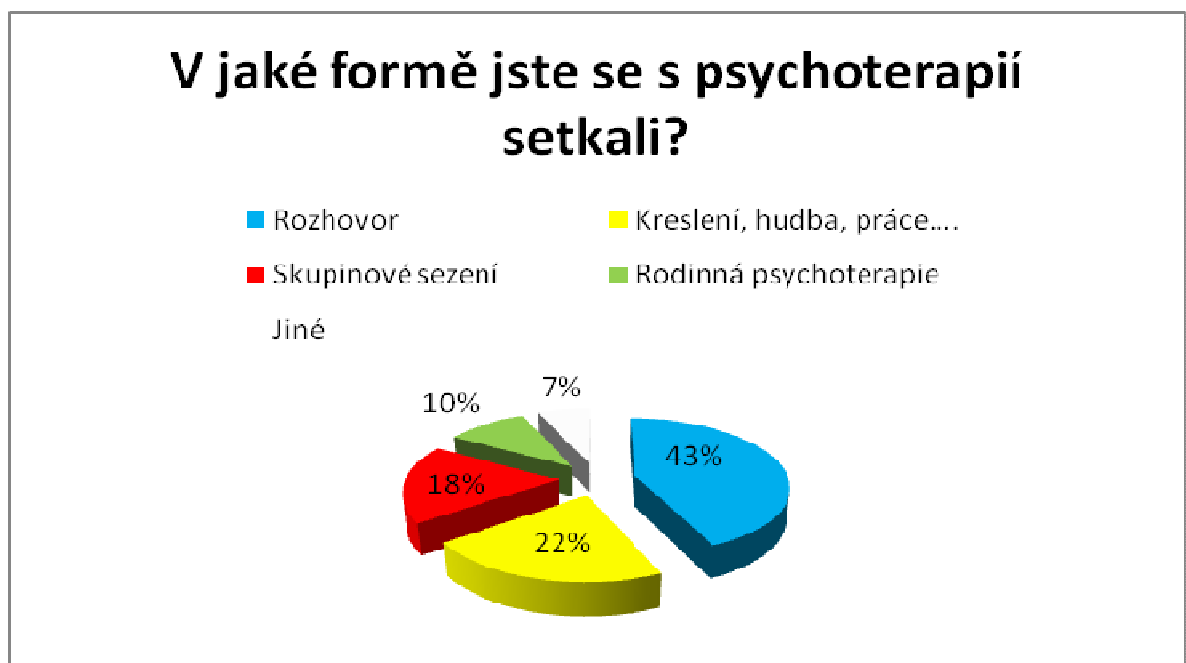
OTÁZKA Č.14.: V jaké formě jste se s psychoterapií setkali?

Tab. 14. *V jaké formě jste se ní setkali?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Rozhovor nemocného s odborníkem (psychoterapeutem)	19	45,24%
Formou léčby kreslením, prací, hudbou.....	13	30,95%

Formou skupinového sezení	11	26,19%
Rozhovor nemocného s odborníkem (psychoterapeutem)	7	16,67%
Formou rodinné terapie	6	14,29%
Jiné	4	9,52%

Graf č.13. V jaké formě jste se s psychoterapií setkali?



Komentář:

43% respondentů se setkala s psychoterapií ve formě rozhovoru psychoterapeuta s klientem, 22% respondentů zná psychoterapii formou kreslení, léčba hudbou, prací, 18% se setkala se skupinovými sezeními, 10% s rodinou psychotreapií a 7% respondentů označilo položku „jiné“.

OTÁZKA Č.15.:Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní?Tab. 15. *Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Negativní	2	4,76%
Spíše negativní	2	4,76%
Neutrální	3	7,14%
Spíše pozitivní	11	26,20%
Pozitivní	24	57,14%
CELKEM	42	100%

Graf č. 15. *Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní?*

Komentář:

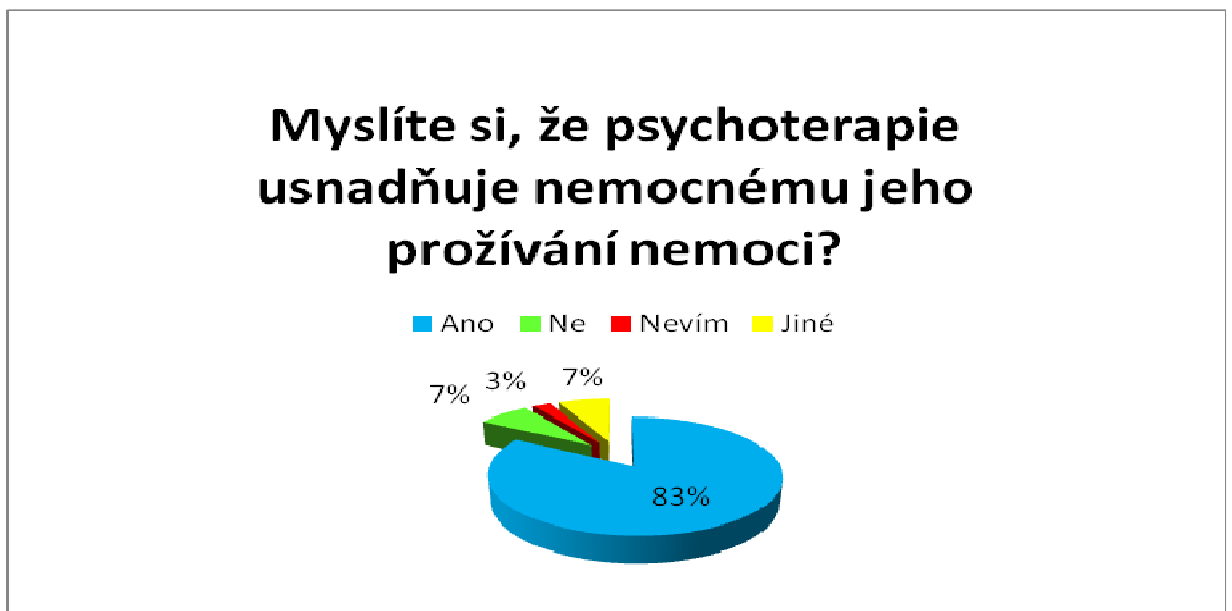
57% respondentů hodnotí psychoterapii jako pozitivní, 26% spíše pozitivní, 7% jako neutrální, 5% jako spíše negativní a 5% ji hodnotí jako negativní.

OTÁZKA Č. 16. : Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?

Tab. 16. *Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?*

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Ano	35	83,33%
Nevím	3	7,14%
Ne	1	2,38%
Jiné	3	7,14%
CELKEM	42	100%

Graf č. 16. *Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?*



Komentář:

Z průzkumu vyplynulo-83% lidí si myslí, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci, 7% uvedlo že ne, 3% neví, 7% uvedlo jiné možnosti, nejčastěji však, že je to individuální u každého pacienta, nebo nevedlo jaké.

OTÁZKA č.17.: Chtěli byste se dozvědět více o možnostech psychoterapie?

Tab. 17. Chtěli byste se dozvědět více o možnostech psychoterapie?

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST V %
Ano	114	76%
Ne	36	24%
CELKEM	150	100%

Graf č. 17. Chtěli byste se dozvědět více o možnostech psychoterapie?



Komentář:

Zde jsem zjišťovala jestli se lidé zajímají o psychoterapii, tzn. chtěli by se o ní dozvědět více. Většina (76%) odpověděla, že ano, 24% respondentů odpovědělo, že ne.

7 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

H 1: Více jak polovina veřejnosti neví, co je to psychoterapie v paliativní péči.

Předpokládaná hypotéza se mi potvrdila.

Vyhodnocení: Z výzkumu je zřejmé, že 53% respondentů vůbec neví, co je to paliativní péče. A v další otázce 84% respondentů tvrdí, že ví, co je to psychoterapie. Z těchto výsledků vyplývá, že společnost sice ve větší většině zná pojem psychoterapie, ale neví, co je to paliativní péče, tudíž se hypotéza potvrdila. Viz. tabulky a grafy č.1, 2, 3.

H 2: Více jak polovina se s psychoterapií nikdy nesetkala.

Předpokládaná hypotéza se mi potvrdila.

Vyhodnocení: Ze získaných údajů vyplývá toto. Z dotazovaných celých 72% , což je 108 respondentů se s psychoterapií ve zdravotnickém zařízení nikdy nesetkalo. Zbýlých 28%, což je 42 respondentů tvrdí, že se s psychoterapií ve zdravotnickém zařízení setkali.

H 3: U lidí, kteří mají někoho blízkého s chronickým onemocněním, nebo jím sami trpí, se s psychoterapií setkali více než ti, kteří tyto zkušenosti nemají.

Předpokládaná hypotéza se mi nepotvrdila.

Viz. tabulka a graf č.10 a 13.

- Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný? (1-nejdůležitější, 5-nejméně důležitý)
 - 1-nejdůležitější
- Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevyléčitelným onemocněním?
 - ano

ČTYŘPOLNÍ TABULKA

	Splňují podmínku	nesplňují	SOUČET
Splňují	13	35	48
nesplňují	12	90	102
SOUČET	25	125	150

Odchylka od průměru: +62.5% , vypovídající hodnota nízká

Pozn. Vypočítáno pomocí statistického programu na webu www.vyplnto.cz

H 4: Veřejnost hodnotí psychoterapii spíše jako pozitivní v léčbě nevyléčitelného onemocnění.

Předpokládaná hypotéza se mi potvrdila.

Vyhodnocení: Z dotazovaných 57% (24 respondentů) oznámkovalo pozitivitu psychoterapie známkou 1-značí nejlepší, 26% (11 respondentů) známkou 2-spíše pozitivní, 7% (3 respondenti) známkou 3-neutrální, 5% (2 respondenti) známkou 4-spíše negativní , a 2respondenti(5%) známkou 5-negativní. Z toho vyplývá, že více jak polovina-83% respondentů ji zhodnotilo jako pozitivní, nebo spíše pozitivní.

Viz.tabulka a graf č.15.

H 5 :Ti, kteří se s psychoterapií setkali tvrdí, že nemocnému usnadňuje jeho prožívání nemoci.

Předpokládaná hypotéza se mi potvrdila.

Vyhodnocení: Průzkum prokázal, že 83% dotázaných, kteří se psychoterapií někdy setkali tvrdí, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci. 2% respondentů odpovědělo, že ne. A zbylých 7% respondentů neví, a 2% tvrdí, že ne.

Viz. tabulka a graf 16. a 13.

ČTYŘPOLNÍ TABULKA

	Succedent	Non succedent	SOUČET
Antecedent	6	0	6
Non antecedent	15	129	144
SOUČET	21	129	150

Vysvětlení: Ve sloupci Sucedent jsou počty respondentů, kteří splňují podmínku definovanou v části A, ve sloupci Non Sucedent jsou počty respondentů, kteří nesplňují podmínku definovanou v části A. V řádku Antecedent jsou počty respondentů, kteří splňují podmínku definovanou v části B, v řádku Non Antecedent jsou počty respondentů, kteří nesplňují podmínku definovanou v části B.

Odchylka od průměru: +614.29% vypovídající hodnota výborná

Pozn. Vypočítáno pomocí statistického programu dle vyhodnocení na webu www.vyplnto.cz

Výpočet pravděpodobnosti:

Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka pomocí odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, přímo ordinace psychoterapeuta....) ?

- odpověď **ano**:
 - **4.3x** větší pravděpodobnost při odpovědi **1** na otázku 11. *Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní ? (vyznačte na ose 5-negativní 1-pozitivní)*
 - **4.3x** větší pravděpodobnost při odpovědi **ano** na otázku 12. *Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?*

Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?

- odpověď **ano**:
 - **4.3x** větší pravděpodobnost při odpovědi **ano** na otázku 9. *Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka pomocí odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, přímo ordinace psychoterapeuta....) ?*
 - **4.3x** větší pravděpodobnost při odpovědi **1** na otázku 11. *Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní ? (vyznačte na ose 5-negativní 1-pozitivní)*

Pozn. Výsledky pravděpodobnosti, závislosti otázek a čtyřpolní tabulky vytvořeny dle vyhodnocení v statistickém programu na webu www.vyplnto.cz

8 DISKUZE

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli společnost vůbec ví, co je to psychoterapie, a jaké je její využití v praxi, zejména v paliativní péči. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazník, protože to je nejsnadnější metoda, jak potvrdit mé hypotézy u velkého množství lidí. Pilotní, testovací studii jsem realizovala v lednu 2009. Rozdala jsem 10 dotazníků vybraným respondentům. Dotazník se jim zdál vyhovující a plně srozumitelný, proto jsem ho použila do stěžejního výzkumu.

Konečnou verzi dotazník jsem vystavila na internetové stránky www.vyplnto.cz, kde na něj 4 týdny respondenti odpovídali. Návratnost byla stoprocentní, protože tázaní museli odpovědět na všechny otázky. Pochopení otázek bylo úplně jasné. Hypotézy jsem se snažila dělat co nejreálnější a zaměřila se na základní věci této problematiky.

Převážná část tázaných byly ženy, a to v 61%, zbylých 39% byli muži. Nejčastější věk respondentů byl 21-30 let a to v 48%, další největší zastoupení měl věk do 20 a to v 20%, zbylých 13% respondentů bylo ve věku 31-40 let, 13% ve věku 41-50 let, 3% 51-60 let, a 3% věk nad 60 let. V další úvodní otázce (viz.otázka a graf č.3) zjišťuji, jaké je vzdělání tázaných. V nejčastějších případech, tj.43% odpovídali, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je střední škola s maturitou, dále ve velkém zastoupení byli vysokoškolsky vzdělaní lidé a to ve 21%, dále pak se základním vzděláním bylo 15% tázaných, 11% se středním odborným vzděláním s maturitou, 6% s výučním listem a 5% uvedlo, že mají vyšší odborné vzdělání.

HYPOTÉZA 1. Více jak polovina veřejnosti nemá neví, co to je psychoterapie v paliativní péči.

Má první hypotéza předpokládá, že více, jak polovina respondentů nebude vědět, co to znamená psychoterapie, avšak z analýzy dotazníků vyplývá, že respondenti ví, co tento pojem znamená, protože jsou dobře informováni, nejčastěji uvedli, že byli informováni z médií-40%, internetu-25% nebo v zdravotnickém zařízení-31%, 20% respondentů uvedlo, že se o psychoterapii nikde nedozvěděli, a 15% uvedlo možnost „jiné“ V této možnosti mi do poznámek napsali že buď se přímo s psychoterapií setkali, nebo o ní slyšeli od známých, přátel. 91% respondentů označilo v dotazníku, že ví, co to znamená psychoterapie, ale celých 53% uvedlo, že neví, co to znamená pojem paliativní péče. Viz.otázka a graf 4. a 7. Další otázka č.5., týkající se paliativní péče dokázala že odpovídající v 53% odpověděli že neví, co to paliativní péče je. V dalším velkém zastoupení odpověděli, že je to léčba

nemocných s nevléčitelnou chorobou, což byla správná odpověď, a odpovědělo tak celých 35% tázaných. Další otázka testující tuto hypotézu byla otázka č.6. zde jsem zjišťovala, zda respondenti ví, k čemu se psychoterapie používá.84% odpovědělo, že se používá u lidí, trpících depresemi, poruchou osobnosti aj..., což byla správná odpověď. Další odpovědi s celkem velkým zastoupením, byla možnost, „nevím“ v 13%. Hypotéza se mi potvrdila. Veřejnost pojmy nezná, ale někdy se s nimi setkala třeba z doslechu, jak jsem se dozvěděla v poznámkách v poslední volné otázce č.18.

HYPOTÉZA 2. Více jak polovina veřejnosti se s psychoterapií v paliativní péči nikdy nesetkala. (viz.otázky v dotazníku 13., 14. a graf a tabulka 13. a 14)

Dle výsledků výzkumu u otázky zda se respondenti s psychoterapií v léčebném zařízení někdy setkali, jsem zjistila, že více jak polovina veřejnosti se s psychoterapií v léčebném zařízení nesetkala, a to v 72%. Zbýlých 28% tázaných odpovědělo, že se s ní setkali. Z toho vyplývá, že i ti klienti kteří jsou nemocní i ti, co nejsou se s ní ve zdravotnickém zařízení nesetkali.Tato otázka byla filtrační.Ti, co odpověděli, že se s psychoterapií setkali, tak nejčastěji v dotazníku uvádí, že se s ní setkali formou rozhovoru odborníka (psychoterapeuta) s pacientem a to v 43%,dále nejčastější odpovědi byly alternativní formy jako léčba kreslením, prací, hudbou v 22%, formou skupinového sezení bylo 18% odpovědí a léčba za pomoci rodinné psychoterapie odpovědělo 10% respondentů, zbylých 7% odpovědí byly „jiné“.

HYPOTÉZA 3. U lidí, kteří mají někoho blízkého s chronickým onemocněním (těžké životní situaci) nebo se s tímto sami setkali, se s psychoterapií setkali více než ti, kteří tyto zkušenosti nemají. (otázka dotazníku 10,11, graf a tabulka 10. a 11.)

Co se týče hypotézy č.3. v otázce Octli jste se vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás neměl život smysl? 51% respondentů odpovědělo, že ano, což jsem předpokládala, 30% že ne, a 19% dotázaných uvedlo, že neví. V další otázce jsem zjišťovala, zda si respondenti myslí, že těžce nemocný člověk (např. s nádorovým onemocněním) má problém s přijetím faktu možné smrti. Dle tohoto výzkumu je zřejmé, že celých 70% respondentů si myslí, že ano, 22% že ne a pouhých 8% respondentů neví, zda má nemocný problém s faktem možné smrti. Poté jsem vypočítala závislosti faktu zkušenosti s těžkou životní situací a zkušeností a vyšlo mi, že tyto dva fakty se navzájem neovlivňují, tudíž se má stanovená hypotéza nepotvrdila.(viz. Test závislosti a tabulka na konci vyhodnocování výzkumu str.73.)

HYPOTÉZA 4. a 5. Veřejnost, která se s psychoterapií setkala, ji hodnotí jako pozitivní v podpůrné léčbě u nevléčitelně nemocných pacientů. (viz. ot. v dotazníku 9,12,15,16)

Nejpozitivnějším zjištěním u potvrzování této hypotézy byla skutečnost, že veřejnost hodnotí psychoterapii jako pozitivní v podpůrné léčbě u nevléčitelně nemocných pacientů.

U otázky –Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný 53% respondentů odpovědělo, že tato pomoc je u pacientů nejdůležitější a označila je číslem jedna na škále od 1-5, z čehož 1 byla nejdůležitější a 5 nejmíň důležitá. Dále nejčastěji lidé odpovídali číslem 2, neboli méně důležitá, to v 27%, středně důležitou odpověď, neboli 3 zahrlo 13% respondentů, spíše nedůležitou a číslo 4 5% respondentů a 3 zanedbatelné % respondentů odpověděly, že tato pomoc není důležitá vůbec a zahrli ji na škále číslem 5. V případě, kdy jsem zkoumala, zda by u těžce nemocných lidí pomohla pomoc odborníka mi odpovědělo celých 83% , že pomohla, a jen 7% že ne, možnost „jiné“ zvolilo 7% respondentů a nejčastěji uvedli, že je to vysoce individuální u každého pacienta, a s tím nezbývá, než souhlasit. V další části výzkumu této hypotézy jsem zjišťovala, jestli veřejnost, která se psychoterapií setkala ji hodnotí jako pozitivní. Větší polovina, tj. 57% odpovídajících odpovědělo že psychoterapii hodnotí jako pozitivní-č.5.,26% lidí uvedlo možnost spíše pozitivní č.4., možnost neutrální č.3 ohodnotilo 7% respondentů, a po 5% uvedli možnosti spíše negativní a negativní. Z čehož je zřejmé, že nadpočetná většina veřejnosti hodnotí psychoterapii spíše jako pozitivní-kladnou. Dále jsem k této hypotéze vytvořila otázku-Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci? Z výzkumu vyplynulo, že 83% odpovídajících si myslí, že ano a zanedbatelných 7% že ne, zbývající respondenti buď nevěděli, nebo uvedli možnost „jiné“.

Hypotéza se potvrdila taky výpočtem pravděpodobnosti a závislosti odpovědí.

Ve zbývajících otázkách dotazníku měli možnost tázaní vyjádřit své názory a myšlenky k tomuto tématu, a uvést, zda se chtějí dozvědět více o možnostech psychoterapie (viz. otázka 17. a 18.)

Většina hypotéz se mi potvrdila.

ZÁVĚR

Nikdo z nás si určitě nepamatuje, co vše vnímal jako dítě, ale je jeden okamžik, který se hodně lidem z nás vryl významnou měrou do paměti. Okamžik, kdy jsme si uvědomili existenci smrti jako něčeho konečného. Člověk si najednou začne uvědomovat fakt, že se narodil, a trápí se smyslem toho, co bude. Umírání patří mezi těžké kapitoly v životě člověka, nikdo s ní úplně nepočítá. Narození a smrt spolu nějakým způsobem velmi souvisejí. Patří mezi události v lidském životě, kterým se prostě nevyhneme. Každý z nás se musí narodit na tento svět a každý, i když to mnozí neradi slyší, jej jednoho dne musí opustit. V posledních letech jak dochází k rozvoji všech odvětví, tak samozřejmě i medicíny si stále víc lidí myslí, že je možno ovládat lidský život. Dříve to bylo jinak- lidstvo přímo vidělo, že smrt patří mezi přirozené součásti lidského života, že každý se narodí a pak zemře, že existují jakési hranice, co je možno udělat a co ne. Dnes ve „světě neomezených možností“ mají lidé pocit, že můžou ovládat vše, opak je však pravdou. Smrt se dotýká každého člověka. Situace, jako je smrt, není žádný extrém, je to neoddelitelná část života. Jako lidi, i jako profesionálové se smrtí. Musíme brát ohled na to, jak je smrt v naší společnosti stále tabulizovaná., stále je důležité poukázat na cesty jejího možného „návratu do života“ a o tom je vlastně celá moje práce, jak nemocnému co nejlépe pomoci, aby se tzv. navrátil do svého života a žil, jak jen to půjde.

Ve své teoretické části práce se zabývám pojmy, jako je hospic, paliativní péče, smrt, umírání, psychoterapie, existenciální terapie, logoterapie. Snažila jsem se zde o stručnou charakteristiku těchto základních pojmů, které jsou základem, pro mou praktickou část.

V praktické části jsem si jako výzkumnou metodu zvolila dotazníkové šetření. Většina stanovených hypotéz se mi potvrdila. Spousta lidí psychoterapii v paliativní péči nezná, nebo se s ní nesečkala, což je veliká škoda, neboť hodně lidí by právě tuto pomoc potřebovalo při řešení existenciálních problémů. Někdy si to sami ani neuvědomujeme, myslíme si, že zrovna takhle by to mělo být, ale opak je pravdou, každému můžeme nějak pomoci ať už sobě, nebo našim blízkým.

Výsledky tohoto výzkumu byly pro mne námětem k vytvoření návrhu webových stránek pro veřejnost. Tyto stránky jsou informačního rázu a zabývají se vysvětlením pojmů psychoterapie, formy existenciální psychoterapie a článků o psychoterapii. Viz příloha č.4.

Ne však každý nevléčitelně nemocný potřebuje intenzivní léčbu psychoterapeuta, ale opravdu každý by měl vědět, že tato možnost tu existuje. Protože lidská psychika je nejdůležitější v léčbě jakéhokoliv onemocnění. Psychická stránka totiž může ovlivnit uzdravení, člověk, když se cítí lépe, vše jde najednou „nějak snáz“. Proto bych chtěla na tuto skutečnost upozornit. Aby se každý zamyslel nad jeho smyslem bytí a popřípadě se jej zkusil jakkoliv pozměnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFICKÉ PUBLIKACE:

- [1] PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. eds. *Principy a praxe paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
- [2] VYMĚTAL, J., a kol. *Speciální psychoterapie*. Grada publishing, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1
- [3] FARKAŠOVÁ D., a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*, Martin, Osveta 2006, 87 s. ISBN 80-8063-229-4
- [4] SLÁMA O., *Bolest a utrpení v terminální fázi* [online]. 2006 [cit. 2006-11-11]. Dostupný z WWW: <http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/119.pdf>.
- [5] YALOM, I., D., *Existenciální psychoterapie*. Portál s.r.o.:Praha ,2006. 528 s. ISBN 80-7367-147-6 z orig. Existencial psychotherapy přeložil Ivo Muller Publisher by BasicBooks, A member of the PERSEUS Books Group
- [6] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6
- [7] ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii*. Praha: Triton, 2005. 222 s. ISBN 80-7254-603-1
- [8] O'CONNOR, M., ARANDA, S. a kol. *Paliativní péče-pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- [9] SKÁLA, B.,SLÁMA,O., a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře CDP-PL:Praha, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7
- [10] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, Praha: Galén, 2002. 3.vyd. ISBN : 272.8072621327
- [11] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie -nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
- [22] LANGMEIER, J., BALCAR K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
- [13] PROCHASKA J.O., NORCROSS J.C. *Psychoterapeutické systémy-průřez teoriemi*. Grada publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4
- [14] VORLÍČEK, J., Adam, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. 540 s. ISBN 80-7169-437-1.

- [15] FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu. Cesta*, 1997, 216 s. ISBN 80-85319- 63-2
- [16] VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. 340 s. ISBN 80-86123-02-2
- [17] KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál ,1996. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
- [18] SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet*, Hradec Králové: Ecce homo, 1995. 2.vyd., 144s. ISBN 80-902049-0-2
- [19] KŘIVOHLAVÝ, J.: *Mít pro co žít*, Praha, Návrat Domů, 1994.
- [20] KÜBLER-ROSSOVÁ, E. Přel. B. Dvořáček. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135 s. Přel. z: On Death and Dying. ISBN -80-85439-04-2
- [21] FRANKL, V. E. *Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion*. Kösel-Verlag München , 8. vyd. 1991
- [22] HAŠKOVCOVÁ, H, *Spoutaný život*, Praha: 3. LF UK, 1991. 51 s.
- [23] BALCAR, K. *Psychoterapeutické sešity, č. 29, Praha, 1989, s. 17-34.*

ČASOPISY:

- [24] časopis *Florence*, příloha *POROZUMĚNÍ* 4.číslo, ročník I. , 4.číslo, GALÉN, Maitrea, Praha ISSN 0394-5065. 2005

WWW STRÁNKY-elektronická monografie:

- [25] *Existenciální psychoterapie* [on-line]. [cit.17.4.2009]. Dostupný z WWW:<http://www.wikipedia.cz>
- [26] *Hospicová péče a její dějiny* [on-line]. [cit.28.4.2009]. Dostupný z WWW: <http://www.osobniasistence.cz>

[27] *Charta práv umírajících* [on-line]. [cit.28.4.2010] Dostupný z WWW:
<http://www.ikem.cz/www?docid=1002386>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CHOPN	Chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc
č.	číslo
ČR	Česká republika
H1,2,3...	hypotéza 1, 2, 3...
hyp.	hypotéza
např.	například
ot.	otázka
p.	pan/paní
sv.	svatý
tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	tak zvaný
viz.	vyznačeno
WHO	World health organisation –Světová zdravotnická organizace
www.	začátek internetové adresy

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. <i>Jste</i>	43
Graf č. 2. <i>Kolik Vám je let?</i>	44
Graf č. 3. <i>Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</i>	46
Graf č. 4. <i>Víte, co znamená pojem „psychoterapie“?</i>	47
Graf č. 5. <i>Víte co je to paliativní péče?</i>	49
Graf č. 6. <i>Víte k čemu se psychoterapie používá?</i>	50
Graf č. 7. <i>Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? (Pokud ano, z jakého zdroje)</i>	52
Graf č. 8. <i>Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevyléčitelným onemocněním?</i>	53
Graf č. 9. <i>Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc u těžce nemocných lidí, jejichž psych.stav je špatný?</i>	55
Graf č. 10. <i>Octlí jste se vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?</i>	56
Graf č. 11. <i>Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?</i>	58
Graf č. 12. <i>Myslíte si, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka(psychoterapeuta)?</i>	59
Graf č. 13. <i>Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka za pomoci odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, LDN, přímo ordinace psychoterapeuta...)?</i>	61

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. <i>Jste:</i>	43
Tab. 2. <i>Kolik vám je let?</i>	44
Tab. 3. <i>Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</i>	45
Tab. 4. <i>Víte, co znamená pojem „psychoterapie“? (psychoterapie se používá i u lidí, kteří mají potíže v rodině, ve vztazích....)</i>	46
Tab. 5. <i>Víte, co je to paliativní péče?</i>	48
Tab. 6. <i>Víte, k čemu se psychoterapie používá?</i>	49
Tab. 7. <i>Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? Pokud ano, z jakého zdroje? (možno i více odpovědí)</i>	51
Tab. 8. <i>Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevléčitelným onemocněním?</i>	53
Tab. 9. <i>Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný?</i>	54
Tab. 10. <i>Octlí jste se vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?</i>	56
Tab. 11. <i>Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?</i>	57
Tab. 12. <i>Myslíte si, že by v tomto případě pomohla pomoc odborníka (psychoterapeuta)?</i>	59
Tab. 13. <i>Setkali jste se někdy s psychoterapií v léčebném zařízení?</i>	60
Tab. 14. <i>V jaké formě jste se ní setkali?</i>	61
Tab. 15. <i>Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní?</i>	63
Tab. 16. <i>Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání</i>	64
Tab. 17. <i>Chtěli byste se dozvědět více o možnostech psychoterapie?</i>	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1 : Charta práv umírajících	82
Příloha P 2: DOTAZNÍK	86
Příloha P 3: HOSPICE V ČR- současnost.....	91
Příloha P 4: UKÁZKA Z WEBOVÝCH STRÁNEK.....	93

Příloha P 1 : Charta práv umírajících

Doporučení rady Evropy č.1418/1999

"O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících."

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
 - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
- Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
 - Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
 - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a. že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b. tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
 - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
 - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjád-

ření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Příloha P 2: DOTAZNÍK

Dobrý den

Jmenuji se Markéta Vystavělová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu ošetrovatelství. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci-Znalost veřejnosti o možnostech využití psychoterapie v paliativní péči. Dotazník bude sloužit pouze k mým studijním potřebám tento dotazník je anonymní, a nebude nikde zveřejněn. Předem děkuji za strávený čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Markéta Vystavělová

V dotazníku prosím zakroužkujte jen jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Kolik vám je let:

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Vyučen(a)
- c) Střední odborné s maturitou
- d) Střední škola s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

4. Víte, co znamená pojem „psychoterapie“? (psychoterapie se používá i u lidí, kteří mají potíže v rodině, ve vztazích....)

- a) je léčba psychického stavu nemocného, např. u těžce nevléčitelných onemocnění, depresí, poruch osobnosti...atd.
- b) je léčba nemocných s mozkovou mrtvicí
- c) znamená dlouhodobé systematické duševní násilí a ponižování
- d) nevím
- e) jiná odpověď.....

5. Víte, co je to paliativní péče?

- a) je léčba nemocných s nevléčitelnou chorobou, péče o rodinné příslušníky
- b) používá se u zdravých lidí pro předcházení onemocnění
- c) je léčba, která se používá u novorozenců
- d) nevím
- e) jiná odpověď.....

6. Víte, k čemu se psychoterapie používá?

- a) používá se u lidí trpících depresí, poruchou osobnosti, u problémů v rodině...
- b) používá se jako hlavní léčba u lidí s mozkovou mrtvicí
- c) používají ji psychopatičtí lidé, kteří vykonávají násilí a ponižování druhých
- d) nevím
- e) jiná odpověď.....

7. Dozvěděli jste se někdy o možnostech psychoterapie? Pokud ano, z jakého zdroje...? (možno i více odpovědí)

- a) na internetu
- b) média-TV, rádio, noviny, časopisy, letáky, reklamní spoty
- c) v nemocnici, u lékaře, nebo jiného zdravotnického pracovníka
- d) od známých, přátel
- e) jiné (jaké).....
- f) nedozvěděli

8. Trpí někdo z vašich přátel, známých, blízkých nevléčitelným onemocněním?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9. Jak moc si myslíte, že je důležitá pomoc odborníka u těžce nemocných lidí, jejichž psychický stav je špatný? Prosím, zakroužkujte
(0 není důležitá, 5 nejdůležitější)**

0 1 2 3 4 5

10. Octli jste se někdy vy sami, nebo někdo z vašich blízkých v situaci, kdy pro vás život neměl smysl?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Myslíte si, že těžce nemocný člověk s nádorovým onemocněním má problém s přijetím faktu možné smrti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Myslíte si, že by v takovémto případě mohla pomoci pomoc odborníka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Setkali jste se někdy s psychoterapií (léčbou psychického stavu člověka pomocí odborníka) v léčebném zařízení (nemocnice, poliklinika, hospic, přímo ordinace psychoterapeuta....) ?

- a)ano.....napíšte v jakém zařízení.....
- b)ne

Pokud ano, odpovězte prosím na otázky 14,15,16

14. V jaké formě jste se s ní setkali? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a)formou skupinového sezení
- b)formou rozhovoru nemocného s odborníkem (psychoterapeutem)
- c)formou rodinné psychoterapie
- d)formou léčby kreslením, hudbou, prací..
- e)jiné.....

15. Hodnotíte psychoterapii jako pozitivní ? (vyznačte na ose 0-negativní 5-pozitivní)

0 1 2 3 4 5

16. Myslíte si, že psychoterapie usnadňuje nemocnému jeho prožívání nemoci?

a) ano

b) ne

c) nevím

d)jiná odpověď.....

17. Chtěli byste se dozvědět více o možnostech psychoterapie?

a) ano

b) ne

18. Zde máte možnost vyjádřit případné připomínky, náměty, zkušenosti.....

.....

.....

Příloha P 3: HOSPICE V ČR- současnost

Název hospice	Lokalita	Poskytované služby
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně	Rajhrad	Lůžková péče Ambulantní péče Vzdělávací centrum
Hospic sv. Alžběty v Brně	Brno	Lůžková péče Domácí péče Respritní pobyty Půjčovna pomůcek
Hospic Štrasburk v Praze	Praha - Bohnice	Lůžková péče Domácí péče
Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích	Litoměřice	Lůžková péče Domácí péče Půjčovna pomůcek Stáže pro studenty
Hospic v Mostě	Most	Lůžková péče Domácí péče Ambulantní péče Půjčovna pomůcek
Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí	Valašské Meziříčí	Lůžková péče Odborné stáže
Hospic sv. Lazara v Plzni	Plzeň	Lůžková péče

Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích	Prachatice	Lůžková péče Půjčovna pomůcek Odborné stáže
Mobilní hospic Ondrášek	Ostrava	Domácí péče Mobilní hospic
Hospic v Jablonci nad Nisou	Jablonec nad Nisou	Lůžková péče
Hospic na Svatém kopečku Olomouc	Olomouc	Lůžková péče Odborné stáže i pro laiky
Hospic sv. Lukáše Ostrava	Ostrava - Výškovice	Lůžková péče Domácí péče

P 4: UKÁZKA Z WEBOVÝCH STRÁNEK

<http://www.palativnipsychoterapie.estranky.cz/>

Pomáhá psychoterapie najít smysl???

Úvod

PSYCHOTERAPIE

LOGOTERAPIE

Metody logoterapie

Umírání

Naděje

Úvod

Spousta lidí vidí, že to, co by chtěli, jim pořád dokola nevyhází. Nedaří se jim v manželství, práce taky není ta, o které jako děti snili, ale přesto tam chodí, aby vydělali peníze, všechno jim připadá jako nutnost. Nepřipadají si šťastní. Proto taky pochybují, jestli má jejich život nějaký hlubší smysl. Avšak pozor, možná můžeme být i rádi, že jsme se narodili v této části světa a ne někde jinde. Existuje totiž spousta lidí, kteří nemají co jíst, co si obléct či trpí nějakou vážnou nemocí. Ale tito lidé taky žijí. Kde je potom něco, co je vede dál? Kde je potom to něco, co jim dává smysl? Vědí týkající se práce, manželství, peněz... Ty se vždy dají nějakým způsobem zvládnout. Ale vůbec nehorší, co se nám může stát je, když přijde těžká nemoc. Mluvíme například o těch, co se právě dozví, že onemocněli rakovinou, nebo AIDS a zbývá jim nějaký určitý omezený čas života. Tenko vynesený ortel smrti, určitě nikdo nechce slyšet. Zbývá vám tolik a tolik let.

Vyhledávání

Arhiv

květen / 2010

Statistiky

Pomáhá psychoterapie najít smysl??? - PSYCHOTERAPIE

Úvod

PSYCHOTERAPIE

LOGOTERAPIE

Metody logoterapie

Umírání

Naděje

Úvod - PSYCHOTERAPIE

PSYCHOTERAPIE

PSYCHOTERAPIE

Je jedním ze základních druhů léčby. Cílem je vyléčení člověka, nebo pomoci mu zvládnout nemoc a její následky. Odstraňuje poruchy a obnovuje zdraví. Druhý subjektivizující význam je zvláštním druhem setkání a spolubytí člověka s člověkem, které postiženého zprošťuje vnitřních omezení a přibliží hlubší porozumění sobě samému a přináší smysl života a jeho naplňování. Hledá odpovědi na otázky smyslu a cílů a hodnot v životě člověka.

PSYCHOTERAPIE V PALIATIVNÍ PÉČI

Psychoterapie v paliativní péči zahrnuje různé přístupy s různými psychoterapeutickými prostředky. Nejčastěji se využívá logoterapie a existenciální analýza pro pochopení dosavadního života a uspořádání hodnot, ale někdy jsou využívány i jiné techniky například kognitivně-behaviorální psychoterapie.

EXISTENCIÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Vyhledávání

Arhiv

květen / 2010

Pomáhá psychoterapie najít smysl??? - Umírání - Opera

Soubor Úpravy Zobrazit Záložky Pomůcky Nástroje Nápověda

http://www.palativnipsychoterapie.estranky.cz/clanky/umirani/umirani.html

Umírání

Naděje

Umírání

22. 5. 2010

Smrt je jedním z neovlivnitelných událostí v životě člověka. Těžké na tom je, že člověk zpětně nemůže zhodnotit péči, která mu byla věnována před smrtí, ale dalo by se říci, že paliativní a hospicová péče se stala jakýmsi synonymem pro „dobrou smrt“. Pod tímto pojmem je míněno netrpět a nebyť na „obtíž“, a když už na obtíž, tak jenom ne těm nej-běžším.

Psychologická péče o pacienty v posledním (terminálním) stadiu nemoci se hlavně zabývá pomocí při připuštění si smrti jako blížící se reality a pomáhá vyrovnávat se s nemocí, blížící se smrtí a pomáhá při krizích vlastní existence, a umožňuje zvládat intra-psychické a intrapersonální konflikty nemocného a přemáhá různé psychické symptomy (úzkost, deprese apod.)

Vyhledávání

Archiv

<< květen / 2010 >>

100%

Pomáhá psychoterapie najít smysl??? - Naděje - Opera

Soubor Úpravy Zobrazit Záložky Pomůcky Nástroje Nápověda

http://www.palativnipsychoterapie.estranky.cz/clanky/nadeje.html

Úvod

PSYCHOTERAPIE


LOGOTERAPIE

Metody logoterapie

Umírání

Naděje

Pomáhá psychoterapie najít smysl???



Naděje

22. 5. 2010

„Doufat znamená vidět před sebou možnost.“

„Každý člověk potřebuje v něco, nebo někoho věřit.“

Člověk, který umírá, potřebuje naději. Potřebuje vidět možnost, že se něco změní, že bude něco lepší. Že sám bude šťastnější. Chce se ráno probudit s nadějí, že dnešní den bude lepší než ten předchozí, nebo může věřit třeba jen v to, že neumře v pořádných boles-tech. Každý člověk v něco věří. Ať už sám v sebe, v „jakéhosi boha“ nebo třeba jen v to, že zítřek bude lepší než dnešek.

Vyhledávání

Archiv

<< květen / 2010 >>

100%