

Hodnoty a prežívaná zmysluplnosť života u zomierajúcich pacientov

Mgr. Diana Horniaková^{1,3}, prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.^{1,2}, Mgr. Mária Dėdova, PhD.³

¹Hospic milosrdných sestier, Trenčín

²Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave

³Filozoficka Fakulta, Trnavská Univerzita v Trnave

Cieľom skúmania prežívanej zmysluplnosti života a preferovaných hodnôt vivotoch nevyliciteľne chorých pacientov je, aby sme získali čo najviac vedomostí o hodnotách, ktoré sprevádzajú pacientov v posledných fázach ich života a zohrávajú rolu v komunikácii a rozhodovaní. Pre nas výskum sme posúdili 116 pacientov, z ktorých u 17 sme boli schopní administrovať celú batériu. Zistovali sme, či existuje vzťah medzi mierou životnej spokojnosti a prežívanou zmysluplnosou života. Na zistenie vzťahu medzi premennými sme použili Pearsonovu koreláciu, pričom sme zistili veľmi silný vzťah ($r = -0,918$; $p < 0,001$). Z hľadiska hodnôt medzi najpreferovanejšie hodnoty nasich respondentov patria: Láska (N = 17), Rodina (N = 17), Dostojnosť (N = 13), Nádej (N = 11), Zdravie (N = 12). Zdravie si síce zvolilo medzi sedem najpreferovanejšıch hodnôt až dvanasť pacientov, no tá sa umiestnovala vo vacsine prípadov na 4. až 6. priečke rebríčka volených hodnôt. Pokiaľ ide o dimenzie, pod ktoré spadali konotačné asociácie pacientov, pat asociácií spadalo pod biologickú dimenziu, šesť pod psychickú a 1 pod noeticku dimenziu. Ako veľmi zaujímavé sa ukázalo, že konotačné chápanie dôstojnosti nevyliciteľne chorými pacientami korešponduje so základnými myšlienkami hospicovej starostlivosti, ako úprimné informovanie o zdravotnom stave, slušné zaobchádzanie s pacientami, rešpektovanie jedinečnosti každeho pacienta a prejavovanie ľudskejosti.

Kľúčove slová: hodnoty, prežívaná zmysluplnosť života, kvalita života, paliatívna starostlivosť

The Values and Perceived Meaningfulness of Life of Dying Patients

The aim of examining the perceived meaningfulness of life and the preferred values in the lives of terminally ill patients, is to gain as much knowledge as possible about the values that accompany patients in the last stages of their lives and play a role in communication and decision-making. For our research, we evaluated 116 patients, of whom 17 we were able to administer the entire battery. We investigated whether there is a relationship between the level of life satisfaction and the perceived meaning of life. We used Pearson's correlation to determine the relationship between the variables, and we found a very strong relationship ($r = -0.918$; $p < 0.001$). In terms of values, the most preferred values of our respondents include: Love (N = 17), Family (N = 17), Dignity (N = 13), Hope (N = 11), Health (N = 12). Although health chose up to twelve patients among the seven most preferred values, it was in most cases at the 4th to 6th ranks of the ranking of selected values. Regarding the dimensions that included connotational associations of patients, five associations fell under the biological dimension, six under the psychic dimension and 1 under the noetic dimension. It turned out to be very interesting that the connotative understanding of the dignity of terminally ill patients corresponds to the basic ideas of hospice care, such as honest health information, fair treatment of patients, respect for the uniqueness of each patient and expressions of humanity.

Keywords: values, perceived meaningfulness of life, quality of life, palliative care

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):15-20

úvod

Otázku o zmysle svojej existencie a zmysle života si človek kladie už od nepamäti, prakticky vo všetkých životných etapách. Nad zmysluplnosou života sa mozeme pozastaviť od nepatrneho okamihu umeleckého zazitku pri výtvarnom veldiele, cez hľadanie odpovede na to, kým sme, až po hraničné životné situácie. Práve v okamihu, keď sa človek blíži k samotnej hranici bytia a nebytia, pátra po otázke zmyslu najviac. Príkladom mozu byť ľudia, ktorí sú nevyliciteľne chorí. Práve ľudia, ktorí sa ocitli v situácii, ktorá sa nedá nijakým spôsobom zvratiť, si otázku o zmysle svojho života kladú

s mimoriadnou nalievavosou. Cieľom nasej práce bolo preskumat hodnoty a prežívanie zmysluplnosti života u 17 pacientov v terminálnom štádiu choroby umiestnených do hospicovej starostlivosti Hospicu Milosrdných sestier v Trenčíne. V práci kladieme dôraz na noetický prístup k otázke hodnôt, ktorý nadväzuje na axiologicku koncepciu V. E. Frankla, predstaviteľa III. viedenského smeru a tvorcu logoterapie. Táto koncepcia sa zakladá na vnímaní významu sféry hodnôt pre existenciu a realizáciu zmyslu života.

Keďže lovek je bio-psycho-sociálno-spirituálne bytie, je dôležité skumat faktory, ktoré signifikantne vplývajú na

jeho kvalitu života, zvlasť v prípadoch, keď zomierajúci človek nemoze zostať vo svojom prirodzenom domácom prostredí (1), pričom jedným z častých dôvodov je, že na Slovensku nejestvuje rýchla a efektívna finančná pomoc pre členov domácnosti, ktorí by sa chceli postarať o zomierajúceho príbuzného alebo blízkeho človeka. Relatívna chudoba slovenských domácnosti nedovoľuje ich členom opustiť prácu a platená dovolenka vyčlenená na starostlivosť o zomierajúceho príbuzného neexistuje (2).

Hodnoty

Hodnoty sú jedným z najdôležitejších komponentov psychického vývinu,

duševného zdravia i duševnej zrelosti. Zohrávajú dôležitú úlohu pri rozvoji a organizovaní štruktúry osobnosti a odrážajú motivačnú štruktúru. **Preferencia hodnôt a ich uskutočňovanie môžu byť rozhodujúce pre dosahovanie šťastia, ale takisto aj príčinou konfliktov a krízových stavov.** Hodnoty, ktoré jednotlivcov uznáva, a ktoré ho motivujú sú hierarchicky usporiadané a tvoria hodnotový systém. Formovanie hodnotového systému závisí od samotného jednotlivca, od spoločenských, kultúrnych, sociálnych a výchovných vplyvov (3).

Predstavitelia existenciálnej analýzy a logoterapie považujú hodnoty za jednu z najdôležitejších kategórií v súvislosti s psychickým vývinom, duševným zdravím i vyzrievaním jednotlivca (4). Vnášajú do problematiky hodnôt viaceré nové pohľady. V prvom rade uvádzajú, že je úplne neodôvodnené hovoriť o jednotlivcovi ako o telesno-duševnom celku. Duša a telo vytvárajú len biopsychickú dimenziu, ktorá je síce východisková, ale nie je sformovaným prejavom základných procesov činnosti človeka. Predstavitelia preto vychádzajú z **trojdimenzionálneho modelu osobnosti (telesno-duševno-duchovná jednota), pretože iba noetická (duchovná) dimenzia dáva ľudskej existencii osobitnú formu a s noetickým rozmerom osobnosti sú úzko späté hodnoty.** V nej sa prejavujú charakteristické zdroje svojej dynamiky a poukazujú na základy ľudskej slobody, zodpovednosti, angažovania sa vo svete hodnôt, skúsenosti zmyslu a iných kvalít, ktoré charakterizujú existenciu osoby (5, 6). Ďalej zistili, že vnútorná hodnotová orientácia človeka rozhodujúcou mierou súvisí s jeho duševným zdravím. Väčšia diferencovanosť a variabilnosť hodnotovej orientácie ovplyvňuje vývin osobnosti stabilným a pozitívnym smerom. Zdravá hodnotová orientácia skôr obsahuje viac približne rovnako dôležitých hodnôt, ako malý počet extrémnych hodnôt (4). Ďalším prínosom je zameriavanie sa na konotačnú stránku zvolených hodnôt (3). Takýto prístup umožňuje určiť rozdiely medzi denotačným (t.j. aké hodnoty si človek vyberá) a konotačným (obsah, ako danú hodnotu človek chápe, aký význam jej pripisuje) chápaním danej hodnoty konkrétnou osobou. Existenciálne

orientovaná psychológia hodnôt sa ani tak nesnaží o určenie behaviorálneho aspektu odpovedí na „slová-podnety“ označujúce hodnotu, ale skôr o obsah, aký človek spája so „slovom-pojmom“, ktorý je predmetom jeho uvažovania a hodnotenia a do ktorej existenciálnej dimenzie (biologickej, psychickej, noetickej) hodnota patrí. Týmto obsahom človek totiž žije, vyznačuje smer jeho existenciálneho počínania a určuje úroveň spokojnosti alebo nespokojnosti so životom, a to nielen v danej chvíli, ale aj v nadčasovom význame. V takto formulovanej koncepcii výskumu hodnôt nejde o hodnotenie „teoreticky“ cenených alebo preferovaných hodnôt, ale o prijaté, akceptované, internalizované hodnoty, teda hodnoty, ktorými jednotlivcov „žije“, v rámci ktorých sa rozvíja, ktoré realizuje a ku ktorým sa vzťahuje. Takéto hodnoty jednotlivca majú existenciálne významný charakter (6).

Pokiaľ má človek vo svojom živote nedostatok existenciálnych hodnôt, znehodnocuje sa tak jeho schopnosť duševného rastu a rozvoja, čo postupne môže viesť až k existenciálnej frustrácii alebo noogénnej neuróze (neurózy vyskytujúce sa v dôsledku pocitu bezzmyselnosti v sprievode psychických a somatických príznakov). Takéto ťažkosti súvisia najmä s nedostatkom v oblasti rozvoja aktivity noetického rozmeru osobnosti, s rezignáciou stávať sa samým sebou a hodnotovo sa naplňovať (3, 5). Hodnoty tak v logoterapeutickom chápaní predstavujú jeden z najdôležitejších komponentov psychického vývinu, duševnej zrelosti a duševného zdravia človeka. Zohrávajú dôležitú formálnu úlohu pri rozvoji osobnosti jednotlivca a podieľajú sa na organizovaní štruktúry osobnosti. **Participácia na hodnotách a skúsenosť s nimi rozširuje a prehĺbuje životnú spokojnosť človeka, reguluje jeho postoje i vzťah k úspechom a prehrám a napokon, tvorí základný pilier jeho zmyslu života** (3).

Zmysel života podľa V. E. Frankla

Frankl (5) chápe človeka ako bytosť hľadajúcu zmysel svojho života. **Vôľa k zmyslu je túžba človeka po zmysluplní existencii, vôľa vidieť, vykladať a or-**

ganizovať jednotlivé podnety ako zmysluplné celky. Zmysel je transcendentný, človek siaha sám zo seba po nejakom zmysle, je nasmerovaný na niečo, čo je viac, než je on sám. Zmysel života je spojený s pocitom žiť pre niekoho alebo pre niečo. Pritom ide o niečo jedinečné, neopakovateľné a konkrétne – jedinečnosť osoby a situácie vytvára jedinečnú úlohu. Zmysel má byť hľadaný, v živote človeka nejde o dodanie zmyslu zvonka. Pri tomto hľadaní vedie človeka svedomie, otázku zmyslu však kladie život, nie človek. O zmysluplnosti života môžu rozhodnúť aj vrcholné životné body, aj jediný okamih môže dať spätne zmysel celému životu. Človek má navyše schopnosť nachádzať zmysel nielen v tom, čo je a bolo, ale aj v tom, čo byť môže. Ďalšou dôležitou charakteristikou Franklovho poňatia zmyslu je názor, že život nikdy nemôže byť bez zmyslu. **Za všetkých podmienok a okolností, aj v najťažších situáciách je možné vidieť úlohu, ktorú má človek splniť.** Neexistuje žiadna situácia, ktorá by v sebe nezahrňala nejaký možný zmysel. Zmysel života je možné naplniť realizáciou hodnôt, ktoré boli podľa Franklovej koncepcie tvorivé, zážitkové a postojové. Práve postojové hodnoty, označované ako najvyššie, vyjadrujú postoj človeka k utrpeniu a k osudu, ktorý sa nedá zmeniť (5).

Podľa Franklovej žiačky Lukasovej, vychádza Franklova teória zmyslu zo sebatranscendencie človeka. To znamená, že človek nie je do seba uzatvorenou entitou, ktorej cieľom by bolo udržiavať len seba samého. Naopak, človek je podľa tejto teórie svetu otvorená bytosť, ktorá má prirodzenú tendenciu smerovať k nejakému vonkajšiemu cieľu a uskutočňovať nejakú úlohu mimo seba. Tento cieľ alebo úloha, ktorá sa nachádza mimo človeka dáva ľudskému životu zmysel. Inak povedané, človek potrebuje zmysel, kvôli ktorému prekračuje samého seba. Ak sa podarí človeku oslobodiť sa od egocentrického myslenia a konania a venovať svoje úsilie hodnotám, ktoré ho presahujú, získava pokoj a napätie sa vytráca. Nezáleží na tom, ak nebude mať vždy úspech, ak nebude vždy šťastný a nedostane sa mu vďaka, pretože bude naplňovať úlohu, ktorú si sám zvolil a bude žiť zmysluplným životom. (4)

Metodika a charakteristika súboru

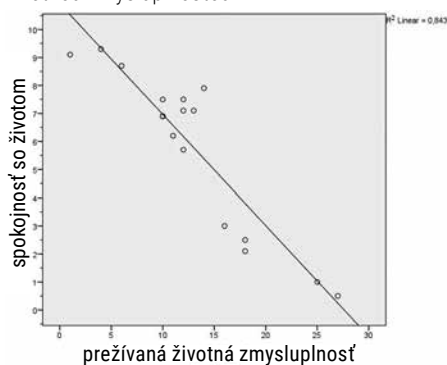
Vo výskume sme použili vlastný dotazník zisťujúci demografické údaje respondenta. Následne sme použili vizuálnu analógovú škálu celkovej miery spokojnosti so životom, ktorá tvorí časť z metodiky SEIQoL, na ktorej respondent zaznačí bod, ktorý odrzkadľuje jeho mieru spokojnosti so životom. Počiatkový bod vľavo uvádza mieru spokojnosti so životom formou „Je to také zlé, ako to len môže byť“ a bod vpravo zase „Je to také dobré, ako to len môže byť“ (7).

Ďalej sme použili Popielskeho Škálu preferencie hodnôt, ktorú tvorí 24 hodnôt, pričom 8 patrí do noetickej, 8 do psychickej a 8 do biologickej dimenzie. Ku každej hodnote má respondent napísať prvú asociáciu. Následne má vybrať 7 pre neho najdôležitejších hodnôt a zoradiť ich podľa dôležitosti.

Následne sme použili Lukasovej LOGO-Test, ktorý skúma prežívanú zmyslupnosť života. Pozostáva z troch častí, pričom prvá skúma zdroje hodnôt a zmyslu, druhá časť zisťuje prípadné prejavy existenciálnej frustrácie a tretia časť pozostáva zo životných príbehov, ku ktorým sa má respondent vyjadriť a následne uviesť aj svoj vlastný životný príbeh.

Výskum sme realizovali od augusta 2018 do novembra 2019. Spolu sme posúdili 116 pacientov. Batériu dotazníkov sme najmä z dôvodu ťažkého zdravotného stavu spojeného s neschopnosťou dokončiť celú batériu (39 pacientov) a prítomných kognitívnych porúch (31 pacientov) alebo porúch vedomia (29 pacientov) napokon kompletne administrovali 17 pacientom hospitalizovaným v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne, ktorým bola ukončená kauzálna liečba a vzhľadom na terminálne štádium ochorenia im bola nasadená liečba paliatívna. Pacienti boli vo veku od 59 do 87 rokov, pričom priemerný vek bol 74,71 rokov (SD = 8,82), z toho 9 žien vo veku 65 až 87 rokov (M = 76,67; SD = 7,05) a 8 mužov vo veku 59 až 87 rokov (M = 72,5; SD = 10,5). Štrnásť respondentov uviedlo rímsko-katolícke vierovyznanie, dvaja evanjelické a jeden respondent uviedol, že je bez vyznania. Siedmi respondenti mali uzatvorený manželský vzťah,

Obrázok 1. Regresná priamka vzťahu medzi mierou spokojnosti so životom a prežívanou životnou zmyslupnosťou



štyria boli rozvedení a šiesti ovdovelí. Respondenti boli v čase administrácie batérie orientovaní miestom, časom i osobou, na základe dotazníka SPMSQ (8) mali zachované kognitívne funkcie, reagovali a komunikovali primerane vzhľadom na potreby testovania. Pri väčšine pacientov prebehla administrácia batérie rozdelená na viaceré stretnutia a za pomoci administrátora, ktorý zapisoval odpovede respondentov pre ich zvýšenú únavu a pociťovanie slabosti.

Výsledky a diskusia

V našom výskume sme použili vizuálnu analógovú škálu, časť z metódy SEIQoL, na ktorej mal respondent zaznačiť mieru spokojnosti so svojim životom. Najnižšia zaznamenaná hodnota bola 0,5 a najvyššia 9,3 (M = 5,82; SD = 2,86). Respondenti vykazovali spokojnosť so životom v pásme medzi stredom (ten môžeme ponímať ako „Nie je to ani dobré, ani zlé“) a pravým bodom vizuálnej analógovej škály („Je to tak dobré, ako to len môže byť“), pričom platí, že čím vyššia hodnota, tým vyššia spokojnosť.

Tiež sme zisťovali, či existuje vzťah medzi mierou životnej spokojnosti a prežívanou zmyslupnosťou života. Na zistenie vzťahu medzi premennými sme použili Pearsonovu koreláciu, pričom sme zistili veľmi silný vzťah ($r = -0,918$; $p < 0,001$; Durbin-Watsonov koeficient = 2,17). Anova potvrdila, že regresný model je signifikantný a môžeme ho interpretovať ($F_{(1)} = 80,59$; $p < 0,001$). Koeficient determinácie ($r^2 = 0,84$) nám uvádza, že 84% zmien miery spokojnosti so životom sa môže vysvetliť zmenami prežívanej zmyslupnosti života. Na Obrázku 1 uvádzame regresnú priamku, pričom platí,

Tabuľka 1. Priemerné hodnoty miery spokojnosti so životom vzhľadom na úroveň prežívanej životnej zmyslupnosti

kvartil	priemer životnej spokojnosti	N	SD
Q1	9,03	3	0,31
Q2+Q3	6,98	9	0,68
Q4 (D9+D10)	1,82	5	1,04

že čím menej bodov respondent dosiahol v LOGO-teste, tým vyššiu mal prežívanú zmyslupnosť života.

V tabuľke 1 uvádzame klesajúce priemerné hodnoty miery spokojnosti so životom vzhľadom na úroveň prežívanej životnej zmyslupnosti, pričom kvartil 1 znamená dobrú existenciálnu zakotvenosť, kvartil 2+3 možnosť životnej krízy pri náročných okolnostiach a kvartil 4 značné riziko vývinu existenciálnej frustrácie.

Celkové zhoršovanie symptómov a fyziologických funkcií, vzhľadom na progres ochorenia u terminálne chorých pacientov (9), tiež významne znižuje pacientovu osobnú pohodu na konci života, vrátane kvality a spokojnosti so životom a psychologického distresu (10). Dosiahnutie optimálnej spokojnosti so životom je prvoradé pre paliatívnu starostlivosť, ktorá sa zameriava na holistickú starostlivosť (tzn. telesnú, duševnú, sociálnu a duchovnú) o umierajúceho pacienta v posledných fázach jeho života a teda, ponúka tak najlepší možný spôsob dosahovania vysokej kvality života, keďže tento fenomén pozostáva z viacerých komponentov v živote človeka (11).

Vzhľadom na fakt, že spokojnosť so životom a kvalita života významne súvisia s prežívanou zmyslupnosťou života u terminálnych pacientov, čo potvrdzuje nielen náš, ale aj iné výskumy (12, 13, 14), je nesmierne dôležité venovať pozornosť tejto problematike pri práci s terminálne chorými a zomierajúcimi pacientami, keďže intervencie zamerané na zmysel života u zomierajúcich pacientov významne zvyšujú nielen celkovú spokojnosť so životom, ale takisto podporuje aj copingové stratégie, zvyšuje toleranciu sprievodných fyzických symptómov primárneho ochorenia, zvyšuje sebaúčinnosť a optimizmus a naopak znižuje mieru beznádeje a depresiu (13). Okrem uvedeného, po-

Tabuľka 2. Počet všetkých zvolených hodnôt našich respondentov

Dimenzie	Hodnoty	Ženy	Muži	Spolu
Noetická	Múdrost	2	2	4
	Láska	9	8	17
	Vôľa	3	2	5
	Dôstojnosť	8	5	13
	Sloboda	0	3	3
	Nádej	7	4	11
	Zodpovednosť	2	1	3
	Odvaha	2	2	4
	Spolu	33	27	60
Psychická	Zdravie	7	5	12
	Postavenie	0	1	1
	Rodina	9	8	17
	Vzdelanie	0	2	2
	Dosiahnuté výsledky	1	0	1
	Cieľ	1	0	1
	Potešenie	3	1	4
	Spokojnosť	5	4	9
	Spolu	26	21	47
	Biologická	Auto	0	0
Peniaze		1	3	4
Užívanie života		0	0	0
Práca		1	2	3
Sex		0	0	0
Byt		0	0	0
Vlastníctvo		0	1	1
Úspech		2	2	4
Spolu		4	8	12

silnenie zdrojov zmyslu u nevyliciteľne chorých pacientov, môže poskytnúť rovnováhu medzi utrpením, smútkom a novými skúsenosťami, pocitmi naplnenia a uspokojenia. Takisto, posilnenie zdrojov zmyslu so sebou prináša aj uvedomenie si jednotlivca, že nie je úplne vytrhnutý z kolobehu života, ale že stále existuje zmysel a naplnenie v živote (15).

Ďalej sme zisťovali preferenciu hodnôt a ich konotačné ponímanie u našich respondentov. Halldórsson a Hamrin (16) vo svojej štúdiu prišli na to, že pacienti trpiaci rakovinou pociťujú, ako ich tento zážitok zmenil, a že redefinovali svoje ciele a roly a takisto zažili existenciálne zmeny. V tabuľke 2 uvádzame všetky zvolené hodnoty našich 17 respondentov.

Medzi najpreferovanejšie hodnoty našich respondentov patria: Láska (N = 17), Rodina (N = 17), Dôstojnosť (N = 13), Nádej (N = 11), Zdravie (N = 12).

Za zaujímavé zistenie pri skúmaní preferencie hodnôt u zomierajúcich pacientov považujeme fakt, že hodnotu Zdravie si síce zvolilo medzi sedem najpreferovanejších hodnôt až dvanásť pacientov, no tá sa umiestňovala

vo väčšine prípadov na 4. až 6. priečke rebríčka volených hodnôt. Pokiaľ ide o dimenzie, pod ktoré spadali konotačné asociácie pacientov, päť asociácií spadalo pod biologickú dimenziu (napr. „doktor“), šesť pod psychickú (napr. „základ“, „šťastie“) a 1 pod noetickú dimenziu („veľmi cenné“). Dôvodom, prečo sa hodnota Zdravie objavila v preferovaných hodnotách, ale na spodných priečkach, môže byť fakt, že hodnoty jednotlivci volia tie-ktoré hodnoty na základe dôležitosti týchto hodnôt pre jednotlivca a niektorí zas volia hodnoty, pretože pracujú na ich dosahovaní, túžia ich dosiahnuť. Potvrďuje to aj výskum, kde sa prejavila signifikantná súvislosť medzi „dosahovaním“ a „dôležitosťou“ životných hodnôt, okrem hodnoty zdravia, kde dosahovanie tejto hodnoty nekorelovalo s jej dôležitosťou pri porovnávaní nevyliciteľne chorých pacientov a pacientov s nasadenou liečbou a vysokou pravdepodobnosťou vyliečenia. Nevyliciteľne chorí pacienti neponímali dosahovanie hodnoty zdravia za tak dôležité ako pacienti, ktorí sa úspešne liečili (17). Preto aj hospicoví pa-

cienti môžu považovať hodnotu Zdravie za všeobecne dôležitú a preferovanú do svojho hodnotového rebríčka, no nie je pre nich už tak významná ako napríklad hodnota Láska alebo Rodina.

Pri hodnote Láska dominovali asociácie pacientov z noetickej dimenzie (napr. „k manželovi“, „Boh“, „k rodine“). Iba štyria respondenti uviedli asociáciu spadajúcu pod psychickú dimenziu. **Pacienti teda ponímajú hodnotu Láska ako prekračovanie samého seba a smerovanie k niekomu druhému.** Asociácie k hodnote Rodina spadali pod psychickú dimenziu v deviatich prípadoch (napr. „opora“, „vzťahy“, „starostlivosť“), pod noetickú dimenziu v siedmich prípadoch (napr. „zmysel života“, „láska“) a jeden respondent uviedol biologickú asociáciu („ľudia“). **Nevyliciteľne chorí pacienti ponímajú hodnotu Rodina psychicky, ako účelovosť a potrebu zážitkov, ale aj noeticky ako sebarealizáciu a smerovanie k niekomu.** Rodinu a napĺňanie potreby lásky môžeme teda považovať za významné hodnoty u nevyliciteľne chorých pacientov. Ebenau, van Gurp a Hasselaar (18) analyzovali 30 článkov a dospeli k ôsmim životným hodnotám preferovaným u pacientov trpiacich nevyliciteľným nádorovým ochorením, konkrétne: komfort, kontinuita, pokora, dôstojnosť, úprimnosť, optimizmus, nádej a pripravenosť. Na základe výsledkov našej práce k nim pridávame hodnotu láska a rodina, ktoré pacientom napĺňajú nie len psychické potreby, ale aj možnosť sebatranscendencie (sebapresah ľudskej existencie v zmysle prekračovania seba samého, zamerania na niečo, čo je viac než človek samotný).

Rodina, ako zdroj sociálnej opory, je významnou hodnotou a nevyhnutnou súčasťou života umierajúcich pacientov pri zvládaní tejto záťažovej situácie. Čím viac je pacient spokojnejší so sociálnou oporou od svojich príbuzných, tým vyššia je prežívaná zmysluplnosť v jeho živote (12, 19), zvyšuje sa kvalita života, celková osobná pohoda, znižuje sa miera zármutku (20) a depresia (21), zlepšuje sa prispôsobenie sa ochoreniu a coping (22). Sohail et al. (23) vo svojom výskume zistili, že sociálna opora má viaceré priaznivé účinky, ktoré pomáhajú vyrovať sa s chorobami u nevyliciteľne chorých

pacientov. Zistilo sa, že pacienti očakávajú od sociálnych vzťahov najmä emocionálnu, inštrumentálnu a informačnú podporu. Sociálna podpora je zdrojom emocionálneho uspokojenia a pomáha pri psychologickom utrpení a umožňuje pokojné umieranie. Spomedzi všetkých sociálnych zdrojov podpory bola pre pacientov najdôležitejšia podpora manželských partnerov a detí. Chan so svojimi spolupracovníkmi (24) zistili, že pocity osamelosti môžu ovplyvňovať tendenciu hlásiť bolesť a so zvyšovaním bolesti sa u pacientov zvyšovala aj miera depresie. Je zrejme, že sociálna opora má pozitívny vplyv na život a prežívanie terminálne chorých pacientov. Umierajúci pacienti majú potrebu byť obklopení svojou rodinou, čo im dodáva pocit, že sú milovaní a rodina im tak poskytuje dôvod žiť, zatiaľ čo umierajú. Preto je dôležité, aby sa v rámci paliatívnej starostlivosti venovala pozornosť na dopad psychosociálnych faktorov na kognitívno-emocionálne prežívanie pacientov, a to napríklad aj pomocou zisťovania aktuálnych hodnôt a ich konotačného ponímania zomierajúcimi pacientami.

Asociácie k hodnote Nádej sa vzťahovali buď k noetickej dimenzii v podobe konotátu „večného života“, alebo k psychickej dimenzii v podobe konotátu „sily“ a nádeji, že „bude lepšie“. Na základe protektívneho vzťahu medzi nádejou a resilienciou, je nádej a viera v budúcnosť dôležitá, najmä v najťažších chvíľach života (25). Hodnotu Dôstojnosť, ktorá je v podstate hlavnou myšlienkou hospicovej starostlivosti vo svete, ponímali dvaja naši respondenti psychicky ako „slušnosť“ a zvyšní jedenásti pacienti k hodnote Dôstojnosť uvádzali noetické asociácie ako „úprimnosť“, „život“, „ľudskosť“ a „rešpekt“. Môžeme vidieť, že konotačné chápanie dôstojnosti nevyliciteľne chorými pacientmi, korešponduje so základnými myšlienkami hospicovej starostlivosti, ako úprimné informovanie o zdravotnom stave, slušné zaobchádzanie s pacientami, rešpektovanie jedinečnosti každého pacienta a prejavovanie ľudskosti. Môžeme teda usudzovať, že pre nevyliciteľne chorých pacientov sa hodnota Dôstojnosť vyznačuje dôležitosťou v rebríčku hodnôt, no rovnako aj snahou o jej dosahovanie. **Zachovávanie**

dôstojnosti pacienta je podmienené najmä prístupom a starostlivosťou ošetrojúceho personálu, ktorého členovia by mali disponovať akceptáciou a empatiou ako procesom, v ktorom zdravotný pracovník odkladá bokom svoj vlastný spôsob prežívania a vnímania reality a dáva prednosť cíteniu a reagovaniu na prežívanie pacienta (26). V empatii nejde len o vcítenie sa, ale aj o racionálne spracovanie danej informácie klienta, aby sme mu dokázali pomôcť, byť s ním s jeho ťažkosťami. Toto je základný rozdiel medzi empatiou a súcitom. Pri súcite totiž nastáva len vnorenie sa do problému, ale už nie vynorenie sa do kognitívnych súvislostí, ako je tomu pri empatii.

Rovnako je nevyhnutné, aby zdravotnícki pracovníci dbali na to, aby pri svojej práci a ošetrovateľských postupoch pristupovali ku každému pacientovi s úctou, rešpektom a zachovávaním jeho jedinečnosti. Je potrebné identifikovať akékoľvek negatívne, najčastejšie ageistické postoje, pretože zdravotnícki pracovníci sú obzvlášť citliví na diskriminačné stereotypy voči starším, keďže prichádzajú častejšie do kontaktu so staršími ľuďmi, ktorí sú chorí a nemožní. Takéto postoje výrazne ovplyvňujú zachovávanie dôstojnosti nevyliciteľne chorých pacientov a ich identifikácia predstavuje prvý krok k pochopeniu mnohých aspektov v interakcii medzi zdravotníckymi pracovníkmi a seniormi (27). Pacienti, ktorí pociťovali, že ich dôstojnosť bola narušená, uvádzali viac túžbu po smrti a stratu vôle žiť než tí pacienti, ktorých pocit dôstojnosti ostal zachovaný. Strata dôstojnosti je jeden z najbežnejších dôvodov, prečo pacienti v niektorých krajinách vyhľadávajú eutanáziu. Zachovávanie dôstojnosti je preto nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o umierajúcich pacientov (28).

Záver

Cieľom skúmania prežívanej zmysluplnosti života a preferovaných hodnôt v životoch nevyliciteľne chorých pacientov je, aby sme získali čo najviac vedomostí o hodnotách, ktoré sprevádzajú pacientov v posledných fázach ich života a zohrávajú rolu v komunikácii a rozhodovaní. Tieto hodnoty totiž poskytujú zmysel pre život narušený choro-

bou. Pacienti trpiaci rakovinou pociťujú, ako ich tento zážitok zmenil, redefinujú svoje ciele a roly a zažívajú existenciálne zmeny. Aj preto považujeme za dôležité zisťovať aktuálne preferované hodnoty pacientov a nespoliehať sa len na tie, ktoré sa nachádzali v rebríčku hodnôt pred ich závažným ochorením. Okrem toho sme v našom výskume potvrdili aj to, že spokojnosť so životom a kvalita života významne súvisia s prežívanou zmysluplnosťou zomierajúcich a chceme poukázať na nevyhnutnosť využívania logoterapeutických intervencií, na základe ktorých vieme dosiahnuť zvýšenie kvality života pacienta vo všetkých jeho dimenziách a eliminovanie depresívnych symptómov, demoralizácie, prípadne pocitov beznádeje.

Podakovanie

Autori článku by sa na tomto mieste chceli poďakovať vedeniu Hospicu Milosrdných sestier v Trenčíne, ktoré nám umožnilo realizovať zber dát u nevyliciteľne chorých pacientov v terminálnom štádiu ochorenia hospitalizovaných v Hospici a projektu VEGA č. 1/0305/18 za finančnú podporu na realizáciu výskumu.

Článok bol vypracovaný ako súčasť projektu VEGA č. 1/0305/18

Konflikt záujmov – nie sme si vedomí žiadneho konfliktu záujmov týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Literatúra

1. Dvořáčková D, Mojžíšová A. Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. *Kontakt*. 2019;21(1):93-97.
2. Križanová K, Škripeková A. Paliatívna medicína a starostlivosť na Slovensku. *Paliat. med. liec. boles.* 2015;8(2e):e48-e49.
3. Klčovanská E. Hodnoty a ich význam v psychológii. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis; 2005.
4. Lukasová E. Logoterapie ve výchově. Praha: Portál; 1997.
5. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno: Cesta; 1995.
6. Popielski K. Noetický rozmer osobnosti. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis; 2005.
7. Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál; 2001.
8. Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-441.
9. Reese JB, Blackford A, Sussman J, Okuyama T, Akechi T, Bainbridge D, et al. Cancer Patients' Function, Symptoms and Supportive Care Needs: A Latent Class Analysis Across Cultures. *Qual Life Res.* 2015;24(1):135-146.
10. Astrup GL, Hofsvø K, Bjordal K, Guren MG, Vistad I, Cooper BA, et al. Patient factors and quality of life outcomes differ among four subgroups of oncology patients based on symptom occurrence. *Acta Oncol.* 2017;56(3):1-9.

11. Rummans TA, Bostwick JM, Clark MM. Maintaining Quality of Life at the End of Life. *Mayo Clin Proc.* 2000;75(12):1305-1310.
12. Dobříková P, Pčolková D, Alturabi LK, West DJ. The Effect of Social Support and Meaning of Life on the Quality-of-Life Care for Terminally Ill Patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2015;32(7):767-71.
13. Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Rodriguez-Prat A, Porta-Sales J, Balaguer A. Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliat Med.* 2017;31(9):798-813.
14. Wen FH, Chen JS, Chou WC, Hsieh CH, Chang WC, Shen W, et al. Quality of life and psychological distress are differentially associated with distinct symptom functional states in terminally ill cancer patients' last year of life. *Psycho-Oncology.* 2018;27(9):2111-2118.
15. Alon S. Researching the meaning of life: finding new sources of hope. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11(1):75-78.
16. Halldórsdóttir S, Hamrin E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nurs.* 1996;19(1):29-36.
17. Nordin K, Wasteson E, Hoffman K, Glimelius B, Sjöden PO. Discrepancies between attainment and importance of life values and anxiety and depression in gastrointestinal cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology.* 2001;10(6):479-489.
18. Ebenau A, Van Gorp J, Hasselaar J. Life values of elderly people suffering from incurable cancer: A literature review. *Patient Educ Couns.* 2017;100(10):1778-1786.
19. Dobříková P, Macková J, Pavelek L, Miller A, West jr. DJ. The effect of social and existential aspects during end of life care. *Nurs and Palliat Care.* 2016;1(3):47-51.
20. Trevino KM, Fasciano K, Block S, Prigerson HG. Correlates of social support in young adults with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2013;21(2):421-429.
21. Sergin C, Badger TA, Figueredo AJ. Stage of disease progression moderates the association between social support and depression in prostate cancer survivors. *J Psychosoc Oncol.* 2011;29(5):552-560.
22. Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2011;27(3):1-14.
23. Sohail MM, Yasin MG, Ahmad S. A phenomenological account of social sources, coping effects and relational role of social support in nursing among chronic patients with hepatitis. *J Res Nurs.* 2018;23(1):23-39.
24. Chan WCH, Kwan CW, Chi I, Chong AML. The Impact of Loneliness on the Relationship between Depression and Pain of Hong Kong Chinese Terminally Ill Patients. *J Palliat Med.* 2014;17(5):527-532.
25. Punová M, Navrátil P. Resilience in Life and Work of Viktor Emanuel Frankl. *Acta FF ZČU.* 2013;2013(2):173-188.
26. Mydlíková E, Gabura, J, Schavel, M. Sociálne poradenstvo. Bratislava: ASSP; 2002.
27. Kabátová O, Botíková A, Uríčková A, Slaný J. Difference in the level of ageist attitudes of nurses and nursing students. *Kontakt.* 2015;17(3):138-141.
28. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet.* 2002;360(9350):2026-2031.

Mgr. Diana Horniaková

Hospic Milosrdných sestier,
Súvoz 739, 911 01 Trenčín
diana.horniakova@gmail.com