

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Iveta Pecnová

Psychoterapie v paliativní péči

Psychotherapy in Palliative Care

Praha, 2020

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své diplomové práce PhDr. Kataríně Lonekové, PhD. za veškerou odbornou pomoc, trpělivost a důvěru.

Můj velký dík patří konzultantovi diplomové práce Mgr. Janu Soukupovi za ochotu a poskytování cenných rad, které mi při zpracovávání práce udávaly směr.

Touto cestou také děkuji všem respondentům, kteří se se mnou rozhodli sdílet své profesní zkušenosti a věnovat mi svůj čas. Velmi si cením, že jsem mohla být alespoň po čas drobných exkurzí svědkem Vaší úctyhodné činnosti.

V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit poděkování svým blízkým za jejich lásku, péči a podporu nejenom při tvorbě této práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. dubna 2020

.....
Iveta Pecnová

Abstrakt

Diplomová práce zpracovává téma využití psychoterapie na poli paliativní péče poskytované dospělým klientům. V literárně přehledové části práce je představeno současné pojetí péče o umírající a je zde definována paliativní oblast včetně její dostupnosti. Pozornost je dále věnována charakteristice příjemců paliativní péče, kdy je s využitím modelů zachycujících proces umírání nastíněno chování a prožívání nevyлéčitelně nemocných pacientů. Následuje vymezení paliativní psychoterapie společně s popisem jejího zapojení mezi ostatní formy podpory umírajících. V závěru teoretické části jsou představeny strukturované psychoterapeutické intervence zaměřující se na práci s nevyлéčitelně nemocnými klienty včetně informací zohledňujících jejich efektivitu a možné uplatnění.

Empirickou část práce tvoří kvalitativní výzkum psychoterapeutického působení v práci s dospělými umírajícími klienty z pohledu paliativních psychologů a psychoterapeutů. Informace získané formou polostrukturovaných rozhovorů jsou zpracovány prostřednictvím metody tematické analýzy. Výstupy odrážejí zkušenosti respondentů ve vyrovnávání se s nároky paliativního prostředí, jakými jsou nedostatek času, nestrukturovaný kontakt, komunikační omezení či obtížné stanovování cílů. Výzkum tak objasňuje specifický způsob přímé psychoterapeutické práce s umírajícími.

Klíčová slova:

paliativní péče, psychoterapie, psycholog, psychoterapeutické intervence, terminální stádium

Abstract

The master's thesis deals with the topic of the use of psychotherapy in the field of palliative care provided to adult clients. The theoretical part presents the current conception of care for the dying and defines the field of palliative care, including its availability. Attention is also paid to the characteristics of palliative care recipients, where the behavior and experiencing of terminally ill patients are outlined using models depicting the process of dying. This is followed by the definition of palliative psychotherapy together with a description of its involvement amongst other forms of support for the dying patients. At the end of the theoretical part there are presented structured psychotherapeutic interventions focusing on work with terminally ill clients, including information considering their effectiveness and possible application.

The empirical part of the thesis consists of qualitative research of the psychotherapeutic process in working with adult dying clients from the perspective of palliative psychologists and psychotherapists. The informations obtained from semistructured interviews are processed with the method of thematic analysis. Outputs reflect the experiences of respondents coping with the difficulties of a palliative environment such as lack of time, unstructured setting, limitations in communication or difficult goals setting. Therefore, this research clarifies the specific way of psychotherapeutic work with the dying patients.

Keywords:

palliative care, psychotherapy, psychologist, psychotherapeutic intervention, terminal stage

Obsah

Úvod	8
I. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	10
1. Současné pojetí péče o umírající.....	11
2. Paliativní péče	13
2.1 Definice:.....	13
2.2 Úrovně paliativní péče	14
2.3 Dostupnost paliativní péče	15
2.4 Příjemci paliativní péče.....	17
3. Nemocný v procesu umírání	19
3.1 Členění procesu umírání	19
3.1.1 Pre finem	19
3.1.2 In finem	19
3.1.3 Post finem.....	20
3.2 Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti dle Kübler-Rossově	20
3.2.1 Kritika modelu Kübler-Rossově.....	24
4. Centrální témata nevléčitelně nemocných	26
4.1 Potřeby pacientů v terminálním stádiu onemocnění	26
4.2 Témata pro psychotherapeutickou práci	28
4.3 Léčba psychických poruch v paliativní péči	33
5. Vymezení psychotherapie na poli paliativní péče	34
5.1 Definice psychotherapie.....	34
5.2 Zařazení psychotherapie mezi ostatní formy podpory umírajících.....	34
5.3 Model paliativních psychologických intervencí	36
6. Psychotherapeutické přístupy vztahující se k práci s umíráním.....	39
6.1 Problematika mechanismu změny a měření efektivity	39
6.2 Cíl psychotherapeutického působení v práci s umírajícími	40
6.3 Jednotlivé psychotherapeutické intervence.....	41
6.3.1 Logoterapie a odvozené psychotherapeutické intervence	42
6.3.2 Existenciální psychotherapie a odvozené psychotherapeutické intervence	44
6.3.3 Psychotherapie důstojnosti (Dignity Therapy).....	46
6.3.4 Kognitivně behaviorální terapie	47
6.3.5 Psychotherapie CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully).....	48
6.3.6 Narativní terapie	49
6.3.7 Terapie zármutku (Grief Therapy)	49

Doslov k teoretické části.....	50
II. EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	51
7. Cíl výzkumu.....	52
7.1 Výzkumné otázky.....	52
8. Výzkumný design.....	53
8.1 Kvalitativní šetření.....	53
8.2 Specifikace výzkumného souboru.....	54
8.3 Metoda sběru dat.....	58
8.3.1 Fixace dat.....	59
8.4 Metoda zpracování a analýzy dat.....	59
8.5 Opatření zajišťující etiku výzkumu.....	61
9. Výsledky analýzy rozhovorů.....	63
9.1 Kontext psychoterapie.....	64
9.2 Počátky navázání vztahu s klientem.....	68
9.3 Přístup ke klientovi.....	71
9.4 Cíl působení.....	77
9.5 Vymezení psychoterapie.....	85
9.6 Optimalizace profese.....	90
10. Diskuse.....	93
10.1 Shrnutí výsledků výzkumu.....	93
10.2 Limity výzkumu.....	100
10.3 Naznačení dalších směrů výzkumu.....	102
Závěr.....	104
Seznam použité literatury.....	106
Seznam objektů.....	121
Přílohy.....	122

Úvod

Všechny organismy na tomto světě umírají. Pouze jeden jediný druh má schopnost verbálně konstruovat význam smrti. Tento druh dovede plánovat její zamezení, ale také zvládne urychlit její příchod. Jedině tento druh dokáže potlačit vědomí své smrtelnosti a zároveň dokáže žít, i když ví, že umírá. Homo sapiens – člověk rozumný.

Smrt lidského jedince nabývá mnoha různých podob a pramení také z různých příčin. Někteří opouštějí tento svět již po několika hodinách života, jiní po mnoha naplněných desetiletích, přičemž tyto rozdíly silně závisí na dostupnosti zdravotní péče v dané zemi. V našich podmínkách k úmrtí dochází zpravidla v pozdějším věku a často je spojeno s chronickým onemocněním (Payne, Seymour, & Ingleton, 2007). Těmto nevléčitelně nemocným osobám dopomáhá v zajištění kvality zbytku jejich života sociálně zdravotní odvětví nazývajících se paliativní péče, které příchod smrti nijak neurychluje, ale ani neoddaluje (Kabelka, 2017).

Členem odborného týmu, který se pacientům věnuje, se v posledních letech stává také psycholog a psychoterapeut. Ačkoliv je možné předpokládat, že usiluje o naplnění obecných cílů a principů paliativní péče, je třeba se blíže zaměřit na to, jakými způsoby tak činí. V českém odborném ani veřejném prostředí není mnoho prací, které by se tématem psychoterapie v péči o umírající zabývaly. Z toho důvodu se práce opírá především o zahraniční zdroje, kde se tato problematika rozvíjí rychleji než u nás. Přesto je třeba poukázat na fakt, že mnohé terapeutické přístupy sice pracují s tématem smrti, ovšem málokteré jsou uzpůsobené k využití přímo v její bezprostřední blízkosti. Diplomová práce si tedy dává za cíl zmapovat tuto oblast a představit hlavní specifika použití psychoterapeutických prostředků v přímé práci s dospělými umírajícími. Rovněž je na místě uvést, že volba tohoto cíle je motivována osobním a do budoucna snad i profesním zaujetím danou oblastí.

Literárně přehledová část práce se nejprve věnuje současnému pojetí péče o umírající a vymezení paliativní oblasti včetně její dostupnosti. Pomocí modelů zachycujících proces umírání je dále referováno chování a prožívání nevléčitelně nemocných pacientů. Nežli je pozornost zaměřena na oblast paliativní psychoterapie, jsou nastíněna témata, která mohou umírající do terapeutických konzultací vnášet. V závěru teoretické části jsou představeny strukturované psychoterapeutické intervence zaměřující se na práci s nevléčitelně nemocnými klienty včetně informací zohledňujících jejich efektivitu a možné uplatnění.

Sestavení výzkumné strategie formulované v empirické části práce je vedeno zájmem získat odpovědi na mnohé otázky, například: jaké nástroje či prostředky tvoří psychotherapeutickou práci s umírajícími; jaké cíle si terapeuti stanovují, pokud jejich klient stojí na prahu smrti; popřípadě s jakými překážkami se ve své práci musí potýkat. Na tyto a další otázky nabízejí odpověď výstupy tematické analýzy zpracovávající výpovědi oslovených psychologů a psychotherapeutů.

Ještě před otevřením první kapitoly je zapotřebí upozornit na to, že napříč celým zněním předložené diplomové práce je pro zjednodušení užíváno generické maskulinum. Pro označení mužů i žen je tedy využíván pouze mužský tvar podstatných jmen.

I. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Současné pojetí péče o umírající

Dnešní umírání je jiné, než tomu bývalo kdysi. Odehrává se na jiných místech, v jiném životním čase a za jiných okolností. Dříve v tomto procesu sehrávala hlavní úlohu rodina a přítomnost lékaře se týkala pouze jedinců z nejvýznamnějších pater society. Postupnou změnou ekonomické situace se stala medicínská péče dostupnější a využívanější. Úžasné léčebné pokroky daly vzniknout přesvědčení, že v péči zdravotníků bude nemocným nejlépe. Medicína si tedy postupně převzala umírání z rukou rodiny, popřípadě z rukou duchovních (Ariés, 2000). Zdá se, jako by do postmoderní doby, jež vzývá vědecko-technický vývoj, zábavu, svěžest, výkon, rychlost, úspěch a podobné atributy, umírání nezapadalo. Celý proces zanikání jedince se tabuizoval a izoloval stranou, ať už se jedná o stárnutí a vzdalování se od produktivního života, o marné zápolení s nevléčitelným onemocněním, či o posmrtné rituály a smuteční zvyky (Postman, 2010). Současný a zároveň těžko naplnitelný ideál představuje scénář rychlé, bezbolestné a profesionálně zvládnuté smrti, která by měla přijít na konci dlouhého a úspěšného života (Haškovcová, 2015).

Průzkumy dokládají, že drtivá většina společnosti včetně zdravotníků se domnívá, že hlavní slovo v rozhodování o způsobu léčby těžké nemoci má lékař (STEM/MARK & Cesta domů, 2015). V této souvislosti je hojně referována kvalita komunikace lékaře s nemocným o jeho diagnóze a prognóze. Není samozřejmostí, že rozhodnutí týkající se léčebného procesu odráží pacientovy představy a přání. Dle průzkumu veřejného mínění by si v dnešní době 78% veřejnosti přálo zemřít doma (STEM/MARK & Cesta domů, 2011). Z posledních k umírání vztážených dat uveřejněných Českým statistickým úřadem v roce 2017 však vyplývá, že doma umírá pouze pětina ze všech zesnulých osob, zatímco v nemocnicích či léčebných ústavech se odehrávají dvě třetiny úmrtí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

Zmíněných 78% veřejnosti, které si přejí zemřít doma, tvoří především zdraví lidé. Je možné očekávat, že pokud by byli osloveni chronicky nemocní a ti, kteří se aktuálně vyrovnávají s realitou umírání, rozložení by bylo jiné. Ne každá rodina totiž dokáže poskytnout nemocnému celodenní péči, příbuzní jsou mnohdy sami zachvácení nastalou situací, jsou vystrašení a bezradní v zajišťování všech jeho nároků (Kupka, 2014). Zdravotník se sice dokáže vypořádat s fyzickou stránkou pacienta a zajistí co nejvíce bezbolestný průběh terminálního stádia, ovšem bylo by nad rámec jeho možností doprovázet nemocného psychologicky a spirituálně. Aby tedy mohl umírající pacient těžit z komfortu moderní péče, musí spolu kooperovat několik odborností tak, aby byly potřeby tělesné, psychické, sociální a duševní kvalitně uspokojeny (Gerhart & Swantek, 2020).

Snaha propojit multiprofesionální péči s prostorem pro účast rodiny a blízkých nemocného se realizuje prostřednictvím **hospicového hnutí**, jež vzniklo v šedesátých letech minulého století (Svatošová, 2011). S jeho rozvojem se mění cíl péče, to znamená, že dosahování co nejvyšší kvantity života vystřídal udržování jeho kvality. Hospicové hnutí vedle toho prosazuje respektující a lidský přístup k nemocným a zajišťuje, aby nikdo nezůstal ve svých nejtěžších chvílích v izolaci a osamění (Haškovcová, 2015). Jakkoliv jsou současně fungující kamenné hospice vnímány jako vhodné místo pro poslední dny a týdny terminálně nemocného pacienta, nelze je považovat za alternativu pro všechny. Jedná se o doplňkový typ péče o umírající, která by měla mít širokou paletu možností a úrovní, aby dokázala být dostatečně flexibilní a individualizovaná pro jakoukoliv osobu stojící na prahu života a smrti.

Především odborná veřejnost od devadesátých let 20. století velmi aktivně vyhledává a implikuje poznatky **thanatologie**, tedy vědy zabývající se umíráním, smrtí a ztrát způsobených v jejím důsledku. S ohledem na množství pořádaných přednášek, školicích akcí a publikovaných studií věnujících se problematice umírání a smrti je snad možné tvrdit, že doba tabuizace je u svého konce.

2. Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná péče je ve své podstatě jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín. Tato kapitola přibližuje, jak vypadá její současné vymezení, formy jejího uplatnění a také její cílová skupina.

2.1 Definice:

Když roku 1975 zaváděl kanadský lékař Balfour Mount označení „paliativní péče“, snažil se tak nahradit pojem hospice, který se tou dobou v jeho kraji používal v jiné spojitosti než v Evropě (Radbruch & Payne, 2009). Výraz „pallium“ v latině označuje roušku nebo plášť a anglické sloveso „palliate“ se překládá jako mírnit či tišit. Tyto významy dávají tušit, co je obsahem paliativní péče. Poskytuje plášť těm, kterým už nemůže léčebná medicína pomoci, rouškou zakrývá důsledky jejich nevyléčitelného onemocnění.

Ve veřejném prostoru i v odborné společnosti přetrvává v souvislosti s terminologií nejednotnost společného jazyka. Diskurzivní analýza definic paliativní péče odhalila vzájemný překryv pojmů, jako jsou „péče o pacienta v závěru života“, „hospic“, „hospicová péče“, „thanatologie“, „podpůrná péče“, „kontinuální péče“ či „péče zaměřená na komfort“ (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsner, & Radbruch, 2008).

Ustanovení společného oficiálního označení si dala za cíl Evropská asociace pro Paliativní péči (EAPC), která provádí srovnání a rozvoj poskytované péče v desítkách zemí kontinentu. Dle její **definice** představuje paliativní péče aktivní a celkové zaopatření pacientů, jejichž onemocnění již neodpovídá na kurativní léčbu. Primárním cílem je mírnění bolesti a dalších příznaků nemoci a řešení psychosociálních a duchovních problémů. Péče je ve svém přístupu multidisciplinární a do své působnosti zahrnuje jednak pacienty a jejich rodiny, ale také širší komunitu. V jistém ohledu se jedná o nabízení bazálního konceptu péče, to znamená, že se zaměřuje na naplnění různorodých potřeb pacientů bez ohledu na to, zda jsou v péči nemocnice nebo v prostředí domova. Paliativní péče si váží života, ctí jej a chrání jej. Na umírání a smrt nahlíží jako na jeho přirozený proces, který záměrně neurychluje ani neoddaluje. Usiluje o udržení co nejlepší možné kvality života až do okamžiku smrti (Radbruch & Payne, 2009).

Definice paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1990 je oproti předchozímu vymezení stručnější. Charakterizuje ji jako:

„...aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (WHO, 1990, s. 11)

Tento pohled považoval za příjemce péče takového pacienta, jehož onemocnění je pokročilé a pomocí současných prostředků nevléčitelné (Topinková, 2005). Později roku 2002 Světová zdravotnická organizace posunula svoje pojetí paliativní péče směrem k prevenci a zmírňování utrpení. Podle novější definice není jen pro ty pacienty, kteří už vyčerpali nabídku kurativní léčby, nýbrž i pro ty, kterým bylo onemocnění právě zjištěno (WHO, 2002).

2.2 Úrovně paliativní péče

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Obecná péče je dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví definována jako souhrn léčebných postupů o pacienty s nevléčitelnou nebo život ohrožující nemocí, které by měl být schopen poskytnout jakýkoliv lékař, sestra nebo další profesionál, který přichází s takovými pacienty do kontaktu (Věštník MZ, 2017). Na této obecné úrovni péče by měli zdravotníci ovládat základní management bolesti a dalších příznaků způsobených pokročilým onemocněním a základní zvládnutí pacientovy deprese a úzkosti. Dále by měli umět vést rozpravu nad pacientovou prognózou a dalším zacílením péče včetně zjištění preferencí spojených s vedením léčebných a ošetrovatelských postupů v závěru života (Quill & Abernethy, 2013).

Specializovaná paliativní péče je poskytována znalci, kteří prošli zvláštním odborným vzděláním. Spojuje různé profese včetně psychologa v multidisciplinární tým a zaměřuje se na pacienty, jejichž zdravotní obtíže přesahují možnosti a kompetence obecné paliativní péče (Quill & Abernethy, 2013).

Typického poskytovatele specializované paliativní péče představují lůžkové hospice usilující o to, aby nemocný prožil závěr života v relativně domácí působícím zařízení, tedy v prostředí bezpečí, klidu, přítomnosti svých blízkých; a zároveň v místě, kde o něj může být medicínsky a ošetrovatelsky kvalitně postaráno. O naplňování všech potřeb a o důstojné dožití pacienta se snaží tým specialistů sestávajících z lékařů, zdravotníků a dietních sester, sociálního pracovníka, psychologa, rehabilitačního pracovníka, duchovních, dobrovolníků

a popř. dalších (Kupka, 2014). Vedle lůžkových hospiců je však paliativní péče poskytována i v jiných formách. Následující tabulka původně pocházející z rakouské strategie paliativní péče (Nemeth & Rottenhofer, 2004) přehledně nastiňuje její zapojení ve zdravotních a sociálních službách.

ÚROVEŇ PALIATIVNÍ PÉČE				
	Obecná PP	Specializovaná PP ve spolupráci s obecnou PP		Specializovaná PP
Akutní péče	▪nemocnice	▪dobrovolnické hospicové služby	▪nemocniční paliativní konziliární týmy	▪oddělení PP
Dlouhodobá péče	▪léčebny dlouhodobě nemocných ▪domovy pro seniory		▪mobilní specializovaná PP	▪lůžkové hospice
Domácí péče	▪praktičtí lékaři ▪agentury domácí péče			▪mobilní specializovaná PP ▪paliativní stacionáře

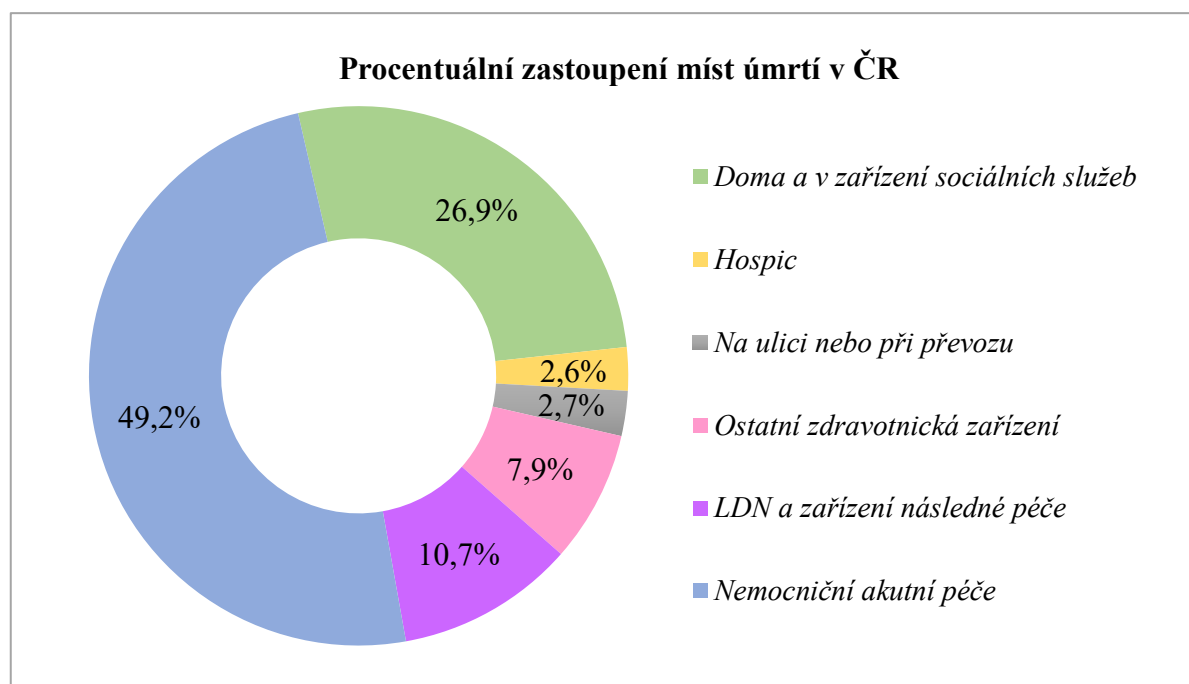
Tabulka 1: Stupňovaný systém služeb paliativní péče (zkr. PP) (Radbruch & Payne, 2009)

Předložená diplomová práce se dále zabývá především třemi oblastmi uplatnění paliativní péče. Jedná se o **nemocniční paliativní konziliární týmy** představující akutní typ péče, která jsou rozšířenější nežli samostatná paliativní oddělení, a kde spolupracuje obecná a specializovaná paliativní péče, dále o zmíněné **lůžkové hospice** a o **mobilní specializovanou paliativní péči** (tzv. domácí hospice).

2.3 Dostupnost paliativní péče

Ze situační analýzy pro Českou společnost paliativní medicíny z roku 2016 vyplývá, že v České republice by paliativní péči potřebovalo více než 70 000 pacientů za rok (Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016), přičemž počet úmrtí se každoročně pohybuje okolo 105 000 případů (Český statistický úřad, 2020). Jedná se o chronicky nemocné pacienty, kteří se nacházejí ve všech oblastech zdravotního a sociálního systému – v domácím nebo náhradním sociálním prostředí, v ambulantní péči, na lůžkách akutní, následné i dlouhodobé péče (LDN). Ve fázi progresu nemoci jsou velmi časté opakované hospitalizace a převozy pacientů mezi těmito jednotlivými zařízeními. Většina nemocných tedy nakonec umírá v zařízeních akutní péče.

Z celkového počtu všech úmrtí se pouze 2,6 % odehrává v lůžkových hospicích. 26,9 % úmrtí nastává v domácím prostředí nebo v sociálních zařízeních, jakými jsou například domovy pro seniory (Sláma et al., 2016). Rozložení blíže ilustruje následující graf 1.



Graf 1: Struktura zemřelých podle místa úmrtí dle situační analýzy paliativní péče (Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016)

Jak bylo uvedeno, hospice zdaleka nejsou jediným poskytovatelem paliativní péče. Z aktualizovaného seznamu paliativních služeb zřizovaného organizací Cesta domů vyplývá, že na našem území toho času existuje 19 kamenných hospicových zařízení s průměrnou kapacitou 26 lůžek (z toho dva pro děti do 18 let). Dále je k dispozici celkem 11 ambulancí paliativní medicíny. Existuje 51 k tomuto účelu registrovaných hospicových organizací provozujících mobilní specializovanou paliativní péči neboli domácí hospic (Cesta domů, 2020). Dále existuje několik samostatných nemocničních paliativních oddělení a také konziliární týmy paliativní péče v rámci nemocnic. Těch zatím není mnoho, neboť svůj vlastní paliativní program nabízí pouze 5% českých nemocnic, což je v porovnání například s 80% typickými pro Spojené státy americké stále pro mnoho potřebných osob nedostačující (Rogers & Dumanovsky, 2017). Přesto je třeba uvést, že právě tato oblast se v posledních letech rychle rozvíjí, a to nejenom po stránce postupného nárůstu četnosti paliativních pracovišť, ale také po stránce vzdělávání daných pracovníků (Loučka & Kovaříková, 2018). Odborné vzdělávací kurzy se zaměřují nejenom na zdravotní potřeby nemocného, ale také na oblast psychosociální, kdy je kladen důraz na kvalitu komunikace s pacientem a jeho rodinou (Centrum paliativní péče, 2020).

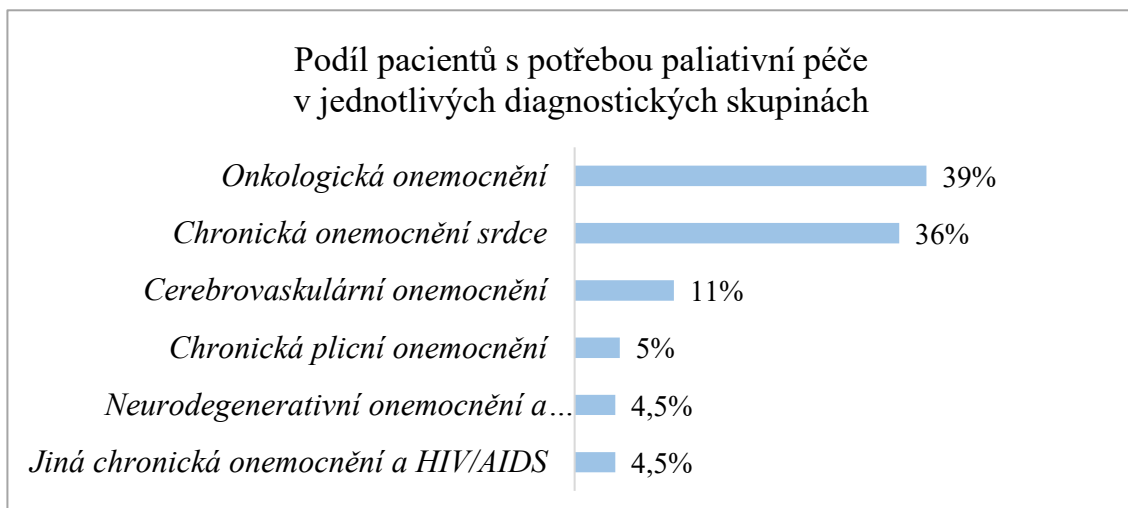
2.4 Příjemci paliativní péče

Paliativní péče je často vnímána jako synonymum pro péči o pacienty s onkologickým onemocněním. Ti tvoří bezpochyby její největší podíl a je to pochopitelné i s ohledem na historický vývoj, kdy koncem dvacátého století Cicely Soudersová zakládala první moderní hospic právě za účelem zkvalitnění péče o pacienty s rakovinou (Addington-Hall, 2007). Sama ovšem později přiznávala, že terminální péče bude vhodná i pro jiné chronicky nemocné pacienty (Sauders & Baines, 1983).

Paliativní přístup v dnešní době využívají **všechny lékařské obory**, pokud se setkávají s život ohrožujícími chorobami, které se nedají léčit kauzálně. Nastolení takové péče zároveň automaticky neznamená zjednodušení či omezení léčby (Sláma, Kabelka, & Vorlíček, 2011). Paliativní péče vychází z předpokladu, že všechna život ohrožující onemocnění se odráží ve fyzickém, psychickém, sociálním a duchovním zdraví samotného jedince, nebo i jeho okolí. Úlohou paliativní péče pak je posoudit potřeby v jednotlivých oblastech, stanovit a provést náležitá opatření se záměrem zkvalitnit život a zajistit podmínky pro důstojnou smrt (Lungton & Kindelen, 1999).

Cílovou skupinu paliativní péče tedy tvoří pacienti v terminálním stádiu onemocnění, tzn. pacienti u nichž lze vzhledem k průběhu základního nevléčitelného onemocnění očekávat úmrtí do šesti měsíců (Haškovcová, 2007). Potřebnost paliativní péče roste s věkem a dětská paliativní medicína je proto menším oborem než ta dospělá. Nemoci a stavy, jež v pokročilých a konečných fázích většinou vyžadují specializovanou paliativní péči, jsou vedle nádorových onemocnění především: neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence, amyotrofická laterální skleróza), konečná stádia chronických srdečních, plicních nebo jiných orgánových onemocnění, AIDS, polymorbidita typická pro pacienty vyššího věku, trvalý vegetativní stav (Česká společnost paliativní medicíny, 2019).

Výše bylo uvedeno, že celkově by paliativní péči potřebovalo 70 tisíc chronicky nemocných pacientů. Následující graf ilustruje, jak vypadá jejich rozložení dle konkrétních skupin onemocnění.



Graf 2: Podíl pacientů s potřebou paliativní péče dle typů onemocnění (upraveno dle Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016)

Tyto diagnostické skupiny se sice výrazně odlišují v zastoupení příznaků, v dynamice obvyklého průběhu nemoci a také v možnosti odhadnout dobu přežití, ovšem je třeba si uvědomit, že **klinický obraz ve fázi umírání** bývá bez ohledu na základní onemocnění podobný (Skála, 2011).

3. Nemocný v procesu umírání

V lékařském pojetí bývá pro umírání mnohdy jako synonymum užíváno označení terminální stav, ale bylo by velmi redukcující a nesprávné jím tak označovat umírání jako takové. Umírání je především proces, který může trvat i několik let, a na konci kterého se teprve nachází **terminální fáze** (Hui et al., 2014). Tato kapitola přibližuje koncepty, skrze které lze na proces umírání nahlížet.

3.1 Členění procesu umírání

Duševní stav závažně nemocného jedince je přímo ovlivňován nejenom procesem vyrovnávání se se závažnou diagnózou, ale také progresí daného onemocnění (Schroepfer, 2007). Pro porozumění toho, v jakém kontextu se odvíjí prožívání nemocného, je možné popsat proces umírání ve třech nestejně trvajících a kvalitativně odlišných obdobích:

3.1.1 Pre finem

Tato fáze je zahájena momentem udělení diagnózy, respektive zjištěním nemoci, která je závažná a život ohrožující. Pro toto období je typická snaha o dosažení remise či přinejmenším zmírnění obtíží. Vedle toho je však pacient konfrontován s reálnou prognózou a způsob, jakým je s ním komunikováno, ovlivňuje, zda pacient přijme/nepřijme toto fatální zjištění na rozumové a emoční úrovni (Wright et al., 2008, Vymětal, 2003). Ve fázi pre finem bývá pacienty intenzivně prožíván samotný strach ze smrti, který postupně v dalším období spíše slábne. Jedná se v podstatě o pronikavou obavu o ztrátu dosavadní podoby života, jež ovšem nelze zaměňovat se strachem z nebytí (Yalom, 2014). Nemocní potřebují v této situaci emoční podporu, a ač je vůči tomu jejich okolí mnohdy uzavřené a odmítavé, chtějí o své situaci hovořit (Špatenková, 2014). Lékař by v této fázi měl přecházet do tzv. sociální role a navazovat klienta na další typy péče, které svým působením zmírní izolaci, rezignaci a zoufalství nemocného. Častou třeba i nevyslovenou potřebou bývá naplnění svého poslání, které nabývá různých podob. Může se jednat o zastání sociální role, potřebu užitečnosti či uskutečnění dříve vytyčených plánů (Marková, 2010).

3.1.2 In finem

Tato fáze je totožná s lékařským pojmem „terminální stav“ a je podstatně kratší než fáze pre finem, jelikož se jedná o poslední týdny či dny života nemocného jedince. V odborné literatuře jsou v souvislosti s tímto stádiem referována témata, jako je eutanazie, institut dříve vysloveného přání, neúčelná léčba a ritualizace smrti. V praxi jsou pro fázi in finem velmi zásadní otázky institucionalizace péče. Rodina nemocného zvažuje, zda je smysluplné přesouvat umírajícího do nemocnice nebo jiného paliativního zařízení, kde sice bude blíže

profesionální péči, ale změna může být natolik traumatizující, že se smrt přiblíží ještě rychleji (Rainsford, 2018). Smrt by zároveň neměla být oddalována za každou cenu. Cílem zdravotních a ošetrovatelských intervencí je především minimalizace diskomfortu umírajícího a zajištění jeho důstojnosti (Haškovcová, 2015).

Umírající jedinci se během terminálního stádia postupně stahují více a více do hlubin svého prožívání, což se projevuje jako vzdalování se od okolního světa. Klesající zájem o společnost jde ruku v ruce s chutí být více o samotě, což je motivováno spíše úmyslem být v klidném prostředí než straněním se blízkým osobám. Mnohé z věcí, o které se nemocný dříve zajímal, mu nyní připadají nepodstatné a vzdálené. Vedle všech fyzických komplikací způsobených primárním onemocněním je patrná větší spavost či naopak zvýšená bdělost (Špinková & Tausch-Flammer, 2017).

Několik dní před smrtí se může objevit takzvaná předsmrtná euforie, kdy během setrvalého ubývání fyziologických funkcí dochází k rozkvětu životní energie, který se projevuje zostřeným vědomím nemocného, nárůstem komunikace či tělesnou aktivitou (Haškovcová, 2015). Tato euforie bývá zanedlouho střídána změnou vědomí a pacientův stav se posouvá k smrtelnému kóma, kdy již nereaguje na podněty z vnějšího prostředí, ovšem není vyloučeno, že je vnímá (Owen & Coleman, 2008). Následkem selhávání orgánových soustav nastává okamžik smrti.

3.1.3 Post finem

Pro úplnost je uvedena i poslední fáze umírání, která zahrnuje především pietní péči o mrtvé tělo. Po stránce psychologické je zde pozornost upřena na prožívání pozůstalých (Jankovský, 2018). Je třeba podotknout, že zármutek a žal mohou pociťovat ještě před úmrtím blízkého, byť terapeuticky se s nimi pracuje až v případě komplikovaného truchlení, respektive tzv. protrahovaného zármutku (Worden, 2013).

3.2 Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti dle Kübler-Rossové

V kontextu procesu umírání směřujícího do terminálního stádia je možné vysledovat u nemocného měnící se fáze psychického stavu. Popisem těchto proměn se proslavila původem švýcarská americká lékařka a psychiatrička Elizabeth Kübler-Rossová, když v roce 1969 vydala monografii *On Death and Dying*. Na základě své klinické zkušenosti s umírajícími systematizovala **pětistupňový model** vnitřního vyrovnávání se s blížící se smrtí, který pojmenovává potenciálně prožívaná stádia popírání, zlosti, smlouvání, deprese

a akceptace (Kübler-Rossová, 2015). V anglofonních zemích se pro označení procesu přizpůsobování se nevyléčitelnému onemocnění používá zkratka „DABDA“ = Denial, Anger, Bargaining, Depression, and Acceptance. Tyto stavy nemusí následovat v posloupném pořadí, mohou se prolínat a opakovat či zcela chybět. V některých případech je průběh vyrovnávání se s blížící se smrtí ovlivněn farmakologickou léčbou a hloubkou vědomí pacienta (Svatošová, 2011). Přesto je možné nacházet v prožívání umírajících jisté projevy, které jsou níže specifikovány.

Fáze popření a izolace

Jedná se o období šoku, kdy nemocný při setkání s fatální diagnózou nemůže pochopit, že potkala právě jeho a právě nyní, což se odráží v údivu a šoku. Postižený se snaží najít pevnou půdu pod nohama, ale hrozící ztráta něčeho tak vrcholně zásadního – samotného života – ústí k popírání reality (Kübler-Rossová, 2015). Po tělesné stránce může být patrná zatuhlost a stejně tak je strnulá a do sebe stažená i psychika, jedinec tedy postrádá kognitivní kapacitu pro složitější mentální operace. Jiný možný scénář je masivní emoční a fyzická reakce jako je pláč, křik, svalový třes, nekoordinované pohyby a další (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschek, & Beuth, 2010). Obzvláště u těch osob, u kterých sdělení infaustní prognózy nepředcházely zdravotní potíže, bolesti a nepříjemné pocity, bývá toto stádium výrazné. Běžná je pak devalvace informací od lékařů a snaha ověřit si diagnózu jinde (Kupka, 2014).

Fáze hněvu a zlosti

Prožívaná krize a zoufalství se stupňují až v pocity nespravedlnosti, frustrace a křivdy. Může se jednat o pocity jisté závisti vůči zdravému okolí, ale také o výraz obrovského strachu ze smrti. Pro tuto fázi jsou typické projevy hostility a agresivity, přičemž je můžeme chápat jako základní boj o přežití (Kübler-Rossová, 2015). Nemocní se potýkají v této fázi s návaly energie a následnými pocity vyčerpanosti a slabosti (Angenendt et al., 2010).

Fáze smlouvání a lamentování nad osudem

Postižený v tomto období začíná přijímat realitu závažné nemoci, ovšem snaží se najít způsob, jak by mohl prodloužit svůj čas. Může hledat nové terapeutické metody, smlouvat s doprovázejícími osobami a lékaři, oslovovat Boha nebo jinou vyšší instanci. Projevem této fáze je snaha pochopit přítomnost onemocnění, zařadit jej do logických souvislostí a získat tak určitý pocit kontroly a bezpečí. Z těchto pohnutek se v prožívání nemocného velmi silně objevuje téma viny. Nemoc je v tomto případě chápána jako trest za dřívější hříchy a prohřešky, které nyní nemocný hodlá napravit, aby tak odvrátil zlo a zasloužil si trochu času navíc (Kupka,

2014). Literární zdroje rovněž v souvislosti s touto fází zmiňují situace, kdy umírající pátrá po příčinách onemocnění a viníkovi nastalé situace ve svém okolí. Toto jednání se liší od hněvivého osočování, které by bylo příznačné spíše pro fázi zloby, jelikož nemocný je nyní motivován snahou onemocnění porozumět. Do vztahového prostředí tento aspekt vnáší velmi tíživou atmosféru (Angenendt et al., 2010). Grof a Halifaxová (1980) popisují, že objasnění vzájemného obviňování mezi terminálně nemocným a jeho rodinou umožní kvalitnější a efektivnější komunikaci a v důsledku usnadní proces umírání.

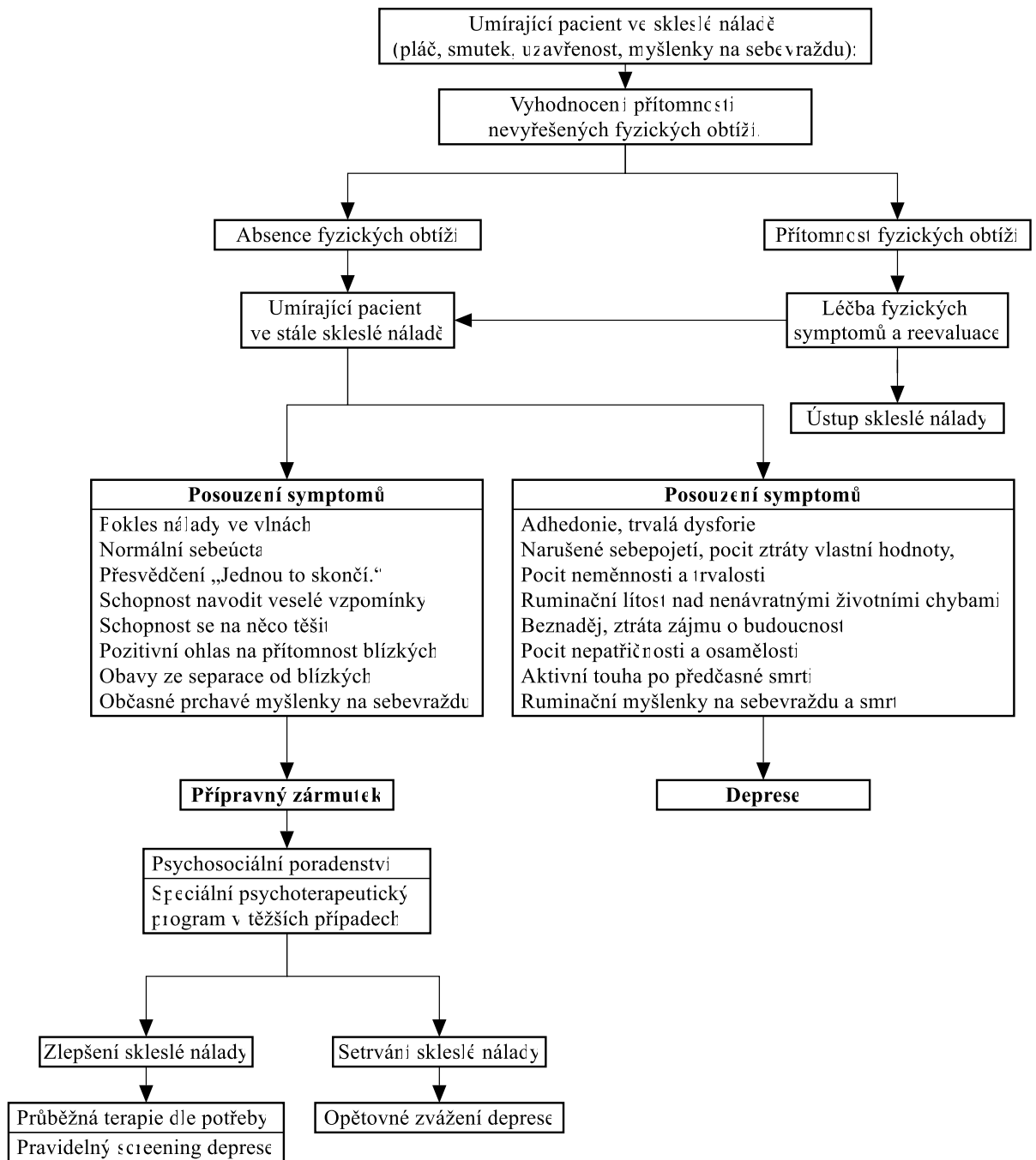
Fáze deprese

Postupná ztráta všech dosavadních možností, soběstačnosti a životních hodnot v procesu umírání ústí do silné psychické bolesti a uzavření se. Plné uvědomění bezvýchodnosti situace doprovází smutek, pláč, odměřenost, jistý nezájem a také pokles tělesné energie i váhy. V tomto období se zároveň velmi často zesilují projevy nemoci (Haškovcová, 2015).

I dříve se nemocný samozřejmě v myšlenkách zaobíral svojí smrtí, ovšem nyní ji vnímá jako jedinou jistotu, která jej čeká a občas zde vystupuje touha zemřít. Jedná se ovšem o tzv. **přípravný zármutek**, který je přirozenou součástí konce života a bylo by chybou jej zaměňovat za klasickou depresi v psychopatologickém smyslu. Farmakoterapie tohoto stavu je převážně kontraproduktivní, ale více než v ostatních stádiích je velmi žádoucí, aby měl umírající dostatečnou psychosociální oporu (Periyakoil & Hallenbeck, 2002, Rayner, Price, Hotopf, & Higginson, 2011). S ohledem na sníženou kvalitu života a vysoké suicidální riziko osob v terminálním stádiu onemocnění by ovšem měla být diferenciální diagnostice věnována zvýšená pozornost (Kozlov, Dong, Kelley, & Ankuda, 2020).

Následující algoritmus zachycený na Obrázku 1 přibližuje, jaké aspekty v rozlišování smutku v závěru života (tzv. přípravného zármutku) a depresivní fáze (jak ji definuje MKN-10) jsou u těchto pacientů klíčové.

Rozdíly mezi přípravným zármutkem a depresí



Obrázek 1: Rozlišení přípravného zármutku a deprese (převzato od Periyakoil & Hallenbeck, 2002, upraveno dle Rayner et al., 2011)

Nedávno publikované systematické review věnující se suicidálním myšlenkám u terminálně nemocných onkologických pacientů, které zahrnovala 44 studií s téměř tisícem participantů, mimo jiné poukázalo na efektivitu psychoterapeutických intervencí a zdůraznilo jejich potřebnost v péči o tyto nemocné (Kolva, Hoffecker, & Cox-Martin, 2019). Podobně ověřené studie zatím nejsou dostupné pro pacienty s jiným onemocněním, ovšem je možné předpokládat obdobné výsledky. Ve stádiu deprese a smutku může být vedle

psychoterapeutické pomoci přínosný samotný projev spoluúčasti, jako je empatické naslouchání, tiché setrvání v přítomnosti či držení za ruku. Podrobněji o zvládnání tzv. přípravného zármutku pojednává šestá kapitola této práce.

Fáze přijetí

Dle Elizabeth Kübler-Rossové celý proces vyrovnávání se s přítomností infaustní prognózy krok po kroku přivádí jedince až do fáze akceptace, kdy je připraven na smrt, což je pokládáno za ideál a znak lidské důstojnosti. Probíhá zde vypořádání se s vlastními pocity, uspořádání posledních důležitých záležitostí a plné uvědomění vlastní konečnosti. Pozornost nemocného se mnohdy upírá ke spirituálním a náboženským tématům (Kübler-Rossová, 2015). Proces přizpůsobování nemusí nutně kopírovat progresi nemoci, ovšem většinou je umírající v této fázi již na pokraji svých sil, ležící a převážně mlčící. Potřebuje plnou ošetrovatelskou péči, která mu zajistí co nejvíce bezbolestný odchod (Haškovcová, 2015). Ačkoliv okamžik smrti mnohdy nastává v momentě, kdy je umírající sám, žádný člověk by se v situaci umírání neměl cítit osamělý (Svatošová, 2011).

Umírající nemusí do fáze přijetí dospět a prožít přijetí smrti v takto ideální podobě. Časté je úmrtí, které je dáno spíše fyzickým a psychickým vyčerpáním a je provázeno nespokojeností, hořkostí a rezignací. Zdá se, že nárok duchaplného a moudrého smíření se s koncem života a přicházející smrtí je příliš velký a jen těžko dosažitelný (Angenendt et al., 2010).

3.2.1 Kritika modelu Kübler-Rossové

Pětistupňový model vyrovnávání se s blížící se smrtí a stejně tak další úvahy Elizabeth Kübler-Rossové byly později kritizovány částí odborné veřejnosti. Vytýkáno je jí především nedostatečné metodologické uchopení jejích výzkumů, které jsou více soustavou kazuistických studií nežli objektivní analýzou procesu umírání (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007). Kritici varují především před očekáváním posloupnosti jednotlivých stádií a předpokládanou délkou jejich trvání. Proces vyrovnávání se s umíráním je záležitost ovlivňovaná sousledem množství proměnných, ať už na straně osobnosti jedince (vnímané ohnisko kontroly, obvykle užívané copingové strategie etc.), na straně tělesného stavu (druh a stádium onemocnění, věk etc.), či na straně prostředí (přítomnost a podpora rodiny, životní situace, zajištění odborné péče etc.). Tyto proměnné podmiňují různé způsoby chování nemocného, respektive jeho reakce na realitu blížící se smrti (Konigsberg, 2011).

Na popsané fáze tedy není možno nahlížet jako na univerzálně platný a vždy se vyskytující proces (Haškovcová, 2015).

Někteří autoři upozorňují rovněž na to, že model je beze změny uplatňován jednak k popisu reakce na sdělení závažné zprávy, vyrovnávání se s terminálním stádiem umírání na straně nemocného, a dále k popisu problematiky spojené se ztrátou a smutkem u pozůstalých, popřípadě pečujícího personálu (Corr, 2011).

Na mnohé z těchto nejednoznačností upozorňovala sama Kübler-Rossová ve svých publikacích (např. Kübler-Rossová, 1992, 2012). Svoji systematizaci vytvořila především s cílem pomoci doprovázející rodině a pečujícímu týmu k hlubšímu porozumění prožívání umírajícího. Je nezpochybnitelné, že svojí prací vedle zakladatelky hospicového hnutí Cicely Saundersové významně přispěla k rozvoji paliativní ideje a zasadila se o detabuizaci tématu smrti a umírajících.

4. Centrální témata nevléčitelně nemocných

Vzhledem k tomu, že paliativní přístup vychází z holistické filozofie, je třeba předpokládat, že jedna oblast ovlivňuje druhou a saturace zdánlivě nevýznamné potřeby má přímý vliv na kvalitu života nemocného. Řešení stresových situací, vztahových nesrovnalostí, anebo pouhé vyslechnutí může mít stejně silný dopad, jako mírnění tělesných symptomů onemocnění (Milerová, 2015). Následující kapitola se proto věnuje tématům prožívání terminálně nemocného pacienta, jež zahrnují vedle dominantní emocionální složky také oblast spirituální, sociální a částečně též fyzickou.

Členové multidisciplinárního paliativního týmu včetně psychologů a psychoterapeutů, kteří se podílejí na léčbě vážně nemocných pacientů, potřebují mít znalosti o specifickém průběhu nemoci a s tím souvisejících signálů týkajících se prognózy a dalšího postupu péče (Bausewein, 2005). Poznatky o potřebách umírajících osob poskytují rámec pro psychoterapeutickou práci, proces doprovázení a jeho aplikaci v praxi. Kdokoli z paliativního týmu by měl dokázat nároky nemocného správně identifikovat, aby mohl posoudit jejich naléhavost a usilovat o jejich uspokojení (Kasl-Godley, King, & Quill, 2014).

4.1 Potřeby pacientů v terminálním stádiu onemocnění

Zelenski a Raspa (2006) modifikovali **klasickou hierarchii potřeb** vytvořenou Abrahamem Maslowem (1970) pro využití v paliativní péči a nabídli tak teoretický rámec pro posouzení potřeb terminálně nemocných pacientů. Při aplikaci do praxe je třeba mít na paměti, že hierarchie není absolutně univerzální, a ačkoliv nabádá k tomu, aby paliativní péče nejprve usilovala o uspokojování nižších pacientových potřeb, připouští, že v mnohých situacích k jejich naplnění nedojde a přednost dostanou ty vyšší. Například nemusí být vhodné hovořit s umírajícím o smyslu nebo transcendenci ve stavu bolesti, strachu nebo skleslosti. Současně však mohou být takové rozhovory nezbytné, protože k úlevě od veškeré fyzické bolesti patrně v terminálním stádiu onemocnění nedojde (Zelenski & Raspa, 2006).

Potřeby prvního řádu zahrnují vše, co se týká péče o tělesný komfort, ať už se jedná o kvalitu spánku, schopnost dýchání, přijímání potravy a vyprazdňování se, léčbu symptomů a další potřeby. Zcela zásadní je v tomto ohledu zajištění úlevy od fyzické bolesti, neboť ta může rozbít jakýkoli plán na rozšíření sebe sama a doslova tyranizovat vědomí nemocného (Svatošová, 2011).

Potřeby druhého řádu pokrývají bezpečnost v osobním a sociálním slova smyslu. V případě jejich nenaplnění mohou v životě pacienta převládat obavy, ať už se jedná o prožívání strachu z konkrétních věcí nebo osob, či úzkosti a nespavost. Obavy se také mohou týkat pádu, respektive jakéhokoli ohrožení fyzického bezpečí. U paliativních pacientů je zcela pochopitelné, že se zabývají tím, jak bude postupovat jejich choroba, což je obklopeno mnoha obavami včetně strachu ze samotného konce existence (Zelenski & Raspa 2006).

Na *třetí úrovni* Maslowovy hierarchie může infaustní nemoc prověřovat schopnost člověka projevovat a přijímat náklonnost. Například pacienti stížení jakoukoli znetvořující nemocí nebo terapií (mastektomie, amputace) se tážou svého okolí, zda je schopno je stále milovat, nebo dokonce zda jsou ještě vůbec milování hodni. Na konci životní cesty je potřeba sounáležitosti obzvláště důležitá a samotný odchod může být v případě její absence velmi útrpný. Naopak zkušenost být uznán a oceněn ostatními pro sebe sama je obrovská hodnota, která má hojivý potenciál (Zelenski & Raspa, 2006). V situaci umírání se otevírají nové cesty pro autentické vyjadřování sebe sama. V prostoru intimity se člověk může cítit bezpečně a dovede odhalit myšlenky, pocity i jednání, které by jinak mohly být hodnoceny jako nevhodné nebo dokonce negativní (Schütze-Kreilkamp, 2010).

Pro *čtvrtou úroveň* je příznačná problematika sebevědomí a prožívání osobní hodnoty. Byť je ošetrovatelská péče či rodina vedena dobrým úmyslem zajistit svému blízkému co nejlepší komfort, nemocný mnohdy prožívá silné pochybnosti vzhledem ke svým schopnostem a ztrátě autonomie. Takové zážitky mohou vést k silnému vnitřnímu utrpení (Cassell, 1991). Je třeba docenit pacientovu osobu, jeho život, jeho snahu, jeho práci a vše, čím byl. Pro pocit osobní účinnosti by měl mít nemocný možnost rozhodovat a podílet se na činnostech, které se kolem něj odehrávají, byť by se mělo jednat jen o maličkost (Scales, Zimmerman, & Miller, 2018).

Dle Maslowa umožňuje splnění prvních čtyř úrovní hierarchie potřeb dosáhnout *páté úrovně*, která pokrývá seberealizaci a transcendenci. Dle jeho definice se jedná o touhu po sebenaplnění a tendenci uskutečnit to, čím člověk potenciálně je (Maslow, 2014). To odpovídá vymezení jednoho z cíle hospicové péče dle Cicely Saundersové - „být na konci života sám sebou“ (Saunders & Baines, 1983). K jistému zesílení a osmyslení na konci života vede i potřeba transcendence, která je chápána jako spojení s ostatními lidmi, s vesmírem nebo s Bohem, a naplňuje nemocného pocitem neomezených možností a zároveň pokory, úžasu a úcty (Maslow, 2014).

Zelenski a Raspa (2006) dodávají, že vlivem postupu onemocnění může být přeskočeno uspokojování nižších potřeb, jako je například hlad. Pacient již nemusí být schopen jíst, a proto mohou být nemateriální potřeby jedinými doménami, které je možno saturovat. Ze studií zaměřujících se na kvalitu života osob s pokročilým onemocněním vyplývá, že intimita, úcta a aktualizace jsou pro tuto skupinu skutečně cennými hodnotami (Cohen, Mount, Strobel, & Bui, 1995). Vedle toho je však každý krok v hierarchii (například úleva od bolesti) sám o sobě druhem transcendence, který uvolňuje energii pro budoucí úkoly rozvoje (Zelenski & Raspa, 2006).

4.2 Témata pro psychoterapeutickou práci

Psychické útrapy jsou pro pacienty na konci života a jejich rodiny prakticky běžný zážitek. Míra duševního utrpení může nabývat na různé intenzitě v závislosti na postupu onemocnění, užívání copingových strategiích, kvalitě důležitých vztahů, duchovních zdrojích, ekonomických okolnostech, vztahu mezi paliativním personálem a nemocným a případně na dalších stresorech (Block, 2006).

Na pozadí průběhu onemocnění je možné se setkat se širokým spektrem psychických symptomů, které ovšem nejsou natolik závažné, aby naplnily diagnostická kritéria. Tyto takzvané **subdiagnostické nálezy** se dle výstupů metaanalýzy 66 studií vyskytují podstatně častěji u onkologických a paliativních pacientů než v běžné populaci (Mitchell et al., 2011). Může se jednat o četné potíže, jako je hořkost, ztráta smyslu života, těžkost, bezmoc, beznaděj, ztráta autonomie, demoralizace, dále o kognitivní omezení, poruchy pozornosti, poruchy spánku, změny nálad a tělesné stesky. Dále jsou pozorovány pocity viny, marnost, pocity izolace, ztráta důstojnosti, hanba, pocity typu „jsem jen na obtíž“ a mnohdy i samotná touha zemřít (Trachsel & Maercker, 2016). Navíc během procesu umírání vzniká potřeba zabývat se tématy jako jsou: udržení životní rovnováhy, vyjádření vděčnosti, vyřešení posledních záležitostí, přání smíru nebo nalezení vnitřního míru, které umírající a jejich příbuzní prožívají jako posílení (Gramm, Trachsel, & Berthold, 2019).

O určitou systematizaci jednotlivých témat prožívání onkologicky nemocných se pokusili Willig a Wirth (2018). Na základě metaanalýzy 35 kvalitativních studií byly určeny čtyři oblasti, se kterými jsou konfrontováni onkologičtí pacienti v terminální fázi onemocnění. Jedná se o:

- 1) trauma katastrofálního rozpadu dosavadního života,

- 2) život „pacienta s rakovinou“ zahrnující problémy souvisejícími s onemocněním a léčbou, s tím spojené emoce, jako jsou strach nebo vina a jejich vliv na sociální zapojení jedince,
- 3) zkušenost liminality, která není sdílená s okolním prostředím zdravých lidí (stav mezi opuštěným starým pořádkem a ještě nezavedeným novým pořádkem),
- 4) snaha přesto všechno žít svůj život („holding on to life“) (Willig & Wirth, 2018).

Ačkoliv se uvedené projevy mohou zdát vzhledem k paliativní situaci adekvátní, je zapotřebí posoudit potřebu psychologické a psychoterapeutické pomoci. V paliativní péči je totiž stěžejní věnovat se především těmto četným subdiagnostickým potížím, nežli si „šetřit“ psychoterapeutické intervence až na případně identifikované psychické poruchy.

Pro hlubší porozumění tomu, co se odehrává v psychice umírajícího, je uvedeno několik témat, která byla sestavena z přehledu, který uvádí Kupka (2014), Schütze-Kreilkampová (2010) a dále doplněna dle poznatků Wareho (2012). Jedná se o problematické oblasti, které zasahují široké pole prožívání a mnohdy jsou indukovány nejenom přítomností fatálního onemocnění. Zároveň se jedná o témata, která jsou svým charakterem vhodná pro zacílení terapeutické práce.

Existenciální úzkost

V souvislosti s negativními emocemi, jakými jsou obavy a strach, je třeba zmínit tzv. existenciální úzkost, jež se v kontextu umírání vyskytuje. Jedná se o úzkost, která jedince doprovází v podstatě po celý život, přičemž někdy je s ní méně v kontaktu a někdy nad ním má silnější moc a nutí jej se v myšlenkách intenzivně zabírat konečností a smyslem lidského života (Yalom, 2006). Každá smrt, která se odehrává v okolí nemocného, mu velmi palčivě připomíná i jeho smrtelnost (Kupka, 2014). Haškovcová (2007) zmíněnou úzkost rozkládá do několika konkrétních strachů, které jsou navíc doprovázeny reakcemi v oblasti fyzické, psychické, sociální i spirituální. Jedná se o

- Strach z bolesti – obava z neutišitelných bolestí a tělesných strastí.
- Strach z opuštěnosti – obava z osamění, která může nastat v těžkých okamžicích, obava o trvalost náklonosti blízkých.
- Strach ze změny vzezření – obava z možného zhyzdění (bolestí, nemocí, léčbou, umíráním samotným) nebo znetvoření do podoby, kdy nemocný už nebude tím, kým byl.

- Strach ze selhání a regresi – obava, že člověk v daných okolnostech neobstojí, ztratí tvář a projeví se jako slaboch či nezralá osobnost.
- Strach ze ztráty autonomie – obava, že se nemocný nebude moci spolehnout na své tělo ani mysl a bude s ním nakládáno dle rozhodnutí někoho jiného.
- Strach o blízké – obava o materiální zaopatření rodiny, obava, že se doma nepostarají správně o chod věcí.
- Strach z nezavršení životního díla – obava o nedokončení předsevzaté práce.

Čas

S nadsázkou lze tvrdit, že ten nejdůležitější boj umírající sehrává právě s časem. Mnohdy se chce dozvědět, jak dlouhá doba jej dělí od okamžiku nebytí, čímž se snaží získat kontrolu nad tím, jakým způsobem se bude proces umírání ubírat. Pacient se chce na svůj konec připravit a z toho důvodu se jen těžko smíruje s nevědomostí toho, v jaké situaci, na jakém místě a v jaké společnosti jej smrt zastihne (Schütze-Kreilkamp, 2010).

Umírající mnohdy touží svůj život nějak završit, byť tím nemusí mít na mysli nic monumentálního nebo přelomového. Může se jednat o napravení chyby, která jej tíží, o sdělení něčeho, co by nemělo zůstat nevyřčeno. V situaci, kdy si nepřipouští, kolik času mu podle prognózy zbývá, je veden paliativním týmem k tomu, aby tyto kroky neodkládal a zaměřil se na to, co se dá stihnout (Svatošová, 2011). Otázka času sehrává významnou roli i v nastavení prostředí pro psychoterapeutickou práci, viz kapitola 6.

Vina

Dojítí k úlevnému, svobodnému a smířlivému zakončení života může být komplikováno prožívanou úzkostí s příměsí špatnosti. Takto vinu pojmenovává Yalom (2006), který ji dále dělí na neurotickou, jež odkazuje na drobná a ve svém dopadu nedůležitá provinění, a na tu skutečnou, která pochází z opravdového provinění vůči někomu druhému. Prožitek viny na posledním úseku cesty se objevuje jako součást ohlédnutí se za tím, jak se život nemocného ubíral. Když si má odpovědět na otázky typu, zda se uskutečnilo vše tak, jak mělo, či zda se zachoval ke všem tak, jak by se slušelo, střetává se mnohdy s vnitřní nespokojeností a pocitem provinilosti (Tillich, 2004). Jak ovšem upozorňují Křivohlavý a Kaczmarczyk (1995), zvědomění, pojmenování a přijetí viny zmírňuje její sílu a pocit zoufalství.

Důstojnost a autonomie

Důstojnost je mnohdy považována za nejvyšší hodnotu a její vnímaná přítomnost přímo ovlivňuje kvalitu života. Paliativní a hospicová péče si tuto hodnotu vetkly i do svých cílů, když umírajícímu garantují, že „...v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost.“ (Svatošová, 2011, s. 115). Umírající může prožívat ohrožení své důstojnosti v mnoha oblastech, jako je například intimita, soukromí, asistence při běžných činnostech. V případě, že pacient neregistruje projevenou úctu k jeho osobě, je znejistěna i jeho identita, křiví se jeho sebeobraz a snižuje se sebevědomí (Rodríguez-Prat, Monforte-Royo, Porta-Sales, Escribano, & Balaguer, 2016).

Jedním z určujících a těsně sousedících aspektů vnímané důstojnosti je pak autonomie, jejíž míra se odvíjí od možnosti rozhodovat o naplňování osobních potřeb a dalším průběhu péče (Špatenková, 2014). Pacient v tomto ohledu může prožívat velmi negativně, pokud s ním paliativní tým nebo rodina ze strachu, aby jej příliš nezatížila, neprodiskutovává otázky léčby a zdravotního stavu. Pokud to okolnosti a zdravotní stav terminálně nemocného umožňuje, je velmi podstatné, aby byl o všem informován a měl prostor pro skutečnou akceptaci těchto věcí, neboť se od toho pak odvíjí možnost vyslovit přání ohledně dalších postupů a šance naplánovat si tak co nejlepší smrt (Johnson, Butow, Kerridge, & Tattersall, 2018).

Zlost

V kapitole, jež se věnuje fázím vyrovnávání se s blízkostí smrti dle Elizabeth Kübler-Rossové, již byly zmiňovány pocity hněvu a zlosti, kterými může závažně nemocný člověk procházet v procesu smířování se s diagnózou. Pokud je tato oblast tématem pro terapeutickou práci, je vhodné si uvědomit, že projevy hostility a zlosti jsou vyvolány frustrací řady potřeb (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995). Intenzita vzteku umírajícího jedince se může paradoxně zvyšovat s tím, jak se mu rodina či pečovatelé vyhýbají. Cítí se pak přehlížen a izolován, ačkoliv by mohlo pomoci vyventilování svých strastí. Podobně jako v případě viny i zde platí, že pojmenování a přijetí prožívaných obsahů přináší úlevu (Kupka, 2014).

Bolest

Důsledná léčba bolesti je jedním ze základních cílů paliativní péče a je převážně v rukou zdravotníků (Svatošová, 2011). Přesto se jí věnuje i psychoterapeutické doprovázení nemocného, neboť jak již bylo řečeno, biologické a psychologické složky prožívání se navzájem ovlivňují. Neúčinně farmakologicky ošetřená bolest může vyvolávat různorodé emocionální stesky, z nichž ten nejvíce alarmující je přání ukončit život (Johansen et al., 2005).

Na druhou stranu původem emoční bolest, která by zahrnovala například úzkost, beznaděj, pocity viny či samotu, se může projevit v somatickém zdraví a způsobovat farmakorezistenci (Sláma et al., 2011).

Aby bylo možné bolest utišit, je nejprve zapotřebí jí věnovat pacientovu pozornost, respektive ji přijmout. Terminálně nemocným pacientům pomáhá, pokud o svých tělesných strastech mohou pohovořit, což umenšuje rozsah dysforického prožívání (Kupka, 2014).

Smutek a lítost

Je zcela pochopitelné, že odchod ze života je doprovázen pocity smutku na straně všech zúčastněných. Přichází ruku v ruce s uvědoměním si nezadržitelnosti blížící se smrti. Manifestuje se především stažeností do sebe, pláčem, tesklivostí, spíše řídkou komunikací, vtíravými myšlenkami s obsahem vlastní konečnosti. Mohou se objevovat pocity bezmocnosti a suicidální úvahy. Je nutné zvážit závažnost smutku, respektive posoudit přítomnost deprese, v jejímž případě by přicházela v úvahu psychiatrická konzultace a nasazení medikace (Rayner et al., 2011).

Pacienti zachyceni smutkem mohou zpětně litovat nevyužitých možností, které je během života potkaly, mohou si vyčítat chybná rozhodnutí, tzn. častěji je mrzí ty věci, které neučinili. Také si vyčítají, že se nevěnovali více tomu, co jim či jejich blízkým dodávalo energii. Kvůli častému rozvolňování vztahů ke konci života hovoří umírající o tom, že se měli více věnovat jejich kultivaci a v té souvislosti dávat blízkým a přátelům častěji najevo, jakou cenu pro ně mají (Ware, 2012).

Demoralizace

Demoralizace je pojem, který v sobě sdružuje několik subdiagnostických příznaků, ale ještě nesplňuje diagnostická kritéria pro psychickou poruchu. Je prožívána jako nekompetentnost, ztráta smyslu nebo účelu. Vyznačuje se pocity bezmoci, beznaděje a existenciální tísně. Pacient se vedle toho projevuje velmi unaveně, pesimisticky a nemá motivaci vyrovnat se s nastalou situací (Kissane, Clarke, & Street, 2001). V klinicky relevantní formě se vyskytuje asi u 13-18 % všech onkologických pacientů v pokročilém stádiu nemoci (Robinson, Kissane, Brooker, & Burney, 2015, Mehnert, Vehling, Höcker, Lehmann, & Koch, 2011).

Zatímco v případě deprese se nemocný potýká se ztrátou potěšení a zájmu o běžné činnosti, demoralizační syndrom charakterizuje převážně ztráta životního smyslu. Nemocný

se pod tíhou beznaděje cítí izolován od okolí a sám od sebe odcizený. V návalu úzkosti hrozí, že přikročí k zoufalým činům, z toho důvodu je zde vysoké riziko sebevraždy (O'Connor & Aranda, 2005). Touha po smrti totiž více než se stupněm deprese koreluje se ztrátou naděje (Breibrat et al., 2000). Léčebný přístup proto musí být zaměřen především na posílení naděje a oslovení smyslu života (O'Connor & Aranda, 2005).

4.3 Léčba psychických poruch v paliativní péči

Psychoterapie specifických duševních poruch je v paliativní péči spíše výjimečná. Zde je přiblíženo několik důvodů, proč tomu tak je.

Psychickou poruchu v procesu umírání je obtížné jednoznačně identifikovat, obzvláště pokud jsou symptomy částečně způsobeny samotným somatickým onemocněním nebo jeho léčbou (Miller & Massie, 2015). Psychiatrická diagnostická kritéria se zdají být jen částečně užitečná, protože být se u paliativních pacientů objevují některé typické symptomy pro danou poruchu, nemusí nutně znamenat její přítomnost. Příkladem může být přání předčasné smrti, které je typické pro dříve zmíněný přípravný zármutek u terminálních pacientů a který ovšem nelze chápat jako jasný příznak deprese (Periyakoil & Hallenbeck, 2002, Rayner et al., 2011). Je tedy zapotřebí postupovat opatrně a se stejnou rozvahou určovat vhodnou léčbu.

Ačkoliv se jedná o tzv. útěšný přístup, neznamená to, že by neměly být prováděny žádné zásahy s léčebnými úmysly, pokud jsou slibné a vykazují úspěch (Sláma et al., 2011). Pokud se tedy vyskytují psychické symptomy, které naplňují diagnostická kritéria pro duševní poruchu, může být tato porucha po důkladné konzultaci s pacientem léčena (Ferris et al., 2002). Pravdou ovšem je, že na dlouhodobou psychoterapii typickou pro psychické poruchy často není dostatek času a je třeba přistoupit ke kratším podpůrným přístupům (Gramm et al., 2019). (Také ve farmakoterapii existují rychlejší možnosti. Například v případě výskytu deprese na konci života, kdy není možné čekat dva až šest týdnů na nástup účinku klasických antidepressiv, se aplikují opiody nebo ketamin (Andrade, 2017).)

5. Vymezení psychoterapie na poli paliativní péče

Jak bylo uvedeno, pro zajištění co nejkvalitnějšího zbytku dožití osob v terminální fázi onemocnění je stěžejní, aby měly příležitost vyjádřit své obavy a lítosti a zmírnit příznaky způsobem, který odpovídá jejich hodnotám. Míra přístupu pacientů k psychosociální podpoře, odpovídající léčbě bolesti a symptomů usnadňuje psychologické přizpůsobení. Nové vědecké důkazy naznačují, že v případě zajištění takové péče dochází nejenom k navození fyzické a psychické pohody, ale také k prodloužení doby dožití. Ačkoliv se tedy jedná o tzv. utěšující léčbu, dosahuje ve své interdisciplinární formě lepších výsledků než léčba kurativní. (Connor, Pyenson, Fitch, Spence, & Iwasaki, 2007, Hoerger, Wayser, Schwing, Suzuki, & Perry, 2019). Předložená kapitola se věnuje podílu psychologické a psychoterapeutické práce v této interdisciplinární péči.

5.1 Definice psychoterapie

Na tomto místě je zapotřebí specifikovat, co je rozuměno pod pojmem psychoterapie. Jedná se o záměrné použití klinický metod a mezilidských postojů odvozených na podkladě uznávaných psychologických principů. Tyto postupy jsou aplikovány se záměrem pomoci změnit chování, emoce, myšlení či osobní charakteristiky takovým způsobem a do takové míry, které klient i terapeut vnímají jako žádoucí (Prochaska & Norcross, 1999). Vědecky podložená východiska psychoterapie by měla zajišťovat její účinnost a bezpečnost (Vymětal, 2004). Psychologickými prostředky zapojenými v terapeutickém působení jsou jednak dovednosti psychoterapeuta, jako je vedení rozhovoru, vytváření podpůrného vztahu, užívání technik, tak i přímo jeho osobnost (Vybíral & Roubal, 2010).

Je otázkou, do jaké míry dovede paliativní psycholog či psychoterapeut toto znění definice naplnit. Částečnou odpověď poskytují dále zmíněné teoretické koncepty, na plné zodpovězení se ovšem soustředí empirická část této práce.

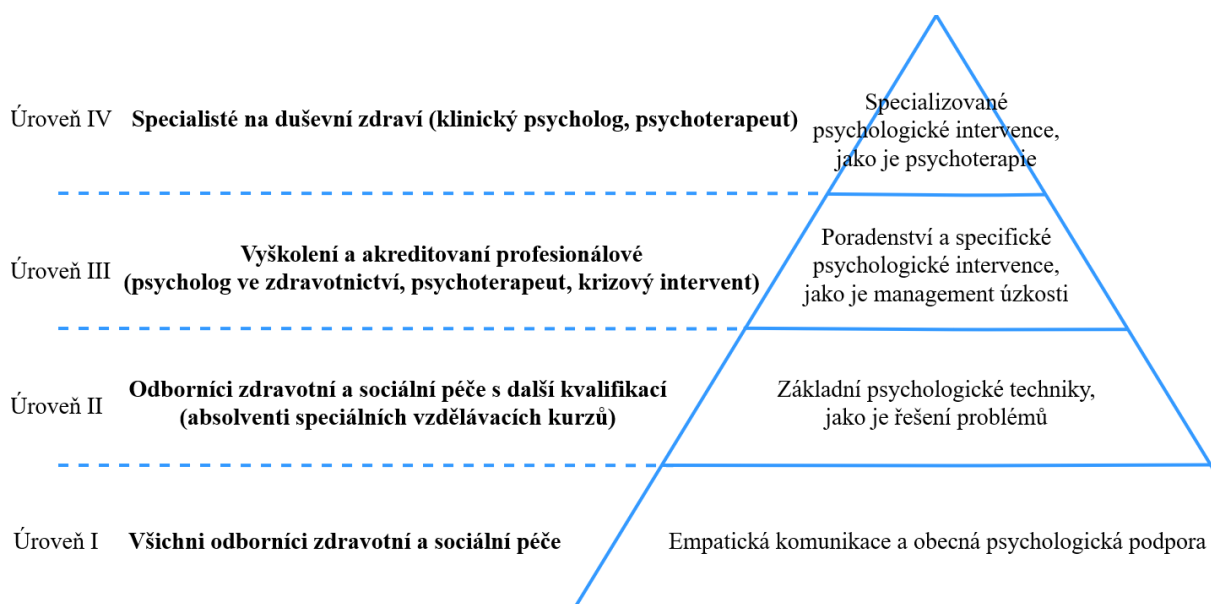
5.2 Zařazení psychoterapie mezi ostatní formy podpory umírajících

Jakkoli je psychologická práce pokládána za nezbytnou součást paliativní péče, odpovídající služby jsou poskytovány poněkud svévolně. Na rozdíl od lékařské a ošetrovatelské péče, kterou mají jasně na starost lékaři, sestry a ošetrovatelé, není psychologická a psychosociální podpora v paliativní péči přidělována výhradně psychologům. Obecně se očekává, že všichni odborníci pracující v paliativní péči by měli mít určité znalosti

o psychologické dynamice terminálních nemocí, jakož i komunikační dovednosti a schopnost posoudit přítomnost psychologických rizik (Payne & Haines, 2002). Americká psychologická asociace oficiálně uznala přínos psychologického oboru k paliativní péči a apelovala na psychology, aby zde zvýšili svou působnost (Kasl-Godley et al., 2014). Dílčí profesní uskupení však nevěnují této otázce patřičnou pozornost a pokud se o paliativní oblast zajímají, zacilují se většinou na péči o pozůstalé (Ann-Yi et al., 2018).

Na základě těchto skutečností schválila Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) vytvoření pracovní skupiny pro vzdělávání psychologů (Jünger, Payne, Costantini, Kalus, & Werth, 2010). Později byla vydána doporučení pro posuzování psychologických potřeb paliativních pacientů a jejich rodin. Dle asociace by měl personál paliativní péče ve své každodenní pracovní praxi používat základní poradenské dovednosti, ovšem pacienti s komplexnějšími psychologickými potřebami musí být předáni odborníkům na duševní zdraví (Jünger & Payne, 2011). Určením konkrétní osoby, která poskytuje psychosociální pomoc se zároveň uvolňuje čas zdravotnickému týmu, který bývá už tak velmi zatížený (Haškovcová, 2015, Ann-Yi et al., 2018).

Za účelem zdokonalení podpůrné a paliativní péče byl sestaven **diferencovaný model psychologické podpory** (Obrázek 2), který zároveň slouží jako rámeček pro různé úrovně kompetencí. Model vymezuje čtyři úrovně intervencí pro všechny profesionály paliativní péče. Je z něj patrné, že paliativní prostředí počítá s tím, že základní psychologickou podporu by měl dokázat poskytnout jakýkoliv člen zdravotnického a sociálního personálu. Členové týmu, kteří prošli speciálními vzdělávacími kurzy, by měli být schopni používat základní psychologické techniky, jež vedle řešení vyvstalých problémů zahrnují například znalost klasických obranných mechanismů umírajícího. Třetí úroveň je specifická pro vyškolené profesionály, jakými jsou psycholog ve zdravotnictví, psychoterapeut či krizový intervent, kteří poskytují poradenské a psychologické intervence, jakou je například management úzkosti. Psychoterapie je umístěna na samotném vrcholu této hierarchie a měla by být poskytována experty na psychické zdraví, za které jsou považováni psychoterapeut a klinický psycholog (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004).



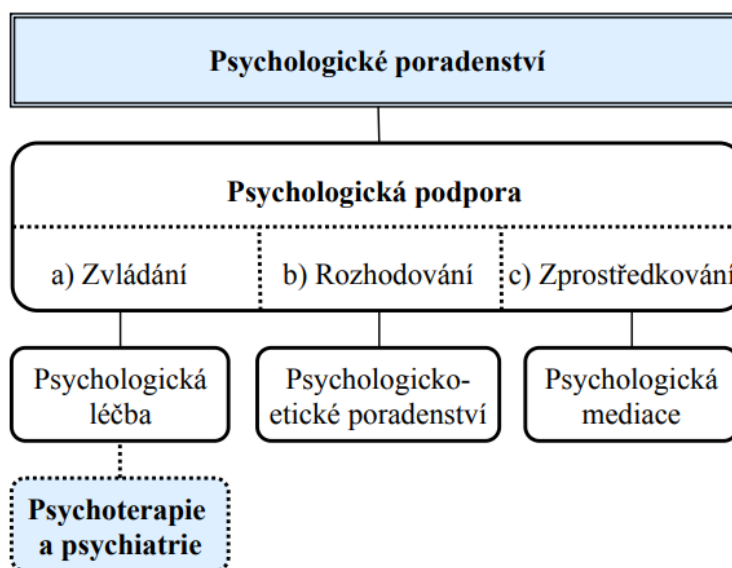
Obrázek 2: Model psychologické podpory v paliativní péči (upraveno dle National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004)

Pro specialisty na vysokých úrovních odborné způsobilosti působící v paliativní péči bylo dále definováno pět klíčových oblastí práce. Vedle poradenství a psychoterapie (individuální, rodinné a skupinové) by měli tito psychologové a psychoterapeuti zajišťovat diagnostiku, poskytovat konzultace a podporu směrem k personálu a také se věnovat vzdělávání a výzkumu (Jünger & Payne, 2011). V praxi si jednotlivé oblasti uplatnění těchto pracovníků vymezuje samotné zařízení.

5.3 Model paliativních psychologických intervencí

Psychoterapeutické intervence na konci života probíhají za specifických podmínek odvislých od procesu umírání, jež byl reflektován v dřívějších kapitolách. Současný somatický stav i chroničnost průběhu onemocnění se všemi jeho minulými a očekávanými zátěžemi a hrozbami určují terapeutická témata (Kupka 2014). Obsah, cíle a postupy psychoterapie mohou podléhat velkým výkyvům a různorodosti, což předpokládá, že psycholog či psychoterapeut by měl kalkulovat s tím, že mnohá původně terapeutická sezení přejdou do poradenství, krizové intervence či prostého lidského povídání a naopak (Ann-Yi et al., 2018).

Všechny tyto faktory od psychologa vyžadují flexibilní přístup a rozšířený profil kompetencí. Za účelem jejich klasifikace popsali Berthold a Gramm (2019) model, který zachycuje paliativní psychologickou práci s pacienty a jejich příbuznými a dělí ji do několika intervenčních oblastí (viz obrázek č. 3).



Obrázek 3: Model paliativních psychologických intervencí dle Berthold & Gramm (2019)

- V rámci *psychologického poradenství* jsou pacientům a jejich rodinám poskytovány informace a vysvětlení, což jim tak pomáhá získat komplexní znalosti o nemoci, jejích psychosociálních důsledcích a stávajících možnostech léčby a péče založené na psychologických metodách.
- Na psychologické poradenství je přímo navázána *psychologická podpora*, jež jej přesahuje a která zahrnuje tři intervenční oblasti:

a) Zvládání

Jedná se o podporu paliativního pacienta, popřípadě jeho rodiny ve vyrovnávání se s nastalou situací. Nezbytným rozšířením oblasti „zvládání“ může být *psychologická léčba* v obecném slova smyslu, jež je v případě výskytu subdiagnostických nálezů či duševní poruchy obohacena o psychoterapeutickou nebo *psychiatrickou intervenci*. V paliativním prostředí indikaci léčby neurčuje naplnění diagnostických kritérií, ale její potřebnost, respektive úroveň utrpení pacienta.

b) Rozhodování

Pokud se pacienti a jejich příbuzní potýkají s obtížnými rozhodnutími, která se týkají například výhledů další péče, může jim psycholog pomoci pojmenovat daný problém a možná východiska. V tomto případě je cílem intervence dosažení vědomého rozhodnutí zúčastněných, které je založeno na potřebách a hodnotách umírajícího. Pokud rozhodnutí ovlivňují etické otázky, může být indikováno *psychologicko-etické poradenství*.

c) Zprostředkování

V neposlední řadě se psycholog v rámci podpory umírajícího pacienta zasazuje o funkčnost komunikace mezi různými aktéry zapojenými do péče, tzn. samotným nemocným, dalšími pacienty, příbuznými, lékařem či ostatním personálem. V případě konfliktů by měla být tato oblast rozšířena o *psychologickou mediaci* (Berthold & Gramm, 2019).

Poskytování psychoterapie v podmínkách paliativní péče se od klasického klinického prostředí jistě odlišuje i v dalších aspektech, kterým ovšem není věnována dostatečná literárně odborná pozornost. Přiblížení těchto specifíků si proto dává za cíl empirická část této práce.

6. Psychoterapeutické přístupy vztahující se k práci s umíráním

Paliativní péče zná několik psychoterapeutických přístupů, které jsou vytvořeny na různých teoretických podkladech a jsou strukturovány do různých podob. Může se jednat o individuální či skupinové psychoterapie s krátkodobým, střednědobým či dlouhodobým trváním, které jsou indikovány v závislosti na průběhu nevléčitelného onemocnění pacienta. Předložená kapitola tyto přístupy představuje, přičemž nejprve jsou charakterizovány jejich společní jmenovatelé.

6.1 Problematika mechanismu změny a měření efektivity

Nárůst počtu psychoterapeutických přístupů vede k poznání, že ačkoli jsou intervence vyvíjené na základě odlišných teoretických modelů, mohou vykazovat podobné výsledky (Messer & Wampold, 2002, Wampold, 2015). Pokud terapeutické přístupy založené na různých teoriích lidského chování a prožívání fungují podobně, je třeba si odpovědět na otázku, proč tomu tak je. Mezi literaturou nejčastěji zmiňované **faktory, které stojí za mechanismem změny**, patří význam aliance mezi terapeutem a klientem, očekávání klienta a terapeutova schopnost podpořit a energizovat klienta (Vymětal, 2004, Wampold, 2015). Například Grawe (1997) na základě svých studií dospěl ke čtyřem základním léčebným mechanismům, kterými jsou aktivace zdrojů, osvojování schopnosti zvládat, odhalení příčin a aktualizace problému. Vedle toho ovšem existuje možnost, že různé přístupy by mohly fungovat obdobně ze zcela jiných a zatím nepopsaných důvodů. Přesné mechanismy, které usnadňují terapeutickou změnu, tedy stále nejsou objasněny, a to ani v případě využití psychoterapeutických intervencí v práci s umírajícími (Kazdin, 2005, 2009, 2014).

Důkazy svědčící pro efektivitu terapeutických přístupů používaných v paliativní péči jsou poměrně slabé. Neznamená to, že by se výzkumníci věnovali těmto aplikacím málo, ale většinou se zaměřují na velmi úzce specifikovanou skupinu nemocných a výsledky jejich studií jsou poté obtížně přenositelné (Hall & Payne, 2010). Příkladem takového úzkého zaměření je studie, která prokázala účinnost terapeutické intervence s názvem expresivní psaní při léčbě poruch spánku u pacientů s nádorem ledviny (Moor et al., 2002).

V medicíně se za účelem co nejpřesnějšího prokázání efektivity léčebného působení používá tzv. dvojité zaslepená **randomizovaná klinická zkouška** (Disman, 2011) a také některé psychoterapeutické přístupy jsou touto variantou vědeckého experimentu ověřovány. V paliativním prostředí se však takové evidence-based výstupy zatím příliš nevyskytují,

neboť je zde třeba počítat s obrovským množstvím intervenujících proměnných, které neodstíní ani sofistikovaný metodologický postup (Lemay & Wilson, 2008, Hall & Payne, 2010). Výzkumné tendence komplikuje i fakt, že pojem experimentální úmrtnost zde platí v přeneseném i pravém slova smyslu.

6.2 Cíl psychoterapeutického působení v práci s umírajícími

Již bylo zmíněno, jaká témata se objevují v prožívání nemocných a s čím se paliativní psycholog či psychoterapeut setkávají. Ačkoliv se jednotlivé terapeutické intervence liší svými postupy a nástroji, je možné u nich vysledovat společné směřování, respektive jejich účel. Obecně je tedy možné tvrdit, že psychoterapeutická práce s umírajícími by měla vést k těmto cílům (Grassi, Nanni, & Caruso, 2018):

- *Snížení úzkosti a strachu, ať už pramení z čehokoliv, snížení míry demoralizace*

Žádný terminálně nemocný by neměl být ponechán zcela sám ve svých děsivých fantaziích týkajících se smrti, ale měl by mít možnost o nich mluvit. V rámci psychoterapie může umírající svoji úzkost pojmenovat a strach rozdělit na menší méně hrozivé části tím, že jsou diskutovány jeho spojitosti. Tyto pocity sice není možné zcela vymýtit, ale lze umenšit jejich intenzitu (Haškovcová, 2007, Yalom, 2014).

- *Změna pohledu na život*

Psychoterapie by měla pomáhat umírajícímu zaujmout nové a útěšné stanovisko k současnému stavu. Terapeutické směry se snaží pomoci v restrukturalizaci životních priorit nemocného (Chochinov et al., 2004). Zároveň jej vedou k tomu, aby dokázal zvážit, na co již nemá čas, anebo co ještě může stihnout a zvládnout.

- *Zvyšování schopnosti zvládat, tzn. adaptovat se na proces umírání*

Terapeutické intervence si dávají za cíl snížit rezignaci na život tím, že u nemocného podporují zapojení aktivních copingových strategií (Laarhoven et al., 2010). Společně s nemocným se pokouší najít smysl jeho utrpení, ale také jeho životní cesty a důležitých událostí (Chochinov et al., 2004). Přijetím komunikace na existenciální témata by také měl umírající postupně získávat schopnosti k tomu, aby se dokázal otevřít i mimo psychoterapii (Grassi et al., 2018).

6.3 Jednotlivé psychoterapeutické intervence

Na následujících stránkách jsou uvedeny psychoterapeutické přístupy, které pomáhají pacientům čelit jejich život ohrožující nemoci. Tyto intervence vykazují úspěch při ovlivňování existenciální pohody nemocných a dalších aspektů jejich prožívání, ať už se jedná o výskyt subdiagnostických příznaků či psychických poruch, jako je deprese (Whitford & Olver, 2012). Ačkoliv byla většina uvedených intervencí vytvářena pro péči o onkologické pacienty v konečném stádiu nemoci, jsou postupně aplikovány i u osob s jinými chorobami ohrožujícími život.

Svoji samostatnou část nemá věnovánu **podpůrná psychoterapie**, která je v paliativní péči považována za základ. Zaměřuje se především na emoční a psychickou stabilizaci umírajícího. Náplní podpůrné psychoterapie bývá zejména sdílení otázek související se současným stavem, který je pro nemocného neřešitelný a vyčerpávající. Pacient si tímto sdílením s psychoterapeutem od svých starostí ulevuje a dostává se mu podpory pro své otevření. Podpůrná psychoterapie vede jednotlivce k ujasnění si aktuální situace, zmapování zdrojů a vyrovnávacích strategií a běžně se prolíná s poradenstvím, se kterým těsně sousedí (Kasl-Godley et al., 2014). Následující psychoterapeutické intervence jsou strukturovanější nežli samotná podpůrná psychoterapie, ale dlužno podotknout, že vyrůstají teprve až na jejím základě.

Tabulka 2 porovnává níže představené intervence z hlediska jejich zaměření, formy a hlavního dopadu, kde šipky směřující nahoru značí zvýšení či posílení daného aspektu a šipky směřující dolů značí naopak jeho snížení či oslabení.

Název intervence	Příjemce ve fázi	Charakter	Oblast účinku
<i>„Outlook“ intervence</i>	in finem	střednědobá, skupinová	↑ smysluplnost
<i>Skupinová psychoterapie zaměřená na smysl</i>	in finem	střednědobá, skupinová, individuální	↑ smysluplnost ↓ úzkost ↓ pocit beznaděje ↓ touha po smrti
<i>Podpůrně expresivní skupinová psychoterapie</i>	in finem	střednědobá, skupinová	↓ existenciální osamělost
<i>Kognitivně existenciální skupinová psychoterapie</i>	pre finem	dlouhodobá, skupinová	↓ existenciální osamělost ↑ copingové strategie ↑ naděje ↑ adaptivní chování

<i>Psychoterapie důstojnosti</i>	in finem	krátkodobá, individuální	↓ úzkost ↓ deprese ↑ spirituální wellbeing
<i>Kognitivně behaviorální terapie</i>	in finem	střednědobá, skupinová, individuální	↓ úzkost ↑ copingové strategie ↑ emoční wellbeing
<i>Psychoterapie CALM</i>	in finem	střednědobá, individuální	↓ úzkost ↓ deprese ↑ smysluplnost ↓ existenciální osamělost
<i>Narativní terapie</i>	in finem	krátkodobá, individuální	↓ úzkost ↓ deprese ↑ smysluplnost
<i>Terapie zármutku</i>	in finem	krátkodobá, individuální	↓ existenciální osamělost ↓ pocit beznaděje ↓ touha po smrti

Tabulka 2: Souhrn popsaných psychoterapeutických intervencí určených pro práci s umírajícími

6.3.1 Logoterapie a odvozené psychoterapeutické intervence

Aby se Viktor E. Frankl jako vězeň koncentračního tábora vyrovnal s nelidskými podmínkami, spoléhal se na intenzitu svého vnitřního života jako na způsob útočiště. Přestože utrpení bylo všudypřítomné, zjistil, že i tam je možné rozvíjet smysl pro humor a zažívat radost, krásu umění a přírody. Frankl rozpoznal, že tyto možnosti jsou otázkou vnitřní volby. Na základě svých zkušeností formuloval psychoterapeutický směr nazvaný logoterapie, který se zaměřuje na význam lidské existence a za primární motivační sílu člověka považuje snahu o nalezení smyslu v jeho životě (Frankl, 2016).

Na rozdíl od tradičních terapeutických směrů, které se zaměřují na psychopatologii a psychologické symptomy, logoterapie cílí na silné stránky pacienta a jeho osobní hledání smyslu a účelu v životě (Southwick, Gilmartin, McDonough, & Morrissey, 2006). Ztráta smyslu, jež zažívají někteří nevléčitelně nemocní jedinci, má zásadní vliv na jejich psychosociální fungování, pročež právě pomocí logoterapie je možné jej pozitivně ovlivnit.

Smysl života lze dle tohoto smýšlení objevit třemi různými způsoby: vytvořením díla nebo skutkem; prožitím hodnoty nebo setkáním se s někým a přístupem k nevyhnutelnému utrpení (Frankl, 2016). Frankl tedy pokládá utrpení za příležitost, jak lze najít smysl, a tím proměnil vnímání osobní tragédie v triumf.

Zde jsou uvedeny některé koncepty, kterými je logoterapie utvářena a které jsou velmi účelně aplikovány v práci s umírajícími.

- Smysl života – život má smysl, a i když se může měnit, nikdy nepřestane existovat.
- Vůle ke smyslu – touha najít smysl v lidské existenci je prvotním instinktem a základní motivací lidského chování.
- Svoboda vůle – člověk má svobodu najít smysl v existenci a zvolit si jeho postoj k utrpení.
- Odpovědnost – život je dar a člověk má odpovědnost žít jej naplno a nejlépe, jak to dovede (Breitbart, 2001, Frankl, 2016).

6.3.1.1 „Outlook“ intervence

Z principů logoterapie vychází intervence zaměřující se na emoční a duchovní tíseň pacientů s pokročilým život ohrožujícím onemocněním, která nese název Outlook (Steinhauser et al., 2009). Jedná se o třídní skupinový program, který vede nemocné diskusemi o aspektech konce života. Prvotně se terapeutická pozornost věnuje příběhu pacienta, když vypráví o svém životě, o významných okamžicích evokujících osobní hodnoty, silných stránkách a osobních úspěších. Následně jsou pacienti vyzváni, aby přemýšleli o tom, co mohli udělat jinak, o životních lítostech a odpuštění. V návaznosti na vyvstalá témata je ve třetí fázi diskutován životní odkaz, kdy se terapeut a pacienti zaměřují na získané životní zkušenosti a lekce pro sdílení s blízkými a dalšími generacemi, v čemž je nacházen životní smysl (Steinhauser, Alexander, Byock, George, & Tulskey, 2009, Gordon, 2016).

6.3.1.2 Skupinová psychoterapie zaměřená na smysl (Meaning-Centered Group Psychotherapy)

Mnohem zásadnější než „Outlook intervence“ je psychoterapie zaměřená na smysl, která Franklovu logoterapii a její zaměření na spiritualitu a smysl přímo přizpůsobuje pro psychoterapeutickou práci s pacienty stojícími na konci života. Zvolený skupinový formát intervence nabízí oproti individuální terapii výhody, jako jsou sdílení společné zkušenosti a identity, pocit užitečnosti a smysluplnosti při pomáháním druhým, naděje vyvolaná kontaktem s těmi, kteří se s procesem umírání dokázali vypořádat, pocit sounáležitosti s větší skupinou a další (Breitbart, Gibson, Poppito, & Berg, 2004).

Psychoterapie je rozvržena do osmi setkání, při nichž využívá směs didaktických, diskusních a zážitkových cvičení zaměřených na konkrétní témata týkající se okolností pokročilého onemocnění. Jsou to například sezení věnována významu utrpení, odpovědnosti

za utváření životní cesty či téma vnímané naděje na uzdravení. Intervence je zaměřena na nalezení klidu a přijetí prognózy tváří v tvář hrozící smrti (Breitbart, 2001), a je na každém členovi, aby použil skupinu k nalezení zdrojů smyslu ve svém životě (Breitbart et al., 2004).

Breitbart a kolegové (2015) ve svých studiích prokázali, že klienti skupinové psychoterapie zaměřené na smysl vnímají oproti kontrolní skupině klientů podpůrné psychoterapie větší duchovní pohodu a životní smysl. Pacienti také vykazovali zmírnění psychické úzkosti a lehké snížení pocitu beznaděje a touhy po smrti, a to dokonce i po dvou měsících od proběhlé terapie.

Za účelem posílení či udržení smyslu, jehož prožívání by v důsledku mohlo zpomalovat progres onemocnění, byla vyvinuta také individuální psychoterapie zaměřená na smysl. Navržena byla pro pacienty s pokročilým karcinomem, jimž problémy spojené s onemocněním často brání účasti na skupinových intervencích. Oproti skupinové terapii však tato forma nevykazuje tak dobrou efektivitu (Breitbart et al., 2018).

6.3.2 Existenciální psychoterapie a odvozené psychoterapeutické intervence

Když se lidé ocitají v situaci konfrontující je s jejich smrtelností, jako je například sdělení infaustní prognózy, může dojít k existenciální krizi. Nemocní se pak mohou potýkat se ztrátou vnitřního smyslu, což může zásadně ohrozit kvalitu jejich života. Existenciální terapie je skupina psychologických intervencí, jež do značné míry vycházejí z učení existenciálních filozofů, kterými jsou Heidegger, Sartre, Buber, Tillich, Kierkegaard a Nietzsche. Existenciální dimenze je nedílnou součástí lidské zkušenosti, která mimo jiné zahrnuje také duchovní a náboženské aspekty, jež se společně podílejí na hledání odpovědi na otázku po příčině a smyslu lidského bytí (Gordon, 2016).

Život s terminálním onemocněním zesiluje existenciální obavy ze smrti, ztráty smyslu, svobody (myšleno z nepřítomnosti vnější struktury) a izolace. Jedním z cílů této psychoterapie je poskytnout pacientům příležitost diskutovat o těchto obavách. Léčebná strategie spočívá v usnadnění diskuse o problémech, které pacienty aktuálně trápí, nikoli v přednášení předem stanovených témat (Classen et al., 2001).

6.3.2.1 *Podpůrně expresivní skupinová psychoterapie (Supportive-Expressive Group Therapy)*

Tuto psychoterapeutickou intervenci vyvinul Irvin Yalom a později byla Davidem Spieglem adaptována v péči o ženy s pokročilou rakovinou prsu (Yalom, 1980, Spiegel,

Bloom, Yalom, 1981). Cílem skupinové terapie je budovat mezi nemocnými pouta, umožnit vyjadřovat emoce, detoxikovat pojem smrti, znovu definovat životní priority, upevňovat význam rodiny a přátel, posilovat vztahy mezi lékařem a pacientkami a zlepšovat strategie zvládání (Lemay & Wilson, 2008). Terapeuti například povzbuzují členy skupiny k výměně telefonních čísel a setkáních při občerstvování, aby tak čelili existenciální osamělosti. Také je diskutována neodmyslitelná přítomnost existenciální ambivalence, kdy se střídají okamžiky štěstí a životní radosti s uvědoměním si blízkosti smrti (Classen et al., 2001).

Kissane a kol. (2007) provedli za účelem ověření efektivity podpůrně expresivní skupinové psychoterapie randomizovanou klinickou zkoušku u žen s pokročilým karcinomem prsu. Ukázalo se, že připojení této terapie ke standardní onkologické péči neovlivnilo dobu přežití, ale pozitivně působilo na kvalitu psychosociální oblasti života těchto pacientek.

6.3.2.2 Kognitivně existenciální skupinová psychoterapie (Cognitive-Existential Group Therapy)

Tato intervence vytvořená na podkladě existenciální psychoterapie nepřehlíží důležitá existenciální témata nemocných, jakými jsou potřeba autentického života, svoboda volby, odpovědnost a konfrontace s jádrovými životními otázkami (Yalom, 2006), ale zároveň se zaměřuje na sociální podporu a výuku kognitivně behaviorálních strategií. Hlavním cílem této terapie je vytvoření podpůrného prostředí, v němž může nemocný postupně měnit své maladaptivní kognitivní vzorce, posílit dovednosti při zvládání řešení problémů odvíjejících se od progresu nemoci a restrukturalizovat žebříček svých životních priorit (Kissane et al., 2003).

Kognitivně existenciální skupinová psychoterapie je rovněž jako předešlá intervence určena primárně pro pacientky s rakovinou prsu, v tomto případě ovšem v raných stádiích nádoru (Kissane et al., 2003). Jedná se o skupinovou terapii pro šest až osm osob probíhající po dobu 20 týdnů, která je vedena povětšinou dvěma psychoterapeutkami a jsou během ní sledovány následující cíle:

1. Vytvoření podpůrného prostředí
2. Podpora práce se smutkem
3. Přerámování negativních myšlenek
4. Procvičování chování při řešení problémů a strategie jejich zvládání
5. Vytváření naděje
6. Stanovení priorit pro (blízkou) budoucnost (Gramm et al., 2019).

Tato metoda je v podstatě uzpůsobena zmíněným pacientkám a v tomto kontextu byla také nejlépe empiricky zkoumána. Lze ji aplikovat i u pacientů s jinými typy nádorů či u neoncologických pacientů (Kissane et al., 2003), ovšem vzhledem k časové náročnosti a zvoleným tématům pouze za předpokladu, že terapie bude zahájena již v časných stádiích život ohrožující nemoci.

6.3.3 Psychoterapie důstojnosti (Dignity Therapy)

Psychoterapie důstojnosti byla vyvinuta v důsledku zájmu Harveyho Chochinova o pochopení toho, jak může smysl pro důstojnost člověka ovlivňovat jeho boj s vážným nemocněním. Chochinov cítil potřebu účinně zamezit existenciálnímu zoufalství u pacientů, kteří se ocitají v těsné blízkosti smrti (Chochinov et al., 2004). Tento zájem vzešel ze zjištění studií pojednávajících o eutanazii, jež naznačovala, že ztráta důstojnosti hraje důležitou roli při rozhodování terminálně nemocných pacientů o urychlení jejich smrti (van der Maas, van Delden, Pijnenborg, & Looman, 1991).

Jedná se tedy o krátkou individuální intervenci, která je podložena empiricky odvozeným modelem důstojnosti. Ten byl vyvinut na základě výstupů kvalitativního výzkumu prováděného u nevléčitelně nemocných pacientů. Pocit důstojnosti v něm nejvíce ovlivňovaly položky, které odrážely vnímaný pocit podpory ze strany komunity, vnímaný pocit vlastní hodnoty, schopnost řídit tělesné funkce, pocit vykonané zásluhy, vnímanou kontrolu nad svým životem, vnímání sebe sama jako břemena pro ostatní, vnímaný respekt nebo porozumění (Chochinov et al., 2006, Chochinov et al., 2007).

Model poskytuje koncepční rámec pro porozumění důstojnosti a zahrnuje několik témat identifikovaných jako klíč k zachování důstojnosti na konci života. Psychoterapeutické sezení je pak děleno do tří hlavních oblastí:

- *Zjištění pacientových obav souvisejících s nemocí* – pacient v této fázi mnohdy popisuje fyzické symptomy a na ně navázané funkční problémy, které zasahují do jeho lidské důstojnosti.

- *Sestavení repertoáru zachovávajícího pacientovu důstojnost* – cílem je identifikovat sociální aspekty a témata, která umírající vnímá jako podpůrná vzhledem k jeho důstojnosti (např. pocit přijetí, zachování role).

- *Inventarizace sociální důstojnosti* – zahrnuje identifikaci způsobů, jakými konkrétně může být smysl pro důstojnost snížen nebo zvýšen v kontextu sociálních interakcí pacienta s okolím (např. oslovení necitlivých pečovatелů) (Chochinov, 2002; Chochinov et al., 2002).

Na základě zjištěných informací vede terapeut s pacientem rozhovor, ve kterém si zaznamenává jeho obavy a přání (např. co se nemocný v životě naučil a rád by předal ostatním). Nahraný rozhovor je přepsán, přečten pacientovi a případně upraven. Později nemocný obdrží dokument, který může předat příbuzným nebo si ho ponechat. Terapeut také může dokument předat dalším osobám, pokud si to umírající bude přát (Chochinov, 2002). V této terapeutické intervenci je důležitým působícím faktorem generativita, kdy si pacient uvědomuje vlastní hodnotu skrze možnost po sobě něco zanechat ostatním (Gordon, 2016).

Důkazů svědčících pro efektivitu této terapie narůstá. Ukázalo se, že lépe na terapeutickou intervenci reagují pacienti se zvýšenou mírou úzkosti a některé studie naznačují příznivé výsledky i ve snižování deprese umírajících (Julião, Barbosa, Oliveira, Nunes, & Carneiro, 2013). Aplikace terapie důstojnosti také pozitivně ovlivňuje kvalitu života, redukuje skleslost a obohacuje spirituální wellbeing (Martínez et al., 2017).

Hlavní výhodou terapie důstojnosti je její nenáročnost, pružnost a snadná aplikovatelnost do paliativní péče. Pacient průběhem této intervence nemusí být nijak zatížen a prakticky již během prvního sezení může docházet k prvním změnám. Terapie je velmi vhodná pro terminálně nemocné pacienty, u nichž již může být čas právě jen na jedno sezení (Gerhart, Swantek, 2020).

6.3.4 Kognitivně behaviorální terapie

Obecně je možné tvrdit, že tato terapie se soustřeďuje na proces učení a jeho využití v léčbě, přičemž pracuje s myšlenkovými postupy, názory a postoji klienta (Praško & Možný, 2010). Tato empiricky ověřená psychoterapeutická léčba je často využívána v klinických studiích, které ovšem vylučují komorbidity typu onemocnění ohrožujícího život. Terapeutický směr se běžně používá k léčbě úzkostných poruch u těch pacientů, jejichž starosti a obavy jsou nerealistické, zatímco pacienti s pokročilým stádiem nemoci vykazují obavy realistické (Greer, Park, Prigerson, & Safren, 2010). I tak má kognitivně behaviorální terapie v paliativní péči svůj prostor. Dokáže dobře zacházet s úpravou kognitivních zkreslení, copingovými strategiemi a mobilizací vnitřních zdrojů nemocných (Greer et al., 2012). Metoda byla také úspěšně aplikována u pacientů s psychosomatickými obtížemi (Turk & Fledman, 2009).

Joseph Greer a jeho kolegové cítili nutnost přizpůsobit kognitivně založené intervence do nové a kratší formy tak, aby z ní měli prospěch i pacienti s onemocněním v pozdním stádiu.

Jejich intervence spočívá v šesti, případně sedmi sezeních (každý týden jedno setkání), které cílí na zvýšení dovedností pro zvládání starostí a problémů souvisejících s rakovinou či jiným progresivním onemocněním (Greer et al., 2012). Terapeutická témata zahrnují například edukaci o mechanismu úzkostí, nácvik relaxačních technik či plánování realistických cílů. Každý modul zároveň zahrnuje „domácí úkoly“ na procvičování těchto dovedností (Greer et al., 2010).

Randomizovaná kontrolní klinická zkouška použití této intervence u pacientů s terminálním karcinomem odhalila významné příznivé účinky terapie při snižování příznaků úzkosti. V porovnání s kontrolní skupinou pacienti rovněž vykazovali mírné zlepšení emoční a funkční pohody (wellbeing) (Greer et al., 2012). Kognitivně behaviorální přístup má také své uplatnění v kombinaci s metodami, jako jsou meditace, relaxace, imaginace, hypnóza či mindfulness (Ball & Vernon, 2015, Jaffray, Bridgman, Stephens, & Skinner, 2016).

6.3.5 Psychoterapie CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully)

CALM je podpůrně expresivně zaměřená intervence, která je podložena teorií attachmentu a existenciální teorií. Volně by se dalo její pojmenování přeložit jako „zvládat rakovinu a žít smysluplně“. Byla vyvinuta doktorem Garym Rodinem pro pacienty s pokročilým nebo metastazujícím karcinomem. Tato individuální intervence je relativně krátká a lze ji přizpůsobit potřebám každého pacienta (Hales, Zimmermann, & Rodin, 2008).

Metoda zahrnuje tři až šest individuálních terapeutických sezení, které mohou být rozvrženy do doby až šesti měsíců. Na sezení mohou být pozváni i blízcí nemocného. CALM se zaměřuje na čtyři hlavní oblasti, které jsou pro život se závažným onemocněním charakteristické:

- zmírnění symptomů a komunikace s poskytovateli zdravotní péče,
- změny v sobě samém a ve vztahu k blízkým příbuzným,
- smysl života a duchovní vyrovnanost,
- budoucnost a umírání (Gramm et al., 2019).

V posledním desetiletí byla tato intervence hojně diskutována a testována. Randomizovaná kontrolovaná studie prokázala její proveditelnost a účinnost především ve snižování frekvence a závažnosti depresivních příznaků. CALM u umírajících pacientů také snižuje úzkost ze smrti (Rodin et al., 2018). Kvalitativní zjištění ukázala, že nemocní vnímají podmínky nastavené touto intervencí jako bezpečné a jako přínos vnímají možnost mluvit

o procesu umírání a smrti, orientaci ve zdravotnickém systému a řešení napětí ve vztazích (Nissim et al., 2012).

Terapii CALM může provádět kterýkoli odborník, který je alespoň částečně školen v oblasti duševního zdraví, což zahrnuje zdravotní sestry, sociální pracovníky, psychology, psychiatry, onkology a další personál. Její výhodou je ekonomická nenáročnost a flexibilita, se kterou se termíny terapie a její témata podřizují potřebám umírajícího (Rodin et al., 2018).

6.3.6 Narativní terapie

Svou roli v péči o paliativní pacienty má nepochybně také narativní terapie. Tento přístup zasazuje význam současného fyzického utrpení nemocného do jeho celoživotní trajektorie. Pacient je vyzýván k tomu, aby vyprávěl svůj životní příběh a terapeut mu pomáhá v reflektování přínosu a smyslu zásadních i drobných mezníků rozmístěných po této jeho cestě. Díky tomu, že terapeut empaticky sumarizuje pacientovu historii, nabízí mu pohled z nové perspektivy. Nemocný tak má možnost zaujmout k nemoci jiné stanovisko, posílit své sebevědomí nebo opět začít používat některé copingové strategie, které se během jeho života postupně vytrácely (Lester, 2007).

Na základě provedených studií byla prokázána efektivita této intervence, respektive její pozitivní vliv ve snižování intenzity prožívané úzkosti a deprese u hospicových onkologických pacientů (Lloyd-Williams, Cobb, O'Connor, Dunn, & Shiels, 2013). Pennebaker a Seagal (1999) také zachytili, že pokud se umírající nemocný věnuje alespoň 15 minut denně psaní deníku (či jinak zachycuje své důležité osobní zkušenosti), zlepšuje se nejenom jeho duševní zdraví, ale dochází také ke zpomalování progresu nemoci.

6.3.7 Terapie zármutku (Grief Therapy)

Ačkoliv bývá terapie zármutku zmiňována až ve fázi post finem a je cílena spíše na pozůstalé, je možné ji použít i v péči o umírajícího. Prožívání truchlení totiž může přijít ještě během života a je natolik všudypřítomné, že se propisuje i do jeho psychiky. Terapie zármutku může díky otevřenému naslouchání umírajícímu napomáhat vyrovnat se ztrátou životního smyslu a přijetím konečnosti, s absencí naděje a s rozloučením se s blízkými (Waller et al., 2016).

Terapeut pracující v této koncepci si otevřeně přiznává, že je pouhým průvodcem či svědkem celého procesu umírání. Musí být vysoce empatický a schopný rozpoznat,

kdy se může k prožívání nemocného přiblížit a pomoci mu uchopit nějakou emoci a kdy by měl stát naopak zcela stranou. V návaznosti na to, jak onemocnění postupuje do poslední fáze, mohou se umírající stahovat do odporu a izolace. Psychoterapeut v takové chvíli umožňuje nemocnému člověku odžít i všech negativních prožitků, strachů a pocitů bezmoci (Chochinov & Breitbart, 2000). Terapie zármutku se nesnaží žádné z nich měnit, ale pouze je normalizuje a nabízí to nejzásadnější – lidské přijetí.

Doslov k teoretické části

Předcházející kapitoly byly věnovány představení psychoterapeutické práce s jedinci, kteří jsou zároveň klienty paliativní péče. Po úvodním vymezení této lékařské a ošetrovatelské disciplíny byla pozornost nejprve zaměřena na stranu umírajícího, kdy byly přiblíženy procesy, potřeby a témata, s nimiž se potýká. Poté byl fokus přenesen na oblast paliativní psychoterapie, která byla začleněna do kontextu útěšné péče. Závěrem literárně přehledové části práce bylo prezentováno několik především strukturovaných intervencí zaměřených na práci s nevléčitelně nemocnými klienty včetně informací zohledňujících jejich efektivitu a možné uplatnění.

Valná většina z těchto intervencí byla navržena pro práci s onkologickými pacienty a cílí na ně rovněž studie ověřující jejich účinek. Děje se tak z toho důvodu, že se jedná o nejpočetnější skupinu paliativních pacientů. Autoři daných léčebných postupů však sami upozorňují, že byť zatím nedisponují studii o účinku u klientů s jiným onemocněním, lze obdobně pracovat také s nimi.

Svědectví o možnostech uplatnění paliativní psychoterapeutické péče nabízejí i osoby, které se podělily o své zkušenosti právě pro tento výzkum. Podrobně o jejich výpovědích pojednává následující empirická část.

II. EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

7. Cíl výzkumu

V literárně přehledové části této práce byl přiblížen proces umírání a pomocí několika současných konceptů byly představeny potřeby a témata prožívání nemocných. V současnosti je stárnutí populace a kvalita života umírajících natolik palčivé téma, že se již většina humanitních věd k této problematice začala vyjadřovat. Paliativní péče je převážně v rukou zdravotníků, ovšem postupně se mezi profesemi jako je lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut či pečovatelka začíná vyskytovat také psycholog a psychoterapeut. Ačkoliv je možné předpokládat, že se psycholog, respektive psychoterapeut jakožto člen odborného týmu snaží naplňovat obecné cíle paliativní péče, je třeba blíže popsat, jakými způsoby tak činí. Tato práce se snaží přesunout paliativní psychoterapeutickou činnost ze stínu pozornosti na její výsluní.

Cílem předloženého výzkumu popsat **psychoterapii v paliativní péči z pohledu těch, kteří ji poskytují**. To znamená, že studie mapuje zkušenosti psychologů a psychoterapeutů tvořících výzkumný soubor s nároky paliativního prostředí a objasňuje, jak pracují, když sedí vedle lůžka dospělého umírajícího.

Jakkoli by mohlo být zajímavé odkrývat specifika paliativní psychoterapie na základě výpovědí samotných umírajících klientů, naplnění takového cíle by naráželo na četné metodologické, a především etické bariéry. Obdobně by tomu bylo při realizaci vnějšího pozorování tohoto terapeutického působení. Z těchto důvodů se výzkum zaměřuje pouze na pohled pomáhajících.

Tento cíl je syčen jednotlivými výzkumnými otázkami, které se na aspekty psychoterapeutického působení zaměřují podrobněji.

7.1 Výzkumné otázky

Pro potřeby tohoto výzkumu bylo široké téma psychoterapie v paliativní péči určenou pro dospělou populaci zúženo na pět základních oblastí. Studie se pomocí témat získaných aplikací analýzy snaží zodpovědět výzkumné otázky, které byly stanoveny následovně:

- *Otázka 1:* Jak oslovení psychologové a psychoterapeuti vymezují službu, kterou poskytují svým umírajícím klientům?
- *Otázka 2:* Jaké prostředky či nástroje využívají psychologové a psychoterapeuti tvořící výzkumný soubor v přímé práci s dospělými umírajícími?

- *Otázka 3:* Co si oslovení psychologové a psychoterapeuti během svého působení v přímé práci s klienty stanovují za cíl?
- *Otázka 4:* Z čeho oslovení psychologové a psychoterapeuti usuzují, že je jejich působení v přímé práci s umírajícími klienty efektivní?
- *Otázka 5:* Na jaké limity v procesu psychoterapeutického působení psychologové a psychoterapeuti z výzkumného souboru při práci s dospělými umírajícími klienty narážejí?

8. Výzkumný design

Adekvátní výběr metod je základním předpokladem přínosného vědeckého zjištění. Vzhledem k povaze cíle je zvolen přístup, pomocí něhož je poté možné co nejlépe objasnit zkoumané jevy (Punch, 2008). Tato kapitola má z tohoto důvodu dva dílčí účely:

- představení jednotlivých komponent, ze kterých se výzkum sestává,
- zdůvodnění jejich užití.

8.1 Kvalitativní šetření

S ohledem na charakter zvoleného cíle, tj. zmapovat specifika psychoterapie v paliativní péči z pohledu těch, kteří ji poskytují, se jako nejvhodnější výzkumný přístup jeví **kvalitativní design**. Díky němu je totiž možné data od jednotlivých osob postihnout v jejich umístění v rámci určitého situačního kontextu. Kvalitativní přístup navíc nabízí možnost zachytit procesy a dynamiku zkoumaného jevu (Miovský, 2006). Pro zvolenou oblast zkoumání, v níž je třeba odhalit podstatu zkušeností psychologů a psychoterapeutů s umírajícími klienty, je kvalitativní typ výzkumu nezastupitelný. Pomáhá studovat složité a náročné oblasti, jako jsou lidské emoce a postoje (Walker, 2013). Právě tyto jevy a další prožitky, které zmiňovaní členové paliativního týmu aplikují v terapeutickém působení, zatím nejsou důkladně zmapovány. Kvalitativní výzkum však našťastí umožňuje vytyčenou oblast charakterizovat a co nejhlouběji pochopit (Strauss & Corbinová, 1999).

Výhodou kvalitativního designu je jeho pružnost (Hendl, 2016). Během sbírání dat a průběžného zpracovávání získaných informací je možné (ba dokonce žádoucí) měnit výzkumný plán. Přístup umožňuje transformovat zaměření a metody tak, aby byly co nejvýstižněji zodpovězeny výzkumné otázky. Díky průběžnému nahlížení do získaných dat se pomalu ukazují obrysy pomyslného malířského díla. S využitím této metafory lze vysvětlit proces sběru dat, kdy je postupně možné poznávat určité struktury a do míst, která jsou zatím

nevýrazná, přidávat nové barvy v podobě dalších informací. Pomocí neustálého přizpůsobování průběžným výsledkům bádání lze zachytit velké množství proměnných, které mají na zkoumaný jev vliv, případně se od něj odvíjejí.

Aby byla zajištěna systematicčnost celého výzkumu, podléhá jeho způsob vedení a také pozdější zpracování dat principům **tematické analýzy**, která v sobě vhodně kombinuje výhody jiných kvalitativních přístupů a metod (Guest, MacQueen, & Namey, 2011). Tematická analýza je obdobně jako metoda zakotvené teorie založena na systematickém získávání a zpracování dat. Jak píšou autoři zakotvené teorie Strauss a Corbinová (1999), právě díky dodržování systematicčnosti je možné docílit postihnutí celé šíře zkoumaného jevu a indukci nové teorie. Předložené výzkumné téma je tvořeno širokým spektrem aspektů a také výzkumné otázky se zaměřují pouze na některé z nich. Z toho důvodu není možné formulovat ústřední téma, které je konečným produktem zakotvené teorie (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Cílem tematické analýzy tedy není budovat teorii, ale popsat a co nejlépe porozumět tomu, jak lidé uvažují, jak vnímají a jak se chovají v rámci kontextu, jež se vztahuje k výzkumnému zaměření (Guest et al., 2011). Konkrétní postupy a jejich aplikace jsou blíže popsány níže.

8.2 Specifikace výzkumného souboru

Za účelem získání odpovědí na výzkumné otázky a naplnění cíle výzkumu byl sestaven tzv. výzkumný soubor. Zařazení osob do výzkumného souboru bylo uskutečňováno na základě **předem stanovených kritérií**, která byla následující:

- *Psychoterapeut či psycholog se zkušeností z paliativního prostředí.*

Tím je rozuměna osoba pracující s klienty alespoň z jednoho z těchto zařízení: lůžkový hospic, mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic, nemocniční paliativní konziliární tým. Pod označením „psycholog“ je chápána osoba, která úspěšně dokončila magisterské studium jednooborové psychologie. Pod označením „psychoterapeut“ je chápána osoba, která absolvovala minimálně jeden komplexní psychoterapeutický výcvik nebo má již za sebou jeho sebezkušenostní část. Druh akreditace takového výcviku je v rámci tohoto zařazení irelevantní.

- *Délka praxe v paliativním prostředí o délce minimálně jednoho roku.*

Tento bod eliminuje případné začátečníky v oboru paliativní péče. Člen výzkumného souboru zároveň nemusí tuto praxi aktuálně vykonávat, ale může předávat zkušenosti z doby, kdy v paliativním prostředí pracoval.

- *Přímá práce s dospělými umírajícími.*

Umírajícím je v tomto případě rozuměn klient paliativní péče s život ohrožující diagnózou. Do výzkumného souboru je zařazena pouze ta osoba, která je (popř. byla) s těmito klienty v přímém kontaktu a intervenuje (popř. intervenovala) u nich. Rovněž byly zařazovány pouze osoby pracující s dospělými klienty, neboť dětská paliativní péče má výrazně odlišná specifika, jak upozorňují například Poláková, Tučková a Loučka (2017).

- *Heterogenita souboru*

Aby byla zajištěna různorodost souboru, je sledováno zastoupení v několika oblastech, tzn. záměrem je mít zastoupení pracovníků z různých druhů paliativních pracovišť a s různými zaměřenými psychoterapeutických výcviků. Rovněž je sledováno poměrné zastoupení dle pohlaví.

Vzhledem k vytyčenému cíli výzkumu a metodám jeho dosažení nemusel být výběr respondentů limitován kritériem pohlaví, věku, místem bydliště, velikostí zařízení a podobně. Mezi kritéria zařazení do souboru nebyla zařazena velikost pracovního úvazku v daném zařízení či organizaci, neboť sama o sobě nepodmiňuje schopnost poskytnout informace pro zodpovězení výzkumných otázek. Výběr probíhal s ohledem na rozmanitost a saturaci vysledovaných témat, což vychází z předpokladu výzkumného postupu.

Výzkumný soubor tedy tvoří **11 respondentů** (6 žen a 5 mužů) ze všech klasických forem paliativní péče s délkou praxe od jednoho roku po 15 let. Mezi profesemi se objevuje jednak psycholog (respektive klinický psycholog či psycholog ve zdravotnictví bez psychoterapeutického vzdělání), psychoterapeut, a druhotně také poradce pro umírající a pozůstalé a sociální pedagog. Respondenti prošli nebo procházejí psychoterapeutickými výcviky v těchto přístupech: analytickou psychoterapií, biosyntetickou psychoterapií, Gestalt psychoterapií, hypnoterapií, logoterapií, psychoanalytickou psychoterapií, psychoterapií zaměřenou na člověka (PCA), systemickou psychoterapií a transakční analýzou. Dva z respondentů toho času nevykonávali výkon své praxe v paliativní péči, avšak dříve v ní pracovali minimálně jeden rok. Konkrétně se jednalo o odstup 3 měsíců a 14 měsíců, přičemž oba z respondentů se stále pohybují v paliativním prostředí, ovšem mimo přímý kontakt s umírajícím klientem.

Jelikož populace paliativních psychologů a psychoterapeutů není široká, nebylo by z hlediska ochrany soukromí etické uvádět o osobách zapojených ve výzkumu mnoho údajů. Dále viz Tabulka 3.

<i>Pseudonym</i>	Profese	Psychoterapeutický výcvik	Působíště	Délka praxe
<i>paní Azurová</i>	psycholožka, psychoterapeutka	Psychoanalýza	lůžkový hospic	1 rok
<i>pan Zelený</i>	psycholog	-	nemocniční paliativní tým	4 roky
<i>pan Šedý</i>	psycholog, psychoterapeut	PCA a Analytická psychoterapie	domácí hospic	7 let
<i>paní Fialová</i>	poradkyně pro umírající a pozůstalé, psychoterapeutka	Biosyntéza	soukromá praxe + lůžkový hospic	6 let
<i>pan Červený</i>	psycholog	-	lůžkový hospic	7 let
<i>paní Nachová</i>	klinická psycholožka, psychoterapeutka	Systemická terapie a hypnoterapie	nemocniční paliativní tým	1 rok
<i>paní Okrová</i>	psycholožka, psychoterapeutka	Logoterapie	domácí hospic + NP tým	15 let
<i>pan Bílý</i>	psycholog, psychoterapeut	Gestalt terapie	lůžkový + domácí hospic	3 roky
<i>paní Žlutá</i>	sociální pedagožka, psychoterapeutka	Transakční analýza	lůžkový + domácí hospic	1 rok
<i>paní Růžová</i>	psycholožka, psychoterapeutka	Analytická psychoterapie	lůžkový hospic	8 let
<i>pan Modrý</i>	psycholog, psychoterapeut	Gestalt terapie	domácí hospic + NP tým	3 roky

Tabulka 3: Údaje o respondentech

Způsob oslovení potenciálních respondentů se žádostí o zapojení do výzkumného souboru byl ovlivněn netransparentností zařízení a organizací poskytujících paliativní péči, respektive malými možnostmi dohledat, zda v daném místě působí psycholog či psychoterapeut. Čtyři měsíce před zahájením výzkumu (tzn. prvním sběrem dat) bylo provedeno zkušební oslovení sedmi organizací, které na svých internetových stránkách zmiňovaly služby psychologa či psychoterapeuta, za účelem zmapování jejich zájmu o zapojení do výzkumu. Na žádost reagovali tři z takto oslovených a s jedním z nich byla na základě tohoto oslovení navázána bližší spolupráce se záměrem odborné konzultace průběhu a výsledků

výzkumu. Tato spolupráce otevřela šanci pro úspěšnější kontaktování respondentů, které bylo trojího způsobu. Všechny z těchto cest jsou ze své podstaty nereprezentativní vzhledem k populaci, neboť kritérium reprezentativnosti není v kvalitativním výzkumu na místě (Hendl, 2016). Jednalo se o tyto **způsoby výběru výzkumného souboru**:

- Přímé oslovení respondenta důvěryhodným konzultantem a následné propojení s řešitelkou práce (úspěšné ve čtyřech případech).
- Metoda sněhové koule, kdy již zapojení respondenti doporučovali řešitelce nové kontakty (úspěšné v pěti případech).
- Oslovení respondenta řešitelkou práce přes dohledatelný kontakt na stránkách organizace nebo zařízení (úspěšné ve dvou případech).

Prvotní průzkum otevřenosti paliativního prostředí ukázal, že je zapotřebí vzbudit v psychologích a psychoterapeutech dostatečnou důvěru, aby byli ochotni sdílet své zkušenosti. Proto byla zvolena kombinace telefonického oslovení, kde byl osobní formou představen záměr výzkumu, a následné zaslání podrobnějších informací e-mailovou cestou. Psychologové a psychoterapeuti museli být několikrát ujišťováni, že nebude vyžadován styk s jejich klienty, které se snažili uchránit. K oslovovacím a informačním účelům sloužil dokument „*Žádost o zapojení se do kvalitativního výzkumu*“, kde byly sděleny tyto aspekty: motivace k výzkumu, záměr výzkumu, předpokládaný průběh sběru dat, oblast zacílení sběru dat, možný přínos ze zapojení do výzkumu, způsob zajištění důvěrnosti informací a další způsob nakládání s daty. Tento dokument byl doprovázen také „*Informovaným souhlasem*“, který blíže pojednával o nakládání s důvěrnými daty. Oba dokumenty jsou k nahlédnutí jako příloha této práce.

Pokud byli respondenti dobře obeznámeni se strukturou a záměrem výzkumu, ochotně se zapojovali do výzkumu a pozitivně kvitovali záměr zmapovat oblast psychologické a psychoterapeutické služby v daném prostředí, kterému se dle jejich zkušenosti nedostává mnoho pozornosti. To znamená, že všichni, se kterými se podařilo navázat kontakt, se později stali účastníky výzkumu. Bez reakce zůstalo celkem 7 žádostí o poskytnutí rozhovoru, která byla směřována jednotlivcům či organizacím bez předchozího osobního doporučení a také dvě osoby s předchozím osobním doporučením (resp. po metodě tzv. sněhové koule).

Rozsah výzkumného souboru byl omezen hranicí, kdy bylo možné předpokládat, že by výpověď dalšího respondenta nepřinesla další nové informace. Proto bylo narůstání výzkumného souboru zastaveno při počtu jeho jedenácti členů.

8.3 Metoda sběru dat

Není-li studovaná oblast zatím dostatečně prozkoumána, je vhodné v rámci sběru dat přistoupit k méně strukturovaným metodám. Výzkum v tom případě tvoří čerstvé poznání, přičemž hledá nové jevy a nové spojitosti mezi nimi. Sběr dat tedy probíhá tím způsobem, že participanti dostanou co největší prostor k vyjádření svých zkušeností (Řiháček et al., 2013). Například dotazník s uzavřenými otázkami by byl v tomto případě příliš svazující a respondenti by pravděpodobně neměli možnost vyjádřit všechny přidružené aspekty zkoumaného jevu (Walker, 2013). V tomto výzkumu bylo ze zmíněných důvodů přistoupeno k realizaci **polostrukturovaných hloubkových rozhovorů**. Místo konkrétních otázek byla připravena jistá témata, která naváděla respondenty ke zkoumané oblasti. Respondenti mnohdy během sdílení odbíhali ke svému celkovému působení v paliativní péči a pomocí návodných témat se do centru pozornosti mohlo dostat samotné terapeutické působení a přímá práce s nemocným klientem. Volba těchto témat byla částečně podložena znalostmi výstupů odborných studií (např. Grassi et al., 2018, Berthold & Gramm, 2019) a částečně byla ovlivněna také přihlédnutím do již sesbíraných dat.

Tato volná struktura zajišťovala nenásilný a přirozený průběh rozhovoru. Vyprávění informátora nebylo příliš přerušováno, neboť způsob, jakým byla jeho sdělení strukturována, a témata, která byla upřednostněna či naopak upozaděna, také nesou určitou výpovědní hodnotu. K prohloubení odpovědí v určitém směru byl využíván tzv. **probing** neboli sondáž (Hendl, 2016). Jednalo se o jednoduché otázky typu „Jak potom reagujete?“, „Jak si to vysvětlujete?“. Sondáž sloužila také jako určité povzbuzení respondenta, aby pokračoval ve svém líčení.

Výhodou polostrukturovaného interview je jeho možnost přizpůsobení se různým podmínkám. Je flexibilní z hlediska nastavování témat, kdy není třeba řadit je pokaždé ve stejném sledu, nýbrž v závislosti na vystávajícím kontextu (Miovský, 2006). To je žádoucí také z toho důvodu, že psychologové a psychoterapeuti se většinou o své práci rozhovořili sami a v závislosti na obsahu byly citlivě prohlubovány ty oblasti, které jsou relevantní z hlediska cíle výzkumu. Dále se tato technika sběru informací může snadno přizpůsobit každému respondentovi. Ten má totiž možnost zvolit si jakýkoli směr uvažování nad otázkami vztahujícími se ke zkušenostem, názorům či pocitům.

Sběr dat a jejich analýza zaujímá v rámci kvalitativního přístupu poměrně dlouhý časový úsek. V tomto výzkumu bylo navíc zapotřebí vynahradiť si dostatek času na navázání důvěry s potenciálními členy výzkumného souboru. V červenci a srpnu proběhlo první

mapování zájmu psychologů a psychoterapeutů o zapojení do výzkumu a první setkání s jedním z nich se odehrálo dne 20.11.2019. Po jedenáctém rozhovoru, který se uskutečnil dne 4.3.2020, se ukázalo, že výpovědi se začínají opakovat a téma je již dostatečně nasyceno. Proto byl tímto dnem sběr dat ukončen.

8.3.1 Fixace dat

Všechny rozhovory byly zaznamenávány pomocí nahrávací aplikace mobilního telefonu. S touto skutečností byli informátoři seznámeni po přečtení informačního dokumentu k danému výzkumu a podpisem tzv. informovaného souhlasu dali tomuto opatření své svolení. Délka jednoho audiozáznamu činila v průměru 82 minut. V následující podkapitole je přibližena technika, jakou bylo se zaznamenanými daty nakládáno dále.

8.4 Metoda zpracování a analýzy dat

Kvalitativní postup vyžaduje výstižný a přesný popis dat. Přirozeně není možné prezentovat všechna data, která členové výzkumného souboru za účelem sdělení svých profesních zkušeností poskytli. Nashromážděné informace prošly **redukcí** a **procesem uspořádání**. Redukce prvního stupně proběhla již během fáze transkripce. Konkrétně se jednalo o vynechání témat, která se nevztahovala ke zkoumané oblasti. Podmínkou tohoto oddělování nepodstatných částí od těch nosných je nutná dávka rozvážlivosti, neboť byť se daný informační úsek mnohdy jeví jako postradatelný, může utvářet kontext sledovaných jevů. Ukázkou je například respondentovo podrobné líčení paliativního zařízení. Tyto podrobnosti zdaleka nestojí v ústředí zkoumání, přesto není možné je opomenout, protože mohou ovlivňovat atmosféru psychoterapeutického kontaktu a jsou tedy důležitou okolností zkoumaného fenoménu.

Pro převedení mluveného projevu do psané podoby byla zvolena **doslovná technika transkripce** (Hendl, 2016). Jednalo celkem o 15 hodin nahraného materiálu, jehož přepis dohromady trval 106 hodin a vzniklo tak 94 stran textu. Jednotlivé výroky nebyly převáděny do spisovného jazyka, ale naopak zůstaly ponechány ve své hovorové formě, aby neztratily na své autenticitě.

Předložený výzkum má deskriptivní charakter. Proto je metoda analyzování dat zvolena tak, aby umožnila poznat a dále vysvětlit jevy, které ovlivňují poskytování psychoterapie v paliativní péči. K vytěžení bohatých a komplexních dat dopomáhá **tematická analýza**, která slouží k identifikaci, analýze a popisu témat (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013).

Nástroj je vyhledávaný především díky své flexibilitě (Hendl, 2016). Výzkumná metoda umožňuje výzkumníkovi aktivně přesouvat pozornost k novým vyvstalým tématům, průběžně nahlížet do získaných dat a adaptovat zaměření výzkumu dle úrovně vznikajícího poznání (Braun & Clarke, 2006). Jak bylo uvedeno, záměrem této metody není vytvoření teorie, ale představení vnímání týkajícího se psychotherapeutického působení daných respondentů. V tomto ohledu jsou prvky tematické analýzy společné s fenomenologií, kdy jsou zkušenosti zkoumaných jedinců považovány za ústřední a platný zdroj pravdy (Guest et al., 2011).

Proces tematické analýzy se člení do několika fází, přičemž v úvodu bylo třeba se důvěrně seznámit se získanými daty, to znamená opakovaně si procházet přepsané texty a případně si do nich vkládat poznámky. V dalším kroku bylo nutné identifikovat jednotlivé oblasti a části, které byly informačně nosné vzhledem k vymezení výzkumného cíle. Na základě porovnávání, přezkoumávání a rozebírání získaných informací byly jednotlivým významovým jednotkám přidělovány tzv. **kódy**, které umožnily postupně seskupovat související data. Toto otevřené kódování následně vedlo k utváření abstraktnějších významových jednotek, které zakotvená teorie pojmenovává jako kategorie (Strauss & Corbinová, 1999) a tento druh analýzy jako **témata** (Guest et al., 2011). Tématem je chápána koherentní integrace jednotlivostí dat, jež zachycuje něco důležitého vzhledem k výzkumné otázce a zároveň později tvoří výsledky (Braun & Clarke, 2006). Úkolem bylo najít taková témata, která umožní předat co největší informační hodnotu, nejsou příliš široká a vzájemně se co nejméně překrývají (Řiháček et al., 2013). Proces tematické analýzy naznačuje Tabulka 4.

Datový extrakt	<p><i>„Takže jde o to nějak se přiblížit tomu, co ten člověk potřebuje. Ta slova, která souvisí s rozumem, tak na to mnohdy nestačí. Proto si myslím, že strašně cenná zkušenost a nástroj toho paliativního psychologa spočívá v tom být – být na blízku těch nemocných a být v těch situacích. Bez toho to nepůjde.“ (paní Růžová)</i></p>
Kód	Zaměření na to aktuální
Sekundární koncept	Tady a teď
Primární koncept	Používané nástroje
Téma	Přístup ke klientovi

Tabulka 4: Ukázka tvorby témat a konceptů

Názvy těchto témat a významových jednotek, které nadřazená témata sytí, mohou pocházet buď přímo z výpovědí respondentů („in vivo“ kódy), dále mohou být převzaty z jiných výzkumů či vlastní (Strauss & Corbinová, 1999). V případě témat a přidružených jednotek zachycených v tomto výzkumu se jedná o třetí zmíněnou variantu pojmenovávání.

Charakteristikou tematické analýzy je také **tematická mapa**, která vizuálně zachycuje témata, jejich koncepty a vzájemné vztahy (Braun & Clarke, 2006). Konečný produkt analýzy by tedy měl odhalit nejvýznamnější témata vztahující se k výzkumným otázkám a jejich významy (Joffem, 2011)

Jelikož je tematická analýza mimo jiných myšlenkových směrů definována také pozitivismem, klade v procesu interpretace získaných dat důraz na poskytování důkazů (Guest et al., 2011). Proto jsou dané výstupy doprovázeny **přímými citacemi** participantů výzkumu. Tento formát vedle zmíněného opodstatnění zajišťuje také relativně příjemné prostředí pro čtenáře práce.

8.5 Opatření zajišťující etiku výzkumu

Psychologický výzkum by měl respektovat dva základní etické principy, kterými je nonmaleficence neboli neškození, a beneficence neboli konání dobra, respektive směřování k prospěchu. Tomu napomáhá několik opatření.

Jedno ze základních opatření je **zajištění anonymity** respondentů, což i oni sami pokládali za klíčovou podmínku pro zapojení se do výzkumu. Jejich pravá jména byla nahrazena „barevnými“ pseudonymy, které neodkazují na dotyčné osoby a jsou zcela náhodná, proto není narušeno jejich soukromí. Také jména osob, která byla během rozhovoru zmíněna, prošla přeměnou. Ve většině případů však bylo účelnější nahradit zmíněné jméno pozicí nebo rolí, kterou jmenovaná osoba zaujímá vůči respondentovi či vůči danému působišti. To znamená, že například jmenné označení bylo zastoupeno slovem „kolega“. Při přepisu musela být věnována pozornost také lokalizačním indikátorům, neboť vzhledem k malému rozšíření paliativních psychologů a psychoterapeutů v paliativní péči by bylo při zmínění města či kraje snadné dovést konkrétní osobu.

Hlavním dokumentem, který zajišťuje etiku tohoto výzkumu, je tzv. **informovaný souhlas**, jehož podpisem deklarovali participanté svoji dobrovolnou účast. Dokument byl nejprve zasílán e-mailovou komunikací, aby měli jednotlivci možnost se s ním důkladně seznámit. Později při osobním setkání byl opět podáván k pročetí a podpisu, a to výhradně

před začátkem výzkumného rozhovoru. Participantů si navíc vždy jednu kopii ponechali pro případ dalšího kontaktování.

Používaný informovaný souhlas (jehož znění je k nahlédnutí v části pro přílohy této práce) mimo jiné upozorňuje na **riziko emočního ohrožení**. Především téma vnímání smrti a smrtelnosti, byť bylo referováno v profesní souvislosti, otevíralo silné emoce a v několika případech vzbuzovalo pláč. Tyto projevy nebyly v žádném případě zlehčovány, ba potlačovány. Naopak byl těmto osobám nabídnut prostor pro uvolnění a případné objasnění aktuálních prožitků.

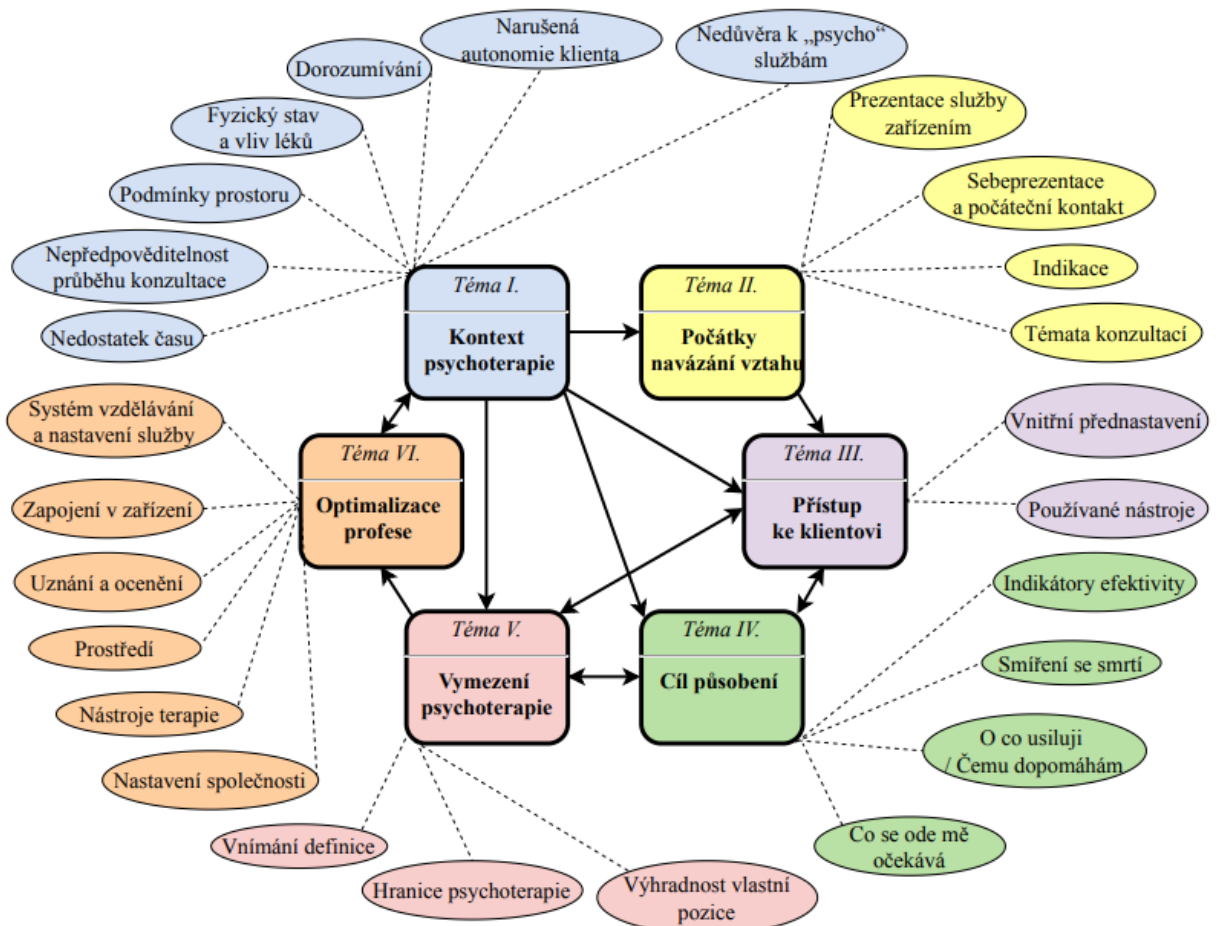
Vzhledem k povaze cíle a výzkumných otázek mohli být členové výzkumného souboru obeznámeni se strategií a pravým záměrem výzkumu. Rovněž byli upozorněni, že v rámci jeho interpretace budou opublikovány některé citace z poskytnutého rozhovoru, ačkoli kompletní přepisy budou k dispozici pouze řešitelce a vedoucí této práce. Respondentům byla vždy nabídnuta **možnost autorizovat přepis rozhovoru** ještě před zahájením jeho analýzy. Této možnosti využili tři z jedenácti participantů.

Otázka naplnění principu beneficence je spekulativní. Participantů za účast ve výzkumu nebyli nijak materiálně či jinak odměněni. Benefitem mohla být samotná příležitost pohovořit o svých postřezích a dojmech práce s klienty. Zmiňovaným motivem byla také naděje, že se díky poskytnutí rozhovoru za účelem sepsání diplomové práce může v důsledku posílit jejich pozice v paliativní sféře.

9. Výsledky analýzy rozhovorů

V části věnované výsledkům jsou představena témata vyplývající z cíle práce. Z tematické analýzy rozhovorů s psychology a psychoterapeuty působících v paliativní péči postupně vyvstalo **šest oblastí**, které představují aspekty definující jejich činnost. Tato témata jsou sycena seznamem primárních, popřípadě sekundárních konceptů, které byly identifikovány během procesu kódování a seskupování dat ve větší významové celky. Struktury jednotlivých témat budou v této kapitole ozřejměny, což umožní nahlédnout a porozumět oblasti psychoterapie v paliativním prostředí z pohledu těch, kteří ji poskytují.

V úvodu této kapitoly je uvedena mapa (Obrázek 4), která byla sestrojena na základě odhalených vlivů mezi jednotlivými tématy a která ilustruje, že ačkoliv jsou výzkumné otázky zaměřeny na konkrétní výseky paliativní psychoterapie, pro její pochopení je třeba ji vnímat jako komplexní systém. Oboustranné šipky naznačují vzájemný vliv mezi tématy, jednostranné šipky značí, že koncepty prvního tématu ovlivňují koncepty druhého tématu. Naznačené relace jsou později v textu podrobněji referovány.



Obrázek 4: Tematická mapa vytvořená na základě kvalitativní analýzy

9.1 Kontext psychoterapie

Ve výpovědích respondentů se objevovaly rozličné zkušenosti s nároky paliativního prostředí, které ovlivňují podobu a obsah jejich terapeutického působení. Jedná se o faktory, které stojí buď na straně umírajícího klienta či na straně vnějšího prostředí, popřípadě vznikají jejich kombinací (viz Tabulka 5). Téma je referováno jako první, neboť teprve na podkladě znalosti jeho obsahu je možné porozumět dalším specifikům psychoterapeutických intervencí, a zároveň odpovídá na výzkumnou otázku č.5: *Na jaké limity v procesu psychoterapeutického působení psychologové a psychoterapeuti z výzkumného souboru při práci s dospělými umírajícími klienty narážejí?*

Téma I.	Seznam konceptů
Kontext psychoterapie	Nedostatek času
	Nepředpověditelnost průběhu konzultace
	Podmínky prostoru
	Fyzický stav a vliv léků
	Dorozumívání
	Narušená autonomie klienta
	Nedůvěra k „psycho“ službám

Tabulka 5: Přehled konceptů k Tématu I. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Nedostatek času

Tento faktor byl respondenty hojně zmiňován v souvislosti s ubývajícím dobou života jejich klientů. Vzhledem k tomu, že se ve své praxi setkávají s jedinci, které dělí od smrti třeba i pouhých několik hodin, je jisté, že je ovlivněn i průběh terapie, pokud se jej vůbec podaří započít. Participanti během svého líčení upozorňovali, že pokud mají šanci se sejt s umírajícím pouze jednou, nemívají velké ambice. Někteří dokonce přiznávali, že pokud by hypoteticky o klientovi nevěděli, že umírá, volili by jiný přístup, ve kterém by si jej dovolili více zatížit a dočasně navodit subjektivně nepříjemný stav, který je typický pro terapeutickou změnu. V tomto případě si však veškeré své intervence důkladně rozvažují a pokud si nejsou jisti jejich přínosností, raději nepodniknou nic. Mnozí terapeuti a psychologové zastoupeni ve výzkumném souboru dle svých slov neusilují o otevírání závažných potenciálně terapeutických témat.

*Já myslím, že když má člověk dva měsíce, může se stihnout spoustu věcí, když má dva týdny, může se stihnout spoustu věcí, ale když máte jedno setkání, tak je to trochu jiná práce.
(pan Modrý)*

Tento fakt zároveň nemusí znamenat, že by pro klienty nemělo být takové setkání prospěšné, neboť ze zkušeností psychologů a psychoterapeutů vyplývá, že v situaci, kdy má člověk před sebou už jen málo času, odehrávají se změny v jeho psychice rychleji než u zdravého klienta. Klient paliativní péče by měl být obeznámen se svou prognózou a v takovém případě nemá dle respondentů význam řešit hypotetické scénáře, což se může projevat dobrovolným demaskováním a snížením obranných mechanismů.

Pravdou ale je, že ony se tyhle věci nějak urychlují, když je člověk v paliativní péči. Takže on najednou věci, které byste v terapeutickém procesu řešila měsíce – nějaké odpuštění někomu – tak najednou na smrtelný posteli se prostě odpustí, protože není čas. Najednou člověk v sobě najde takový zdroj, že se ty věci hojí až nějak zázračně rychle a úplně jinak. (paní Okrová)

Časová tíseň byla zmiňována také v souvislosti s omezenými možnostmi k navázání terapeutického vztahu, který se rozvíjí na podkladě vzájemné důvěry. Někteří respondenti zmiňovali, že pokud je pacient přijat do péče v pokročilé fázi onemocnění, vztah se již vzhledem k jeho omezené schopnosti reagovat na okolí nedaří navázat.

Nepředpověditelnost průběhu konzultace

V souvislosti s měnlivým zdravotním stavem nemocného se psychoterapeuti a psychologové setkávají s velmi nevyzpytatelnými obrazy konzultací. Protože není vždy možné dopředu odhadnout průběh a délku setkání, snaží si respondenti vždy vyšetřit dostatek času a co možná nejlépe se adaptovat na potřeby klienta. Tento fakt tedy klade nároky na kombinaci empatie, flexibility a bystrosti.

V případě, že jsou lidi schopni z toho svého uzavření a uzavírání se vynořit, tak je možný jim nabídnout pomocnou ruku v určitých věcech. Vlastně být neustále ve střehu, kdyby se náhodou mohla nějaká terapeutická situace vynořit, tak být ji schopen rozpoznat. (paní Žlutá)

Já jsem si nachystala pro tu klientku takovou imaginaci, vyloženě jsem jí ušila na míru té klientce. Souviselo to s nějakými úzkostmi. Takže spíš něco takového podpůrného a sytícího. A když jsem k paní přišla, tak ona mi říká „Tak, a teď si vemte papír, tužku a já vám nadiktuju recept na perníčky.“ Takže to bylo potom o něčem jiném. (paní Růžová)

Několik respondentů uvedlo zkušenost s nenadálým uzavřením klienta do sebe, kdy přestal reagovat, byť s někým jiným nadále hovořil. Někteří z nich tento jev vysvětlovali postupem onemocnění a jeho odrazem v sociální sféře klienta, jiní připouštěli, že se jim nepodařilo nastavit fungující vztah.

Podmínky prostoru

Ať už se jedná o lůžkový hospic, prostředí domova či nemocniční pokoj, nejedná se o soukromý prostor, kde by byla zaručena nerušená konzultace mezi čtyřma očima. Respondenti se běžně potýkají s tím, že do pokoje vstupují členové personálu nebo rodiny, anebo jsou další osoby již přítomny ve sdíleném pokoji. Dále však dodávají, že nemají příliš možností, jak si zajistit větší soukromí. V jednom případě byla komentována myšlenka pověsit si na kliku hospicového pokoje prosbu o nenarušování konzultace. Takováto visačka by však omezovala pečovatelské a další služby, které jsou těm psychologickým nadřazeny. Vedle toho by tato výzva omezovala i případné návštěvy rodiny. Také podle zkušeností jednoho psychologa může být nápad vyvézt pacienta ze společného pokoje ve výsledku velmi traumatizující, neboť se jedná o vytržení ze zaběhlého řádu a pacient je nastavený na to, že ho čeká sdělení nějaké negativní zprávy. Ve výsledku tedy psychologové a psychoterapeuti trpí tyto rušivé podmínky prostoru, respektive jim přizpůsobují průběh terapie a intenzitu probíraných témat.

Ale ty lidi jsou s těma spolupacientama na těch pokojích zbylých 23 hodin dne po té hodině, co já odejdu, a ne všichni jsou hodní. Takže když vidím, že to je moc citlivý a když vidím, že ten pacient se zdráhá, tak rozhodně nemluví o všem. (paní Nachová)

Byla také zmiňována určitá výhoda v nastavení nesoukromých podmínek, a to konkrétně v možnosti sledovat klienta v kontextu dalších sociálních situací. V takovém případě je poté možné přizpůsobit terapeutickou intervenci zjištěným okolnostem.

Ta podstata byla v tom, že on žil v hodně špatným manželství. A ta jeho paní tam jen tak prošla a už jenom z toho jsem vnímal, jak tam bylo dusno. To prostě tu atmosféru nacítíte. (pan Šedý)

Fyzický stav a vliv léků

Vzhledem k tomu, že jedním ze základních cílů paliativní péče je snaha zajistit umírajícímu bezbolestné dožití, bývá jejich stav ovlivněn působením utišujících léků. Členové výzkumného souboru mívají zkušenosti s tím, že nemocný během společného setkání usíná, nevnímá nebo udává četné fyzické stížnosti.

Když mají potom hodně morfinu, tak oni hovoří se zavřenýma očima, protože už jsou unavení. A tam prostě nemá cenu být hodiny. Tam je lepší přijít každý den na čtvrt hodiny, na deset minut. Jenom prostě pohladit, být po ruce a zeptat se, jak to jde a jestli něco chtějí nebo nechtějí. (paní Nachová)

Referována byla také skutečnost, že paliativní medicína má samozřejmě také v péči osoby, které se dříve léčily pro duševní poruchu. Ovšem právě vlivem nasazené utišující medikace bývají její projevy natolik utlumeny, že jí není věnována příliš velká psychologická a psychoterapeutická pozornost.

Dorozumívání

V souvislosti s výše zmíněným postupem klientova terminálního onemocnění se respondenti setkávají s komunikačními obtížemi. Může se jednat buďto o oslabení perceptivní a receptivní složky řeči, ale také o narušení kognitivních funkcí. Participanti výzkumu se v závislosti na stupni narušení komunikace snaží využívat jiné dorozumívací kanály, ačkoliv se dle jejich názoru v takovém případě jedná o velmi ředěnou terapeutickou činnost.

Ted' jsem třeba byla za pánem, který během pár dní zemře a normálně komunikuje. I když ne normálně – on šeptá. Tak jsem mu nabízela napsání těch dopisů, ale on říká, že by to pro něj bylo hodně náročný. Jak psát, tak mluvit. (paní Azurová)

Jedna respondentka ve výpovědi upozorňovala také na to, že právě kvůli narušené či zcela přerušené komunikaci s klientem nemůže paliativní personál zachytit zprávu o vnímaných nedostacích v péči.

Narušená autonomie klienta

Někteří psychologové a psychoterapeuti zapojení do výzkumného souboru naráželi na otázku týkající se svobody rozhodnutí klienta přijímat jejich služby. Tito participanti vyjadřovali pochybnosti, zda by si umírající přál dostávat jejich pomoc a podporu, pokud by nebyl pacientem paliativního zařízení či organizace. Respondenti se setkávají s tím, že za nemocného v tomto ohledu rozhoduje rodina, zdravotnický personál nebo přímo oni sami. Oni sami totiž rozhodují, zda a kdy vstoupí do pokoje umírajícího či jak dlouhou dobu tam stráví. Při snaze vcítit se do role klientů někteří respondenti připustili, že musí být velmi obtížné dokázat odmítnout takovouto návštěvu.

Nebo tam byla situace, že jsme tam šli s lékařem spolu, nebo že si ošetřující lékař zavolal mě třeba k tomu sdělování závažné zprávy. Vlastně mě představil až v tu danou chvíli. Takže ten pacient ani neměl moc velkou volbu. Protože když jim tam lékař někoho takhle přivede, tak oni vás nedokážou úplně jednoduše vyhodit. (pan Modrý)

Jelikož mnozí členové výzkumného souboru tuto skutečnost vnímají, snaží se nemocnému dodávat vědomí odpovědnosti a schopnosti se rozhodovat svobodně, byť by se mělo jednat o svolení k tomu, aby si terapeut mohl přisunout židli o trochu blíž jejich posteli.

Nedůvěra k „psycho“ službám

Velmi často zmiňovanou zkušeností participantů tohoto výzkumu byla vnímaná nedůvěra pacientů k jejich službě, respektive k jejich profesi. Dle respondentů to znamená, že jakmile pacient zjistí, že u nich stojí psycholog či psychoterapeut, aktivizuje se v něm strach, nejistota a pocit, že jsou blázni, pokud si zaslouží jeho pozornost. Z tohoto důvodu se mnohdy pracovníci snaží představit takovou větou, která neobsahuje předponu „psycho“, popřípadě ji zmiňují až v průběhu konzultace, kdy už klient pochopil, co mu mohou nabídnout. Respondenti si na tento aspekt částečně stěžují, ale zároveň připouštějí, že pokud se jim podaří navázat vztah, je možné pacientovy předsudky překonat.

No musím říct, že pořád nějakým způsobem hledám různé možnosti, jak vlastně tu službu nabídnout, protože můj dojem je – a asi není jenom můj osobní – že lidi, zvláště ti, kteří k nám přicházejí, nejsou zvyklí na nějakou psychologickou pomoc nebo terapii. Myslím, že zkušenosti s psychoterapií mají naprosto minimálně, fakt jsou to výjimky. A takže spíš mám dojem, že je třeba nějakým způsobem tu schůzku popsat, nabídnout, ne-li prodat trošku. (pan Bílý)

Většina těch lidí je z vesnic nebo z periferie a slovo psychoterapeut je sprostý. Takže já přicházím a říkám, že jsem tady zaměstnanec, a tak, jako se sestry starají o to, abyste byli v čistotě, tak já se chodím ptát, jak se vám tady daří. (paní Žlutá)

9.2 Počátky navázání vztahu s klientem

Ačkoliv název tohoto tématu odkazuje na jistý počátek terapeutického působení, je interpretován až jako druhý v pořadí. Jeho charakter je totiž ovlivňován kontextem, který byl zmíněn v předešlém oddílu. Téma v sobě zahrnuje několik podoblastí (viz Tabulka 6), které se později promítají do podoby konzultace mezi klientem a paliativním psychologem, respektive psychoterapeutem. Většina konceptů tohoto tématu odráží především provozní aspekty, které předcházejí psychoterapii v paliativní péči a jsou zde zmiňovány pro dotvoření celistvé představy její podoby. Z toho důvodu je téma referováno stručněji než ostatní.

Téma II.	Seznam konceptů	
Počátky navázání vztahu s klientem	Prezentace služby zařízením	
	Sebeprezentace a počáteční kontakt	
	Indikace	Na doporučení zařízení
		Na základě potřeby klienta
Témata konzultací	Vlastní depistáž	

Tabulka 6: Přehled konceptů k Tématu II. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Prezentace služby zařízením

Ještě než se odehraje první setkání mezi psychologem/psychoterapeutem a klientem paliativní péče, může být klient o těchto službách poinformován personálem daného zařízení či organizace. Ze zkušeností respondentů je zřejmé, že na formě tohoto sdělení záleží. Někteří z nich by si přáli, aby byla nabídka psychologických služeb sdělena každému umírajícímu, a to ideálně v takové podobě, kdy je jim doporučen spíše konkrétní člověk nežli jeho práce. Respondenti si tedy od svých kolegů představují určité pootevření dveří.

I v domácím hospici byly sestřičky, který uměly úplně perfektně předat mi pacienta a rodinu, a i té rodině mě tak nabídnout takovým způsobem, že ta rodina to fakt dokázala přijmout. (paní Okrová)

Sebeprezentace a první kontakt

Podoba samotného představení se klientovi podléhá zvykům daného poskytovatele paliativní služby. Například někteří respondenti pracující v lůžkových zařízeních jsou zvyklí se každému novému klientovi ukázat a osobně pohovořit o tom, co mu můžou poskytnout. Vzhledem k tomu, že se jedná o službu, která je například oproti pečovatelské službě vnímána jako nadstavbová, snaží se participant výzkumu ujistit nemocné, že je dostupná pro každého.

Představuju to asi takhle: „Mohu s vámi být se vším, co se pro vás teď odehrává a děje, můžeme společně mlčet nebo si povídat, můžeme mluvit o možnostech, které máte teď k dispozici, o vašich přáních, otázkách nebo obavách a můžeme je společně zkoumat a hledat na ně odpovědi.“ (paní Fialová)

Během prvního kontaktu někteří respondenti občas čelí nezájmu, jindy je naopak překvapuje, že už krátce po úvodní fázi klient hovoří o velmi hlubokých a palčivých tématech. Jedna z respondentek uváděla, že se jí osvědčilo zapojit se do klasických ošetrovatelských činností, kdy pomáhá povléci postel nebo zdvihat nemocného, což v něm vzbuzuje pocit

důvěry. Jiným respondentům vyhovuje prvně hovořit o velmi všedních tématech a být k dispozici, pokud by klient chtěl konverzaci prohloubit.

My máme u nás všechny pokoje unifikovaný, takže kdybyste tam viděla nějaký obraz, tak je jeho. Takže v tu chvíli na to člověk může navázat. Takže se ho zeptáte na takový ty základní věci, jak jste se vyspal, nemáte nějaký bolesti a navážete přes jídlo a pití a tak dále, přes návštěvy, jestli chodí nebo nechodí. Dostanete se defacto pak k sloupci tý nálady. (pan Červený)

Indikace

Pokud jde psycholog či psychoterapeut za klientem cíleně, může se jednat o zakázku ze strany paliativního týmu, ze strany samotného klienta, anebo se tak rozhodl na základě vlastní depistáže. Všechny tyto způsoby popisovali respondenti jako využívané a vhodné. Lékaři a zdravotní personál obvykle doporučují respondentům navštívit daného pacienta za účelem zmírnění úzkostných, depresivních či jiných stavů, sdělení závažné zprávy, popřípadě k mediaci setkání mezi rodinou a umírajícím. Sami klienti vyhledávají služby psychologů nebo terapeutů spíše až po úspěšně navázaném vztahu. Z výpovědí participantů vyplývá, že se tak děje ve fázi, kdy cítí, že už toho mají na bedrech víc, než jsou schopni unést. Může se jednat například o moment, kdy je jejich nemoc v pokročilém stádiu a oni přechází z kurativní léčby do paliativní, přičemž jsou konfrontováni s tím, že už se neuzdraví, nebo se objevují různé vztahové komplikace.

Ale někde je hrozně. Je tam napětí, nevyslovený témata a nevyslovený hněvy a nesrovnání se s tou situací a pocity dluhu, že něco není hotový. Tak si tam někdo řekne, že se z toho potřebuje vypovídat, a tak si mě zavolá. (pan Šedý)

Témata konzultací

Psychoterapeuti a psychologové během uskutečněných výzkumných rozhovorů naráželi na široké množství témat, která tvoří obsah konzultace s klienty. Setkávají se s jejich prožitky strachu, úzkosti, lítosti nad neuspokojivou situací, se stavy bolesti, která je prožívána fyzicky i psychicky. Zároveň se během setkání vyskytují i každodenní témata, která se týkají denního programu nemocného, stížností na aktuální stav společnosti či postřehů k chodu zařízení. Několik respondentů upozorňovalo na to, jak velké zastoupení mají debaty věnující se tělesné schránce, rodinným vztahům, ale také jídlu.

Není to tak, jako v amerických filmech, že bysme tady kontaktovali ztracený dcery, se kterýma se před čtyřiceti lety rozhádali, a dávali jsme je tady dohromady. To tak obvykle není. Spíš hodně řešíme vztahovost těch nejbližších příbuzných. (pan Červený)

Za témata, která by neměla být při kontaktu s umírajícím opomíjena jsou ztráta sebeobsluhy, pocity ohrožení, prázdnoty, osamělosti a ztráty smyslu či naopak udržování si naděje. Někteří respondenti jako terapeutická témata zachycují cokoliv, co má pro nemocného nějaký význam, byť by se při pohledu zvenčí mohlo jednat o maličkost.

Za téma vhodný pro psychoterapeutickou práci považuju vždycky takový, který je významný pro toho klienta. Protože ten člověk skutečně může duševně trpět jenom tím, že nemá zalitý kytky.
(paní Žlutá)

9.3 Přístup ke klientovi

Podobu psychoterapeutického setkání ovlivňuje samozřejmě kontext paliativního prostředí a dále také způsob, jak psychologové a respondenti nad umírajícími uvažují, jak si vymezují hranice svých kompetencí a jaký si stanovují cíl svého působení (viz obrázek tematické mapy). Tyto faktory se odrážejí ve volbě nástrojů, které ve většině případů respondenti nevnímají jako formalizované techniky, které by přímo pramenily z jejich psychoterapeutických výcviků či jiných forem vzdělávání. Spíše se v jejich pojetí jedná o velmi jemné, mnohdy neuvědomované a od sebe těžko oddělitelné postupy. Přesto během rozhovorů některé z těchto metod zazněly a jsou sdruženy v předloženém tématu, jak ukazuje Tabulka 7. Téma zároveň odpovídá na výzkumnou otázku č.2: *Jaké prostředky či nástroje využívají psychologové a psychoterapeuti tvořící výzkumný soubor v přímé práci s dospělými umírajícími?*

Téma III.	Seznam konceptů	
Přístup ke klientovi	Vnitřní přednastavení	
	Používané nástroje	Intuice
		Lidskost a empatie
		Tady a teď
		Potvrzení
		Pojmenování
		Práce s tělem
		Práce s emocemi
		Práce se zdroji
		Aktivizace
		Prostor pro vyprávění
		Strukturované metody
		Bazální metody

Tabulka 7: Přehled konceptů k Tématu III. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Vnitřní přednastavení

Psychologové a psychoterapeuti zastoupeni ve výzkumu se ve svých výpovědích shodovali na tom, že k procesu umírání je třeba mít obrovský respekt, s nímž se nemůže porovnávat jejich ambice zprostředkovat klientovi příjemnou terapeutickou seanci. V jejich líčení se projevovala skromnost a pokora, když popisovali své zkušenosti ze setkání s lidmi stojícími na prahu smrti. Několik respondentů uvádělo, že paliativní prostředí není vhodné místo pro budování kariéry nebo sebevědomí. Jak zmiňovali, pokud vstupují do kontaktu se svými klienty, nemohou se tvářit jako experti a držitelé pravdy, neboť v takovém případě by ve snaze o léčbu duše neuspěli. Respondenti v této souvislosti také zmiňovali, že se snaží do pokoje vcházet jako tabula rasa, tedy bez představy, co by se mělo v ten daný čas odehrát. Snaží se v sobě vybudovat naladění, že průběh a obsah setkání bude určovat sám klient a oni mu budou v tomto ohledu spíše k dispozici. Jedna respondentka připodobňovala toto naladění k dětskému natěšení a zvědavosti.

Takže já vlastně celou dobu nějakým způsobem přemýšlím o tom, že se pohybuju v pozici toho svědka, že tam prostě jsem jako nějaký člověk, kterej má nějaký zájem, kterej je jako otevřenej, citlivej vůči tomu, co ten člověk říká, bez toho, abych měl vůbec jenom myšlenku na to, že bych chtěl měnit jeho pocity. (pan Bílý)

Myslím si, že je velmi zásadní osobnost toho psychologa a do jaké míry dovede odložit nějaké jeho očekávání, jeho představy, jak by ta jeho práce měla vypadat. (paní Růžová)

Někteří respondenti přiznávali, že jim někdy činí obtíže naladit se na potřeby klienta, pokud je on sám nedovede formulovat nebo přiznat jim váhu. V ten moment dané osoby svádí vymýšlet za umírajícího plány, co by se mělo odehrát. Jedna psychoterapeutka uváděla, že se ovšem v takové práci člověk velmi záhy vyčerpá, protože pokud pro dané intervence není klient naladěný, může se taková akce sice odehrát, ale nepřinese svůj užitek.

Používané nástroje

Intuice

Zhruba třetina respondentů se k tématu uplatňovaných technik v jejich práci poměrně dlouhou dobu zamýšlela. Později tito respondenti odpovídali, že si nejsou vědomi žádných konkrétních metod či nástrojů, prostřednictvím nichž by byli schopni svoji činnost popsat. Následně však téměř většinově dodávali, že jako hlavní prostředek používají svoji intuici, která jim napoví, jak v konkrétních vyvstalých situacích mají reagovat. Někteří respondenti se

také během rozhovorů vymezovali vůči terapeutickým přístupům nabízejícím recept, podle kterého by se měly odehrávat konkrétní intervence.

Lidskost a empatie

Zástupci výzkumného souboru během sdílení svých pohledů a zkušeností vyzdvihovali umění citlivého kontaktu. Ten někteří respondenti pojmenovávali jako základ veškerého terapeutického působení. Na něj se pak může navazovat vyjádření porozumění, zájmu a respektu. Dále byla zmiňována schopnost vycítit, kdy je vhodné se umírajícímu klientovi přiblížit, aniž by ho to mělo ohrozit. Jedna účastnice výzkumu za základní kámen kvalitního terapeutického vztahu pokládala právě složku lidskosti a otevřenosti, se kterou se člověk nechává poznat klientovi.

V první řadě věřím, že u každé profese nebo lidské role jde o tu kvalitu konkrétního člověka a že to, že se na mě nějaký klient obrátí, není náhoda. Že je důležitý osobní lidský vztah klienta a poradce nebo terapeuta. (paní Fialová)

Podle několika respondentů je paliativní prostředí místem, kde se dá nosit srdce na dlani a je možné ba dokonce žádoucí mít klienty rád. Vedle toho také někteří respondenti poukazovali na riziko navázání příliš těsného vztahu, kde není zřejmé, zda se klient kompenzuje jaksí sám pro sebe či pro uspokojení pomáhajícího. Žádný z respondentů však neupozorňoval v této ani jiné souvislosti na riziko vyhoření.

Tady a teď

Pokud psychoterapeuti a psychologové zmiňovali zaměření se na aktuální situaci, dělalo se tak ve dvou souvislostech. Jednak se jedná o odhlédnutí od minulosti, kdy některým z nich připadá zbytečné pátrat po tom, co se nachází v anamnéze klienta, protože ve výsledku se průběh konzultace stejně odvíjí od jeho momentální potřeby.

Já musím pracovat s tím, co vidím. Je to úplně jedno, že to byl lampasák nebo příslušník lidových milicí, může to být estébák, nebo to může být skvělejší člověk. V tuto chvíli je to prostě lidská bytost s nějakou historií, je něčím limitovanéj, ale on má teď v tuto chvíli nějakou aktuální potřebu. A já reaguju jenom na jeho poptávku. (paní Žlutá)

Druhou zmiňovanou souvislostí bylo odhlédnutí od ambicí, respektive snaha udržet sebe sama v přítomné situaci a neodbíhat v myšlenkách k možným cílům intervence či jinam. Paliativní psycholog nebo psychoterapeut by měl být dle některých respondentů schopen doprovázet umírajícího jenom tím tempem, které on si zvolil, naslouchat těm tématům, které přináší

a nepátrat dál. Ze zkušeností několika oslovených se právě díky tomuto zaměření může odehrát terapeutická změna.

Tak to mi přijde úplně nejpodstatnější, co mi v hospicové péči přijde jako terapeutický základ – být tady a teď v tom co prožívá teď. Když je to popření, tak si pojd'me říct, že to je popření a jenom bud'me spolu v tom popření. Když je to strach, tak zase pojmenovat si to, uvědomit si to a být s tím klientem v týchle emoci. Když je to naštvaní, tak přijímat jeho naštvaní. (paní Azurová)

Potvrzení

Nástroj nazvaný potvrzení zachycuje drobné momenty, kdy respondenti projevují svým klientům úctu a dávají jim najevo podporu ve věcech, které zachovávají jejich vnitřní autonomii a určitou konzistenci. Respondenti zmiňovali, jak je v budování terapeutického vztahu důležité stát po boku nemocného, i když se projevuje nevybíravě, je odmítavý nebo zlý. Klient možná v této situaci nečeká zastání, ale respondenti mívají dobrou zkušenost s tím, že pokud mu nevyvrací jeho pravdu, lze těžkou situaci překlenout.

Já jsem vždycky říkala personálu i rodině, že pokud to, co ten pacient povídá, pokud to není nějak ohrožující, že by to ubližovalo, tak není potřeba to vyvracet. Pokavad' se paní ptá, jestli kráva už byla podojená, tak je potřeba s tím pracovat jako s pravdou toho pacienta. A je to něco, co s ním můžeme sdílet a podpořit ho. A toto třeba i při doprovázení umírajícího. (paní Růžová)

Pojmenování

Ve výpovědích byl také zmiňován postup, kdy se respondenti snaží klientovi nabídnout konkrétní označení pro to, co on vysvětluje popisem situace. Respondenti tím jednak projevují svůj zájem věci porozumět, a jednak prostřednictvím různých parafrází a sumarizací poskytují klientovi strukturu pro jeho prožívání. Po vzoru hesla „Pojmenovaný problém, poloviční problém.“ respondenti připouštějí, že samotné rozpoznání a vymezení hranic daných tíživých témat snižuje jejich palčivost.

Protože někdy stačí ty věci pojmenovat a ony se možná budou odehrávat bez naší intervence. (pan Zelený)

Práce s tělem

Paliativní psychologové a psychoterapeuti obvykle svým působením na prožívání nemocného sekundárně ovlivňují také jeho tělo, respektive snižují tak nepříjemné fyzické pocity. Existuje však také cesta, kde je na tělo působeno primárně, neboť onemocnění projevované po tělesné stránce bývá rovněž zdrojem psychických obtíží. Tomu ovšem

dle respondentů není vždy možné zamezit. Proto respondenti zmiňovali využívání práce s dechem, relaxačních metod či mindfulness spíše okrajově.

Protože tady je to tělo zdrojem potíží a problémů u tadytěch klientů. Zároveň je to pro mě nějaká cesta, jakým způsobem to propojit, tu psycho-sociálně-biologickou stránku tak nějak velmi přirozeně. (pan Bílý)

Práce se zdroji

Mezi zmiňované prostředky při práci s pacienty v terminálním stádiu onemocnění patří také posilování jejich zdrojů. Nemocný může ve své situaci opouštět obvyklé copingové strategie a s nimi i to, co měl rád a co udržovalo jeho psychickou pohodu. Respondenti se v kontaktu s ním zaměřují na drobné stesky, které na tyto aspekty poukazují a později se snaží identifikované zdroje obnovit.

Třeba pacienti, kteří tady leží, tak to mají tak, že říkají „Až přijdu domů, tak budu...“ – ale oni třeba řeknou, že si znova přečtou Agathu Christie. A to můžou udělat i tady. Nebo řeknou, že si doma poslechnou Vltavu, ale to můžou udělat i tady. Takže já je vedu k tomu, aby ty věci, co chtějí a v čem vidí nějakou pozitivní energii, dělali i tady. (paní Nachová)

Práce s emocemi

Je možné očekávat, že během konzultace s psychologem či psychoterapeutem jsou oslovovány klientovy emoce, respektive se objevují jako přirozený doprovod zvládnání dané situace. Respondenti se snaží v případě stupňovaných emočních projevů, kterým je například pláč, poskytnout dostatečný prostor pro jejich odžití a dle svých slov je citlivě komentují. Jeden respondent uvedl, že emoce vnímá jako indikátor toho, zda postupuje psychoterapeutické sezení správným směrem.

V těhletých situacích v kontextu paliativní péče já hodně používám emoce jako nějaký semafor toho, kudy dál, ať už pozitivní nebo negativní. Takže když mám kontakt s člověkem, kde nejsou vůbec žádné emoce, tak jsem z toho většinou trochu frustrovanej. Takže je to pro mě asi nějaká součást toho zážitku. Tohle já považuju za nějaký indikátor toho, že jsme se dostali k nějakým důležitým věcem. (pan Modrý)

Někteří respondenti poznamenávali, že není dobré mít při setkání se s klientovými emocemi ambici je zpracovávat či krotit. Ve výpovědích se však objevovaly i přesvědčení, že by se měl psycholog či psychoterapeut snažit klientovi zlepšovat náladu a nepouštět jej během setkání do příliš palčivých témat, jejichž dozvuky by mohly nemocného po odchodu pomáhajícího dále trápit. Tyto různé pohledy jsou ovlivňovány charakterem cíle, který respondenti ve své práci naplňují.

Udržet mu dobrou náladu je podle mě lepší, než pětikrát zjišťovat při pěti sezeních s čím je tak zádumčivěj. Protože to se pak št'ouráte ve věcech, který asi nejsou úplně příjemný. Když zjistíte, že má dceru, se kterou se pět let nestýká, a najednou se kvůli tomu rozpláče a defacto mu navodíte úplně jinou atmosféru, než když se s ním bavíte třeba o tom fotbale a tak dále, tak mu prostě ten den zlepšíte. A podle mě je lepší ten den zlepšit než něco zjistit, zhoršit ho a pak přijít druhej den nebo za týden a zjistit, že už je mrtvej. (pan Červený)

Aktivizace

Ve dvou případech byla zmíněna také snaha podpořit klienty i v těch činnostech, které původně nebyly jejich záměrem. Respondenti, kteří vycítí, že by klientům mohla prospět nová aktivita nebo zaměstnání myslí, se jim pro to snaží usnadnit podmínky. K tomu jedna respondentka dodávala, že aktivizačními činnostmi se blíží náplni, kterou obvykle vykonávají dobrovolníci.

Nebo je rozhodně důležitý, aby byt' třeba na posteli opustil svůj pokoj. Takže se mu řekne: " Pojd'me se podívat, jak to tady vypadá, já vás povezu." (...) Takže se jim snažim přinést nějakou změnu do života, protože si myslim, že to je vysoce terapeutický. (paní Žlutá)

Prostor pro vyprávění

Psychologové a psychoterapeuti se dle svého sdílení hojně setkávají s klienty, kteří si chtějí popovídat o obyčejných věcech, které je obklopují, povyprávět si nebo postěžovat. Někteří respondenti toto považují za jakýsi předstupeň pozdějšího terapeutického vztahu, zároveň ale připouštějí, že návštěvy některých klientů se nesou pouze v modu povídání si. Dle názoru jednoho respondenta je dobré si alespoň ověřit, zda je vyslechnutí opravdu to, co klient právě potřebuje. Participanti chápou klientovo vyprávění jako určitou pozvánku do jeho života, tedy jako projev prožívané důvěry, popřípadě to považují za druh testování daného respondenta, kdy mu nemocný prvně sdělí několik nezávažných informací, než se odváží otevřít zásadnější témata. Už samo vyprávění a povídání je některými respondenty vnímáno jako terapeutické, například proto, že se jím mohou vyplavit některé emočně nabitě obsahy a postupně restrukturalizovat životní hodnoty.

A ono je to takový, že se člověk dostane sám k sobě, když začnete někomu vyprávět o tom, co jste byl, kde jste byl, jak jste byl a tak. Jak bych to řekl – nějak to člověka scelí, nějak ho to posílí, protože je prostě v kontaktu sám se sebou a se svým příběhem. (pan Šedý)

Strukturované metody

Někteří členové výzkumného souboru ve své praxi využívají také strukturované intervence, byt' ve valné většině přiznávali, že s nimi zatím nemají širokou zkušenost. Používají

je pouze ve vybraných případech a jsou mnohdy limitováni zdravotním stavem klientů. Jedná se například o psaní dopisů, ve kterých umírající většinou vzpomíná na hezké chvíle a vyjadřuje vděk svým blízkým, kterým později může psycholog/ psychoterapeut dokument předat, pokud to neudělal klient sám. Dále mají někteří respondenti zkušenost s analýzou snů, hypnózou a reminiscenční terapií, která se dle nich hodí ve fázi navazování kontaktu.

Potom další technika byla, že jsem mu nabídla, že by mohl napsat kroniku pro holčičky. To on pojal velmi krátce. Myslela jsem, že by to mohl trochu víc psát o tom jejich společném životě, ale on to spíš pojal tak, že on je princ a jeho žena princezna a ty holčičky jsou princezničky a jak ten tatínek ted'ka teda bojuje nějakou bitvu. Tak tohle byly věci, který mu nějak pomáhaly. (paní Azurová)

Bazální metody

Za bazální metody jsou na tomto místě chápány takové postupy a snahy, které jsou cíleny buďto na bazální zachovalé funkce, popřípadě využívají kanály neverbální komunikace. Vzhledem k tomu, že mnozí respondenti pracují také s klienty, kteří nemohou komunikovat verbálně, mají postižené kognitivní funkce, jsou spaví nebo zcela ve změněném stavu vědomí, snaží se jim terapeuti a psychologové posloužit poskytnutím pouhé přítomnosti či prvků proces orientované psychoterapie. Několik respondentů hovořilo o tom, že využívají různé modulace hlasu, doteky, pohlazení nebo masáže.

A pak se ptám, jestli je to terapie. No to je, sakra. Pokud na něj sáhnu způsobem, kterej je vlídnej, tak já tam vnesu velkej obsah. (paní Žlutá)

9.4 Cíl působení

Cíl psychoterapeutického působení je silně ovlivněn dříve zmíněnými podmínkami paliativního prostředí. Ačkoliv by bylo možné předpokládat, že se cíle respondentů budou překrývat s obecnými cíli hospicové, potažmo paliativní péče, analýza rozhovorů ukázala, že jsou podstatně specifitější.

Charakter paliativní psychoterapie je velmi proměnlivý. Může se zdát, že některá setkání s klienty jsou věnována řešení ryze praktických záležitostí či příjemnému vypravování. Tyto postupy však do paliativní psychoterapie patří a lze je vnímat jako prostředky k navázání důvěrného terapeutického vztahu, na jehož podkladě mohou vystupovat i závažná témata a hluboké emoce. Platí tedy, že psychologové a psychoterapeuti nemají ambici sami řídit

terapeutický proces, zaměřují se na aktuální potřebu klientů a popřípadě volí některé z terapeutických prostředků, aby docílili zkvalitnění jejich posledního úseku života.

Zvlášť je zde referována také otázka směřování ke smíření se se smrtí jakožto cíle intervence. Předložené téma rovněž zachycuje několik ukazatelů, podle kterých oslovení jednotlivci odhadují, zda se jim jejich cíle podařilo naplnit, respektive jsou zde přiblíženy momenty, které poskytují zprávu o vnímané efektivitě terapeutického působení. Koncepty tohoto tématu jsou opět shrnuty v Tabulce 8.

Téma IV.	Seznam konceptů	
Cíl působení	Očekávání okolí	
	O co usiluji / Čemu dopomáhám	Úleva
		Pokojná smrt
		Zvýšení kvality zbytku života
		Abstraktní či transcendentální dotek
		Vzájemné porozumění
		Vyhovění přáním a potřebám
		Změna pohledu / Restrukturalizace hodnot
		Posílení schopnosti zvládat
	Smíření se smrtí	Smíření jako cíl umírání se přeceňuje
		Nevím, jak ho poznám
		Smíření není stav
		Na smíření nemám vliv
		O smíření je lepší neusilovat
		Snažím se smíření napomoci
	Indikátory efektivity	Zpětná vazba
		Navázaný lidský kontakt
Kontakt s hlubokými tématy a prožitky		
Další fungování		
Naplnění možností		

Tabulka 8: Přehled konceptů k Tématu IV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Očekávání okolí

Za účelem vytvoření komplexního pohledu na rámec poskytované psychoterapeutické péče jsou zde uvedeny zkušenosti, které respondenti zažívají ve vztahu k okolí. I kolegové, klient či jeho rodina mají jistá očekávání, která by dle jejich názoru měl psycholog/psychoterapeut naplňovat.

Řada psychologů a psychoterapeutů se ze strany paliativního zařízení potýká s těžko splnitelnými zakázkami, kdy si jiní pracovníci přejí, aby se během jednorázové konzultace podařilo dovést klienta do spokojeného stavu, kdy má zmírněnou bolest, nestěžuje si a je vděčný za poskytovanou péči. Respondenti by dle svých kolegů také měli zajistit vymýcení deprese, úzkostí a agresivity, které komplikují péči. Obecně bylo zmiňováno, že vnější očekávání jsou vyšší, než mohou respondenti naplnit. Nejenom psychologové se zkušeností z nemocničních paliativních týmů také poukazovali na vnímaný tlak na výkon, respektive na objektivní výsledky.

Protože v nemocnici, když má nějaký obor fungovat, tak ta pomoc musí být hmatatelná nejenom pro toho pacienta, jakožto toho příjemce, ale i pro ty profíky, který se o něj staraj. Čili to je takový náš druhotný úkol, aby i ten profík vnímal, že my pro něj děláme něco dobrýho. (pan Zelený)

Respondenti se setkávají také se zakázkou urovnat neuspokojivé vztahy mezi klientem a jeho rodinou, ba dokonce mezi dalšími rodinnými členy. Ve svém líčení se zamýšleli nad tím, do jaké míry je vůbec v jejich kompetenci se pokoušet o změnu chování či prožívání u osob jiných, než je paliativní klient. V souvislosti s tímto tématem respondenti vyjadřovali názor, že v posledních týdnech či dnech se jen těžko může zásadně zvýšit kvalita dříve narušených vztahů.

Takže je to o tom naladit se na ně a limitem jsou jejich schopnosti, jejich životní příběh, jejich limity ve vztazích. My bychom jim mohli přát kdovíco úžasného, ale když žijou ve špatných vztazích celý svůj život, ono se to nějak zásadně nezmění. (paní Okrová)

O co usilují/ Čemu dopomáhám

Členové výzkumného souboru se během formulace cílů svého působení v několika případech odkazovali na již zmíněnou roli svědka, doprovázejícího či pozorovatele, čímž vyjadřovali, že proces odcházení klienta nemají v rukou a nejsou tedy schopni vést ho k nějakému bodu. Toto téma bylo poskládáno z určitých fragmentů, kdy se respondenti jaksi

nepřímo vyjádřili k tomu, co by bylo možné nazývat jako cíl jejich působení. Zachycená pojetí jsou také odpovědi na výzkumnou otázku č.3: *Co si oslovení psychologové a psychoterapeuti během svého působení v přímé práci s klienty stanovují za cíl?*

Úleva

Psychoterapeuti a psychologové poukazovali na kýžený pocit úlevy, který se snaží klientovi zprostředkovat abreakcí. Nabízejí jim tedy prostor, kde si mohou dovolit vyplakat se, rozčítit se, vypovídat se a podobně, aby se pak mohli cítit volněji a spokojeněji sami v sobě. Dle líčení jedné psychoterapeutky, se může klient při poskytnutí takového prostoru svěřit s něčím dříve svazujícím, a tak ze sebe sejmout poslední břímě, které ho dělilo od smrti.

Pokojná smrt

Právě nekladení překážek přicházející smrti je jedna z dalších zmiňovaných tendencí. Někteří participanti výzkumu vyslovovali přání, aby se podařilo dojít umírajícímu k vnitřnímu pokoji a netrpěl skutečností, že jeho život končí. V tomto ohledu se participanti zmiňovali o požadavku smíření se s nastalou situací, byť nedokázali popsat, jakým způsobem jsou v této věci klientovi schopni dopomoci. Jedna z respondentek poukazovala na to, že pro okolí může být přinejmenším zarážející či snad pobuřující, že ve svém důsledku dopomáhá svým klientům zemřít.

Ale myslím si, že někdy můžete jaksi pozitivně přispět k tomu konci, což je vlastně smyslem. Jenže zkuste něco takovýho říct a zveřejnit. To vás hned ukamenujou. Vlastně se ale dá říct, že já pracuju na smrti, to je hrozný. Třeba si přeju, kéž už by ta její sestra přišla na návštěvu, ať už může pani v klidu odejít. (paní Žlutá)

Zvýšení kvality zbytku života

Tento aspekt byl během rozhovorů ve spojitosti s cíli psychoterapie pojmenováván překvapivě velmi zřídka, patrně proto, že je poměrně abstraktní a je těžké jej naplnit konkrétními kroky. Pokud toto téma zaznívalo, dělo se tak v souvislosti s udržováním klientovy dobré nálady a snahou jej nezatěžovat tématy či činnostmi, které by mohly jeho stav dekompenzovat.

Abstraktní či transcendentální dotek

Respondenti několikrát ve svých sdíleních poukazovali na specifickou energii, se kterou jsou jako svědci procesu umírání v blízkosti. Leckdy naznačovali, že klient něco sděluje, aniž by otevíral ústa, a také k němu něco promlouvá. Několik respondentů si jako jistý

cíl svého působení představují právě umožnění takového kontaktu, který někdy pojmenovávali jako spirituální, jindy jako stav vyššího poznání.

Mívám takový pocit, že se rozhovor často odehrává v takové křivce, kdy z emočně nabitého začátku až středu přes uvolnění emocí a jejich verbalizaci po uklidnění, spočinutí na úrovni těla i mysli. Rozhovor končíme obvykle ve chvíli, kdy oba cítíme, že to důležité se událo, což ale vůbec neznamená, že na všechny otázky zazní odpovědi. (paní Fialová)

Vzájemné porozumění

O stupeň všednějším cílem je vzájemné porozumění, které bylo participanty také popisováno. Tento jev je respondenty prožíván jako velmi naplňující. Dle jejich výpovědí se jedná spíše o proces, nežli stav a jako jeden z mála jmenovaných cílů směřování terapeutického působení neleží přímo na straně klienta, ale ve vzájemném vztahu.

To setkání jako takový má vždycky význam. Vždycky. Když se to jenom trošičku podaří, že ty lidi o sebe nejenom štrejchnou, ale fakt se nějak na chvíli potkaj. A vzájemně je to samozřejmě obohacující. (pan Šedý)

Vyhovění přáním a potřebám

V návaznosti na dříve popisovaný přístup ke klientovi, kdy se psychologové a psychoterapeuti snaží být klientovi k dispozici ve všem, co on považuje za důležité a významné, je i tento cíl odrazem takového nastavení. Participanti nabízí nemocnému své síly a kompetence k tomu, aby mohl dojít spokojenosti, ať už se jedná o poměrně jasně formulované požadavky, jako je podpis tzv. dříve vysloveného přání, či odtušení potřeby klidu a samoty.

Když s tím pacientem mluvíme, tak je potřeba aby on taky měl něco hmatatelného, abychom tam nepřišli, abychom mu řekli „Vy teď umřete a my jenom si s váma o tom jdeme popovídat.“ To jako může být někdy agenda, ale spíše výjimečně. Protože naše práce je zjistit, co člověk s tou těžkou nemocí potřebuje, případně co ty blízcí potřebujou. A to, co potřebuje, tak to nějakým způsobem naplňovat. (pan Zelený)

Restrukturalizace hodnot

Psychoterapeuti a psychologové pomáhají umírajícímu zaujmout nové a útěšné stanovisko k současnému stavu. Během rozhovoru hovořili o restrukturalizaci životních priorit nemocného, která v sobě zahrnuje také objevení smyslu onemocnění, ale také zbytku života. Zároveň participanti vedou klienta k tomu, aby dokázal zvážít, na co již nemá čas, anebo co ještě stihnout a zvládnout může.

A teď on najednou je zastavený a on vlastně zjistí „No jo, ale ono to není tak dobrý, jak jsem si myslel.“ A je schopen vlastně žít nějakou novou hodnotu ve stejný intenzitě. Tak to je dobřej posun. Jen je mi pak trochu líto těch lidí, že to nezjistili dřív. Ale tak to je. Já vždycky říkám, že je dobře, že na to ten člověk přijde. To je důležité. Není důležité kdy, ale že vůbec. (paní Okrová)

Posilnění schopnosti zvládat

Poslední cíl, který byl ve výpovědích respondentů zachycen, je zapojování copingových strategií klienta, posilování jeho odolnosti a oceňování za to, že své obrovsky náročné situaci čelí i s vědomím, že nad ní nemůže zvítězit a nakonec podlehne. Terapeuti a psychologové se tímto snaží snižovat rezignaci umírajícího a umožňují mu nacházet smysl v jeho utrpení.

Já mám pocit, že ta role v tom je hodně o ochotě naslouchat těm těžkostem a pomáhat těm lidem s budováním nějaké resilience, což je možná příliš náročný slovo. Ono to zní, když to teďka popisuju, hodně jednoduše, ale je to tak. Já si myslím, že o tom to je a že někdy je těžký vydržet už jenom to v tom být. (pan Modrý)

Smíření se smrtí

Během uskutečněných výzkumných rozhovorů byla věnována zvláštní pozornost otázce smíření se se smrtí. Více než ptát se na to, zda psychologové a psychoterapeuti vnímají toto jako cíl svého působení, bylo na místě se ptát, jak vůbec tento aspekt pojmají. Níže jsou interpretovány jejich názory.

Smíření jako cíl umírání se přeceňuje

Jedním ze silně zastoupených názorů je ten, že smíření je spíše filozofický, popřípadě spirituální či literární koncept, který je sice dobré znát, ale v praxi je těžko zpozorovatelný. Respondenti jej označovali také za věčné klišé, kterým se definuje podoba správné smrti.

Myslím, že když jsem začínal, tak jsem nějak předpokládal, že to smíření je nějaký cíl. Ale čím dál tím víc, jsem tak nějak přesvědčenější o tom, že je mi fakt hrozně těžko hodnotit, co je ten správný proces, co je ta správná smrt a správný umírání. Jestli to smíření je tam jakoby nutný, potřebný, jestli ho ty lidi jakoby chtějí, jestli je to jakoby předpoklad k tomu, aby člověk umřel, nebo ne. A co je to vlastně to smíření? Takže teďkon mám vlastně víc otázek, než odpovědí na tadyto téma. (pan Bílý)

Nevím, jak ho poznám

Někteří z oslovených psychologů a terapeutů se zamýšleli nad tím, zda by vůbec dokázali poznat, jak vypadá člověk, který je skutečně smířený se smrtí. Naznačovali, že je asi snazší vydefinovat podobu člověka, který se smrtí smířený není, avšak ani neexistence takových charakteristik nemusí znamenat, že je daný jedinec se smrtí smířen.

Smíření není stav

Respondenti poukazovali na odpozorovaný průběh vyrovnávání se s přítomností závažné diagnózy a s umíráním, který se podle nich rozhodně neodvíjí lineárně, ale má různé skoky, zvraty a překvapení.

Protože měla jsem pacienty, kteří mi říkali, že vědí, že mají chvíli a vypadali, že jsou s tím úplně sžitý a Kübler-Rossová by měla radost. Ale pak se tam zase něco zlomilo. (paní Nachová)

Dle některých se jedná o stále se měnící proces, či cyklus, neboť je smíření prožíváno opakovaně a v různé intenzitě a později je opět střídáno inverzními projevy.

Na smíření nemám vliv

Několik respondentů v souvislosti s daným tématem uvedlo, že byť jsou na někom fázi smíření schopni rozpoznat, nemůžou onen proces nijak ovlivňovat. Dle jejich názoru je pouze možné tento jev pozorovat a přát si s umírajícími, aby se jim v tu dobu podařilo odejít. Jeden respondent také uvedl, že se s tématem smrti během konzultace přímo neseťkává.

Určitě to není takový to, co si lidi představují, to smíření a tak dále před smrtí. Obvykle to téma smrti ten pacient nikdy neotevře sám od sebe. Maximálně jednou, dvakrát, a to spíš s takovou nadlehčenou formou. Takže to není nic existenciálního. Občas sem dohází farář, když si ho lidi vyžádají, a pak s nimi tyhle věci řeší on. Ale s námi to tak neberou. Trošku podezřívám to, že je to ještě pořád taková ta stará škola. (pan Červený)

O smíření je lepší neusilovat

Ze zkušeností některých členů výzkumného souboru vyplývá, že fáze smíření se smrtí je možné dosáhnout snáze v momentě, kdy jej terapeut i klient přestanou vnímat jako cíl společného setkávání, tedy se o něj přestanou snažit. Smíření se smrtí bylo v této souvislosti titulováno jako past, která je pro oba účastníky psychoterapie sice lákavá, ale odvádí je od aktuálního dění a prožívání, jež je nejenom snáze ovlivnitelné, ale možná je také více palčivější.

Snažím se smíření napomoci

Mezi respondenty byl také okrajově zastoupen názor, že procesu smířování se se smrtí je možné aktivně napomáhat, a to konkrétně tím způsobem, že jsou podporovány strategie a reakce, které k němu patrně vedou. Jedna psychoterapeutka uváděla, že se snaží rozvíjet náhled na onemocnění a celou situaci, postupně posiluje klientovo uvědomění a tím usnadňuje následující smíření.

Indikátory efektivity

Posledním konceptem, který se vztahuje k tématu cíle psychoterapeutického působení, jsou způsoby, jakými členové výzkumného souboru usuzují na přínos své práce, což je také zaměření výzkumné otázky č.4. Samostatné ukazatele efektivity se při porovnání protínají se zaměřením formulovaných cílů.

Zpětná vazba

Jednou z využívaných cest je žádost o podání zpětné vazby, se kterou se někteří psychologové a psychoterapeuti loučí na konci setkání. To znamená, že podporují klienta, aby například shrnul, jak na něj průběh konzultace působil, co mu připadalo bolestivé a co naopak příjemné, popřípadě, zda by se mělo odehrát další setkání. Respondenti se setkávají s reakcemi zachycujícími vyčerpání a chuť být nějakou dobu o samotě, ale zároveň s přáním, aby na jejich pokoj opět zavítali, což někteří považují za důkaz smysluplně stráveného času.

Tak vlastně takhle reakce „Ano, tohle do mého života patří a budu rád, když někde budem pokračovat.“, tak to je jedna z věcí, kde vidím smysluplnost té intervence. Výjimečně se stane, že by ty lidi řekli „No to bylo těžký a byl bych radši, kdybysme si o tom už povídat nemuseli“. Ale ani tady nemůžu říct, že bych to považoval za nějakou blbej výsledek. (pan Zelený)

Navázaný lidský kontakt

Psychologové a psychoterapeuti se v několika případech zmínili, že setkání vnímají pozitivně, pokud se během něj podařilo navázat vztah, ve kterém si oba účastníci vzájemně porozuměli a mohli se vydat zkoumat jak libé, tak i ty nepříjemné prožitky. Vedle toho respondenti vnímají jako žádoucí, pokud klient dokáže těžit ze zájmu a podpory, kterou mu nabízí.

Jsem spokojenej, když mám pocit setkání, což mám skoro vždycky. Že jsme si nějak sedli a že nemlel o voze a já o koze. Jde o to se naladit na toho člověka na nějaký jeho parketě, kde to prostě jde. (pan Šedý)

Kontakt s hlubokými tématy a prožitky

Za jistý ukazatel efektivity lze podle několika participantů považovat také to, zda se během psychotherapeutického sezení dostala do centra pozornosti témata, která nějak odráží závažnost klientovy situace. Byť někteří respondenti přiznávali, že je nijak nefrustruje, pokud se setkání nese jenom v rovině povídání si o všedních záležitostech, několik z nich naopak prožívá pocit zadostiučinění, pokud například dokážou odkrýt palčivý důvod toho, proč daný klient v noci pláče a nemůže spát.

Další fungování

Za odraz dobře proběhlého psychotherapeutického setkání považují respondenti následný projev klienta, ať už se jedná o zmírnění vystupňovaných emocí, zvýšenou spokojenost v sociální oblasti či lepší snášení bolestí, což je odvislé od konzultovaného tématu. O mnohých z těchto věcí se respondenti dozvídají až později buď od kolegů z paliativního týmu, či od klienta samotného během další schůzky.

Naplnění možností

V neposlední řadě odhadují respondenti efektivitu svého působení tím způsobem, že si v sobě zkouší zrekapitulovat, zda klientovi nabídli a předali vše, co pro něj bylo v danou situaci vhodné. Ať už by se mělo jednat o pomoc při řešení praktických záležitostí, zvládnání hlubokých emocí či nabídnutí prosté lidské společnosti. Pokud dochází k závěru, že se tak stalo, jsou s odvedením své práce spokojeni.

*Když se mi povede dokomunikovat, aby babička, která tady leží a kouká do stropu, protože má šedý zákal a nevidí na televizi, aby jí přivezli rádio se sluchátkama a všechny její oblíbený cédéčka, tak to mi prostě přijde dobrý. Cokoliv, co tomu člověku opravdu trošku udělá radost.
(paní Nachová)*

9.5 Vymezení psychotherapie

Předložené téma zachycuje, jak sami respondenti vymezují svoji činnost. Během výzkumných rozhovorů se v různých souvislostech vyjadřovali k tomu, zda je jejich působení skutečně psychotherapeutické, zda mohou danou službu klientovi poskytovat výhradně oni a v čem se může jejich péče prolínat s jinými formami psychologických či dalších intervencí. Způsob, jakým si respondenti odpovídají na tyto otázky, ovlivňuje jejich přístup ke klientovi, dopadá také na formulování cílů působení a rovněž na vnímanou spokojenost s nastavením paliativní péče, o čemž vypovídá tematická mapa a informuje text.

Jednotlivé koncepty tématu zachycené v Tabulce 9 jsou níže přiblíženy. Toto téma zároveň odpovídá na výzkumnou otázku č.1: Jak oslovení psychologové a psychoterapeuti vymezují službu, kterou poskytují svým umírajícím klientům?

Téma V.	Seznam konceptů	
Vymezení psychoterapie	Vnímaná definice	
	Výhradnost vlastní pozice	Zastupitelnost
		Profesionalita
	Hranice psychoterapie	Doprovázení
		Ostatní intervence

Tabulka 9: Přehled konceptů k Tématu V. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Vnímaná definice

Členové výzkumného souboru se v rámci sdílení svých zkušeností vyjadřovali nejenom k náplni svého působení, ale také k jeho formálnímu vymezení. Respondenti naráželi na to, že si nejsou jisti tím, zda by mohli svoji činnost nazývat jako psychoterapeutickou, pokud by ji podrobili porovnání s definicí psychoterapie. Upozorňovali na to, že v paliativní péči se téměř není možné setkat se systematickou prací, kdy klient přichází za odborníkem, aby společným úsilím docházelo ke změně chování, emocí, myšlení a osobních charakteristik. Někteří dokonce říkali, že by bylo bláznovství něco takového na daném působišti očekávat.

Několik respondentů bylo přesvědčeno, že o psychoterapii se v jejich podání bezpochyby jedná, ovšem při nezasečeném pohledu by se zdálo, že respondent s klientem vedou pouze příjemný přátelský rozhovor, který nemá žádný léčebný či snad profesionální přesah.

Ale když byste se na tu práci dívala zvenku, tak by to vypadalo, že jsem si přišla na chvíli pokecat. (paní Žlutá)

To, co si představíte jako definovanou psychoterapii nebo jakoukoliv formu, když si vezmete psychoterapeutický výcvik, tak to je asi těžký tady čekat. Ale stoprocentně tady jsou ty prvky psychoterapeutické intervence. Ale jsou takové fluidní, špatně se nahmatávají. Je to i proto, aby to z toho rozhovoru moc nevystupovalo. Protože ten člověk najednou pozná, že vedete rozhovor nějakou jinou – vážnější a strukturovanou – formou. Strukturovaná forma vždycky naruší tu přátelskou atmosféru, vždycky. A to není naším úmyslem. Takže spíš je to takový potutelný. (pan Červený)

Poskytovaná služba byla několika respondenty nazývána jako podpůrná psychoterapie, která je specifická tím, že nemá velkou agendu, nejedná se o konceptuální rozvoj klienta,

ale spíše jde o nabízení určitého stabilizačního prostoru, ve kterém klient může sdílet, ulevit si, ujasňovat si svoji situaci a cítit se v něm bezpečně.

Psychologové a psychoterapeuti vedle těchto výpovědí vyjadřovali také názor, že klientovi nezáleží na tom, jak se dané působení nazývá, protože on chce zkrátka pomoci, když ho něco trápí. S tímto argumentem jeden respondent zcela odmítl nějakým způsobem klasifikovat svoji činnost. Jiní se ovšem o nalezení vhodného označení pokouší. Někdo nazývá jednotlivá sezení jako konzultace, někdo terapeutická intervence s vynecháním předpony „psycho“, další jako existenciálně podpůrnou intervenci či akci. Dle některých respondentů přehlednosti celé situace neprospívá ani nastavený systém vykazování péče pro zdravotní pojišťovny.

No, to je těžký. Tím, jak je to tady legislativně nastavený, tak člověk ten pojem psychoterapie úplně nepoužívá, aby nebyl úplně proti právu, i když teď jsme na půdě nemocnice, kde to je povolený, ale tím, co se tady děje, tak já tu psychoterapii jako slovo přestávám používat. Je to takový hraní si se slovy. (paní Nachová)

Výhradnost vlastní pozice

Psychologové a psychoterapeuti během líčení zkušeností z paliativního prostředí hodnotili své působení v souvislosti s tím, zda by jejich činnost mohl vykonávat i někdo jiný, popřípadě v čem je jejich přispění specifické. Následující dva koncepty zachycují jejich vyjádření, které nelze vnímat jako seskupení protichůdných argumentů, nýbrž jako doplňující se charakteristiky paliativní psychoterapie.

Zastupitelnost

Mnozí respondenti se domnívají, že jejich činnost může vykonávat i kdokoliv jiný z personálu, pokud by měl dostatek empatie. Jak někteří participanté upozorňovali, v praxi se toto již děje a například sociální pracovníci, ergoterapeuti či zdravotní sestry odvádějí skvělou intervenci, po které jsou naplněny ty cíle, které byly zmiňovány dříve v rozhovoru. Zároveň i tzv. nep psychologové a nep psychoterapeuti mohou pro pojišťovnu vykázat kód podpůrné intervence čili zdravotní systém s nimi v této činnosti počítá.

V tomto ohledu participanté pochybovali nad nutností speciálního vzdělání, které v této práci nemusí být předpokladem dobře navázaného terapeutického vztahu. Často zmiňovanými zástupci byli dobrovolníci, kteří se také dovedou naladit na umírajícího klienta a jejichž společnost působí terapeuticky. Několik respondentů připomínalo, že vzhledem k tomu, že na pracovištích netráví 24 hodin denně, je tedy žádoucí, aby byli v týmu tací, kteří dokážou

psychologickou péči poskytnout. Navíc bylo podotýkáno, že osoba respondentů nemusí každému klientovi vyhovovat, a proto je dobře, že má na výběr.

Když tam někdo někoho obejmeme nebo s ním zaslží, tak je úplně jedno, jestli je to primář, duchovní nebo já nebo sociální pracovnice nebo dobrovolník. Ale když je tam prostě s ním a nese s ním lítost, úzkost, bezradnost nebo třeba i veselí, cokoli. (pan Šedý)

Profesionalita

Participanti výzkumu se vedle předchozích postojů shodovali zároveň na tom, že v jistých ohledech je na místě jejich profesionalita a zkušenosti, které jejich psychoterapeutické působení přeci jen odlišují od laické podpory. Především bylo zmiňováno, že si na rozdíl od paliativního personálu mohou dovolit s umírajícím trávit velké množství času, který je potřebný nejenom k tomu, aby se během konzultace dostalo i na závažnější a hlouběji ukryté stesky, ale aby klient také pocítil, že je o něj proječován zájem a neměl pocit, že zdržuje, pokud u něj někdo může sedět dvě hodiny.

Dále bylo zmiňováno umění komunikace, které je v jejich podání něčím víc, než pouhým používáním slov. Participanti také poukazovali na to, že mají znalosti různých neverbálních komunikačních systémů, které mohou být použity i u těch klientů, kterým nikdo nerozumí. V situacích, kdy se participanti střetávají s náročnými klienty, osobami s duševními poruchami nebo vystupňovanými emocemi, dovedou je účelněji zpracovat a dle některých navíc odcházejí z práce, aniž by se tím dále museli trápit.

My je potkáváme všude vedle, ale jenom na onkologii mají pocit, že to dělají dost dobře, takže tam nás nevolají. Na to je jediná odpověď – já taky umím uříznout nohu, když by na to přišlo, ale nejspíš to dopadne hůř, než když to bude dělat chirurg. Takže to, že umím vzít nůž a říznout, neznamená, že jsem dobrý chirurg. A stejný je to s komunikací – to, že umím používat slova, neznamená, že to budu dělat dobře. (pan Zelený)

Byla také zmiňována schopnost sebereflexe, kdy jsou si psychologové a psychoterapeuti vědomi svých traumat a osobních potíží a dovedou je nechat přede dveřmi klientova pokoje. Participanti mají také pocit, že oproti členům paliativního týmu zauímají jiný pohled na umírajícího, který je mnohdy ovlivněn jejich psychoterapeutickým a jiným vzděláním. Údajně dovedou na rozdíl od personálu vnímat klientovy potíže v souvislostech a dávat je do vztahu s jeho aktuálním stavem.

Někteří členové výzkumného souboru se cítí být povolanejší také oproti členům klientovy rodiny. Z jejich zkušeností vyplývá, že rodina je emočně příliš angažovaná a nedovede

umírajícímu nabídnout pozornost koncentrovanou do okamžiku „ted' a tady“. Bylo také podotýkáno, že rodinní příslušníci sami procházejí procesem vyrovnávání se se ztrátou a je pochopitelné, že nemůžou poskytnout svému blízkému tu péči, kterou mu poskytují respondenti.

Hranice psychoterapie

Jak vyplynulo z analýzy uskutečněných rozhovorů, psychoterapeutické působení v paliativní péči nestojí izolovaně od dalších forem psychologické pomoci. Dle respondentů je to dáno jednak klientovou smíšenou či zcela neformulovanou zakázkou a jednak mlhavým vytyčením hranic psychoterapie.

Doprovázení

Jednou z těsně sousedících úrovní péče je doprovázení. Některými respondenty je doprovázení vnímáno přímo jako synonymum pro psychoterapeutické působení, protože se domnívají, že se jedná o druh jistého spolubytí, kdy po nějaký kus cesty pomáhají nést klientovu zátěž, což srovnávají s podpůrnou psychoterapií.

Jiní respondenti považují doprovázení jako nejpříznačnější činnost, kterou v paliativní péči zastávají, ale mezi ní a psychoterapií vnímají rozdíl. Dle některých názorů je doprovázení formou mentálního nastavení, ze kterého mohou v případě nastolení závažnějších témat přejít do nastavení psychoterapeutického. Jedna respondentka rozdíl vnímala v tom, že při doprovázení je zaměřena skutečně na aktuální potřeby a prožitky, zatímco při terapeutické práci má větší ambice a snaží se docílit nějakého posunu.

Mně to doprovázení přijde takový hodně na místě. Pakliže s někým jdu víc do jeho vztahů, do jeho historie, do souvislostí, když narazíme na nějaké trauma, na nějaká taková bolavá místa, která nesouvisí čistě s tou aktuální situací a je potřeba se tím zabývat, pak jdeme do terapeutického procesu. (paní Okrová)

Ostatní intervence

Psychoterapeutická činnost se dle respondentů také velmi hladce střídá s poradenstvím, jehož potřeba byla referována především v souvislosti s domácí hospicovou péčí ve vztahu s rodinným systémem. Také byla zmiňována poptávka po spirituálním doprovázení, které respondenti někdy vycházejí vstříc a někdy ji přenechávají duchovním. Psychologové a psychoterapeuti ve své práci také často využívají techniky krizové intervence, a to typicky v situaci sdělování závažných zpráv.

Mezi respondenty byl zastoupen také názor, že není zapotřebí vymezovat hranice psychoterapie a dalších intervencí, neboť vyjasnění klasifikace stejně nemá pro klienta žádný přínos. On profituje z kombinace celé péče.

Necítím, že je dobré to nějak odoperovávat na ty jednotlivé složky. Ono je důležité to nějak použít, mít to v té paletě barev a máznout do toho obrazu zrovna tu barvu, která tam teďka sedne. (paní Růžová)

9.6 Optimalizace profese

Oslovení psychologové a psychoterapeuti měli během rozhovoru možnost vyjádřit se k tomu, co jim v jejich práci vyhovuje a co naopak chybí nebo vadí. Toto téma zahrnuje množství jejich přání či výtek a dokresluje tak komplexní obraz poskytované psychoterapie v paliativní péči. Ačkoliv je obsah dílčích konceptů tohoto tématu velmi zajímavý (Tabulka 10), nejsou interpretovány všechny jeho detaily. Mnohé z nich totiž odkazují na celkové nastavení paliativní medicíny, což už není obsahem této diplomové práce.

Téma VI.	Seznam konceptů	
Optimalizace profese	Systém vzdělávání	
	Zapojení v zařízení	
	Uznání a ocenění	
	Prostředí	
	Nástroje terapie	
	Nastavení společnosti	

Tabulka 10: Přehled konceptů k Tématu VI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Systém vzdělávání

Velká část paliativních psychologů a psychoterapeutů tvořících výzkumný soubor naráží ve výkonu své práce na to, že jejich profese nemá jasně nastavený systém vzdělávání. Několik psychologů si stěžovalo na to, že v práci s umírajícími rozhodně nevyužijí to, co se naučili v atestační přípravě. Naopak by uvítali uznání specializovaného vzdělávání přímo pro paliativu, nebo alespoň nějaký výcvikový kurz zaměřený na doprovázení umírajících přímo pro jejich roli.

Myslím si, že záleží na tom, že momentálně Česká republika nemá nastavenej systém vzdělávání psychologa v paliativní péči. Tak je to o tom, kolik člověk načte knížek, je to o tom kolik člověk potká pacientů a je to o tom, jakou má klientelu. Učí se s každým pacientem. (paní Nachová)

Mimo toto přání byla zmiňována také potřeba supervize, kterou ne všechny pracoviště svým zaměstnancům hradí. Respondenti by si také přáli více společných setkání, kde by si mohli předávat zkušenosti a vzájemně se obohacovat.

Zapojení v zařízení

V rozhovorech bylo mnohokrát uváděno, že paliativní péče může dobře fungovat, jenom pokud spolu všechny její složky spolupracují, což je dle zkušeností respondentů otázka nastavení jedinců, respektive jejich schopnosti uznat přínos každé další profese. Některé respondenty rmoutí, pokud se jejich péče nedostane k potřebnému klientovi pouze proto, že někdo svévolně vyhodnotil, že to zvládne sám. V této souvislosti byla zmiňována nedostatečná edukace nemocničních profesionálů, kteří stále ještě vnímají paliativu jako svoji prohru.

Já si dovedu představit, že kdybych seděla týden v ambulanci praktického lékaře, že odtamtud několik lidí nasměřuju sem. To není tím, že by to nechtěli nabídnout. Ale oni to neumí vidět. Je to nenapadne, oni si to neuvědomí, oni jedou. A mně to je líto. Já mám práce dost, o mě nejde. Ale ti lidé, když se k té pomoci dostanou, tak se jim v tom všem bude líp dařit. (paní Okrová)

Dle postřehu jedné psychoterapeutky se může paliativnímu personálu zdát role psychologa/psychoterapeuta v zařízení v jistém ohledu jako konkurenční. Respondentka uváděla, že i zdravotní sestry si chtějí po provedeném převazu nebo jiných zátěžových úkonech sednout vedle lůžka umírajícího a pohovořit s ním, neboť je to naplňující. Když mají však tuto činnost přenechávat psychologům, mohou mít pocit, že jsou v zařízení určeny pouze na těžkou práci a vnímají je jako viníky svého vyčerpání.

Uznání a ocenění

Respondenti během svého líčení připouštěli, že jsou členy mladého a stále se rozvíjejícího oboru, který si ještě bude muset vydobýt své místo a uznání. Dodávali, že netouží po prestiži, ovšem pokud stojí ve stínu pozornosti, promítá se to sekundárně i do jejich slabého platového ohodnocení. Určitou příčinu tohoto nízkého ohodnocení někteří vidí v tom, že v paliativní péči se velmi těžko měří efektivita jakékoliv intervence a v době, kdy všechno musí být podloženo důkazy o působení, se těžko prosazuje.

Někteří dále upozorňovali na to, že ačkoli každá učebnice nebo studie o paliativní medicíně deklaruje, že paliativní tým je složen také z psychologa a psychoterapeuta, v praxi je jejich přítomnost stále považována za jakýsi nadstandard.

Prostředí

V souvislosti se svými domovskými zařízeními si respondenti pochvalovali a v některých případech přáli těsnější propojení s okolním prostředím. Ať už se jedná o zřízení komunitních center, která umožňují kontakt vážně nemocných s dalšími obyvateli lokality, kultivaci přírody, návštěvy dobrovolníků nebo dětí, pořádání dobročinných akcí a tak podobně. Mnozí respondenti si také pochvalovali vybavení a atmosféru místa, která je diametrálně odlišná od scenerie šedého a studeného zařízení s polomrtvými těly na chodbách, jak je někdy zobrazováno ve filmech.

Tak jsme se domluvili s tím vedoucím těch skautů, že budou vždycky jednou za čtrnáct dní chodit sem a ty skautský odpoledne si budou dělat tady. Sami nezávisle na pacientech budou si dělat to svoje, ale budou to dělat tady, takže hromada malých dětí a ti pacienti mohou interaktivně chodit mezi ně, když budou chtít, anebo jim bude stačit jenom to pozorovat. (pan Červený)

Nástroje terapie

Ve výpovědích respondentů zaznívalo přání, aby se současné léčebné metody rozšiřovaly o alternativní a doplňkové směry, které mohou mnoha klientům vyhovovat, pokud doposud nereagovali na klasické postupy. Byly zmiňovány například slibné účinky psychoterapie kombinované s psychedeliky, jejichž působení se dotýká změněných stavů vědomí a intenzivně pracuje s prožitky smrtelnosti.

Nastavení společnosti

Několik členů výzkumného souboru se zamýšlelo nad celkovým přijímáním smrti ve společnosti. Dle některých s ní moderní jednotlivci a potažmo západní civilizace neumí nakládat a umírání se podařilo patologizovat. Přáním několika respondentů by bylo, aby se jej podařilo vrátit do rodin a drobnějších komunit, než je medicína. V tomto ohledu se snaží například podporovat pořádání rodinných konferencí, kde se mohou blízcí nemocného zapojovat do plánování péče.

Takže ideálně by to mělo začít nějakou výukou ve škole, jak se umírá, co je doprovázení a tak. Nějakým způsobem se vrátit zpátky k tomu, co bylo běžnější, že ta smrt nebyla takový tabu, že smrt člověka hned nezúzkostní, protože dneska to hrozně málo chceme vidět. (pan Bílý)

10. Diskuse

Tato kapitola shrnuje výsledky práce a porovnává je s výstupy obdobně zaměřených studií. Dále jsou referovány slabiny a omezení provedeného výzkumu. Diskusi uzavírá zamyšlení nad dalšími možnými směry zkoumání. Nejdříve je však připomenut cíl výzkumu a jeho opodstatnění.

Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo popsat psychoterapii v paliativní péči z pohledu těch, kteří ji poskytují. Tento cíl byl formulován na základě předpokladu, že pokud jedinec a jeho okolí vědí, že umírá, bude nový biopsychosociální kontext ovlivňovat formu i obsah práce s ním (Gerhart & Swantek, 2020). Při mapování míry probádanosti této problematiky bylo třeba si uvědomit rozdíl mezi tématem smrti a tématem umírání. Mnohé psychotherapeutické přístupy se totiž určitým způsobem vztahují ke smrti a k vnímání konečnosti. Typicky jsou to existenciálně laděné směry včetně logoterapie (Breitbart, 2001, Frankl, 2016, Yalom, 2014). Není ovšem mnoho popsaných zkušeností, které by se soustředily konkrétně na práci s osobami v terminálním stádiu onemocnění. V našem prostředí se sice množí studie a rozvíjí se vzdělávání, které se zaměřuje na zdokonalení komunikace se závažně nemocnými pacienty (například kurzy ELNEC či ESPERO pořádané Centrem paliativní péče), zacilují se však především na sdělování závažných zpráv a v tom případě se jedná spíše o krizovou intervenci a případně o poradenskou činnost nežli o psychoterapii. Dlužno také podotknout, že jsou určeny primárně pro zdravotníky a nikoli pro psychology a psychotherapeuty. Odtud tedy pramenila potřeba provést výzkum s daným zacílením.

10.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Jak bylo uvedeno v metodologickém vymezení zvoleného designu, zpracování a rozbor informací má deskriptivní charakter. Výsledky této studie tedy představují přehled specifických podrobností situace, jevů a vztahů, a tak dokumentují celý zkoumaný fenomén (Hendl, 2016). Tento úsek přebírá získané poznání z výsledků analýzy rozhovorů a koncentruje je do pěti uzavřených okruhů dle stanovených výzkumných otázek. Zároveň jsou zde získané informace konfrontovány s jinými zjištěními.

Výzkumná otázka 1: Jak oslovení psychologové a psychotherapeuti vymezují službu, kterou poskytují svým umírajícím klientům?

Z rozboru výpovědí vyplývá, že psychologové a psychotherapeuti stále **hledají správný pojem**, kterým by mohli nazývat přímou práci s klientem. Používají nejednotná označení,

jako je podpůrná psychoterapie, existenciálně podpůrná intervence, konzultace nebo setkání s prvky psychoterapeutické intervence. Někteří na druhou stranu necítí potřebu svoje služby jakkoli klasifikovat, a to ani z hlediska vymezení vůči dalším typům péče, které klientovi mohou nabídnout. Psychoterapeutické působení v paliativní péči se totiž velmi prolíná s krizovou intervencí, poradenstvím nebo doprovázením umírajících.

Například dle Vymětala je psychoterapie „... vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem“ (Vymětal, 2004, s. 20). Takto úzce specifikovanou definici však dle analýzy rozhovorů není možné v paliativním prostředí naplnit, neboť především požadavek strukturovanosti a záměrnosti je v protikladu s tím, co je možno v péči o umírající realizovat. **Na rozdíl od klasické psychoterapie** je ta paliativní založena na nestrukturovaném kontaktu s klientem, pozornost je zaměřena na aktuální obsahy, není zde uplatňováno mnoho standartních technik, a naopak je zde nabídnut prostor pro lidskou blízkost a vzájemné sdílení, které na první pohled nemusí odpovídat běžné představě psychoterapeutického sezení.

Jiná možná definice uchopuje psychoterapii jako „... zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut ji nabízí“ (Vybíral & Roubal, 2010, s. 30). Ačkoliv se v tomto případě jedná o uvolněnější vymezení, stále se do něj paliativní situace jen těžko vejde, neboť ne vždy je možné říct, že sám umírající klient tuto službu žádá, jak bylo uvedeno v souvislosti s jejich omezenou autonomií v otázkách přijímání péče.

Někteří psychologové a psychoterapeuti za kritérium psychoterapeutické práce považují to, zda se podařilo navázat s umírajícím vztah důvěry, empatie a otevřít prostor pro hluboké prožívání. Zmiňovali tedy **důležitost terapeutického vztahu**, což je významná komponenta psychoterapie (Vybíral & Roubal, 2010). Dle výzkumů dokonce vřelost, empatie, autenticita a další charakteristiky terapeutické aliance korelují s výsledkem psychoterapie silněji než použití terapeutických technik (Lambert & Barley, 2001, Vondráčková, 2018). Zjištěné zkušenosti členů výzkumného souboru odrážejí doporučení uznávaného paliativního psychiatra Williama Breitbarta (2008), že v kontaktu s umírajícím klientem by mělo dojít k dekonstrukci hierarchické dynamiky a asymetrického vztahu, aby mohlo být navázáno terapeutické spojení.

Ze stejného důvodu považuje mnoho psychoterapeutů a psychologů tvořících výzkumný soubor svoji roli za zastupitelnou někým bez speciálního vzdělání, pokud by dokázal

naslouchat a nabídnout podporu. Je třeba ovšem uvést, že se jejich práce přeci jen **odlišuje od „laického“ kontaktu** založeném na sdílení. Respondenti totiž zároveň spatřují svoji profesionalitu v komunikačních dovednostech, ve schopnosti vyrovnávat se s emočně a jinak náročnými situacemi, ve znalostech psychopatologie, v umění nazírat problém v souvislostech, ve schopnosti sebereflexe a také v dostatku času, který mohou klientovi věnovat. Potřebnost všech těchto schopností a dovedností potvrzuje i Evropská Asociace pro paliativní péči (EAPC), která jejich dosažení zasadila do doporučeného vzdělávacího kurikula pro psychologické postgraduální vzdělávání v oblasti poradenství a psychoterapie (Jünger & Payne, 2011). V tomto doporučení je navíc zdůrazňován význam schopnosti ošetřit a vycítit vhodnou dobu pro ukončení intervence, kterou respondenti přímo nezmiňovali. Z jejich výpovědí je však patrné, že během setkání zvažují vhodnost terapeutického působení. Jeho hloubku a délku dovedou přizpůsobovat například klientovu zdravotnímu stavu či přítomnosti dalších spolupacientů.

Dle analýzy zkušeností respondentů se ukazuje, že paliativní psychoterapie se tedy odehrává **ve dvou rovinách**. Na jedné straně se velmi citlivě věnuje ošetření aktuálních potřeb, které mohou být veskrze všední či každodenní. V tomto případě se může jednat například o povzbuzení dobré nálady, zabavení nebo zajištění tělesného pohodlí. Na druhé straně jsou respondenti připraveni reagovat i na náročné a hluboké prožitky svých umírajících klientů, jež prochází například řešením vztahových konfliktů či pocity viny a odpuštění před blížící se smrtí. Psychologové a psychoterapeuti jsou schopni mezi těmito rovinami přecházet a jsou všímaví vůči momentálnímu naladění klienta, jeho zdravotnímu stavu a stejně tak vůči podmínkám prostředí, kterým se musí forma terapie přizpůsobovat.

Někteří respondenti svoje působení porovnávali s **doprovázením** a pokoušeli se tyto činnosti vůči sobě vymezit. Výpovědi ukazují na to, že psychoterapie se od doprovázení odlišuje projevem vyšší aktivity a iniciativy, která ovšem zároveň neznamená, že se oslovení psychologové a psychoterapeuti snaží společné sezení s klientem řídit. Doprovázení je možné definovat jako prosté bytí v přítomnosti umírajících, které spočívá v umění „... *jen vyslechnout, plně, co nejhloběji, a třeba neříct nic. Jen aby druhý viděl, že je s ním jeho stav sdílen. Žádné utěšování, sliby, jen respekt k umírajícímu člověku.*“ (Funk, 2014, s 133-134). Tento stav je shodný s naladěním členů výzkumného souboru, s nímž přistupují ke svým paliativním klientům. Respondenti však dále poskytují svoji odbornost, užívají různé nástroje a prostředky, kterými naplňují mnohé cíle, což je již znakem psychoterapie. Zdá se tedy, že schopnost doprovázení umírajících tvoří podklad pro paliativní psychoterapii.

Výzkumná otázka 2: Jaké prostředky či nástroje využívají psychologové a psychoterapeuti tvořící výzkumný soubor v přímé práci s dospělými umírajícími?

Kratochvíl (2017) rozděluje obecné terapeutické prostředky dle principů, ze kterých vycházejí, a dle jejich účinných faktorů. Popisuje nástroje racionální, sugestivní, empatické, abreaktivní, relaxační a imaginační, nácvikové, psychoanalytické a interpersonální. Paliativní psychologové a psychoterapeuti tvořící výzkumný soubor v rámci svého působení nevyužívají veškerou škálu těchto metod. Několik nástrojů, které byly v rámci analýzy rozhovorů identifikovány, však lze dle Kratochvílova rozdělení zařadit:

Respondenti v přímé práci s umírajícím používají převážně **empatické prostředky**, jež pracují se sebeotevřením klienta, porozuměním a přijetím. Spadají sem nástroje popsané jako „Intuice“, „Lidskost a empatie“, zaměření na „Tady a teď“, „Potvrzení“ a „Pojmenování“. Další zastoupenou skupinou jsou **abreaktivní prostředky**, které spočívají ve vyjádření silných emocí a prožitků, kam patří identifikované nástroje „Práce s emocemi“, „Prostor pro vyprávění“ a také tzv. „Strukturované metody“, jež zahrnují například psaní dopisů. Mezi **relaxační a imaginační postupy** se řadí „Práce s tělem“, se kterou mají někteří respondenti také zkušenost. Mezi další zmiňované nástroje či postupy patří „Práce se zdroji“ a „Aktivizace, které nabízejí podporu v obnovení copingových strategií.

Do zmíněného rozdělení obecných psychoterapeutických prostředků nezapadají a pro paliativní prostředí jsou zcela specifické tzv. „Bazální metody“, které umožňují pracovat s pacienty v terminální fázi onemocnění díky tomu, že využívají jiný nežli verbální komunikační kanál. O potenciálu neverbální komunikace s osobami v těžkých stavech s narušeným vědomím podávají zprávu také pečující a rodinní členové (Quinn, Clare, Jelley, Bruce, & Woods, 2014). Schopnost umírajícího a psychoterapeuta vzájemně si porozumět i beze slov je přirovnávána ke vztahu nemluvněte a matky, která je v dané situaci obdařena zvláštním druhem vnímavosti (Miller, 2016).

Psychologové a psychoterapeuti při líčení své práce nezmiňovali žádné strukturované psychoterapeutické intervence, které byly představeny šestou kapitolou literárně přehledové části této práce. Vzhledem ke zmiňovaným nedostatkům ve vzdělávacím systému lze předpokládat, že psychologové a psychoterapeuti v našem prostředí ani nemají dostatečnou příležitost pro získání kvalifikace k poskytování popsaných metod. Dále je třeba podotknout, že respondenti se ve své praxi setkávají s klienty, kteří jsou již v pokročilém stádiu onemocnění a mnohdy se může odehrát jen několik málo společných setkání, kdy například průměrná doba

pobytu umírajícího v lůžkovém hospici je 2-3 týdny (Kupka, 2014). Z toho důvodu jsou strukturované intervence neuplatnitelné. To ovšem neznamená, že nevyužívají některé společné prvky. Analýzou zachycené terapeutické prostředky se nejvíc blíží těmto dříve zmíněným intervencím: Psychoterapie zaměřená na smysl, Podpůrně expresivní psychoterapie, Psychoterapie důstojnosti, Narativní terapie a Terapie zármutku.

Výzkumná otázka 3: Co si oslovení psychologové a psychoterapeuti během svého působení v přímé práci s klienty stanovují za cíl?

Přístup respondentů k pacientovi nespočívá v tom, že by identifikovali potíže, uplatnili terapeutický postup a dosáhli nějakého stanoveného cíle. Léčebné ambice členů výzkumného souboru nejsou nijak ambiciózní, ale naopak skromné a mnohdy přicházejí spíše jako vedlejší produkt jejich přítomnosti. To znamená, že respondenti cítí, že spíše nějakému procesu dopomáhají, nežli by jej sami působili.

Toto zaměření je tedy **opakem symptomatické léčby**, která usiluje o odstraňování chorobných příznaků a dle Kratochvílova rozdělení cílů psychoterapie by mohlo odpovídat snaze o rozvoj či integraci pacientovy osobnosti (Kratochvíl, 2017). Sice se v případě paliativní psychoterapie nejedná přímo o restrukturalizaci osobnosti, reedukaci či resocializaci, ovšem dle výsledků analýzy jsou cíle zmíněné respondenty formulovány právě ve smyslu obohacování a ve směru adaptace nemocného. Obdobně si lze vypůjčit Masloovo rozdělení potřeb a nahlížet na cíle jako na deficitní a růstové (2014). V případě těch růstových se tedy jedná o „Zvýšení kvality zbytku života“, „Abstraktní či transcendentální dotek“, „Vzájemné porozumění“, „Restrukturalizaci hodnot“ a „Posílení schopnosti zvládat“. Jeden ze zachycených cílů je možné naopak zařadit mezi ty deficitní – jedná se o navození „Úlevy“. Mimo toto rozdělení stojí snaha dopomoci umírajícímu dosažení „Pokojné smrti“ a také „Vyhovění přáním a potřebám“, což jsou cíle, které mohou v závislosti na situaci nabývat obou charakteristik.

Grassi, Nann a Caruso (2018) doporučují, aby psychoterapie s umírajícími vedla ke (1) snížení úzkosti, strachu a demoralizace, (2) změně pohledu na život a (3) zvýšení schopnosti adaptovat se na proces umírání. Ačkoliv členové výzkumného souboru během svého líčení přímo nepojmenovávali syndrom demoralizace, pracují s jeho složkami a jejich cíle jsou tedy obdobné.

Respondenty zmiňované cíle samozřejmě odpovídají hlavnímu cíli paliativní péče, kterým je udržení co nejlepší možné kvality života až do okamžiku smrti (WHO, 2002).

Jejich doslovná formulace se sice neshoduje, ale samotná náplň odráží i **dílčí cíle paliativní péče** vztažené přímo k osobě umírajícího, kterými je zajištění úlevy od utrpení, ochrana jeho důstojnosti, poskytování uklidnění, podpory a samotné přítomnosti a také umožnění spirituálního rozvoje (Seymour, 2007). Jako cíl však nebyla zmiňována snaha o uspokojení rodinných a blízkých vztahů umírajícího, který si paliativní péče také vetkla do svých principů (Svatošová, 2011).

Jako specifický cíl psychoterapie bylo menšinově zastoupeno také **přijetí smrti umírajícím**. Valná většina respondentů se k němu však vztahuje rozpačitě a upozorňuje na to, že je jednak těžké jej rozpoznat, ovlivnit jej a také udržet, neboť se jedná o stav, který má nestálé trvání. Tento postoj je shodný s názorem Yaloma (2014), který tvrdí, že snažit se zmocnit procesu přijetí smrtelnosti je příliš ambiciózní záměr. Dle něj by měl psychoterapeut umírajícího jenom podporovat v tom, co on právě potřebuje, být s ním a neusilovat za něj. Toto přesvědčení koresponduje s popsáním zaměřením členů výzkumného souboru na obsahy „tady a teď“ a jejich celkovým naladěním se na klienta. Participantů výzkumu také vyjadřovali názory, že se smíření se smrtí přeceňuje a dobrá smrt může přijít i bez něho. S tím by naopak nesouhlasil Breitbart (2008), který považuje přijetí smrti za jedinečnou příležitost pro nalezení vnitřní soudržnosti, smyslu a dokončení vlastního života, jehož zbytek jediné pak může být kvalitní a vyrovnaný.

Výzkumná otázka 4: Z čeho oslovení psychologové a psychoterapeuti usuzují, že je jejich působení v přímé práci s umírajícími klienty efektivní?

Se zaměřením formulovaných cílů souvisí i způsoby, jakými respondenti dovozují, zda mělo jejich psychoterapeutické působení pro klienta přínos. Psychologové a terapeuti jsou zvyklí se přímo ptát svých klientů na jejich vnímání proběhlého sezení. To může být dle některých studií velmi neprůkazné a problematické, neboť těžce nemocní pacienti nemusí dokázat formulovat zpětnou vazbu na absolvovanou péči (van Roij, Fransen, van de Poll-Franse, Zijlstra, & Raijmakers, 2018), ale dlužno podotknout, že respondenti se dotazují spíše za účelem zjištění aktuálního emocionálního rozložení a zájmu pokračovat v dalším setkávání. Dále také sledují, zda se v následujícím čase nějak změnilo klientovy projevy. Respondenti také jako důkaz efektu psychoterapie vnímají to, že se jim podařilo navázat kvalitní terapeutický vztah, který vnímají sami jako obohacující. Dále je pro některé žádoucí, pokud se během setkání dostali k závažným tématům, která vzbudila silné emoce v prožívání obou zúčastněných. Posledním užívaným způsobem odhadu přínosnosti

je zmapování vlastního vynaloženého úsilí, respektive zvážení, zda bylo podniknuto vše, co by mohlo klientovi prospět.

Vhledem k tomu, že paliativní psychologové a psychoterapeuti ve většině případů nepracují kauzálně, není pro ně ani běžné sledovat efektivitu svých intervencí a zmíněné cesty odhadu účinku **nestojí v centru jejich zájmu**. Obecně je třeba si uvědomit, že v paliativní péči je velmi těžké objektivně stanovit, zda byl daný zásah efektivní, neboť se do reakce umírajícího promítá mnoho dalších vlivů, které nelze odstínit (Lemay & Wilson, 2008, Hall & Payne, 2010).

Výzkumná otázka 5: Na jaké limity v procesu psychoterapeutického působení psychologové a psychoterapeuti z výzkumného souboru při práci s dospělými umírajícími klienty narážejí?

Jak vyplývá z analýzy rozhovorů, proces umírání je spojen s vysokou zranitelností pacientů a velká část z principů klasické psychoterapeutické práce se zdravými, respektive neumírajícími, klienty zde nelze uplatnit. Při psychologické a psychoterapeutické práci s pacienty v terminálním stádiu onemocnění respondenti narážejí na určité **překážky a meze**.

Jedná se především o „Nedostatek času“, kdy je vzhledem k omezeným příležitostem pro více sezení zapotřebí vybudovat vztah rychle, aby byla podpořena účinná terapeutická aliance. Zároveň si kvůli tomuto aspektu respondenti nestanovují vysoké či dlouhodobé cíle. Šanci navázat s klientem pevný terapeutický vztah ztěžuje také pacientova „Nedůvěra k „psycho“ službám“. Ta je svázána s určitým specifickým, že paliativní pacienti si obvykle sami nevybírají, že by chtěli vstoupit do psychoterapie, neboť je zde vlivem podmínek „Narušená autonomie klienta“. Dalším limitem je „Fyzický stav a vliv léků“ a „Nepředpověditelnost průběhu konzultace“, jež je zapříčiněna měnlivostí potřeb umírajících, které komplikují soustředěnou a kontinuální práci. Soustředěnou práci narušují také „Podmínky prostoru“, které neumožňují zajistit si klid a soukromí. V neposlední řadě je limitem terapeutické práce způsob „Dorozumívání“, neboť komunikace je u mnoha klientů paliativní péče narušena.

Gramm, Trachsel, a Berthold (2019) zmiňují ve svých zkušenostech s prováděním psychoterapeutické péče v paliativním prostředí totožná omezení, pouze je jinak nazývají. Navíc ovšem uvádějí také nutnost za pacientem dojíždět či docházet, neboť vzhledem k jeho obvyklé imobilitě, se musí terapeutické sezení odehrávat v jeho prostředí, což autoři vnímají jako velký rozdíl oproti podmínkám klasické psychoterapie.

V souvislosti se zmíněnými omezeními paliativního prostředí uvádějí Ann-Yi a jeho kolegové (2018), že psychologové a psychoterapeuti musí být ve své práci velmi flexibilní a vnímaví a své terapeutické intervence by měli zaměřovat nikoliv na to, co by bylo ideální, ale na to, **co je v aktuální situaci možné**, což potvrzují i zkušenosti oslovených.

10.2 Limity výzkumu

Výsledky empirické části diplomové práce jsou limitovány několika aspekty, jež vyplývají z povahy zvolené metody, zkoumaného výzkumného souboru, způsobu sběru dat a také jejich analýzy.

Výzkumný cíl byl zaměřen na zmapování zkušeností skupiny psychologů a psychoterapeutů působících v paliativní péči. Ačkoli bylo v metodologickém úseku argumentováno fenomenologickým pojetím zvoleného designu, kdy jsou zkušenosti zkoumaných jedinců považovány za ústřední a platný zdroj pravdy (Guest et al., 2011), je třeba si přiznat, že limitem je právě tato **jednostrannost**. Z praktických i etických důvodů nemohla být data, jež byla získána od psychologů a psychoterapeutů působících v paliativní péči, propojena s pohledem jejich klientů. Jejich prožívání psychoterapie se bohužel nepodařilo dohledat ani v odborných zdrojích, byť by to mohlo přinést velmi cenné poznatky.

Hlavním a jediným způsobem sběru dat byly hloubkové **rozhovory**. Ty měly převážně polostrukturovanou formu, což umožňovalo respondentům přenášet pozornost k tomu, co jim samotným připadá zajímavé a podstatné. Přesto mohla být volba jejich témat ovlivněna tendencí vyhovět výzkumnému záměru, jehož obrysy znali z oslovovacích dopisů (viz přílohy). Do zvoleného designu nebyly zahrnuty výzkumné dotazníky, jejichž použití v prvním kroku by bývalo mohlo zkrátit délku následných rozhovorů, které v průměru trvaly 82 minut. Na počátku výzkumu rovněž bylo uvažováno o uspořádání ohniskové skupiny, která by mohla přinést bohatší pohled na zkoumanou problematiku. Vzhledem k úvodní neúspěšnosti s oslovováním respondentů, jejich nedůvěřivosti a organizační náročnosti takového výběru dat však bylo přistoupeno k individuálnímu setkávání a k postupnému zahrnování členů do výzkumného souboru.

Právě **složení výzkumného souboru** sebou nese jeden diskutabilní bod. Ačkoli je cílem výzkumu popsat paliativní psychoterapii, do souboru byli vedle devíti psychoterapeutů zařazeni i dva psychologové, kteří nemají psychoterapeutické vzdělání. K tomuto opatření bylo přistoupeno na základě několika důvodů. Současné nastavení zdravotního systému dovozuje

poskytovat psychoterapii jako takovou pouze klinickým psychologům a lékařům se specializací psychiatrie. V praxi však můžeme nazývat psychoterapií i psychoterapeutické poradenství poskytované absolventy psychoterapeutických výcviků a také podpůrnou psychoterapeutickou intervencí, kterou mohou vykonávat nejenom nepsychoterapeuti, ale také nepsychologové. V paliativním prostředí je hranice psychoterapie dokonce ještě méně vymezená, neboť se zde vyskytuje spíše jako následek jiných intervencí, jako je poradenství, krizová intervence či doprovázení. Jak prokázal později i tento výzkum, není zde naplněna klasická definice psychoterapie, a proto byla i kritéria zařazení osob do výzkumného souboru benevolentnější.

Aby zmíněné rozhodnutí zařadit do výzkumného souboru psychology bez psychoterapeutického vzdělání nelimitovalo výsledky výzkumu, byla za účelem zpracování dat využita tematická analýza. Ta totiž pro jednotlivé otázky poskytuje více odpovědí a neusiluje o nalezení jednoho „průměrného“ výsledku, který by mohl být nehomogenním souborem zkreslen. Zvolený design tedy přináší pestřejší odpovědi, kde má každý, třebaže jen jednou zmíněný, názor stejnou šanci se dostat mezi výsledky jako ten, který zastává většina.

Přes tyto opatření je však složení výzkumného souboru limitující, neboť díky němu může být vykreslený pohled na paliativní psychoterapii příliš široký. Zachycená různorodost názorů na možné formy poskytování psychoterapie je pravděpodobně dána také tím, že psychologové bez terapeutického vzdělání mohou volit odlišené metody, věnovat se jiným tématům a sledovat jiné cíle nežli absolventi terapeutických výcviků. Zvolený metodologický design ovšem takové spojitosti nemohl přímo prokázat. Ba naopak bylo během sběru dat a jejich analýzy možné sledovat, že jednotlivé výpovědi nepsychoterapeutů si nijak neprotiřečily s těmi, které poskytovali psychoterapeuti, ale spíše se navzájem doplňovaly.

Užití tematické analýzy je bohužel spjato také s mnohými limity. Jak upozorňuje Machovcová (2010), tato metoda předpokládá spíše mechanický přístup, kdy výzkumník interpretuje získaná data formou popisu nežli formou analytického vhledu. Toto omezení bylo patrné především ve fázi kódování, kdy se zdálo, že spolu některé oblasti mohou souviset, ovšem zvolená metoda tyto vlivy neumožňovala zachytit. Na případné vztahy bylo proto upozorňováno alespoň v textu, pokud to bylo možné. Za účelem zpřehlednění získaných dat byla uvedena tematická mapa, která zaznamenává relace mezi jednotlivými tematickými celky. Ani ta však nepopisuje případné vzorce mezi jednotlivými koncepty. Nabízí se úvaha, zda by vztahy mezi jednotlivými celky umožnila popsat metoda zakotvené teorie. Abstrahovaná témata jakožto data deskriptivního charakteru by tedy mohla být spíše považována za počátek další výzkumné činnosti.

V neposlední řadě je třeba jako limit této práce pojmenovat také samotnou **pozici výzkumníka**. Jak uvádí Joffem (2011), z podstaty rozhovoru vyplývá, že výzkumník v něm nedovede zastávat neutrální pozici pouhého sběrače dat, a to ani v případě, že by četl připravené otázky nebo po celou dobu rozhovoru mlčel. Výroky respondentů také nepředstavují neutrální popisy vnitřních stavů, nýbrž jsou součástí zadání vést společensky adekvátní konverzaci.

Obsah i forma výpovědi je tedy výsledkem interakce mezi dotazovaným a tazatelem. I v případě tohoto výzkumu byli respondenti ovlivňováni vzniklou atmosférou, neverbálními signály či doplňujícími otázkami, které vycházely z předcházející teoretické přípravy a osobního zaujetí tématem. Také proto je nutné připustit, že kvalitativní design s sebou nese riziko subjektivního zatížení. Za účelem snížení tohoto jednostranného pohledu, byly výsledky tematické analýzy a jejich platnost konzultovány s paliativním psychologem a psychoterapeutem, respektive konzultantem práce. Toto opatření zároveň zvyšuje **ekologickou validitu** představených výstupů, neboť reflektuje jejich využitelnost v praxi.

10.3 Naznačení dalších směrů výzkumu

Přes všechny uvedené limity a omezení nabízí předložené výstupy řadu podnětů pro navazující výzkumnou činnost, která by je nejenom ověřila, ale rovněž dále rozšířila. Jednotlivá témata zachycená ve výpovědích paliativních psychologů a psychoterapeutů jsou kusá a studie neměla vzhledem ke svému zvolenému designu ambici vyvozovat zobecňující závěry. Dílčí popsaná témata a jejich koncepty by však mohla být dále rozpracována a propojena v ucelenou teorii, jejíž poznatky ve formě hypotéz by měly být dále ověřovány **kvantitativními metodami**. Nabízí se korelační studie, jež by mohly ozřejmit souvislost mezi dvojicí jevů, jako je *četnost kontaktu s klientem x vnímaná závažnost témat konzultace*, *indikátory efektivity poskytované činnosti x riziko syndromu vyhoření*.

Již během sběru dat bylo možné všimnout si drobných rozdílů mezi postoji psychologů působících v lůžkových hospicích, domácích hospicích a nemocničních paliativních týmech. Odlišné nároky daných prostředí by mohly hrát roli ve stanovování jejich terapeutických cílů či volených prostředků. Omezená velikost výzkumného vzorku bohužel neumožňuje potvrdit tyto domněnky. Výzkum, který by se snažil definovat odlišnosti v poskytování psychoterapie v těchto zařízeních by však mohl přinést zajímavé informace. Obdobně by **početnější soubor** mohl být rozdělen dle psychoterapeutických přístupů či délky praxe.

Na našem území se již objevily pokusy o **mapování motivace psychoterapeutů** k práci v paliativní péči (např. Kupec, 2016), které poukazují na to, že jejich motivy jsou stejné, jako u dalších sociálních a zdravotních pracovníků vstupující do této oblasti. Mohlo by být ovšem podnětné zaměřit se blíže na jejich duchovní smýšlení a provázat jej s cíli, které si ve své práci stanovují. Během rozhovorů uskutečněných k této práci se totiž vynořovaly mnohé existenciálně laděné úvahy, které zde nebyly komentovány jednak z etických důvodů a jednak by přesahovaly zaměření výzkumu. Pro hlubší porozumění kontextu psychoterapeutické práce s umírajícími by ovšem další výzkum mohl vést právě tímto směrem.

Výzkum také zaznamenal různé zkušenosti paliativních psychologů a psychoterapeutů s jejich začleněním do ošetrovatelského týmu. Důležitost mezioborové spolupráce a vzájemného respektu mezi kolegy byla zmiňována jednak respondenty, ale také odbornou literaturou (např. Radbruch & Payne, 2010). Proto by mohlo být podnětné popsat názory a zkušenosti pracovníků daného zařízení či organizace se službami, které nemocným klientům poskytují psychologové a psychoterapeuti. Z takového výzkumu by mohlo vzejít jasnější vymezení profesních hranic a popřípadě by mohly být navrženy optimalizační postupy pro zkvalitnění jejich vzájemné spolupráce.

Předložená práce se věnuje výhradně poskytování psychoterapie dospělým umírajícím, to znamená starším 18 let. Paliativní péče o dětské pacienty je odlišná v mnoha ohledech. Její pozornost je věnována celému rodinnému systému a také psychoterapie má dle dosažené úrovně kognitivního vývoje dítěte svá významná specifika. Mohlo by být zajímavé konfrontovat výstupy předloženého výzkumu s podobně zaměřenou studií zpracovávající **dětskou paliativní psychoterapii** a identifikovat, v čem vězí největší rozdíly a v čem se můžou naopak shodovat.

Přímá práce s umírajícími není jedinou náplní role paliativního psychologa. Jak bylo uvedeno v teoretické části, dále se obvykle věnuje také pacientově rodině a pozůstalým, zajišťuje diagnostickou činnost, výzkum a vzdělávání, poskytuje konzultace a podporu směrem k personálu a mnohdy se věnuje také dobrovolníkům. Všechny tyto oblasti jeho působení by si zasloužily větší výzkumnou pozornost, aby se role tohoto pomáhajícího mohla stát standardem všech paliativních pracovišť.

Závěr

Úroveň péče o nejslabší občany je znakem vyspělosti společnosti. Aby se mohla zvyšovat humanita naší kultury, upravují se zákony a zvyky zohledňující způsob práce s nevléčitelně nemocnými a umírajícími, otevírají se vzdělávací programy pro pečující, vydávají se knihy a studie zpracovávající danou oblast. Svůj příspěvek na tom se snaží mít i předložená diplomová práce, která si jako svůj hlavní cíl vetkla zmapování psychoterapeutického působení v paliativní péči u dospělých klientů.

V rámci literárně přehledové části se práce věnovala představení současného pojetí péče o umírající a byla zde definována paliativní oblast. Dále byla pozornost věnována příjemcům paliativní péče, kdy bylo prostřednictvím uvedení modelů zachycujících proces umírání nastíněno chování a prožívání nevléčitelně nemocných pacientů. V souvislosti s tím byla předestřena i témata, která bývají obsahem psychoterapeutické práce. Následovalo vymezení paliativní psychoterapie a představení jejího zapojení mezi ostatní formy podpory umírajících. Z klasických psychoterapeutických směrů či na základě letitých zkušeností byly vyvinuty strukturované psychoterapeutické intervence, jež byly představeny v závěru teoretického úseku.

Právě tato poslední kapitola již volně uvozovala empirickou část diplomové práce, kterou tvořil výzkum percepce psychoterapeutického působení v práci s umírajícími klienty z pohledu paliativních psychologů a psychoterapeutů. Ačkoliv měla výzkumná část řadu limitů a úskalí, díky flexibilnímu charakteru zvoleného kvalitativního designu bylo možné reagovat na vystávající okolnosti ještě během fáze přípravy i v době sběru dat. O svůj profesní pohled se podělilo 11 osob zprostředkávajících psychoterapii svým klientům a získané informace byly později zpracovány prostřednictvím metody tematické analýzy. Pomocí rozboru a popisu jednotlivých aspektů, které společně utvářejí formu a obsah psychoterapeutické práce v paliativní péči, se podařilo odpovědět na výzkumné otázky a splnit tak vytyčený výzkumný cíl. Výsledky představují zmapování zkušenosti psychologů a psychoterapeutů tvořících výzkumný soubor ve vyrovnávání se s nároky paliativního prostředí a objasňují způsob jejich psychoterapeutické práce.

K sepsání diplomové práce byly využity jak současné, tak i starší publikace zaměřené na téma psychického vyrovnávání se s realitou umírání. Dále byly využity dostupné elektronické zahraniční zdroje věnující se tomuto tématu. Nedostatek systematických a konkrétních závěrů týkajících se oblasti poskytované psychoterapie pro pacienty v terminální

fázi onemocnění, kdy již není prostor pro opakovaná setkávání, je významnou oblastí pro zlepšení.

Tematická analýza vypovědí mimo jiné poukázala na respondenty vnímané nedostatky v kontextu jejich praxe, kde byla zastoupena nespokojenost s nízkou vnitrooborovou výměnou informací. Předložená práce může umožnit jednotlivým psychologům a psychoterapeutům nahlédnout zkušenosti jejich kolegů a nechat se jimi inspirovat. Vedle toho jsou mnohé poznatky, jež shrnují stránky této práce, přenositelné i za hranici psychologické profese. Mohou nalézt uplatnění u zdravotních sester, pečovatelů či lékařů, kteří váhají na tím, co mohou poskytnout nemocnému, pokud již není na místě symptomatická léčba. Pravdou totiž je, že právě v situacích, kdy už není co nabídnout, toho může umírající dostat nejvíce.

V našem prostředí se nevyskytuje mnoho prací, které by přibližovaly činnost paliativní psychoterapie širší, respektive neodborné veřejnosti. I proto se jazyk práce snaží být čtivý a srozumitelný. Díky tomu si může také rodina, která svěřuje svého nemocného do rukou paliativní péče, odpovědět na otázku, co je ten člověk sedící u lůžka našeho blízkého vlastně zač.

Seznam použité literatury

- Addington-Hall, J. (2007). Indikace a dostupnost odborné paliativní péče. In: Payne, S., Seymour, J., Ingleton, C. (Eds.), *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Andrade, C. (2017). Ketamine for Depression: in what dose, at what rate, by what route, for how long, and at what frequency? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(7), 852-857.
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschek, V., & Beuth, J. (2010). *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál.
- Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, D. D., Agosta, M., Williams, J. L., Balankari, V. R., & Carmack, C. L. (2018). Characteristics and outcomes of psychology referrals in a palliative care department. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 344-351.
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. 6. vyd. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ariés, P. (2000). *Dějiny smrti I.: doba ležících*. Praha: Argo.
- Ball, M. S., Vernon, B. (2015). A review on how meditation could be used to comfort the terminally ill. *Palliative and Supportive care*, 13(5), 1469-1472.
- Bausewein, C. (2005). Bisläng unterschätzt – Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten. *Klinikerarzt*, 34(1/02), 19-23.
- Block, S. D. (2006). Psychological Issues in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 751–772.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10(4), 1–15.
- Breitbart, W. (2008). Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 6(3), 211-212.

- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. R., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(6), 366-373.
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R. M., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., & Fenn N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer: Individual Meaning-Centered Psychotherapy. *Cancer, 124*(15), 3231-3239.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology, 30*(12), 1304-1309.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., Lichtenthal, & W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology, 33*(7), 749-754.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 284*(22), 2907-11.
- Cassell, E. J. (1991). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Centrum paliativní péče. (2020). *Vzdělávání*. Dostupné z <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>
- Cesta domů. (2020). Adresář služeb: Aktualizovaný seznam paliativních služeb dostupných na území ČR a v Praze. Dostupné z <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C, Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry, 58*(5), 494-501.

- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9(3), 207-19.
- Connor, S. R., Pyenson, B., Fitch, K., Spence, C., & Iwasaki, K. (2007). Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 238-246.
- Corr, C., A. (2011). Strengths and limitations of the stage theory proposed by Elisabeth Kübler-Ross. In Doka, K. J., & Tucci, A. S. (Eds.), *Beyond Kübler-Ross: New perspectives on dying, death, and grief*. (pp 3–16). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. (2019, 21.února). *Standardy mobilní paliativní péče*. Dostupné z https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf
- Český statistický úřad (20.3.2020). Pohyb obyvatelstva rok 2019. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2019>
- Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vyd. Praha: Karolinum.
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., Lundy, M., Syme, A., & West, P. J. (2002). A model to guide patient and family care: based on Nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.
- Frankl, V. E. (2016). *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 4. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Funk, K. (2014). *Provázení stářím a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Praha: Malvern.
- Gerhart, J., & Swantek, S. (2020). End-of-Life Issues. In Tampi, R., R., Yarns, B., C., Zdanys, K., F., & Tampi, D., J. (Eds.), *Psychotherapy in later life* (pp. 174-183). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Gordon, P. G. (2016). *Psychosocial interventions in end-of-life care the hope for a “good death”*. New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Gramm, J., Trachsel, M., & Berthold, D. (2019). Psychotherapeutisches Arbeiten in Palliative Care. *Verhaltenstherapie*, 29(4), 1-11.

- Grassi, L., Nanni, M. G., & Caruso, R. (2018). Psychotherapeutic interventions. In Lloyd-Williams M. (Ed.), *Psychosocial issues in palliative care: A community based approach for life limiting illness* (pp 172-192). Oxford: Oxford University Press.
- Grawe, K. (1997). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 294-313.
- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R., Pirl, W. F., Temel, J. S., Prigerson, H. G., & Safren, S. (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The Oncologist*, 17(10), 1337-1345.
- Grof, S., & Halifax, J. (1980). *Die Begegnung mit dem Tod*. München: Hanser.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2011). *Applied thematic analysis*. Los Angeles: Sage.
- Hales, S., Zimmermann, C., Rodin, G. (2008). The quality of dying and death. *Archives of internal medicine*, 168(9), 912-918.
- Halifax, J. (2015). *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: Maitrea.
- Hall, S., & Payne, S. (2010). Palliative and end-of-life care. In D. French, K. Vedhara, A. A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (pp. 398-409). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál.
- Hoerger, M., Wayser, G. R., Schwing, G., Suzuki, A., & Perry, L. M. (2019). Impact of interdisciplinary outpatient specialty palliative care on survival and quality of life in adults with advanced cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(7), 674-685.

- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(1), 77-89.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *The Journal of the American Medical Association, 287*(17), 2253-2260.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal, 335*(7612), 184–187.
- Chochinov, H. M., & Breitbart, W. (2000). Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2004). Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *Journal of palliative care, 20*(3), 134-42.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S. E., & Harlos, M. (2004). Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *Journal of Palliative Care, 20*(3), 134-142.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S. E., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet, 360*(9350), 2026-2030.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S. E., & Harlos, M. (2007). Burden to others and the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*(5), 463-471.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S. E., & Harlos, M. (2006). Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine, 9*(3), 666–672.
- Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M., & Skinner, T. (2016). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative medicine, 30*(2), 117-131.
- Jankovský, J. (2018). Etika pro pomáhající profese. 2. vyd. Praha: Triton.

- Joffem H. (2011). Thematic Analysis. In Harper, D., & Thompson, A. R. (Eds.). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (pp. 209-223). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Johansen, S., Hølen, J. C., Kaasa, S., Kaasa, S., Loge, J. H., & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, *19*(6), 454–460.
- Johnson, S. B., Butow, P. N., Kerridge, I., & Tattersall, M. H. (2018). Patient autonomy and advance care planning: a qualitative study of oncologist and palliative care physicians' perspectives. *Supportive Care in Cancer*, *26*(2), 565-574.
- Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B., & Carneiro, A. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, *11*(6), 481-489.
- Jünger, S. & Payne, S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, *18*(5), 238-252.
- Jünger, S., Payne, S., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J. L. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, *17*(2), 84-87.
- Kabelka, L. (2017). *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta.
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, *69*(4), 364-376.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*(2), 184–188.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *19*(4-5), 418-28.
- Kazdin, A. E. (2014). Moderators, mediators and mechanisms of change in psychotherapy. In Lutz, W., & Knox, S. (Eds.), *Explorations in mental health. Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research* (pp. 87–101). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology*, *12*(6), 532-546.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, *17*(1), 12-21.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., Snyder, R. D., & Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, *16*(4), 277-286.
- Kolva, E., Hoffecker, L., & Cox-Martin, E. (2019). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliative and Supportive Care*, 1-14.
- Konigsberg, R., D. (2011). *The truth about grief: The myth of its five stages and the new science of loss*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Kozlov, E., Dong, X., Q., Kelley, A., S., & Ankuda, C., K. (2020). The Epidemiology of Depressive Symptoms in the Last Year of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, *68*(2), 321-328.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. 7. vyd. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J., & Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- Kübler-Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
- Kübler-Rossová, E. (2012). *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota.
- Kübler-Rossová, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2.vyd. Praha: Portál.
- Kupec, A. (2016). *Motivace terapeuta k práci v paliativní péči*. Nepublikovaná disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.

- Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C., & Prins, J. (2010). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer nursing*, 34(4), 302-14.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lemay, K., & Wilson, K. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical psychology review*, 28(3), 472-493.
- Lester, J. (2007). Reflexe života – narativní terapie u nemocných v terminálním stadiu. In Firth, P., Luff, G., & Oliviere, D. (Eds.). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče* (pp. 89-102). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Lloyd-Williams, M., Cobb, M., O'Connor, C., Dunn, L., & Shiels, C. (2013). A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. *Journal of affective disorders*, 148(1), 141-145.
- Loučka, M., & Kovaříková, J. (2018). *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: Zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast*. Praha: Centrum paliativní péče.
- Lungton, J., Kindlen, M., (Eds.). (1999). *Palliative Care: The nursing role*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Maciejewski, P., K., Zhang, B., Block, S., D., & Prigerson, H., G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-723.
- Machovcová, K. (2010). *Genderová analýza v psychologické praxi*. Nepublikovaná disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A, Rullán, M., & Centeno, C. (2017). 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, 31(6), 492-509.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*, 2. vyd. New York: Harper and Row.

- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Mehnert, A., Vehling, S., Höcker, A., Lehmann, C., & Koch, U. (2011). Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 768-776.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Milerová, J. (2015). Komunikace s umírajícím. In Bydžovský, J., & Kabát, J. (Eds.), *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči* (pp. 29-33). Praha: Most k domovu a Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna.
- Miller, K., Massie, M. J. (2015). Depressive Disorders. In Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds.). *Psycho-oncology*. 3. vyd (pp. 311-318). Oxford: Oxford University Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody k psychologickému výzkumu*. Praha: Grada.
- Mitchell, A. J, Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
- Moor, C., Sterner, J., Hall, M., Warneke, C., Gilani, Z., Amato, R., & Cohen, L. (2002). A pilot study of the effects of expressive writing in a phase II trial of vaccine therapy for metastatic renal cell carcinoma. *Health psychology*, 21(6), 615-619.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual*. London: NICE.
- Nemeth, C., & Rottenhofer, I. (2004). *Abgestufte Hospiz – und Palliativversorgung in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Nissim, R., Freeman, E., Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., Hales, S., & Rodin, G. (2012). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 26(5), 713-21.
- O'Connor, M., & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.

- Owen, A. M., & Coleman, M. R. (2008). Detecting Awareness in the Vegetative State. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129(1), 130-138.
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med*, 22(3), 222–232.
- Payne, S., & Haines, R. (2002). Doing our bit to ease the pain: the potential contribution of psychology to palliative care. *Psychologist*, 15(11), 564-567.
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Pennebaker, J. V., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Periyakoil, V. S., & Hallenbeck, J. (2002). Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *American Family Physician*, 65(5), 883-90.
- Poláková, K., Tučková, A., & Loučka, M. (2017). *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP.
- Postman, N. (2010). *Ubavit se k smrti*. Praha: Mladá fronta.
- Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.), *Současná psychoterapie* (pp. 195-234). Praha: Portál.
- Punch, K. F. (2008). *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál.
- Quill T. E., Abernethy A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care – Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.
- Quinn, C., Clare, L., Jelley, H., Bruce, E., & Woods, B. (2014). ‘It’s in the eyes’: how family members and care staff understand awareness in people with severe dementia. *Aging & Mental Health*, 18(2), 260–268.
- Miller, J. (2016). Understandig without words. In Piotrowska, A. & Tyler, B. (Eds.). *Psychoanalysis and the unrepresentable: from culture to the clinic* (pp. 158-168). New York: Routledge, Taylor & Francis.

- Radbruch, L. & Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.
- Rainsford, S., Phillips, C. B., Glasgow, N. J., MacLeod, R. D., & Wiles, R. B. (2018). The 'safe death': An ethnographic study exploring the perspectives of rural palliative care patients and family caregivers. *Palliative Medicine*, 32(10), 1575–1583.
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702-12.
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595-610.
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., Panday, T., & Watt, S., An, E., Nissim, R., Li, M., Zimmermann, C., & Hales, S. (2018). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 26(5), 713-721.
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: systematic review and meta-ethnography. *PloS one*, 11(3), 1-18.
- Rogers, M., & Dumanovsky, T. (2017). *How we work: Trends and insights in hospital palliative care*. New York: Center to Advance Palliative Care and the National Palliative Care Research Center.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Saunders, C., & Baines, M. (1983). *Living with dying: The management of terminal disease*. Oxford: Oxford University Press.

- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 88-102.
- Seymour, J. (2007). Co je v názvu? Pojmová analýza klíčových termínů v paliativní péči. In: Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (Eds.), *Principy a praxe paliativní péče* (pp. 63-83). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Schroepfer, T., A. (2007). Critical events in the dying process: The potential for physical and psychosocial suffering. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 136–147.
- Schütze-Kreilkamp, U. (2010). Přístup ke smrti a umírání. In Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschusch, V., & Beuth, J. (Eds.), *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie* (pp. 195-214). Praha: Portál.
- Skála, B. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: Novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- Sláma, L., Kabelka, O., & Loučka, M. (2016). Paliativní péče v ČR v roce 2016. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. *Časopis lékařů českých*. 155, 445–450.
- Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
- Southwick, S. M., Gilmartin, R., McDonough, P., & Morrissey, P. (2006). Logotherapy as an adjunctive treatment for chronic combat-related PTSD: A meaning-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 161-174.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of general psychiatry*, 38(5), 527-533.
- Steinhauser, K. E., Alexander, S. C., Byock, I. R., George, L. K., & Tulsky, J. A. (2009). Seriously ill patients' discussions of preparation and life completion: An intervention to assist with transition at the end of life. *Palliative & Supportive Care*, 7(4), 393-404.
- STEM/MARK. (2011). Smrt a péče o umírající. Pohled laické i zdravotní veřejnosti. Praha: Cesta domů. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-apece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

- STEM/MARK. (2015). *Dříve vyslovená přání. Závěrečná zpráva*. Praha: Cesta domů. Dostupné z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-apece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce.
- Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Špatenová, N. (2014). *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- Špinková, M., & Tausch-Flammer, D. (2017). *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 6. vyd. Praha: Cesta domů.
- Tillich, P. (2004). *Odvaha být*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
- Trachsel, M., & Maercker, A. (2016). *Lebensende, Sterben und Tod*. Göttingen: Hogrefe.
- Turk, D. C., & Feldman, C. F. (2009). Cognitive-behavioral approaches to symptom management in palliative care: Augmenting somatic interventions. In Chochinov, H. M., & Breitbart, W. (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 470–489). New York: Oxford University Press.
- ÚZIS ČR. Zemřelí 2017 (n.d.). Zdravotnická statistika. Praha: ÚZIS. Dostupné z <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/demozem2017.pdf>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.
- van der Maas, P. J., van Delden, J. M., Pijnenborg, L., & Looman, C. W. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*, 338(8768), 669–674.
- van Roij, J., Fransen, H., van de Poll-Franse, L., Zijlstra, M., & Raijmakers, N. (2018). Measuring health-related quality of life in patients with advanced cancer: a systematic review of self-administered measurement instruments. *Quality of life research*, 27(8), 1937-1955.

- Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 13/2017. Praha: MZČR.
- Vondráčková, P. (2018). Terapeutický vztah jako významná komponenta psychoterapie. *Psychoterapie, 12*(2), 132-145.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada.
- Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika: Z pohledu psychologie*. Praha: Grada.
- Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., & Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliative Medicine, 30*(2), 132-148.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An Update. World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Ware, B. (2012). Čeho před smrtí nejvíce litujeme: jak nám život změní naši drazí, když umírají. Praha: Portál.
- Whitford, H. S., & Olver, I. N. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: Peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psychooncology, 21*(6), 602-610.
- Willig, C., & Wirth, L. (2018). A meta-synthesis of studies of patients' experience of living with terminal cancer. *Health Psychology, 37*(3), 228-237.
- Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapia: príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia*. Trenčín: Vydavateľstvo F
- World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser. 804*, 1-75.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. 2. vyd. Geneva: WHO.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-

of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 300(14), 1665–73.

Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Vyd. 3. Praha: Portál.

Zalenski, R. J., & Raspa, R. (2006). Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120-1127.

Seznam objektů

Obrázek 1: Rozlišení přípravného zármutku a deprese (převzato od Periyakoil & Hallenbeck, 2002, upraveno dle Rayner et al., 2011)

Obrázek 2: Model psychologické podpory v paliativní péči (upraveno dle National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004)

Obrázek 3: Model paliativních psychologických intervencí dle Berthold & Gramm (2019)

Obrázek 4: Tematická mapa vytvořená na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 1: Stupňovaný systém služeb paliativní péče (zkr. PP) (Radbruch & Payne, 2009)

Tabulka 2: Souhrn popsaných psychoterapeutických intervencí určených pro práci s umírajícími

Tabulka 3: Údaje o respondentech

Tabulka 4: Ukázka tvorby témat a konceptů

Tabulka 5: Přehled konceptů k Tématu I. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 6: Přehled konceptů k Tématu II. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 7: Přehled konceptů k Tématu III. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 8: Přehled konceptů k Tématu IV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 9: Přehled konceptů k Tématu V. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Tabulka 10: Přehled konceptů k Tématu VI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Graf 1: Struktura zemřelých podle místa úmrtí dle situační analýzy paliativní péče (Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016)

Graf 2: Podíl pacientů s potřebou paliativní péče dle typů onemocnění (upraveno dle Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016)

Přílohy

Příloha 1: Oslovovací dokument se žádostí o zapojení do výzkumu (verze pro muže psychology)

Žádost o zapojení se do kvalitativního výzkumu

Název práce: **Psychoterapie v paliativní péči**

Řešitelka práce: **Bc. Iveta Pecnová**

Vedoucí: **PhDr. Katarína Loneková, PhD.**

Konzultant: **Mgr. Jan Soukup**

Úvod

Dovoluji si vás pozvat k účasti na výzkumné studii zabývající se otázkami poskytování psychologické péče, která se dostává pacientům v paliativních zařízeních (lůžkové hospice, domácí hospice, nemocniční paliativní týmy). Výzkumná práce si klade za cíl popsat formu a obsah psychoterapeutického působení, jež je poskytováno osobám s život ohrožujícím onemocněním. Práce je řešena na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy V Praze.

Proč výzkum provádím?

Paliativní péče, jakožto disciplína usilující o zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných, v sobě zahrnuje aktivitu odborníků různých specializací. Ve výzkumu se zaměřuji na to, jak ve své vlastní podstatě vypadá práce psychologa, který nabízí pacientům podporu a provázení. Ráda bych zprostředkovala obraz používaných terapeutických intervencí a přiblížila tak, co se může dít v místnosti, kde vedle lůžka nemocného sedí psycholog.

Jak by měl výzkum probíhat?

Výzkumné otázky budou zodpovězeny na základě informací psychologů, kteří pracují se zmíněnou cílovou skupinou. Chtěla bych vás požádat, abyste se se mnou v rámci rozhovoru podělil o zkušenosti z vašich setkání s těžce nemocnými pacienty. Náš rozhovor odhaduji na délku 60-90 minut a abych jeho průběh nenarušovala psaním poznámek, budu si jej zaznamenávat na nahrávací zařízení.

Na jaká témata můžeme narazit?

Byť budu mít připraveny tematické okruhy, kterých bychom se v našem povídání měli dotknout, budu ráda, když se podělíte i o další skutečnosti či dojmy, které by mohly přispět k utvoření komplexního pohledu na poskytovanou terapeutickou péči. V rámci našeho rozhovoru budu otvírat například tyto otázky:

- Jaká témata vaši klienti v rámci vašeho setkání zpracovávají?
- Můžete přiblížit nějaké terapeutické techniky, které při setkání s nemocným uplatňujete?
- V čem se podle vás liší vámi poskytovaná péče od služby duchovního, zdravotní sestry nebo třeba rodinného příslušníka?
- Z čeho vy sám usuzujete, že je vaše terapeutické působení efektivní?
- Jaké zde vnímáte limity v poskytování terapie?

Přínos ze studie

Vaše účast ve výzkumu může velkou měrou přispět k lepšímu zmapování psychologické péče v paliativním prostředí. Sdílením vašich zkušeností můžete významně obohatit psychologickou společnost i veřejnost a posílit její zájem o paliativní oblast. Benefitem může být i samotná příležitost pohovořit o svých postřezích a dojmech z práce s klienty.

Důvěrnost údajů

Získané informace budou použity pouze pro výzkumné účely bez zveřejnění vašich osobních údajů. Bude s nimi nakládáno jako s důvěrnými. K nahrávce a kompletnímu přepisu z našeho rozhovoru budu mít přístup pouze já, jakožto řešitelka práce, a má vedoucí. V rámci analýzy a interpretace informací mohou být použity krátké pasáže z vašeho povídání, ovšem vždy budou důsledně anonymizovány.

Další využití získaných dat

Informace, které zazní v našem rozhovoru, by mohly být cenné i pro další výzkumy. Nahrávka a kompletní přepis však nebudou dále poskytovány bez vašeho souhlasu. Pokud by nastala situace, že bych byla žádána o sdílení těchto dat, vždy bych vás zpětně kontaktovala. Data se tedy nemohou dostat dál bez vašeho podpisu nového informovaného souhlasu s poskytnutím dat pro další výzkum.

Dotazy a poskytování dalších informací

Budete-li mít jakékoliv dotazy týkající se tohoto výzkumu k diplomové práci, jeho etických aspektů, interpretace nebo konečných výsledků, kontaktujte mě prosím.

Iveta Pecnová
(+420) [REDACTED]

**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru
pro diplomovou práci: Psychoterapie v paliativní péči**

*Výzkum je prováděn v rámci zpracování diplomové práce na Katedře psychologie
Filozofické fakulty Univerzity Karlovy V Praze.*

Držitelka souhlasu:

Iveta Pecnová, [REDACTED], [REDACTED], tel: [REDACTED]

Předmět a provedení:

Výzkum se zaměřuje na zkušenost osob, které poskytují psychoterapeutické intervence pacientům s život ohrožujícím onemocněním. Cílem je zmapování psychoterapeutického procesu v paliativním prostředí, tzn. sumarizace témat, která se v terapeutických konzultacích objevují, popis užívaných technik, vymezení limitů poskytované terapie, atp.

Výzkum bude veden formou hloubkových rozhovorů. Průběh rozhovoru bude nahráván a ze zvukového záznamu bude následně pořízen přepis, který bude dále analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici výhradně řešitelce práce Bc. Ivetě Pecnové a vedoucí práce PhDr. Kataríně Lonekové, PhD. V případě, že by mohl být záznam rozhovoru použit pro jakoukoli jinou práci, bude účastník výzkumu dotazován o novém souhlasu s poskytnutím dat.

Účastník výzkumu má za účelem zvýšení výpovědní hodnoty možnost autorizovat data z přepisu poskytnutého rozhovoru, který mu bude v případě zájmu zaslán ještě před jeho analyzováním.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje informátorů (jako je například jméno, bydliště či zaměstnávající organizace). Zaznamenaný rozhovor bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně tak, aby byla zaručena ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a aby nebylo možné tyto osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat.

Prohlášení:

- Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a dalších souvisejících informací.
- Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem.
- Uznávám, že mi byly zodpovězeny všechny dotazy týkající se mé účasti na výzkumu.
- Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru a dalších informací mohou být i osobní záležitosti a citově náročná témata.
- Rozumím tomu, že mohu kdykoli a bez udání důvodů úplně zrušit moji účast na výzkumu.

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: