

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**Profil klienta Dobrovolnického programu  
Amelie, o. s.**

**Client Profile of Amelie' Volunteer  
Programme**



MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: **Veronika Koutná**  
Vedoucí práce : **PhDr. Marie Nosálková**

OLOMOUC  
2012

## Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Profil klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s.“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25.března 2012

.....  
Veronika Koutná

## Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Nosálkové, vedoucí diplomové práce, za cenné rady, doporučení a čas věnovaný konzultacím této práce, Bc. Šárce Ročkové, vrchní sestře Onkologické kliniky FNOL, a Bc. Monice Labudíkové, vrchní sestře Hematoonkologické kliniky FNOL, za podporu při realizaci Dobrovolnického programu Amelie, o.s. i výzkumné části mé diplomové práce.

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<b>I</b>	<b>Teoretická část</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Nemoc a psychika</b>	<b>8</b>
2.1	Pojetí nemoci . . . . .	9
2.1.1	Kognitivní pojetí nemoci . . . . .	9
2.1.2	Sociální význam nemoci . . . . .	10
2.2	Nemoc jako zátěžová situace . . . . .	11
2.2.1	Život s nemocí . . . . .	12
2.3	Hospitalizace a psychika . . . . .	14
2.4	Proces adaptace na nemoc . . . . .	16
2.4.1	Obranné mechanismy . . . . .	16
2.4.2	Copingové (zvládací) strategie . . . . .	18
2.4.3	Proměnné ve zvládnání zátěže . . . . .	20
2.4.4	Sociální opora . . . . .	20
<b>3</b>	<b>Onkologické onemocnění</b>	<b>23</b>
3.1	Možnosti léčby . . . . .	23
3.1.1	Standardní metody . . . . .	24
3.1.2	Komplementární metody . . . . .	25
3.2	Dopad onkologického onemocnění na pacienta . . . . .	26
3.2.1	Reakce na sdělení diagnózy . . . . .	26
3.2.2	Fáze onemocnění a jejich zvládnání . . . . .	26
3.2.3	Kvalita života onkologických pacientů . . . . .	28
3.3	Psychoonkologická péče . . . . .	29
3.3.1	Indikace psychoonkologické péče . . . . .	31
3.3.2	Psychoonkologická péče ve světě a u nás . . . . .	32
<b>4</b>	<b>Dobrovolnictví</b>	<b>35</b>
4.1	Vymezení dobrovolnictví . . . . .	35

4.2	Dobrovolnictví ve světě a u nás . . . . .	36
4.3	Význam dobrovolnictví . . . . .	37
4.4	Dobrovolnictví v nemocnicích . . . . .	38
4.4.1	Dobrovolnictví jako součást psychosociální péče . . . . .	39
<b>II</b>	<b>Výzkumná část</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>Úvod k výzkumnému šetření</b>	<b>42</b>
5.1	Dobrovolnický program Amelie, o.s. ve FNOL . . . . .	42
5.2	Hlavní teoretická východiska a cíle . . . . .	43
5.3	Formulace hypotéz . . . . .	45
<b>6</b>	<b>Design výzkumného projektu</b>	<b>46</b>
6.1	Popis zkoumaného souboru . . . . .	47
6.2	Aplikovaná metodika . . . . .	48
6.2.1	Evaluační dotazník . . . . .	48
6.2.2	Hornheider Screening-Instrument, Hornheidský dotazník . . . . .	49
6.2.3	Použité statistické metody . . . . .	50
<b>7</b>	<b>Výsledky práce</b>	<b>51</b>
7.1	Výsledky Hornheidského dotazníku . . . . .	51
7.2	Další výsledky . . . . .	53
7.3	K platnosti hypotéz . . . . .	57
<b>8</b>	<b>Diskuse</b>	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>Případová studie</b>	<b>63</b>
9.1	Diskuse k případové studii . . . . .	64
<b>10</b>	<b>Závěr</b>	<b>66</b>
	<b>Souhrn</b>	<b>67</b>
	<b>Literatura</b>	<b>69</b>
	<b>Abstrakt diplomové práce</b>	<b>73</b>
	<b>Abstract of thesis</b>	<b>74</b>
	<b>Seznam příloh</b>	<b>75</b>

# Kapitola 1

## Úvod

Zdraví je nejen v naší kultuře vnímáno jako jedna z nejcennějších hodnot. Nejenže umožňuje optimální fungování našeho těla, je jednou ze základních podmínek dosahování životních cílů a spokojenosti. Ačkoli jej mnohdy považujeme za samozřejmost, každý z nás se v průběhu svého života setká s nějakým zdravotním omezením, zdravotní nepohodou či konkrétní nemocí samotnou. V lepším, méně komplikovaném případě se za pár dní zotavíme a vrátíme se zpět do běžného života bez závažnějších změn.

Existují však i onemocnění, jejichž léčba vyžaduje kromě většího množství času a vynaložené energie také hospitalizaci. Tyto nemoci člověka vytrhnou z jeho běžného života, známého prostředí, kolektivu rodiny a přátel, změní jeho dosavadní role a funkce, které zastával, a vrhnou jej do relativně neznámého prostředí zdravotnického zařízení plného neznámých lidí, nutí jej přizpůsobit se určitému režimu a zvládat nové úkoly. Mezi tato závažná onemocnění patří i rakovina.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2009) bylo v České republice za rok 2009 nově ohlášeno 78 846 zhoubných novotvarů, přičemž z těchto statistik také vyplývá, že toto číslo se každým rokem neustále zvyšuje. Uvádí se také, že rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí ve všech průmyslově vyspělých zemích. Spolu s počtem nově hlášených novotvarů však také roste počet pacientů, kteří rakovinu přežijí, a nemoc se pro ně stane chronickou. V některých případech se rakovina může stát dokonce vyléčitelnou. Pacienti se proto musí naučit žít jak s rakovinou samotnou, tak se změnami, které do jejich životů přináší.

Na podporu onkologických pacientů a jejich blízkých v procesu vyrovnávání se s tímto onemocněním v průběhu léčby i následného navrácení do běžného života v České republice existují různé patientské kluby a neziskové organizace. K těmto organizacím se řadí i občanské sdružení Amelie, které zajišťuje chod dobrovolnického programu na Onkologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci, kterého se autorka této práce sama jako dobrovolník po dobu dvou let účastnila. Dobrovolnický program

pacientům poskytuje výplň dlouhé chvíle, příležitost k seznámení se s novými lidmi, naučení se něčeho nového a v neposlední řadě také způsob odreagování se od vlastních myšlenek zatížených onkologickým onemocněním, jeho léčbou a prognózou.

Cílem této práce je analyzovat profil onkologického pacienta, který v průběhu své hospitalizace vyhledává podpůrné aktivity nabízené Dobrovolnickým programem Amelie, o.s. z hlediska jeho aktuálního psychického rozpoložení a indikace pro psychoonkologickou péči, očekávání, délky hospitalizace a vybraných sociodemografických charakteristik.

Část I  
Teoretická část

# Kapitola 2

## Nemoc a psychika

Pomineme-li pro účely této práce případy, kdy se člověk s určitým onemocněním či vadou již narodí, můžeme nemoc vnímat jako změnu stavu, při které se doposud zdravý člověk stává pacientem. Přesněji vymezení vztahu zdraví a nemoci vystihuje pojetí zdravotního stavu člověka jako kontinua, na jehož krajních pólech leží zdraví a nemoc, přičemž každý člověk se vždy nachází někde mezi těmito póly. Toto tvrzení platí jak pro nemoci somatické, tak duševní. Psychologická stránka duševních poruch je zřejmá a neustále narůstá i počet prací zabývajících se vlivem psychiky na vznik nebo průběh nemoci somatické. Soudobá medicína se dnes ve shodě s biopscho-sociálně spirituálním paradigmatem humanitních oborů snaží brát v potaz i psychický stav nemocných a somatické onemocnění tak přestává být jen záležitostí těla nemocného, a ačkoli si to někteří nemocní často neradi připouštějí, působí také na psychiku. Tento vztah však není jednostranný, psychika může zpětně ovlivňovat vznik nemoci a její průběh.

V anglickém jazyce existuje mnohem širší slovní zásoba pro označení stavu, kdy je člověk nemocný nebo mu není dobře (*dis-ease, disease, ill, illness, disability, sick, sickness*). Přestože v češtině lze pro tyto výrazy najít přibližné ekvivalenty, nejčastěji používáme termín „nemoc“ pro označení všech aspektů onemocnění. Dle Křivohlavého (2002) však na nemoc můžeme nahlížet z různých pohledů a na základě zvoleného úhlu pohledu rozlišovat **chorobu** (*disease*) jakožto úhel pohledu patofyziologie, která na nemoc nahlíží jako na organický stav, jde tedy o medicínsky přesně měřitelnou kategorii, **nemoc** (*illness*) jakožto úhel pohledu daného pacienta, který sám cítí, že s ním něco není v pořádku, a **nezdravost** či nemocnost (*sickness*), což je pohled, kterým se na nemocného člověka dívá okolí. V souladu s tímto rozdělením pak můžeme nemoc posuzovat ze tří základních hledisek (Vágnerová, 2004):

1. Somatický aspekt: definovaný tělesnými příznaky onemocnění. Souhrn těchto příznaků tvoří obraz konkrétního onemocnění.
2. Psychický aspekt: daný souhrnem emočních prožitků způsobených změnami vyvolanými onemocněním, jejich kognitivním hodnocením a následným chováním



pacienta ve vztahu k nemoci. Emoční reakce bývá tím silnější, čím více nemoc zasahuje do z hlediska pacienta významných hodnot. Psychická reakce na nemoc není u konkrétního onemocnění mezi různými pacienty vždy stejná, závisí na konkrétním nemocném člověku a jeho zkušenostech. U těžkých a nevléčitelných onemocnění bývá typickou emoční reakcí strach a úzkost, u chronických chorob, které nutně nepředstavují ohrožení života ale spíše trvalou ztrátu zdraví, jde o smutek, který může přejít až v depresi, a truchlení. Nezávisle na typu onemocnění bývá zejména v počátečním období častou emocionální reakcí vztek.

3. Sociální aspekt: vyplývá z hodnocení statusu nemocného z hlediska společnosti. Závisí jak na typu daného onemocnění, tak na osobnosti a charakteristikách konkrétního pacienta.

## 2.1 Pojetí nemoci

Každý člověk si na základě svých zkušeností vytváří své vlastní představy o různých onemocněních, jejich závažnostech, možnostech léčby apod. V této kapitole se pokusíme nastínit, jakým způsobem se nemocný člověk vztahuje ke svému onemocnění, z jakých hledisek na něj nahlíží a co tato hlediska ovlivňuje.

### 2.1.1 Kognitivní pojetí nemoci

Chceme-li se dostat k psychologickým otázkám na pozadí nemoci, nemůžeme na nemoc pohlížet jen z objektivního medicínského hlediska příčin, symptomů a léčby. Dokud naše tělo funguje normálně, příliš se o jeho činnost nezajímáme. Dojde-li ale k selhání některé z jeho funkcí, zaměřujeme svou pozornost právě na tuto část. Ať už máme nějaké hlubší znalosti medicíny nebo ne, není-li nám dobře, vytváříme si svou vlastní subjektivní představu (své vlastní pojetí) nemoci s různými aspekty, která nám pomáhá lépe se ve vzniklé situaci nemoci orientovat a nalézt vhodná řešení. Tyto představy se mohou a nemusí shodovat s tím, jak zdravotní stav člověka vidí lékař, ale velmi významně ovlivňují proces léčby a ochotu pacienta s lékařem na léčbě spolupracovat. Jak již bylo zmíněno výše, nemoc může mít velmi intenzivní emoční (psychologickou) složku, která kognitivní pojetí nemoci mnohdy zkresluje. Leventhal a Nerenz (in Křivohlavý, 2002, s. 20) identifikovali pět základních dimenzí, na jejichž podkladě se utváří laický pohled na nemoc, následovně:

1. identifikace nemoci: člověk se snaží podle příznaků určit, o jakou konkrétní nemoc by mohlo jít;
2. představa příčin: snaží se hledat důvody, proč onemocnění vypuklo;
3. časová dimenze: uvažuje, jak dlouho se s danou nemocí bude pravděpodobně muset léčit;

4. následky: uvažuje o důsledcích změněného zdravotního stavu, okolnostech a průběhu léčby;
5. léčitelnost: zvažuje vážnost a akutnost daného onemocnění.

Důležitým symptomem toho, že s námi něco není v pořádku, a průvodním znakem mnoha onemocnění je **bolest**. Prožívání bolesti ovlivňuje zejména její intenzita. Citlivost k bolesti se individuálně liší a závisí na mnoha různých faktorech, jako je například pohlaví a věk. Odlišně je prožívána akutní a chronická bolest, přičemž chronická bolest zpravidla vyvolává méně silnou reakci, ale při dlouhodobém trvání může vést až ke ztrátě motivace pacienta k léčbě (Paulík, 2010).

Ukazuje se, že zjištěné příznaky nemoci interpretujeme z hlediska několika různých faktorů. Významný vliv má především předchozí zkušenost s daným příznakem, emocionální zážitek s příznakem spojený (zažijeme-li daný příznak nemoci na někom blízkém, máme výraznější představu o tom, co by mohl znamenat), očekávání a obvyklost příznaku a také hodnoty, které příznak přímo ohrožuje (velkou pozornost vzbuzují například příznaky ohrožující obličej a ruce) (Křivohlavý, 2002).

Kognitivní pojetí nemoci tedy nevychází pouze z aktuálních příznaků nemoci a jejich důsledků. Závisí i na dřívějších zkušenostech člověka, na tom, zda se s danými příznaky již setkal ať už u sebe samého, nebo u svých blízkých. Tyto zkušenosti mohou v některých případech vyvolávat strach či úzkost, v jiných případech však mohou pacienta také uklidňovat tím, že nejde o nic vážného. Zkušenosti a významy příznakům přisuzované pak ovlivňují rozhodnutí, zda vyhledat odbornou pomoc.

### 2.1.2 Sociální význam nemoci

Hranice mezi zdravím a nemocí není přesně stanovena a není neměnná, odvíjí se od aktuálního stavu poznání a od kulturních norem dané společnosti. V současnosti můžeme pozorovat trend rozvíjet seznam nemocí zařazováním některých potíží, které dříve za nemoc považovány nebyly. Názor veřejnosti na nemocného bývá ovlivňován zejména viditelnými a nápadnými změnami zevnějšku nemocného. Některé změny zevnějšku jsou dokonce i v laické společnosti spojovány s konkrétními nemocemi (např. padání vlasů a rakovina) a mohou vést ke stigmatizaci.

Dalším faktorem ovlivňujícím názor veřejnosti na nemoc bývají změny v chování nemocného. Postoje veřejnosti k nemocným a nemocem obecně jsou často zkreslovány zažitými předsudky a prostřednictvím socializace velmi významně ovlivňují i názor nemocného na jeho vlastní chorobu.

V případě somatického onemocnění přináší role nemocného nemocnému i jistá privilegia. Vágnerová (2004, s. 90) vymezuje roli nemocného základními znaky:

- Nemocný nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu a nepředpokládá se, že by si dokázal sám pomoci.

- Nemocný má jistá privilegia, je zproštěn určitých povinností, ale zároveň má stejná práva jako zdraví lidé.
- Od nemocného se očekává, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě. Pokud to nedělá, svá privilegia ztrácí.

V souvislosti s těmito privilegii pak můžeme uvažovat o tom, že nemoc na pacienta nemusí mít nutně jen negativní dopad a že pacient z ní může mít i zisk. Zisky z nemoci byly rozděleny do dvou skupin. **Primární zisk** v kontextu somatického onemocnění můžeme chápat jako úlevu od nejistoty a úzkosti plynoucí z neschopnosti interpretovat příznaky a porozumět jim. **Sekundárními zisky** z nemoci pak rozumíme ty příznivé důsledky, jakými bývá nemocnému člověku věnovaná zvýšená pozornost okolí, vyhnutí se nepříjemným povinnostem, odpočinek apod. Tyto zisky souvisí s motivací pacienta k léčbě. Negativní důsledky nemoci často převažují nad možnými zisky, přesto však v některých případech může být význam potencionálních zisků z nemoci okolím pacienta nebo zdravotnickým personálem nadhodnocován a na pacienta je pak nahlíženo s podezřením ze simulace (Vymětal, 2003).

Postoj okolí může mít vliv na průběh onemocnění zejména v situaci, kdy nemocný zvolí jako zvládání nemocí vzniklé zátěžové situace strategii zaměřenou na vyhledávání sociální opory. Sociální opora představuje jeden z možných zdrojů zvládání a podrobněji o ní bude pojednáno dále v této práci. Role nemocného mění i postavení člověka v rodině. Funkce, kterou člověk v rodině za běžných okolností zastával, často musí přebrat někdo jiný. Obdobně je tomu i s pracovní činností. Vynucená změna životního stylu rodiny může být vnímána jako přílišná zátěž. Proces vyrovnávání se rodiny se závažným onemocněním jejího člena probíhá v podobných fázích jako reakce člověka na vlastní nemoc. Moderní psychologická péče o somaticky nemocné by se proto neměla zaměřovat pouze na pacienty samotné, ale také na jejich rodinu a blízké.

## 2.2 Nemoc jako zátěžová situace

Jedním ze základních předpokladů životní spokojenosti je dosahování vytyčených životních cílů. Dosahování cílů vede k pocitu spokojenosti, zatímco překážky a neúspěchy vedou naopak k pocitu frustrace a stresu. Na nemoc je možné pohlížet jako na stav, který nemocnému brání v dosahování zvolených cílů. Nemoc totiž, jak píše Křivohlavý (2002, s. 18) „je třeba chápat v podstatně širším úhlu, než její úzké definování jen jako patofyziologického jevu. Zdravotní nepohoda se týká celého člověka - nejen jeho tělesné stránky, ale i jeho psychické (duševní) stránky, jeho sociálního života i jeho duchovní stránky - zaměření a tím i smysluplnosti jeho života (sledování cílů, které si daný člověk postavil, a plnění úkolů, které na sebe vzal)“.

### 2.2.1 Život s nemocí

Život s nemocí má počátky už před jejím diagnostikováním v době, kdy si člověk teprve začíná uvědomovat své obtíže a rozhoduje se, zda vyhledat lékaře. Diagnostikováním konkrétního onemocnění pacientovo pojetí nemoci získává specifický rámec možností, na jejichž základě pacient volí určitý způsob zvládnání. Může se například se svou nemocí rozhodnout aktivně bojovat a spolupracovat s lékaři, nebo před ní „zavírá oči“ a vyhýbá se řešení své situace. Obecně však nelze jednoznačně říci, která z dvou uvedených krajních možností je pro pacienta přínosnější. Za určitých okolností může být pro pacienta přínosné aktivní čelení nemoci, v jiném případě může pomoci úniková strategie (Křivohlavý, 2002).

Prvním krokem k zahájení aktivního boje s nemocí je uvědomění si změn ve zdravotním stavu. Toto uvědomění v pacientovi vzbuzuje nejistotu, kterou alespoň částečně zmírní diagnostikování konkrétní nemoci lékařem. Ačkoli se představy ideálního průběhu sdělení diagnózy mohou u různých autorů lišit, panuje obecné přesvědčení, že pro blaho pacienta je lepší, dozví-li se krutou, avšak pravdivou diagnózu. Sdělení diagnózy tak ukončí období nejistoty, ale nenavrátil pacienta do původního stavu psychické pohody. Proces adaptace a vyrovnávání se s diagnózou závažného onemocnění popsala Elisabeth Kübler-Rossová (1992). Rozčlenila jej do pěti základních fází:

- Šok, popření: citová zmatenost, ochromení jednání, neschopnost uvěřit sdělenému až iracionalita. Tato dočasná obranná reakce organismu je často doprovázena projevy typu „Cítím se dobře.“, „To se mi nemohlo stát.“ apod. Na konci této fáze dochází k uvědomění si situace.
- Fáze zloby a hněvu: po uvědomění si vlastní situace nastupuje směsice negativních pocitů jako je bolest, žal, úzkost, vina, zklamání a selhání projevujících se například výroky typu „Jak se mi to mohlo stát?“, „Proč zrovna já?“. V této fázi také může docházet ke hledání viníka, který je za vzniklou situaci zodpovědný.
- Fáze smlouvání: projevuje se snaha nějakým způsobem odložit nebo oddálit důsledky sdělení, případně i smrt, až za určitý důležitý mezník: „Udělám vše pro to, abych mohl/a vidět svatbu svých dětí.“ apod.
- Fáze deprese: člověk si uvědomí nevyhnutelnost důsledků sdělení, propadá depresi, často pláče a odmítá jakýkoli kontakt. Deprese se může projevovat slovy jako „Už nemá cenu cokoli dělat, stejně umřu.“
- Fáze akceptace: zklidnění, smíření, porozumění situaci, realistické zhodnocení, nalezení řešení a vyhledávání pomoci: „Bude to v pořádku, budu s nemocí bojovat.“

Elisabeth Kübler-Rossová tyto fáze původně identifikovala při pozorování terminálně nemocných pacientů, později však byly rozšířeny na proces vyrovnávání se s téměř jakoukoli zátěžovou situací. Průběh těchto fází a doba jejich trvání je individuální a ne všichni nutně dospějí až do poslední fáze akceptace. V případě chronického onemocnění pak může v důsledku postupného stanovování diagnózy, případně zhoršování stavu docházet k vracení se do jednotlivých etap.

Nejvýznamnější vliv na život pacienta však mnohdy mívá až samotný proces léčby. V závislosti na konkrétním typu a závažnosti onemocnění může léčba probíhat v domácím prostředí nebo v nemocnici. Obě varianty představují změnu v zaběhlém životním stylu a ve většině případů také omezení dříve vykonávaných aktivit. V případě nutnosti hospitalizace však dochází ke změnám mnohem početnějším. Vliv hospitalizace na psychiku pacienta je popsán v následující kapitole.

V situaci nemoci mohou určité aspekty života, případně tělesné, psychické a sociální potřeby člověka na významu nabývat a jiné naopak ztrácet. Hlavními faktory ovlivňujícími psychický stav pacienta a jeho kvalitu života v situaci vážné nemoci jsou zejména (Vymětal, 2003, s. 199-200):

- Stav psychické a fyzické pohody: v protikladu k depresi, bolesti apod.
- Úroveň sebeobsluhy: v protikladu k závislosti na druhých.
- Pohyblivost pacienta: v protikladu k pacientovi upoutanému na lůžko.
- Sociální zapojení pacienta, frekvence návštěv, kontakty s ostatními pacienty: v protikladu k izolovanému pacientovi. Důležitá je také akceptace a pomoc ze strany nejbližších osob.
- Spoluúčast pacienta na rozhodování a vytváření „vlastního osudu“: v protikladu k pasivnímu pacientovi bez vlastní vůle.
- Pacientovo hodnocení a prožívání vlastního života jako smysluplného a žádoucího: v protikladu k pocitům marnosti a zbytečnosti.

Na prvním místě jde tedy o aktuální zdravotní stav, míru soběstačnosti, případně závislosti na pomoci druhých lidí a podporou blízkých osob. Další významnou proměnnou vstupující do hry zejména v situaci dlouhodobé a chronické nemoci je také ekonomické zázemí pacienta. Prevence, terapie i rehabilitace nemocí se může lišit v závislosti na finanční situaci pacientů a jejich rodin. Finanční náklady v souvislosti se stavem nemoci se týkají jak přímých výdajů za léky, zdravotní služby a pomůcky, tak nákladů spojených s neschopností nemocného člověka účastnit se pracovního procesu (Vymětal, 2003).

Absolvováním léčby však vliv nemoci na život člověka nekončí. Byla-li léčba úspěšná, člověk má snahu vrátit se do svého navyklého způsobu života. Ten však

v důsledku jeho onemocnění a procesu léčby mohl doznat mnoha změn, se kterými se člověk musí vyrovnat. Fungování rodiny zasažené vážnou nemocí některého z členů není stejné, jako před nemocí. Stejně tak vztahy mezi jednotlivými členy. Návrat do práce po dlouhodobé absenci může být spojen se zvýšenou mírou zátěže a stresu.

Nejzásadnějších změn však život člověka doznává, není-li léčba nemoci úspěšná nebo nese-li s sebou následky. S rozvojem medicíny se čím dál větší počet onemocnění stává léčitelných, avšak ne zcela vyléčitelných. Tak jako jsou chronická samotná onemocnění, může se chronickou stát i zátěž s nimi spojená.

## 2.3 Hospitalizace a psychika

Dostává-li se pacient z rukou svého praktického lékaře do nemocničního prostředí, je to pro něj známkou, že jeho onemocnění je vážnější než předpokládal. S nástupem do nemocnice přichází do života pacienta celá řada zásadních změn, se kterými se musí nějakým způsobem vyrovnat. Významný vliv na schopnost pacienta adaptovat se v nemocničním prostředí má už jen prostý fakt, že do nemocnice se lidé ve většině případů nedostávají sami a dobrovolně z vlastního rozhodnutí. Jsou tam odesláni příslušným praktickým lékařem nebo ambulantním specialistou. Jen 2 % pacientů se do nemocnice dostávají přímo (např. po autohavárii nebo jiných nehodách), zbylých 98 % pacientů je do nemocnice odesláno lékařem (Křivohlavý, 2002).

K praktickému lékaři chodíme často sami ze své vůle, když usoudíme, že s námi a s našim tělem je něco v nepořádku a chceme s tím něco dělat. Hospitalizace zásadním způsobem mění rozdělení odpovědnosti za proces léčby. Pokud se po rozpoznání prvotních symptomů rozhodneme lékaře nevyhledat a náš zdravotní stav se v důsledku toho zhorší, spíláme jen sami sobě. Pokud se však svěříme do rukou lékařů, obzvláště pak těm v nemocnici, předpokládáme, že případné zhoršení našeho zdravotního stavu navzdory dodržování lékařských doporučení je jejich pochybením.

V případě hospitalizace dochází k výrazné změně v navyklém způsobu života pacienta. Zdravý člověk obecně je sám hlavním aktérem svého života, na druhých lidech není příliš závislý, provádí činnosti, které ovládá, což mu dodává sebevědomí, pohybuje se v sociální síti své rodiny, přátel a známých, v domácím prostředí, které dobře zná, věnuje se svým zájmům, v jeho životě převládají relativně kladné emoce, má určitou míru jistoty a naděje do budoucnosti a žije v široké časové dimenzi minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Nemocný člověk, hospitalizovaný pacient, je oproti tomu často pasivním příjemcem péče zdravotnického personálu, namísto toho, co by chtěl dělat on sám, musí dělat to, co mu určují jiní, je více závislý na druhých lidech, často musí provádět činnosti, na které není zvyklý a které neumí, což snižuje jeho sebevědomí, stýká se pouze s úzkým okruhem svých blízkých a naopak s poměrně velkým počtem pro něj cizích lidí, je uzavřen v neznámém prostředí, jeho okruh zájmů se zužuje s ohledem na jeho zdravotní stav, v emociálním prožívání se objevuje více

negativních pocitů (strach, obavy, bolest, nejistota, apod.), jeho kontakt s minulostí je omezen a jeho budoucnost je nejistá, proto žije převážně jen v přítomnosti (Křivohlavý, 2002).

Významným psychologickým aspektem hospitalizace je sociální izolace. Pacient je vytržen z rodinného zázemí, kruhu nejbližších a přátel a jeho kontakt s okolím je možný pouze prostřednictvím návštěv. V některých případech, kdy je pacient hospitalizován v nemocnici příliš vzdálené od místa bydliště, přitom není v možnostech rodiny a přátel tyto návštěvy udržovat v pravidelné a vysoké frekvenci. Kontakt s ostatními je tak omezen pouze na kontakt se členy zdravotnického personálu a spolupacienty.

Celková neznámost nemocničního prostředí spolu se sdílením pokoje s ostatními pacienty, cizími lidmi a narušením navykklého denního režimu často vede k potížím se spánkem. Cyklus spánku a bdění je narušen „pospáváním“ v průběhu dne a nízkou mírou únavy ve večerních (nočních) hodinách. Narušení režimu spánku a bdění přispívá i časně buzení zdravotnickým personálem. Sníženou kvalitu spánku ve studii 397 hospitalizovaných pacientů udávalo až 45 % respondentů, přičemž jako hlavní důvody byly uváděny obavy z onemocnění, diskomfort spojený s nemocí a hluk způsobovaný zdravotnickým personálem (Lei et al., 2008).

Asistování zdravotnického personálu při vykonávání některých základních hygienických návyků a nošení nemocničního oděvu, který v běžném životě není určen ke kontaktu s cizími lidmi, může vést ke sníženému sebehodnocení a sebeúctě pacienta. Nedostatek podnětů v době mimo léčebné procedury otevírá prostor pro zabývání se myšlenkami na nemoc a propadání do deprese. V současné době přetrvávající ekonomické krize na jedné straně a zpoplatnění pobytu v nemocnici na straně druhé nabývá na významu i ekonomická stránka a obavy pacientů o vlastní i rodinné finanční zajištění. Všechny tyto aspekty se mohou promítat do celkové spokojenosti, aktuálního psychického stavu a potažmo i do kvality života pacienta. V souvislosti s negativním vlivem dlouhodobého pobytu v nemocnici se může rozvíjet tzv. syndrom hospitalismu.

Přes všechny zmiňované negativní důsledky však hospitalizace v některých případech zůstává základní podmínkou léčby a negativa s ní spojená vyváží fakt bezprostřední blízkosti odborné péče. Moderně vybavená nemocnice s kvalitním týmem lékařů, zdravotníků a zástupců nelekářských odborníků zajišťujících potřeby pacientů v kontextu bio-psycho-sociálně spirituálního paradigmatu humantních věd má potenciál řadu z uvedených negativních psychologických důsledků hospitalizace zmírnit či úplně odstranit.

## 2.4 Proces adaptace na nemoc

V následujících kapitolách budeme o nemoci pojednávat jako o zátěžové (stresové) situaci a zaměříme se na způsoby, které se uplatňují při adaptaci na nemoc. Pojmy stresu a zátěže bývají někdy chápány jako synonyma označující situace, které vyvolávají v jedinci pocit ohrožení. Jiní autoři ale tyto pojmy vnímají odlišně jakožto pojmy označující ohrožení různé intenzity. Stresem rozumí vysokou míru ohrožení a zátěž pak definují situacemi se střední a nízkou mírou ohrožení (Baumgartner, 2001).

V soudobé psychologii existuje několik možných pojetí stresu a v souvislosti s tím i copingu. K nejznámějším patří teorie stresu Waltera B. Cannona, který popsal reakci organismu dnes známou jako „boj nebo útek“, koncept obecného adaptačního syndromu, jehož autorem je Hans Selye, teorie stresu jakožto zátěžových životních událostí autorů Holmesa a Raheho a v neposlední řadě teorie Richarda Lazaruse a Susan Folkmanové zavádějící do pojetí stresu kognitivní hodnocení situace. Zájemce o bližší studium této problematiky odkazujeme na literaturu uvedených autorů.

Mechanismy, které se uplatňují při procesu adaptace na nemoc, můžeme rozdělit do dvou základních kategorií na reakce obranné a reakce zvládací. Kromě společných vlastností obou kategorií, mezi které patří například ovlivňování emocí, snižování stresu a rozvoj s narůstajícím věkem jedince, můžeme ve shodě s Marešem a Čápem (in Paulík, 2010, s. 78) vymezit i jejich zásadní rozdíly (viz Tabulka 2.1).

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsychicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je neuvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předcházejí zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

Tabulka 2.1: Obranné a zvládací reakce (zdroj: Paulík, 2010, s. 78)

### 2.4.1 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou většinou neuvědomované způsoby chování, kterými se jedinec snaží zabránit úzkosti plynoucí z obav o ohrožení jeho sebepojetí. Smyslem obranných mechanismů je uchránit ego od záplavy negativních pocitů plynoucích



z možnosti negativního posuzování činů jedince okolím. V některých situacích může být použití obranných reakcí adaptivní a funkční, ve většině případů se však jedná o neplnohodnotné a nefunkční snahy o zvládnutí situace. Podrobně se jimi ve svých pracích zabýval Sigmund Freud, který popsal deset základních obranných mechanismů, a jeho dcera Anna Freudová, která k nim přidala ještě další. Jednotlivé mechanismy se liší mírou zkreslení reality a projevy v chování.

Mezi nejznámější a nejlépe popsané obranné mechanismy patří popření, potlačení a vytěsnění, racionalizace, regrese, sublimace, identifikace, projekce a další (Vágnerová, 2004). Kompletní seznam všech obranných mechanismů včetně jejich popisů není v rozsahu této práce. Pro její účely uvedeme jen přehled základních mechanismů tak, jak jej ve svém díle „Koncept obranných mechanismů v soudobé psychologii“ uvedl Paul Kline (in Plháková, 2007, s. 438, viz Tabulka 2.2).

Mechanismus	Charakteristika
Regrese	Návrat z vyššího na nižší vývojový stupeň
Represe	Udržování nepříjemných obsahů mimo vědomí
Reaktivní výtvor	Vytvoření protikladného postoje k nepříjemnému obsahu
Izolace	Vytržení vzpomínek na určité zážitky z asociativních vztahů
Odčinění	Snaha o odčinění pocitů viny pílí, pořádností, činností apod.
Projekce	Subjektivně nepříjemné psychické obsahy, nejčastěji sexuální nebo agresivní povahy, jedinec přisuzuje někomu jinému
Introjekce	Opak projekce; mechanismus, kterým si člověk přisvojuje vlastnosti a chování někoho jiného
Obrácení v opak nebo proti sobě	Například změna lásky na nenávist
Sublimace	Vzdání se sexuálních pudů ve prospěch jiných kulturně a sociálně hodnotných
Přemístění pudových cílů	Původní předmět tužeb je nahrazen jiným

Tabulka 2.2: Přehled obranných mechanismů (zdroj: Plháková, 2007, s. 438)

Na dílo Anny Freudové navázal americký psychoanalytik George Vaillant, který na základě svých výzkumů stanovil osmnáct obranných mechanismů a rozlišil obrany **zralé** a **nezralé**. Mezi zralé obrany, které jsou vědomé a promyšlené, podle něj patří například odreagování formou pozitivně zaměřených aktivit či humoru. Mezi nezralé a nezdravé obranné mechanismy pak řadí obrany neurotické, psychotické a obrany

vycházející z poruch osobnosti. Ve své typologii obran rozlišuje celkem čtyři skupiny (in Plháková, 2007, s. 440-442):

- Psychotické obrany: jde o primitivní, patologické obrany, které jsou považovány za zralé pouze u dětí do pěti let. Zvládání úzkosti pomocí obran tohoto typu probíhá jen za cenu subjektivního zkreslení vnější reality. Mezi tento typ obran patří bludná projekce a psychotické popření.
- Obrany u poruch osobnosti: obrany běžné a adaptivní u dětí od tří do patnácti let věku, v dospělosti však vedou k problematickým projevům chování. Do této skupiny Vaillant řadí projekci, hypochondrii, pasivně agresivní chování a agování.
- Neurotické obrany: obrany běžné od tří let až do vysokého stáří zejména v situacích akutní zátěže. Patří sem represe, přemístění a intelektualizace.
- Zralé obrany: u všech zdravých osob od dvanácti let, pomáhají integrovat podněty z vnějšího světa. Jedná se o altruismus, humor, potlačení, anticipaci a sublimaci.

## 2.4.2 Copingové (zvládací) strategie

Copingovými strategiemi se rozumí různé formy zvládání zátěže, které jedinec volí na základě kognitivního hodnocení situace. Koncept zvládání je ve srovnání s konceptem obranných mechanismů mnohem mladšího data. Vlna zájmu o tuto problematiku se rozpoutala zejména v šedesátých letech minulého století. V historii zkoumání tohoto fenoménu můžeme rozlišit dva různé teoretické přístupy. Dispoziční přístup vychází z psychoanalytických modelů a předpokládá relativně stabilní dispozice jedince reagovat na zátěž určitým způsobem. Kontextuální (situační) přístup oproti tomu vychází z konceptu kognitivního hodnocení situace, které je vnímáno jako pojítka dané situace s konkrétní osobností (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996).

Výsledky výzkumů přitom naznačují, že zvládací reakce jsou spíše než osobnostními charakteristikami určovány situačními faktory, jejichž hodnocení probíhá na základě kognitivního hodnocení definovaného Lazarusem. Někteří autoři od sebe zvládání a obranu důsledně odlišují, jiní obranu chápou jako jednu ze zvláštních forem zvládání (Tschuschke, 2004).

Lazarus (in Křivohlavý, 2002) zvládání (coping) definuje následovně: „*zvládáním se rozumí proces řízení vnitřních a vnějších faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje*“. Coping je aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. Takto vnímaný coping není jen pouhou adaptací, která se při zvládání běžné zátěže často uplatňuje také. Coping představuje zvládání náročných stresových situací, které k úspěšnému překonání vyžadují zvýšené úsilí. Cílem copingu je přizpůsobení se nově vzniklé situaci.

Lazarus vymezil dva základní copingové styly. Dojdeme-li na základě kognitivního hodnocení situace k závěru, že je možno něco dělat, zvolíme coping zaměřený na problém (*problem-focused coping*) a snažíme se situaci aktivně čelit. Pokud při svém hodnocení situace dojdeme k závěru, že nic dělat nemůžeme, volíme coping zaměřený na emoce (*emotion-focused coping*), který se projevuje snahou o regulaci emočního doprovodu situace. K těmto dvěma typům copingu můžeme přiřadit ještě vyhýbání se zátěži (*avoidance-oriented coping*). Možných členění copingových strategií samozřejmě existuje více (Paulík, 2010).

Ukazuje se, že ačkoli v samotném kognitivním hodnocení situace se mezi muži a ženami nevyskytují výrazné rozdíly, příslušnost k určitému pohlaví je spojena se specifickými typy copingových strategií. Ženy ve srovnání s muži mnohem častěji vyhledávají sociální oporu a využívají copingové strategie zaměřené na zvládnání emocí. Muži naopak využívají více copingových strategií zaměřených na řešení problémů (Ptacek, Smith, & Dodge, 1994).

Zároveň se také ukazuje, že ženy pociťují více zátěže a běžných, méně závažných, denních stresorů než muži. Ženy vnímají jako zátěžovější ty životní události, které se týkají rodiny a zdraví, zatímco muži vnímají zátěžověji události spojené se vztahy, financemi a prací (Matud, 2004).

Předmětem této práce je především zvládnání onkologického onemocnění jakožto zátěžové situace, proto uvádíme kategorizaci copingových strategií s ohledem na tento kontext. Za účelem identifikování copingových strategií pacientů byl v roce 1996 vyvinut tzv. Ulmský manuál zvládnání (*Ulmer Coping-Manual*, UCM). Mezi jeho základní dimenze patří (Angendent et al., 2010, s.100):

- Rezignace/pasivní přijetí: mezi copingové strategie této dimenze patří například vyčkávání a aktivní vyhýbání se konfrontaci s nemocí.
- Kognitivní uspořádání/postoj: tato dimenze se může projevovat předjímáním (anticipací) průběhu nemoci, snahou zjistit příčiny onemocnění (atribucí), pozitivním přeformulováním a hledáním smyslu v nemoci.
- Odklon od nemoci: dimenze se manifestuje například v podobě vyhledávání rozptylujících aktivit, fantaziích příjemných situací a vyhýbání se nepříjemným myšlenkám na nemoc.
- Sociální kontakty: může se jednat o vyhledávání podpory u rodinných příslušníků či přátel a pomoc jiným nemocným například ve formě svépomocné skupiny.
- Ochota spolupracovat (kompliance): projevuje se jako aktivní spolupráce a ochota poslouchat lékaře, vyhledávání informací a různých možnostech terapie až pasivní spolupráci a plnění terapeutických opatření.

- **Bojové nastavení:** nabývá podoby odporu vůči doporučovaným opatřením v souvislosti s nemocí, vlastní iniciativy, optimismu a pozitivního myšlení. Ukázalo se, že právě tato dimenze je indikátorem úspěšného zvládnutí nemoci a v extrémních případech potažmo i přežití.

Z výzkumu faktorů relevantních pro zvládnání pokročilých stádií rakoviny (Thomsen, Rydahl-Hansen, & Wagner, 2010) vyplývá, že v pokročilejších fázích onkologického onemocnění je pacienty častěji využíván coping zaměřený na emoce. Autoři studie identifikovali sedm hlavních faktorů copingu pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Jsou jimi hledání smyslu (*creating meaning*), podpůrný systém, minimalizování dopadu rakoviny, tělesné a duševní funkce, kontrola, nejistota a emoce.

### 2.4.3 Proměnné ve zvládnání zátěže

Ve zvládnání zátěže existují značné interindividuální rozdíly. Zvládnání zátěže kromě výše popsaného kognitivního hodnocení situace ovlivňují také **moderátory** a **mediátory**. Tyto pojmy se v kontextu ovlivňování reakce na stres někdy používají jako synonyma, jindy, jako například v pojetí Lazaruse a Folkmanové, se důsledně odlišují.

Podle této dvojice autorů se moderátory rozumí ty proměnné, které existují nezávisle na zátěžové situaci již před jejím započítím. Jsou relativně stálé v čase a jsou těsně spojeny s individualitou každého jedince. Může se jednat například o vlastnosti osobnosti, vědomosti, dovednosti, věk, pohlaví atd. Mediátory jsou ty proměnné, které se tvoří až po vzniku zátěžové situace. Souvisí tedy přímo s konkrétní zátěží. Za hlavní mediátory tak můžeme považovat již zmiňované kognitivní hodnocení situace a míru pozornosti, kterou je jedinec ochoten vzniklé situaci a z ní vyplývající zátěži věnovat (Paulík, 2010).

Dalším významným faktorem, který ovlivňuje zvládnání zátěže konkrétním jedincem, je jeho odolnost. Mnoho odborníků se již řadu let snaží objevit podstatu individuálních rozdílů ve zvládnání zátěže. V hledání této podstaty existují různé přístupy. Některé se zaměřují na proměnné v dané zátěžové situaci, jiné je hledají v psychických vlastnostech člověka. Skutečná podstata rozdílů mezi lidmi ve zvládnání zátěže bude pravděpodobně někde na pomezí, svou roli hrají jak psychické vlastnosti či rysy člověka, tak konkrétní zátěžová situace a jejich vzájemné interakce.

Ke známým konceptům zabývajícím se odolností patří koncept **resilience**, často překládaný jako houževnatost, pružnost či schopnost rychle se vyrovnat se zátěžovou situací, dále koncept **self-efficacy** jakožto subjektivní představy vlastní schopnosti ovlivňovat (řídit) dění, koncept **sence of coherence** a **hardiness**.

### 2.4.4 Sociální opora

Významným zdrojem zvládnání zátěžových situací v kontextu této práce je sociální opora tvořená podpůrnou vztahovou sítí lidí v okolí daného člověka. Sociální oporu

můžeme definovat jako „*pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci*“ (Křivohlavý, 2001, s. 94). Tato problematika je v současné době v psychologii předmětem intenzivního zkoumání a existuje mnoho teorií jejího působení.

Baštecká (2001) uvádí nejzákladnější dělení sociální opory na strukturální a funkční. Strukturu sociální opory představuje „hustota“ vztahové sítě člověka, jeho společenskou roli, příslušnost ke skupinám, rodinný stav apod. Funkci sociální opory oproti tomu určuje kvalita těchto vztahů. Autorka dále rozlišuje mezi sociální oporou očekávanou (anticipovanou) a naplněnou, přičemž za důležitější považuje oporu očekávanou, jelikož ta v sobě nenesou nechtěnou závislost nebo potvrzení pocitu, že člověk na daný problém nestačí.

Křivohlavý (2001, s. 97) nabízí dělení sociální opory dle formy pomoci, kterou poskytuje, následovně:

- Instrumentální opora: konkrétní forma pomoci, např. finanční výpomoc, obstarání potřebných věcí, poskytnutí materiální pomoci apod. Charakteristickým rysem tohoto typu sociální opory je iniciativa k pomoci vycházející od pomáhajícího člověka, ne od člověka v nouzi.
- Informační opora: poskytování informací, které by mohly být člověku v nouzi nápomocny při zvládnání a řešení situace. Do této kategorie spadá i naslouchání danému člověku z důvodu zjištění jeho potřeb a následného zajištění pomoci.
- Emocionální opora: člověku v nouzi je dávana najevo empatie, emocionální blízkost, náklonnost apod.
- Hodnotící opora: projevy úcty a uznání a posilování sebehodnocení, sdílení těžkostí a podílení se na některých těžkých úkolech spolu s daným člověkem.

Obecně se za vliv sociální opory považuje kladné působení existence dobrých vzájemných mezilidských vztahů v sociální síti daného člověka na jeho psychický a fyzický stav v běžném životě. Po psychologické stránce má vyšší míra sociální opory vliv nejen na psychickou pohodu, ale také na formu zvládnání zátěžových situací a životních problémů a kvalitu života člověka.

V některých teoriích se hovoří o vlivu sociální opory v přirovnání k nárazníku (*buffer*) jako o tzv. nárazníkovém efektu (*buffering effect*). Jádrem těchto teorií je představa pomoci člověku v nouzi prostřednictvím tlumení negativního působení stresového faktoru. Bylo dokonce zjištěno několik osobnostních charakteristik lidí korelujících s „hustotou“ sociální sítě a užitek z takto získané sociální opory. Největší prospěch ze své sociální opory dle těchto zjištění mají ti lidé, kteří snadno navazují kontakty s jinými lidmi, snadno přijímají pomoc od druhých lidí a jsou ochotni také poskytovat pomoc druhým lidem. Nelze však říci, že ten, kdo má více kontaktů s druhými lidmi má automaticky vyšší míru sociální opory. Ukazuje se také, že

ženy intenzivněji vyhledávají úzké mezilidské vztahy, jsou v nich vřelejší a důvěrnější a celkově jsou k sociální opoře vnímavější než muži. Existuje však také odvrácená stránka vlivu sociální opory. Za určitých podmínek může mít poskytovaná opora vliv spíše negativní. Jedná se o takové situace, kdy nabízená pomoc brání člověku v nouzi s osobním vyrovnáním se se stresovou situací, což může vyvolávat pocity bezmoci a ohrožovat sebepojetí a sebehodnocení člověka. Jinou situací negativního vlivu sociální opory může představovat pomoc nadměrná nebo pomoc jiného druhu, než je v dané situaci zapotřebí, v důsledku odlišnosti představ o tom, co by bylo pro člověka v nouzi nejlepší. Také je třeba pamatovat na to, že mohou existovat situace, ve kterých chtějí být lidé sami (Křivohlavý, 2001).

# Kapitola 3

## Onkologické onemocnění

Onkologické onemocnění, rakovina, je charakterizováno především výskytem nádoru (tumoru, novotvaru). Nádor může být obecně definován jako „místně neregulovaný růst tkáně o autonomní povaze“. Podstatou této definice je růst, který se v určitém místě vymkl z regulačních mechanismů, děje se nezávisle nebo přímo bez ohledu na nositele a je teoreticky neomezený. Tato obecná definice je však v praxi nahrazována přesnějšími, protože v závislosti na určité lokalizaci má nádor svůj typický vzhled a chování. V nejzákladnějším dělení rozlišujeme nádory benigní, které se nerozšiřují na jiná místa, a maligní, které se rozšiřují formou metastáz (Miřejovský & Bednář, 1997).

Příčiny vzniku rakoviny nejsou dodnes přesně známy a není pravděpodobné, že by za její vznik byl odpovědný pouze jeden faktor. Hovoří se tedy o multifaktorem vzniku onemocnění, kde hlavní role hrají genetika, faktory imunitního a endokrinního systému, životní prostředí (záření, viry, karcinogeny) a psychosociální faktory. Na posledním místě zmiňovaných, psychosociálních faktorů, dávaných ve výzkumech do souvislosti se vznikem nádorových onemocnění existuje celá řada, mezi nejčastěji zkoumané však patří deprese, stres a potlačování pocitů, především zlosti. Ve skutečnosti však bylo nalezeno jen velmi málo důkazů podporujících vztah mezi depresí, stresem a vznikem nádorového onemocnění. Naopak jako pravděpodobný se na základě těchto výzkumů jeví vztah mezi typem osobnosti charakterizovaným potlačováním emocí, především zlosti, rezervovaností a konformním osobnostním stylem (Tschuschke, 2004).

### 3.1 Možnosti léčby

Přestože rakovina i v dnešní době vyvolává v myslích veřejnosti představu smrtelného onemocnění, v dnešní době je považována spíše než za nemoc smrtelnou za nemoc chronickou, kterou lze v závislosti na jejím včasném diagnostikování relativně úspěšně léčit. Možností léčby v současné době existuje mnoho. V zásadě rozlišujeme léčbu

standardní a komplementární (podpůrnou). Je přirozené, pokud si pacient v zájmu svého uzdravení přeje vyzkoušet co možná nejvíce možností či jejich kombinací.

### 3.1.1 Standardní metody

Základem úspěšné léčby nádorového onemocnění je včasná diagnostika. V závislosti na typu a pokročilosti nádoru pak může následovat operace (chirurgické odstranění nádoru), ozařování (radioterapie), chemoterapie a hormonální terapie. Pouze tyto léčebné postupy se ve studiích EBM<sup>1</sup> stupně I a II osvědčily jako protinádorové (Angendent et al., 2010). Cílem této kapitoly je podat pouze základní orientační přehled o možnostech terapie nádorového onemocnění.

#### Onkologická chirurgie

Chirurgická léčba je základní metodou léčby nádorového onemocnění a v jeho raných stádiích může být dokonce i metodou jedinou (nádor je odstraněn a další léčba již není třeba). V České republice onkologickou operaci podstoupí více než 30000 lidí ročně. Ve srovnání s jinými léčebnými postupy jde o metodu relativně levnou. Trendem v současné onkochirurgii je miniinvazivita a šetrnost při zachování dostatečné radikality (odstranění všech částí nádoru a odstranění dostatečného počtu mízních uzlin). V některých případech je za účelem zmenšení nádorového ložiska vhodné před operací podat radioterapii v kombinaci s chemoterapií. Po operaci a odebrání tkáně probíhá histopatologické vyšetření, jehož výsledky ovlivní další postup (Šefr, 2006).

#### Radioterapie

Ozařováním je v současné době léčeno asi 50 % onkologických pacientů. Při ozařování dochází k ionizaci molekul uvnitř i vně buněk. Buňky poté nejsou schopny rozmnožování a odumírají. Podle způsobu aplikace ozařování rozlišujeme ozařování vnější (teleterapie), při kterém je zdroj záření umístěn přibližně jeden metr od těla pacienta, a ozařování vnitřní (brachyterapie), kdy je zdroj záření umístěn přímo do bezprostředního okolí postižené tkáně. Nádorové buňky jsou na záření citlivější než buňky zdravé a pomocí radioterapie tak může dojít i k vyléčení nádoru při zachování funkcí postiženého orgánu. Standardem moderní teleterapie jsou lineární ozařovače, které umožňují efektivnější terapii než za tímto účelem dříve používané rentgenové přístroje a kobaltové ozařovače. V oblasti brachyterapie se využívají tzv. automatické after-loadingové přístroje. Ozařování však může v závislosti na konkrétním ozařovaném orgánu vyvolávat i celou řadu vedlejších účinků, jako například únavu, zarudnutí

---

<sup>1</sup>Směrnice EBM (Evidence-Based Medicine) rozděluje výsledky výzkumů do pěti stupňů. Účinnost lékařských postupů mohou potvrdit jen studie stupně I (randomizované kontrolované studie) a II (epidemiologické kontrolované studie). Stupně III (nekontrolované studie), IV (kazuistiky) a V (expertní názory) nemohou dokládat účinnost a nezávadnost lékařských postupů (Angendent et al., 2010).



a svědění kůže, obtížné a bolestivé polykání, dušnost, kašel a zažívací obtíže. Tyto, pro pacienta nepříjemné vedlejší účinky, však ve většině případů odezní po ukončení léčby. Existují však i vedlejší účinky, které mohou přetrvávat (Petera, 2006).

### **Chemoterapie**

Tento způsob terapie je založen na cytotoxických (pro buňku jedovatých) nebo cytostatických (zabraňujících růst a dělení buněk) látkách. Chemoterapeutika s cílem zastavení růstu nebo zneškodnění nádorem zasažených buněk působí na deoxyribonukleovou kyselinu a ovlivňují tak i buňky zdravé. Chemoterapie má proto také celou řadu nežádoucích účinků. V současné době se chemoterapie používá nejčastěji v kombinaci s radioterapií a hovoříme pak o chemoradioterapii nebo o radiochemoterapii. Chemoterapie může zesílit účinky ozařování. I při této kombinaci léčebných metod je však reaktivně vysoké riziko toxicity pro zdravé tkáně (Šlampa, 2006).

### **Hormonální terapie**

Hormonální terapie je možná u těch nádorů, které vycházejí z orgánů závislých na sekreci hormonů. Při její aplikaci se brání tvorbě hormonů podporujících růst nádoru. V principu se jedná o cílenou biologickou léčbu s méně nežádoucími účinky (Linkos, n.d.).

## **3.1.2 Komplementární metody**

Doplněním standardních léčebných postupů jsou komplementární metody. K níže popsaným metodám jsou sice v dnešní době dostupná data z EBM studií stupně I a II, ale je potřeba jejich další ověření v kontextu různých stádií jednotlivých typů nádorových onemocnění. Mezi v současné době uznávané komplementární metody patří psychoonkologická péče, tělesná aktivita (zejména v oblasti prevence a rehabilitace), dietetika a optimalizace výživy (za látky, které by mohly mít příznivý vliv v prevenci nádorových onemocnění, se považuje například betakaroten, vitamin A, B, C, kyselina listová a stopové prvky selenu a zinku), selenová terapie (u pacientů s nádorovým onemocněním byl pozorován nedostatek selenu, proto se při chemoterapii a ozařování často doporučuje konzumace preparátů obsahujících natriumsele-nit) enzymatická terapie (využívá imunologických, protiinfekčních, protinádorových a antimetastatických účinků rostlinných enzymů) a terapie jmelím (využívá výtažky jmelí, které napomáhají zmírnění vedlejších účinků standardní terapie a stimulaci imunity) (Angendent et al., 2010). Psychoonkologické péči jakožto komplementární metodě standardní terapie bude v této práci věnovaná samostatná kapitola.

## 3.2 Dopad onkologického onemocnění na pacienta

Onkologické onemocnění a průběh jeho náročné léčby velmi významně ovlivňují život jak pacienta samotného, tak jeho blízkých. Pacient se musí vyrovnat jak s faktickou změnou svého zdravotního stavu, tak s diagnostikováním konkrétního onemocnění v podobě rakoviny. Diagnostikováním však pro pacienta období změn nekončí, nádorové onemocnění se vyvíjí podle určitých fází a pacient na ně určitým způsobem reaguje. O těchto procesech podrobněji pojednává následující kapitola.

### 3.2.1 Reakce na sdělení diagnózy

Diagnostikování rakoviny pro pacienta zpravidla nepředstavuje jednu nebo několik málo návštěv lékaře. Často se jedná o zdoluhavý proces nejrůznějších vyšetření, jenž doprovází čekání na jejich výsledky a s ním spojená nejistota, která již před samotným diagnostikováním rakoviny zhoršuje pacientův psychický stav a vyvolává v něm „obavy z nejhoršího“. Navzdory pokrokům medicíny a faktu, že onkologické onemocnění je v dnešní době pro některé pacienty vyléčitelné a považuje se tak spíše za chronické než smrtelné, vyvolává diagnóza rakoviny v pacientech často představu pomalého a bolestného chřadnutí až smrti. Proces adaptace a vyrovnávání se s diagnózou závažného onemocnění popsala Elisabeth Kübler-Rossová (1992) a podrobněji je uveden v kapitole 2.2.1 *Život s nemocí*.

Častým emocionálním doprovodem pacientovy reakce na sdělení onkologické diagnózy bývá úzkost, panika, bezmoc, zmatenost, v krajních případech se může vyskytovat i pláč a naříkání. Objevuje se i disociace v podobě derealizace a depersonalizace. Ve své podstatě jde o obranné mechanismy chránící psychiku pacienta. V akutních fázích onemocnění jsou obranné mechanismy pacientů považovány za adaptivní. Pokud by však přetrvávaly dlouhodobě, mohly by bránit uzdravení pacienta. Z doprovodných tělesných reakcí se vyskytují dýchací potíže, záchvaty pocení, třas a pocity tepla nebo chladu. Reakce pacienta na sdělení onkologické diagnózy závisí na jeho osobnostních charakteristikách a zkušenostech s překonáváním krizí, sociální opoře a také na vztahu s lékařem (Angendent et al., 2010).

### 3.2.2 Fáze onemocnění a jejich zvládnání

Onkologické onemocnění od svého diagnostikování neprobíhá monotónně. V jeho průběhu mohou nastávat různé zvraty a zlomové události, které charakterizuje následujících pět fází (Angendent et al., 2010):

- Podezření
- Diagnostikování a sdělování informací
- Léčba

- Remise
- Recidiva

Fáze podezření má svůj počátek v době, kdy člověk začne pociťovat, že s ním není něco v pořádku, čili v době ještě před navštívením lékaře. Klíčem k úspěšnému překonání této fáze je aktivní postavení se dané situaci a vyhledání příslušného odborníka.

Ve fázi diagnostikování a sdělování informací může být pacient sdělením diagnózy závažného onkologického onemocnění šokován až traumatizován (traumatizace se vyskytuje až u 33 % pacientů) (Angendent et al., 2010). K lepšímu porozumění předávaným informacím může napomoci, má-li pacient k dispozici důležité informace v podobě, ve které si je může i zpětně znova dohledat (např. nahrávky, příručky apod.). Již tato fáze může výrazným způsobem ovlivnit ochotu pacienta ke spolupráci s lékařským týmem (komplianci). Mnoho pacientů má tendenci hledat příčinu svého onemocnění. Pro navázání kvalitní spolupráce je důležité, aby pacient svou diagnózu akceptoval, vyrovnal se s negativními emočními prožitky doprovázející její sdělení, akceptoval vyšší míru závislosti na zdravotnickém personálu i na svých blízkých a vyrovnal se se svou nemocí tak, aby byl schopen o ní hovořit a spolurozhodovat o procesu její léčby (Angendent et al., 2010).

Ve fázi léčby je v závislosti na konkrétním typu onkologické diagnózy a její pokročilosti vhodné, aby byl pacientovi ponechán dostatek prostoru pro přijetí nové role pacienta a zvážení všech možností. Je-li postup příliš rychlý, pacient snadno nabývá dojmu, že jde o velmi kritický stav, ačkoli tomu tak ani nemusí být. Možnost pacienta podílet se na rozhodování o průběhu jeho léčby snižuje jeho pocity bezmoci a beznaděje a otevírá prostor pro aktivování adaptabilních zvládacích strategií a psychické zvládnutí nemoci (Angendent et al., 2010).

Významný vliv na psychické rozpoložení pacienta v období po sdělení a zpracování diagnózy má zvolený způsob léčby. Většina z terapeutických postupů uvedených v předchozí kapitole se pojí jak s přímými vedlejšími účinky, tak s nepříjemnostmi souvisejícími s nutností hospitalizace, změnou navyklého denního režimu a aktivit, odloučení od rodiny a sociální izolace.

Při vhodně zvoleném způsobu léčby a jejím úspěšném průběhu následuje fáze remise, kdy se pacient vrací do „normálního života“. Sousloví normální život je zde v uvozovkách zejména z toho důvodu, že ani po zdárném překonání nemoci se pacient nevrací do stejného života, jaký byl po diagnostikování rakoviny nucen opustit. Musí se znovu začlenit do společenství (v rodině, zaměstnání apod.), jichž byl dříve členem a znovu si v nich definovat svoji roli. Často teprve v této fázi, kdy člověk na vlastní kůži zakusil její průběh, dochází k plnohodnotnému zpracování nemoci. Nejistota ohledně překonání diagnostikovaného onkologického onemocnění pominula, ale objevuje se obava z jeho návratu (Angendent et al., 2010).

Přes veškeré pokroky soudobé medicíny bohužel překonání onkologického onemocnění pro pacienta neznamena, že se jej zbavil jednou pro vždy. Fáze remise by se z tohoto úhlu pohledu mohla nazývat spíše „obdobím bez metastáz a recidivy“. S rostoucím množstvím času uplynulého od překonání rakoviny může strach z recidivy ustupovat, zcela však nemusí zmizet nikdy. V situaci recidivy se u pacientů často objevuje panika a depresivní ladění. Obecně platí, že recidiva výrazně zhoršuje prognózu. Pacient si opět musí zvyknout na vyšší závislost na svém okolí a musí se smířit s novým propuknutím nemoci (Angendent et al., 2010).

### 3.2.3 Kvalita života onkologických pacientů

Aktuálních výzkumů zabývajících se kvalitou života onkologických pacientů obecně je poskrovnu. Velké množství autorů se naopak zaměřuje pouze na pacienty s určitým typem onkologického onemocnění, případně ještě specifičtěji na pacienty s určitým typem léčby konkrétního onkologického onemocnění. Pod onkologickým onemocněním se skrývá mnoho diagnóz a výsledky studií zaměřených na konkrétní typ rakoviny není možné generalizovat. Podchytit všechny aktuální poznatky o kvalitě života onkologických pacientů je proto poměrně náročné, přesto se však pokusíme o shrnutí aktuálních poznatků v této oblasti.

Při měření kvality života je důležité znát hodnoty daného člověka a význam, který přisuzuje jednotlivým hodnoceným oblastem, z čehož vychází i výzkum (Cohen & Leis, 2002) realizovaný na souboru onkologických pacientů s různými diagnózami podstupujících paliativní péči. V tomto výzkumu byli sami pacienti požádáni o určení oblastí, které považují pro svou kvalitu života za významné. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů bylo identifikováno těchto pět obecných oblastí: aktuální stav (fyzická a psychická kondice), kvalita paliativní péče (pocit bezpečí/zranitelnosti, péče poskytovaná s respektem, dostupnost péče, vztah s personálem poskytujícím péči, spirituální péče apod.) okolní prostředí (vyhovující prostředí domova/nemocnice, možnost venkovních aktivit apod.) vztahy s ostatními (podpora, komunikace, pocit, že je člověk ostatním na obtíž apod.) a perspektiva do budoucna (naděje, nejistota, schopnost radovat se ze života navzdory nepříznivé životní situaci apod.). Ačkoli byl tento výzkum prováděn na skupině terminálně nemocných onkologických pacientů podstupujících paliativní péči, jeho závěry korespondují s výsledky starších výzkumů s cílem identifikovat domény důležité pro kvalitu života pacientů v různých stádiích onkologického onemocnění (např. Padilla et al., 1990).

Celková kvalita života byla zkoumána například ve studii 49 onkologických pacientů (Bruscia et al., 2008). Jejich výsledky byly porovnány s kontrolní „zdravou“ skupinou a ukázalo se, že celková kvalita života onkologických pacientů (84.6) byla nižší než u kontrolní skupiny (90.0). Nejčastější odpovědí však bylo „spíše spokojen“.

V dalších studiích onkologických pacientů (např. Quinten et al., 2009) bylo prokázáno, že kvalita života pacienta může být prognostickým indikátorem přežití rakoviny. Dle jiných autorů (Hoffman & Stovall, 2006) pak vyšší kvalitu života mají ti pacienti, kteří jsou informováni o svých možnostech a věří, že mají osobní podíl na rozhodování o průběhu léčby. Co se týče konkrétního dopadu onkologického onemocnění na život pacienta, Greenfieldová (2010) ve výsledcích studie mužů ve věku mezi 25 až 45 lety, kteří přežili rakovinu, uvádí ve srovnání s muži, kteří se s rakovinou ve svém životě nepotýkali, sníženou kvalitu života, vyšší míru únavy a celkové zhoršení sexuálních funkcí. Výzkum žen s rakovinou děložního čípku (Greimel et al., 2009) se zabýval vztahem mezi kvalitou života patientek a typem léčby, kterou podstoupily. Ukázalo se, že nejvíce ohrožena byla kvalita života těch patientek, které byly léčeny radioterapií. Oproti tomu u kvality života patientek po operaci nebo chemoterapii nebyl ve srovnání s kvalitou žen, které rakovinou netrpěly, zjištěn rozdíl. Phipps (2008) se svými spolupracovníky prováděl výzkum pacientů, kteří před minimálně pěti lety prodělali rakovinu tlustého střeva. Zjistil, že 83 % respondentů udává obtíže spojené s nedostatkem energie, 67 % obtíže spojené se sexualitou, 63 % střevní problémy, 47 % respondentů udává snížené hodnocení vlastního tělesného obrazu a 40 % udává problémy v emocionální oblasti. Spolu s těmito obtížemi většina respondentů prožívá také strach z návratu či rozšíření rakoviny.

Pro každý typ rakoviny a zvolený způsob léčby bychom mohli najít specifické obtíže pacientů. Podrobný soupis všech alternativ však není v mezích této práce; pro její účely postačí Vorlíčkovo (2007) shrnutí čtyř největších problémů onkologických pacientů, mezi které patří únava, bolest, nevolnost a deprese. Z těchto čtyř problémů se pak pro kvalitu života onkologických pacientů nejzávažnějším faktorem jeví únava. Ostatní, zejména chronická bolest, se však na celkové únavě také významně podílí.

### 3.3 Psychoonkologická péče

Psychoonkologie je relativně mladý obor rozvíjející se v interakci s onkologií, epidemiologií, imunologií a dalšími odvětvími péče o nemocné. V ohnisku jejího zájmu stojí psychologické aspekty vzniku a zvládání rakoviny. Zabývá se jak pacienty samotnými, tak jejich rodinami, lékaři a zdravotnickým personálem, který o pacienty pečuje. Dle zprávy *Psycho-oncology model of Care* (2008) prožívá 66 % pacientů dlouhodobý psychologický distress, až 30 % pacientů se potýká s klinicky významnými mírami úzkosti a u 20-35 % pacientů se vyskytuje deprese. Všechny tyto symptomy mohou mít vliv na průběh a úspěšnost pacientovy léčby. Psychoonkologická péče poskytuje pacientům i lidem v jejich okolí podporu při procesu léčby a zvládání rakoviny. Její základní cíle můžeme vymežit následovně (Fawzy in Tschuschke, 2004, s. 109):

- zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří jsou v podobné situaci;

- redukce strachu z léčby;
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací;
- zmírnění pocitů izolace, bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými;
- vedení k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení;
- lepší spolupráce s lékařským týmem;
- obecné zlepšení kvality života.

Ve většině případů se jedná o krátkodobou psychologicko-psychoterapeutickou intervenci, jejímž hlavním námětem je samo onemocnění a jeho souvislosti. Ve srovnání s klasickými psychoterapeutickými postupy je psychoonkologická péče flexibilnější. Plánování sezení s klientem-onkologickým pacientem se odvíjí od jeho zdravotního stavu. Pacient sám by měl mít možnost určit, jakou emoční zátěž je ve svém stavu schopen unést, a do určité míry tak regulovat průběh terapie. I délka jednotlivých sezení se přizpůsobuje aktuálnímu stavu pacienta. Bezprostřednost a závažnost onemocnění vyžaduje soustředění se na přítomnost. Studie ukazují, že úlevy v afektivní oblasti (úlevy od deprese, strachu a úzkosti) může být dosaženo terapeutickými metodami založenými na vzdělávání a informování pacienta. Příznivé výsledky jak v oblasti afektivní, tak v oblasti zmírňování tělesných komplikací a oblasti zvládnutí nemoci mají behaviorální metody. Jsou-li terapeutické metody aplikovány s ohledem na pacienta, jeho potřeby a aktuální zdravotní stav, můžeme jejich pomocí dosáhnout zmírnění pocitů zoufalství, deprese a strachu, posílení chuti do života a kvality života, vytvoření adaptivních copingových strategií a zlepšení tělesného stavu (Tschuschke, 2004).

Spiegel (in Tschuschke, 2004, s. 137) se svými spolupracovníky v roce 2000 vyvinul pro pacientky s karcinomem prsu metodu tzv. podpůrné expresivní skupinové terapie. Sedm základních principů, jež tvoří jádro metody, je však aplikovatelných i na jiná onkologická onemocnění. Mezi tyto zásady patří:

1. Navázání spojení (*building bonds*).
2. Vyjadřování emocí (*expressing emotions*).
3. Oddémonizování smrti a umírání (*detoxifying death and dying*).
4. Přehodnocení životních priorit (*redefining life priorities*).
5. Zlepšení opory prostřednictvím přátel a rodinných příslušníků.
6. Zlepšení vztahu lékař pacient.
7. Zlepšení strategií zvládnutí.

### 3.3.1 Indikace psychoonkologické péče

Ačkoli náročnost onkologického onemocnění a jeho léčby byla v této práci několikrát zmiňována a příznivý vliv psychoonkologické intervence na průběh a zvládání onkologického onemocnění pacientem byl prokázán, nelze tvrdit, že každý onkologický pacient je indikován k psychoonkologické péči. Ve studii Söllnera a kolektivu (2001) byla zkoumána úspěšnost onkologů při identifikování pacientů s potřebou psychosociální podpory. Ukázalo se, že z celkem 30 pacientů se závažnými příznaky distresu (dle screeningových metod, mimo jiné i dle krátké verze Hornheidského dotazníku) by onkologové doporučili psychosociální péči jen 11 z nich. Při podrobnější analýze výsledků se ukázalo, že doporučení onkologů vycházelo spíše než z míry prožívaného distresu z progresu onemocnění a odmítavého chování pacientů. Za účelem vytipování těch pacientů, u kterých by psychoonkologická péče byla vhodná, byly vytvořeny diagnostické metody. Ne všechny jsou však dostupné v českém jazyce.

Jednou z těchto metod je **PO-Bado**. Jde o základní psychologickou dokumentaci (*Psychoonkologische Basisdokumentation*), kterou tvoří dotazník s objektivní posuzovací škálou (kterou vyplňuje druhá osoba, pozorovatel - lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník apod.). Tato škála se na základě rozhovoru s pacientem vyplňuje po prvním kontaktu a zaznamenává pacientův stav během posledních tří dnů. V průběhu rozhovoru by měla s pacientem být probírána témata fyzického distresu, psychického distresu a distresu plynoucího z jiných oblastí (potíže v práci, v rodině, ekonomická situace apod.). Hlavním měřítkem přitom je, jak silně pacient distres pociťoval. Pokud se jeho stav během sledovaného období měnil, například míra distresu narůstala, zaznamenává se vyšší z hodnot. Fyzický distres zahrnuje například únavu, bolest a omezení běžně prováděných aktivit. V rámci psychologického distresu se hodnotí především kvalita spánku, výkyvy nálad, zhoršení kognitivních funkcí, zranitelnost, úzkost, obavy, sebeúcta a deprese. Mimo to dotazník posuzuje i sociodemografické a lékařské údaje (konkrétní typ onkologického onemocnění, metastázy, datum prvního diagnostikování, současný stav, průběh léčby v uplynulých dvou měsících, případná jiná onemocnění a psychologické/psychiatrické konzultace) (Keller & Kussel, 2004). Tato metoda zatím není dostupná v českém jazyce.

Další metodou zjišťování indikace pacienta k psychoonkologické péči je **BC-Pass** (*Breast-Cancer Psychosocial Assessment Screening-Scale*). Jde o krátký a nezátěžový sebesposuzovací dotazník pro pacientky s rakovinou prsu, který poskytuje informace o lékařské a psychologické péči. Skládá se z osmi otázek, jejichž vyhodnocení je rozděleno do škál tělesný stav, životní pocit a emoční stresová reakce. Položky se hodnotí zaškrtnutím příslušné hodnoty dle výstižnosti daného tvrzení (Angendent et al., 2010).

Jako nejpraktičtější se v klinické praxi zjišťování indikace k psychoonkologické péči jeví **Hornheidský Screening-Instrument** a jeho zkrácená podoba. Tento dotazník

byl použit ve výzkumné části předkládané práce, proto bude podrobněji probrán ve výzkumné části této práce.

### 3.3.2 Psychoonkologická péče ve světě a u nás

Počátky psychoonkologie jako oboru můžeme hledat v roce 1984 v USA, kdy pod vedením Jimmie Holland vznikl tým odborníků z řad psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků v přímé práci s klienty. V dnešní době je ve světě v moderní onkologické léčbě psychoonkolog nedílnou součástí týmu specializujícího se na léčbu rakoviny. Od roku 1984 existuje také Mezinárodní psychoonkologická společnost (IPOS, *International Psycho Oncology Society*, [www.ipos-society.org](http://www.ipos-society.org)). Vizí této společnosti je, aby pro všechny onkologické pacienty na světě byla dostupná kvalitní psychosociální péče ve všech stádiích onemocnění a také po jeho překonání. Podobné poslání má i Americká společnost pro psychosociální onkologii (APOS, *American Psychosocial Oncology Society*, [www.apos-society.org](http://www.apos-society.org)).

V posledních letech je i v České republice patrný trend soustředit péči o onkologické pacienty do komplexních onkologických center. Součástí každého takového centra by měl být klinický psycholog se zaměřením na psychoonkologii. Ne ve všech pracovištích je však tento předpoklad naplňován. Do některých onkologických centrech psycholog například dochází jen na určité dny. Náplní práce klinického psychologa v těchto centrech je kromě terapeutické práce s pacienty také diagnostika, odborné konzultace s lékaři, sestrami a dalšími zdravotníky. Psycholog je na onkologii k dispozici nejen pacientům a jejich blízkým, ale také zdravotnickému týmu (Kalvodová, 2010). Komplexních onkologických center je dle sdružení Onkomaják (n.d.) v České republice v současné době celkem 13 a jejich rozmístění znázorňuje mapa na Obrázku 3.1.

1. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Hradec Králové ve spolupráci s Radiologickým centrem společnosti Multiscan, s.r.o.
2. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Na Bulovce ve spolupráci s Všeobecnou fakultní nemocnicí a Fakultní Thomayerovou nemocnicí s poliklinikou
3. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Olomouc
4. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Plzeň
5. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava
6. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice v Motole
7. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Krajské nemocnice Liberec, a.s.





Obrázek 3.1: Mapa komplexních onkologických center v ČR (zdroj: Občanské sdružení Onkomaják, o.s. (n.d.))

8. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Krajské nemocnice T. Bati, a.s. Zlín
9. Komplexní onkologické centrum Fakultní nemocnice Masarykova onkologického ústavu v Brně ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Brno a Fakultní nemocnicí U Svaté Anny
10. Komplexní onkologické centrum Masarykovy nemocnice v Ústí na Labem, o.z.
11. Komplexní onkologické centrum Nemocnice České Budějovice, a.s.
12. Komplexní onkologické centrum Nemocnice Jihlava, p.o.
13. Komplexní onkologické centrum Nový Jičín, Radioterapie, a.s.

V rámci České onkologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně byla na počátku ledna 2006 zřízena sekce psychoonkologie, která sdružuje psychology pracující na onkologických klinikách. Posláním této sekce je podporovat přítomnost psychologa u lůžka onkologického pacienta a podporovat odborný a vědecký růst jejich členů. Na stránkách České onkologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)) je pacientům a jejich blízkým k dispozici také internetová poradna v oblasti psychoonkologie.

Mimo tato komplexní onkologická centra mohou onkologičtí pacienti v České republice hledat pomoc a podporu také v organizacích, které se zaměřují na psychosociální pomoc onkologickým pacientům a jejich blízkým, mezi které na Olomoucku patří například občanské sdružení Amelie. Další možností je využití služeb privátních psychologů zaměřujících se na oblast psychoonkologie. V neposlední řadě v České republice existuje celá řada patientských organizací a klubů, které pacientům slouží ke kontaktu s lidmi s podobným onemocněním, sdílení a předávání zkušeností. Ačkoli je psychoonkologie relativně mladým oborem, i v českém jazyce je již dostupná praktická publikace pro pomáhání a podporování onkologických pacientů vycházející z terapie zaměřené na řešení problémů (Nezu et al., 2006).

# Kapitola 4

## Dobrovolnictví

Tématem této práce je profil klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s., proto je tato kapitola věnována dobrovolnictví v obecnějším smyslu, jeho původu a vymezení a v neposlední řadě také jeho specifickým v kontextu psychosociální péče. Detailní popis dobrovolnické činnosti není v rozsahu této práce, proto se zaměříme pouze na jeho aspekty relevantní pro tuto práci.

### 4.1 Vymezení dobrovolnictví

Dobrovolnictví nemá jednotnou a všeobecně uznávanou definici. Národní dobrovolnické centrum Hestia (*Hestia*, n.d.) na svých internetových stránkách ([www.hest.cz](http://www.hest.cz)) definuje dobrovolnictví jako „*činnosti, při kterých člověk vykonává nějaké aktivity ve prospěch jiných a nežadá za to žádnou náhradu*“. Dobrovolník, jak už z názvu vyplývá, tedy provádí určitou činnost ze své vlastní vůle, ve svém volném čase a bez nároku na honorář. Ať už se jedná o dobrovolnictví v kterékoli z možných oblastí, platí zásada, že dobrovolnická činnost nenahrazuje práci odborníků, ale vhodně ji doplňuje.

Tošner a Sozanská ve své publikaci *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích* (2006, s. 18) o dobrovolnictví říkají: „*Dobrovolnictví není oběť, ale přirozený projev občanské zralosti. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, je zdrojem nových zkušeností a dovedností a obohacím v mezilidských vztazích*“.

První zákon upravující statut dobrovolníka a dobrovolnické činnosti na území České republiky, Zákon č. 198/2002 Sb.2 (2002), o dobrovolnictví a dobrovolnické službě, § 1, odst. 3 vymezuje dobrovolnictví následovně: „*Dobrovolnictví je činnost konaná dobrovolníky, kteří se ze své vůle rozhodnou věnovat svůj čas, znalosti a zkušenosti aktivitám konaným ve veřejném zájmu. Činí tak bez nároku na odměnu, a to organizovaně nebo samostatně.*“ Výše zmiňovaný zákon vymezuje i další aspekty dobrovolnictví, jako jsou například podmínky akreditace dobrovolnických center, nábor

nových dobrovolníků a vedení dobrovolníků a podmínky chodu programu. Na základě splnění podmínek daných tímto zákonem může být dobrovolnický program akreditován na dobu 3 let. Od roku 2009 má svou metodickou oporu ve Věstníku MZ ČR stanoveno i dobrovolnictví ve zdravotnictví.

## 4.2 Dobrovolnictví ve světě a u nás

Dobrovolnictví a nezištná pomoc druhým není v lidské společnosti novinkou. Ve většině kultur se ti, kteří na tom „byli dobře“ snažili nějakými způsoby pomáhat těm, kteří tolik štěstí neměli a byli v nějaké oblasti svého života odkázáni na pomoc druhých. S rostoucí strukturovaností kultury a společnosti však postupem času vyvstala potřeba dobrovolnictví přesněji vymezit, ohraničit a organizovat. Za tímto účelem začala vznikat různá sdružení, spolky a organizace s cílem dobrovolníky sdružovat, připravovat je na dobrovolnou činnost a poskytovat jim pro tuto činnost nezbytné zázemí.

Největšího rozmachu se dobrovolnictví dočkalo před zhruba třiceti lety zejména na území USA, kde dobrovolnictví tvoří nedílnou součást života. Od roku 1970 v USA vzniklo více než 500 dobrovolnických organizací a dle průzkumů se v USA do dobrovolnictví zapojuje 20 % populace, v Kanadě 25 %. Historie evropského dobrovolnictví je spjata s církevními charitativními organizacemi, v posledních letech se však i v Evropě začínají rozvíjet dobrovolnická centra podobně jako v USA, hustota jejich rozmístění je však v jednotlivých zemích různá. V Německu je těchto center zhruba 100, avšak největší organizací sdružující dobrovolníky zůstává i nadále síť charit. Německo je také jednou z nejméně aktivních zemí při vyměňování a přijímání dobrovolníků. Poněkud komplikovanější je situace ve Francii, kde zákon z roku 1971 zakazuje, aby jakákoli organizace jednala jako prostředník mezi občany a státem. Nejvíce francouzských dobrovolníků najdeme v oblasti sportu, kultury a rekreačních aktivit a pouze malé procento se věnuje přímé péči o spoluobčany (Tošner & Sozanská, 2006).

Dlouhou tradici dobrovolnictví má Velká Británie, kde vláda svými iniciativami podporuje zejména propagaci dobrovolnictví mezi mládeží. Mimo dobrovolnická centra v různých oblastech existuje na i na vládní úrovni organizace s názvem *Active Community Unit*, jejímž úkolem je koordinace dobrovolnických aktivit v celé zemi. S rozvojem dobrovolnictví a dobrovolnických center po celém světě začaly vznikat i organizace tato centra sdružující. Příkladem takové organizace může být Mezinárodní asociace pro dobrovolnické úsilí (*International Association for Volunteer Effort*, IAVE), má status konzultanta při OSN. Při OSN existuje od roku 1970 Dobrovolnický program OSN (*United Nations Volunteers*, UNV), jehož dobrovolníci se zapojují především do humanitárních projektů po celém světě. Pod záštitou Evropské unie byla Evropskou komisí zřízena Evropská dobrovolná služba, která umožňuje

mladým lidem strávit dobrovolnou činností 6-12 měsíců v cizí zemi (Tošner & Sozanská, 2006).

V České republice má dobrovolnictví dlouholetou tradici, jejíž kořeny můžeme vystopovat až v 19. století. Vývoj dobrovolnické činnosti na našem území však zbrzdila německá okupace a totalitní režim. Po roce 1989 byla některá ze sdružení, která dřívější režim potlačoval, znovu obnovena a došlo k rozvoji neziskového sektoru, přesto však dobrovolná činnost zůstávala spíše na okraji zájmu a povědomí o dobrovolnické činnosti bylo ve srovnání s vybranými státy Evropy spíše na nízké úrovni (Tošner & Sozanská, 2006).

V současné době v České republice plní roli dobrovolnických center především neziskové organizace. Dle občanského sdružení Hestia (*Hestia*, n.d.) odkazujícího se na výzkumy z roku 2010 se v České republice dobrovolnictví v nějaké podobě věnuje více než třetina populace. Rok 2011 byl rozhodnutím Rady Evropské unie vyhlášen „Evropským rokem dobrovolnictví na podporu aktivního občanství“ s cílem podporovat a podněcovat úsilí vynakládané při vytváření podmínek pro dobrovolnictví v zemích Evropské unie. Rada EU stanovila 4 základní cíle evropského roku dobrovolnictví. Jsou jimi:

1. Vytvoření příznivého prostředí pro dobrovolníky a odstraňování bariér.
2. Umožnění organizátorům dobrovolných činností zlepšit jejich kvalitu.
3. Ocenění a uznání dobrovolné činnosti.
4. Zlepšení povědomí o hodnotě a významu dobrovolnické činnosti.

V rámci evropského roku dobrovolnictví proběhlo i v České republice několik akcí. Mimo jiné kulaté stoly v dikci ministerstva zdravotnictví se zaměřením na různé problematiky dobrovolnictví včetně dobrovolnictví v náročných a tabuizovaných oblastech, kam spadá i dobrovolnictví na onkologii.

Ve spojitosti s Rokem dobrovolnictví 2011 byly zřízeny internetové stránky [www.dobrovolnik.cz](http://www.dobrovolnik.cz), na kterých mohou dobrovolnická centra inzerovat poptávku po dobrovolnících a zájemci o dobrovolnictví hledat příležitosti pro své zapojení do dobrovolnického programu. V České republice je v současné době možné zapojit se do dobrovolnictví ve zdravotnictví, v sociálních službách, v kultuře, ve sportu, s dětmi a mládeží, v ekologii, při mimořádných událostech, v církvích a náboženských společnostech, v komunitním dobrovolnictví, ve firemním dobrovolnictví a v neposlední řadě také v mezinárodním dobrovolnictví a rozvojové spolupráci.

### 4.3 Význam dobrovolnictví

Výše zmiňovaná Mezinárodní asociace pro dobrovolnické úsilí (*IAVE*, n.d.) u příležitosti Mezinárodního roku dobrovolníků 2001 na konferenci v Amsterdamu schválila

Všeobecnou deklaráci o dobrovolnictví, v níž stojí: „*Dobrovolnictví je základním stavebním prvkem občanské společnosti. Uskutečňuje nejvznešenější aspirace lidstva - touhu po míru, svobodě, příležitostech, bezpečí a spravedlnosti pro všechny*“. V této deklaráci je dále uvedeno, že dobrovolnictví je prostředkem k posilování hodnot, jakými jsou například družnost, zájem o druhé a služba jiným lidem a umožňuje propojení navzdory rozdílům.

Podíváme-li se na dobrovolnictví jako na činnost, při které dobrovolník nabízí svůj čas a pomocnou ruku někomu, kdo se z jakéhokoli důvodu ocitl v tíživé životní situaci, z psychologického hlediska, pak bychom jako hlavní význam dobrovolnictví měli zmínit posilování pocitu sounáležitosti se společností či určitou komunitou, solidaritu a sociální oporu. Dobrovolník svou činností dává člověku v nouzi najevo, že ve své situaci není sám a že je i nadále součástí společnosti, nabízí mu psychickou podporu a porozumění, což může mít příznivý vliv na dopad nepříznivé životní situace na onoho člověka.

Optikou dobrovolníka bychom se na celou situaci mohli podívat ještě jinak. Ačkoli v základních pravidlech dobrovolnické činnosti je jasně stanoveno, že dobrovolníkovi za jeho činnost nepřísluší finanční odměna, nelze říci, že by jemu samotnému dobrovolnictví nic nepřinášelo. Dobrovolník v kontaktu s klientem získává nový náhled na životní hodnoty a zkušenosti, které mnohdy využije i ve vlastním životě, pocit smysluplného trávení volného času a pocit užitečnosti pro společnost či komunitu.

## 4.4 Dobrovolnictví v nemocnicích

Jednou ze sfér, ve které se dobrovolnictví v České republice vyskytuje a zároveň oblastí, na kterou se zaměřuje tato práce, je zdravotnictví. Přestože začlenění dobrovolníků do systému zdravotní péče je v České republice v posledních deseti letech teprve postupně zaváděno, v zahraničí má svou tradici a dobrovolníci jsou nedílnou součástí tohoto systému. V České republice dobrovolnický program probíhá přibližně ve 25 % nemocnic. Zájem o dobrovolnický program často mívají gerontologické či dětské kliniky. Ambicí dobrovolnického programu v nemocnici přitom není nahrazování odborné péče, ale její doplnění. Nutnou podmínkou úspěšného fungování dobrovolnického programu v nemocnici je respektování pravidel konkrétního zdravotnického zařízení, zájmů a práv pacienta.

Dobrovolnictví v nemocnicích funguje ve dvou základních formách - *interní* a *externí*. U interní formy je dobrovolnický program zakotven přímo v organizační struktuře nemocnice a je organizován, koordinován a realizován těmito úkony pověřenými zaměstnanci nemocnice. U externí formy je dobrovolnický program zajišťován organizačními mimo nemocnici. Často se jedná o nestátní neziskové organizace, které provádějí nábor, výběr, školení i supervize dobrovolníků a spolu s kontaktní osobou v nemoc-

nici zajišťují chod programu. V této formě je dobrovolnický program realizován i na Onkologické klinice FNOL.

#### 4.4.1 Dobrovolnictví jako součást psychosociální péče

*„V nemocnicích se dobrovolnický program osvědčil jako jeden z nástrojů, který prostřednictvím lidského kontaktu dobrovolníka s pacientem napomáhá aktivizaci, motivaci a psychické podpoře hospitalizovaných pacientů, přispívá k efektivnější organizaci práce a času personálu pro odbornou činnost i ke zlepšení celkové atmosféry nemocnice.“*

(Kořínková, n.d.)

Efektivita a úspěšnost léčebného postupu nezávisí jen na konkrétní zvolené terapeutické metodě, ale také na duševním rozpoložení pacienta, jeho postoji k léčbě a ochotě s lékaři spolupracovat. Přestože je v současné době kladen velký důraz na komplexní péči o hospitalizovaného pacienta a snahu o minimalizování dopadu léčby na jeho „běžný život“, zástup odborníků z řad psychologů, rehabilitačních a sociálních pracovníků při nejlepší vůli není schopen pokrýt všechny aspekty, které právě onen „běžný život“ pro pacienta představuje. I když se nemocnice snaží umožňovat co možná nejvíce návštěv rodinných příslušníků, sociální kontakty pacientů v průběhu hospitalizace většinou upadají. A právě to vytváří prostor pro činnost dobrovolníků.

Dle Novotného a Staré (2002, s. 8) pacient ke svému celkovému uzdravení potřebuje tělesné uzdravení či zmírnění obtíží, obnovení rovnováhy v duševní, vztahové a sociální oblasti a začlenění nemocí a procesem její léčby nabytých zkušeností do svého každodenního života. Při tom dle uvedených autorů může dobrovolník pomoci posilováním:

- toho, co je zdravé a co pacient v nemoci neztrácí;
- toho, co má pro pacienta hodnotu;
- toho, co může otevřít jiné životní souvislosti.

Do náplně činnosti dobrovolníka v nemocnici mohou patřit různé činnosti od povídání, přes hraní her, tvořivou činnost, čtení či poslech hudby až po různé komplexní volnočasové aktivity napomáhající aktivizaci a rehabilitaci pacienta. Na odděleních, jejichž režim to dovoluje, se v rámci dobrovolnické činnosti uplatňuje dokonce i canisterapie. Mimo to se dobrovolníci často zapojují do jednorázových akcí připravovaných pro pacienty samotné i pro zdravotnický personál.

V současné době je doložen příznivý vliv dobrovolnické činnosti na psychický stav pacientů prostřednictvím emocionální podpory a vztahu založeném na vzájemné důvěře. Přímý pozitivní vliv dobrovolnické činnosti na zdravotní stav pacienta zatím nebyl spolehlivě prokázán. Lze však předpokládat, že dobrovolnická činnost může

zvyšovat důvěru klientů v jejich vlastní důležitost (Grimm et al. in Kořínková et al., 2010). Vztah s dobrovolníkem hospitalizovanému pacientovi přináší emoční podporu prostřednictvím vztahu, ve kterém pacient vystupuje jako rovnocenný partner, ne jako „diagnóza“ (Mellow in Kořínková et al., 2010).

Studie Institutu pro výzkum dobrovolnictví (*Institute for Volunteering Research*, Teasdale, 2007) se snažila analyzovat dopad dobrovolnické činnosti na pacienty. Z výsledků této studie vyplývá velmi pozitivní hodnocení dobrovolnické činnosti pacienty. Za nejvýznamnější přínos pacienti považovali to, že díky dobrovolnické činnosti byl pobyt v nemocnici příjemnější. Pacienti se cítili lépe díky vědomí, že dobrovolníci se vzdávají svého volného času v jejich prospěch a práci dobrovolníků hodnotili jako stejně kvalitní jako práci placeného personálu. Většina pacientů se také shodla na tom, že dobrovolnická činnost má pozitivní vliv na to, jak se pacienti cítí před návštěvou nemocnice. Z celkových výsledků studie vyplývá, že dobrovolnictví má příznivý vliv na duševní rozpoložení pacientů. Ve studii bohužel chybí podrobnější popis konkrétních aktivit, které dobrovolníci na dané klinice vykonávají.

Podobně pozitivní jsou i výsledky kanadské studie vlivu dobrovolnictví na onkologické pacienty (Rgehr & Rozmovits, 2009). Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří se účastnili dobrovolnického programu, byly identifikovány následující čtyři oblasti, které pacienti vnímali jako přínos: pocit humanizace a normalizace (*sense of humanization and normalization*), pocit bezpečí, naplnění ne-medicínských potřeb v průběhu hospitalizace a podpora osamělých pacientů.

Přínos výtvarné činnosti, která je náplní některých dobrovolnických programů ve zdravotnictví včetně Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL, byl analyzován ve studii v Singapuru (Choo et al., 2011). Autoři zjišťovali vliv výtvarné aktivity v podpůrných skupinách konaných dvakrát měsíčně. Tyto skupiny byly pro pacienty bezplatné a námět výtvarné činnosti byl libovolný. Výsledná díla byla prodávána a výtěžek byl věnován na chod programu. Pacienti, kteří se tohoto programu zúčastnili, hodnotili program jako přínosný zejména z toho důvodu, že jim pomáhá zvyšovat vlastní sebeúctu. Autoři studie se domnívají, že výtvarná činnost může mít příznivý či terapeutický vliv sama o sobě i bez analytické složky. Vytvoření pro pacienty příjemného a podpůrného prostředí ve formě výtvarné skupiny navíc přispělo ke zlepšení celkového dojmu z pobytu v nemocnici.



Část II

Výzkumná část

# Kapitola 5

## Úvod k výzkumnému šetření

### 5.1 Dobrovolnický program Amelie, o.s. ve FNOL

Občanské sdružení Amelie ([www.amelie-os.cz](http://www.amelie-os.cz)) poskytuje psychosociální podporu onkologicky nemocným a jejich blízkým. Oficiální registraci občanského sdružení získala v roce 2006, ale počátky jejího vzniku spadají až do roku 2005. Cílem Amelie není jen poskytovat podporu onkologicky nemocným i jejich blízkým, provázet je procesem léčby a pomáhat jim při návratu do normálního života, ale také odtabuizovávat ve společnosti témata spojená s tímto onemocněním a sdílet poznatky a spolupracovat s odborníky na psychosociální péči. Hlavním sídlem Amelie je Praha, ale svou pobočku má mimo jiné i v Olomouci.

Kromě bezplatných konzultací v psychosociální oblasti svým klientům nabízí pravidelné programy v Centrech Amelie, které poskytují registrované sociální služby. Od roku 2008 je nedílnou součástí Amelie i akreditovaný Dobrovolnický program. Od března roku 2010 zajišťuje Amelie ve spolupráci se zdravotnickým personálem chod Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen „Dobrovolnický program“). Dobrovolníci Amelie procházejí několikakolovým výběrem, jehož součástí je i školení zaměřené na práci v náročných oblastech, mezi které onkologie bezpochyby patří. V současné době má Amelie v Olomouci celkem 15 proškolených a aktivních dobrovolníků, kteří se věnují jak klientům při Dobrovolnickém programu v nemocnici, tak klientům Centra. Pacienti na onkologické klinice bývají v závislosti na typu konkrétní onkologické diagnózy a zvoleném typu léčby hospitalizováni na různě dlouhou dobu od několika málo dnů až po 5-6 týdnů. Dobrovolnický program v nemocnici probíhá pravidelně jedno odpoledne v týdnu po dobu přibližně dvou hodin a zpravidla se ho účastní 4-5 pacientů.

V počátečních fázích Dobrovolnického programu se jednalo o individuální setkávání s pacienty u lůžka, jehož smyslem bylo poskytnout pacientům prostor pro sdílení pocitů, obav, starostí i radostí, na který se zdravotnickému personálu při odpovědném plnění pracovních povinností nedostává času.

Z formy individuálních setkávání u lůžka se Dobrovolnický program postupně vyvinul ve skupinová výtvarná setkání. Výtvarná činnost, kterou pro pacienty každý týden připravují 2-3 dobrovolníci, přitom kromě odreagování myšlenek od nemoci formou tvořivé činnosti slouží také jako prostředek k navázání kontaktu dobrovolníka s pacientem. Drobná tvořivá činnost navíc vede k aktivizaci pacientů, kteří si v důsledku vedlejších efektů onkologické léčby často stěžují na potíže s jemnou motorikou.

Důležitým aspektem Dobrovolnického programu v současné podobě je právě forma skupinových setkání. Dobrovolnictví v nemocnicích je v našich poměrech relativní novinkou a skupina poskytuje pacientům bezpečí a pocit jistoty při prvním kontaktu s dobrovolníky. Skupina pacientům také nabízí příležitost k navazování nových kontaktů s ostatními pacienty a sdílení zážitků spojených s léčbou s podobně nemocnými z jiných oddělení, se kterými by pravděpodobně jinak neměli možnost se setkat.

Dobrovolníci přítomní na Dobrovolnickém programu pacientům poskytují kontakt se světem „mimo nemocnici“ a s jejich vlastním „běžným životem“. V rámci svého denního režimu v nemocnici se pacient setkává v převážně většině jen s odborníky, kteří se zajímají v první řadě o jeho nemoc, příčiny jejího vzniku a možnosti léčby a často na něj kladou různá omezení. Dobrovolníka pak lze považovat za odborníka, kterého v rámci Dobrovolnického programu v nemocnici zajímá pacient jako obyčejná lidská bytost. Snaží se pacientovi ukázat činnosti, které by pacient sám nebo s dopomocí i navzdory svému aktuálnímu zdravotnímu stavu mohl vykonávat, a tím podporovat jeho aktivní roli v boji s nemocí.

Většina léčebných procedur na onkologické klinice se odehrává v ranních a dopoledních hodinách. Odpoledne pacienti často nemají žádnou náplň a z dlouhé chvíle v nemocničním prostředí mohou upadat do zajetí myšlenek na nemoc a její důsledky. Dobrovolnický program se snaží tento volný čas pacientům naplnit a zpříjemnit tak, aby tyto negativní myšlenky nahradil pozitivnějšími. Výtvarná činnost v sobě přitom nese možnost odreagování se a zároveň i příležitost k naučení se něčeho nového.

V rámci Dobrovolnického programu jsou pacientům nabízeny i možnosti doprovodu při procházkách v areálu nemocnice či doprovodu na vyšetření, kdy dobrovolník může pacientovi zpříjemnit chvíle čekání. K dalším nabízeným aktivitám patří hraní společenských her, povídání a předčítání u lůžka pacienta.

## 5.2 Hlavní teoretická východiska a cíle

Hlavním cílem této práce je analyzovat profil onkologického pacienta, který v průběhu své hospitalizace vyhledává možnosti nabízené Dobrovolnickým programem Amelie, o.s. zejména z hlediska jeho aktuálního psychického rozpoložení a indikace pro psychoonkologickou péči, očekávání od programu, délky hospitalizace a vybraných sociodemografických charakteristik.

Mezi hlavní teoretická východiska této práce patří koncept copingových strategií, jakožto reakcí člověka na zátěžovou situaci s ohledem na kontext onkologického onemocnění, které do pacientova života vnáší řadu zásadních změn. Bylo prokázáno, že při stejném kognitivním hodnocení zátěžové situace existují v preferenci copingových strategií rozdíly mezi muži a ženami, přičemž ženy častěji vyhledávají sociální oporu a preferují copingové strategie zaměřené na zvládnání emocí, zatímco muži volí raději strategie zaměřené na řešení problému (Ptacek et al., 1994). Ženy pociťují více zátěže a běžných, méně závažných, denních stresorů než muži a vnímají jako zátěžovější ty životní události, které se týkají rodiny a zdraví, zatímco muži vnímají zátěžověji události spojené se vztahy, financemi a prací (Matud, 2004). Na základě těchto poznatků předpokládáme, že dobrovolnický program Amelie, o.s. jakožto forma sociální opory a prostor pro sdílení emocí bude atraktivnější spíše pro pacientky než pro pacienty.

Ulmský manuál zvládnání (*Ulmer Coping-Manual*, UCM) vymezuje několik dimenzí copingových strategií onkologických pacientů, mezi které patří i odklon od nemoci v podobě rozptýlení se jinými aktivitami či myšlenkami, sociální kontakty a bojové nastavení, které se projevuje optimismem a pozitivním myšlením pacienta. Ukazuje se přitom, že právě bojové nastavení je indikátorem úspěšného zvládnutí nemoci (Angendent et al., 2010).

Tyto dimenze copingových strategií onkologických pacientů se snaží podporovat i Dobrovolnický program Amelie, o.s. Dle aktuálních výzkumů vlivu dobrovolnických aktivit na pacienty, kteří se do programu zapojí, má dobrovolnický program pro pacienty řadu přínosů. Dobrovolnická činnost zvyšuje důvěru pacientů v jejich vlastní důležitost, poskytuje jim sociální oporu, příznivě ovlivňuje pocity pacientů před pobyt v nemocnici a má pozitivní vliv na celkové duševní rozpoložení pacientů (Rgehr & Rozmovits, 2009).

Ve studiích zkoumajících psychosociální důsledky rakoviny a prevalenci psychické zátěže mezi pacienty nepanuje shoda, obecně se udává, že dlouhodobou psychickou zátěž prožívá 20-40 % onkologických pacientů (Söllner et al., 2001). Söllner a kolektiv (2001) zkoumal úspěšnost lékařů (onkologů) v rozpoznávání pacientů s potřebou psychosociální podpory. Vycházeli přitom z *International Consensus Meeting on Psychosocial Support in Cancer Patients* (Kiss, 1995), kde se udává, že pacientovi by měla být psychosociální podpora doporučena, je-li splněna jedna z následujících tří podmínek:

1. vysoká míra zátěže;
2. slabá sociální opora;
3. pacient sám si přeje využít možnosti psychosociální podpory.

Porovnáním výsledků screeningových metod pro zjišťování míry zátěže a sociální opory (mimo jiné i Hornheidského dotazníku) vyplněných pacienty s doporučením

lékařů byla zjištěna velmi malá shoda (konkordance 0,10 a 0,05). Dle studie využívající Hornheidský dotazník ke zjišťování míry indikace k psychoonkologické péči mezi celkem 506 onkologickými pacienty bylo zjištěno, že k psychoonkologické péči na základě této metody je indikováno 49 % pacientů (Kasper & Kollenbaum, 2001).

Jelikož Dobrovolnický program Amelie, o.s. podporuje naplňování obecných cílů psychoonkologické péče stanovených v kapitole 3.3. *Psychoonkologická péče* a aktivity jím nabízené spadají do možností psychosociální podpory, v souladu s algoritmem *International Consensus Meeting on Psychosocial Support in Cancer Patients* předpokládáme, že by mohl ve zvýšené míře přitahovat právě pacienty s potřebou psychosociální podpory a psychoonkologické péče.

Použitá metodika byla sestavena na základě konzultací s MUDr. Ivanou Kořínkovou, odbornou konzultantkou zdravotně sociálních dobrovolnických programů MZ ČR, a metodiky, kterou s kolektivem autorů vytvořila (Kořínková et al., 2010).

Při přípravě výzkumného projektu se naskytla příležitost pro využití zvolené metodiky i na Hematoonkologické klinice FNOL, která o Dobrovolnický program projevila zájem. S cílem zjištění zájmu o Dobrovolnický program mezi pacienty uvedené kliniky bylo realizováno dotazníkové šetření, které však v době dokončování diplomové práce nebylo ještě uzavřeno. Popis tohoto šetření je i s předběžnými výsledky uveden v Případové studii v závěrečné části práce.

## 5.3 Formulace hypotéz

Na základě studia dostupné relevantní literatury a výsledků aktuálních studií byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL se účastní statisticky významně častěji pacienti indikovaní k psychoonkologické péči dle Hornheidského dotazníku než ti, kteří dle této metody k psychoonkologické péči indikováni nejsou.

H2: O podpůrné aktivity nabízené Dobrovolnickým programem Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL mají zájem statisticky významně častěji ženy než muži.

H3: Mezi očekávanými pacientů před vstupem do Dobrovolnického programu Amelie, o.s. statisticky významně nepřevládá žádná z nabízených možností.

# Kapitola 6

## Design výzkumného projektu

Výzkum byl realizován na Onkologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc, kde Dobrovolnický program Amelie, o.s. probíhá od března roku 2010. V počátečním období realizace výzkumného projektu byla Onkologická klinika FNOL členěna na 3 oddělení (A,B,C). Oddělení C se se svými 10 lůžky specializovalo na nádory ženských orgánů a léčbu brachyradioterapií. Hospitalizovány na něm byly tedy pouze ženy. V průběhu realizace výzkumného projektu (na podzim roku 2011) však došlo k transformaci Onkologické kliniky a oddělení C bylo zrušeno. Pacientky, které by dle dřívějšího rozdělení spadaly pod toto oddělení jsou nyní léčeny na oddělení A a B. Na těchto odděleních jsou hospitalizováni ženy i muži s různými typy onkologických diagnóz. Obě tyto oddělení dohromady mají kapacitu 54 lůžek.

Dobrovolnický program na oddělení probíhá pravidelně jedno odpoledne v týdnu. Pacienti jsou o možnosti zapojit se do programu opakovaně informováni v první řadě zdravotnickým personálem v průběhu celé své hospitalizace, v druhé řadě pak dobrovolníky samotnými, kteří každý týden nabízejí připravený program na pokojích. Oslovování pacientů s nabídkou účasti na Dobrovolnickém programu tak probíhalo jak zástupci z řad zdravotnického personálu, tak z řad dobrovolníků.

V době sběru dat dobrovolníci společně s pacienty na programu na Onkologické klinice FNOL strávili bezmála 50 hodin. Samotný průběh připraveného programu nebyl výzkumným šetřením výrazně ovlivněn. S možností účasti ve výzkumu byli pacienti seznámeni až po jeho skončení. Všichni pacienti byli řádně poučeni o cílech a metodách výzkumu a byli požádáni o anonymní účast ve výzkumném projektu. Pacienti byli poučeni i o možnosti se výzkumu nezúčastnit bez jakéhokoli dopadu tohoto rozhodnutí na průběh jejich léčby či možnost jejich případné další účasti na Dobrovolnickém programu. Po souhlasu s účastí ve výzkumu byla pacientům předána obálka s dotazníkovým souborem.

O vyplnění dotazníkového souboru byli požádáni pouze ti pacienti účastníci se Dobrovolnického programu, kteří se programu v daný den účastnili celou nebo téměř celou dobu jeho průběhu. Pacienti, kteří program museli z nějakého důvodu (návštěva

příbuzných, léčebná procedura apod.) opustit krátce po jeho začátku, nebyli do výběrového souboru zařazeni.

Pacienti mohli dotazník vyplnit ihned po skončení Dobrovolnického programu, nebo si jej s odpovědní obálkou ponechat a vyplnit ve volné chvíli. Ačkoli Dobrovolnický program netrvá déle než 2,5 hodiny, vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacientů bylo vyplnění s odstupem času nabízeno i s ohledem na možnou únavu.

V případě vyplnění dotazníku ihned po skončení programu byl dotazníkový soubor v příložené obálce odevzdán přítomným dobrovolníkům. V případě přání pacienta vyplnit dotazník později probíhal sběr vyplněných dotazníkových souborů v příložených obálcích prostřednictvím zdravotnického personálu. Tímto způsobem bylo získáno celkem 45 respondentů výběrového souboru. Celkem bylo rozdáno 49 obálek s dotazníkovými soubory (2 vyplněné dotazníkové soubory nebyly z důvodů neúplného vyplnění do vyhodnocení zařazeny, 2 dotazníkové soubory nebyly do doby uzavření výzkumného šetření vráceny).

Z důvodu snahy o co nejméně zátěžovou formu dotazníkového šetření nebyl u respondentů výběrového souboru sledován konkrétní typ onkologického onemocnění, jeho stadium, zvolený způsob aktuálně probíhající léčby či další podrobnosti týkající se aktuálního zdravotního stavu.

Distribovaný dotazníkový soubor (viz. Příloha 3) byl tvořen Hornheidským dotazníkem pro zjišťování indikace k psychoonkologické péči a evaluačním dotazníkem vytvořeným za účelem zjištění profilu klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL.

Výzkumná část práce byla řádně schválena Mgr. Martinem Šamajem, MBA, náměstkem nelékařských oborů Fakultní nemocnice Olomouc dne 1.3.2011.

## 6.1 Popis zkoumaného souboru

Výběrový soubor předkládaného výzkumu tvoří pacienti Onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc, kteří se od začátku dubna do konce prosince roku 2011 zúčastnili Dobrovolnického programu Amelie, o.s. Dle záznamů vedených k Dobrovolnickému programu se v době sběru dat (začátek dubna až konec prosince roku 2011) do Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL zapojilo celkem 94 pacientů. Pacienti se však po dobu své hospitalizace programu obvykle účastní opakovaně a o vyplnění dotazníkového souboru byli vždy žádáni pouze jednou. V evidenci Dobrovolnického programu se opakující se účastníci nerozlišují, reálný počet účastníků při započtení každého účastníka v uvedeném časovém období pouze jednou je proto nižší.

O vyplnění dotazníkového souboru byli v uvedeném časovém období požádáni téměř všichni zúčastnění pacienti (s výjimkou těch, kteří například z důvodu léčebné procedury či návštěvy museli program opustit krátce po jeho začátku). S ohledem na

počet rozdaných (49) a navrácených dotazníků (47; 96 %) tedy usuzujeme na vysokou reprezentativnost vzorku onkologických pacientů, kteří se dobrovolnického programu v období uvedených 9 měsíců zúčastnili.

Základní sledované parametry respondentů z řad pacientů Onkologické kliniky FNOL jsou uvedeny v Tabulce 6.1.

	Ženy (N=42)	Muži (N=3)
Průměrný věk	57	68
Průměrný počet absolvovaných onkologických léčeb	1	1
Průměrná předpokládaná délka hospitalizace	5 - 9 týdnů	5 - 6 týdnů

Tabulka 6.1: Základní sledované charakteristiky výběrového souboru

Z výsledků uvedených v Tabulce 6.1 vyplývá, že dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL se účastní nejčastěji ženy ve věku 57 let v průběhu své první hospitalizace s onkologickým onemocněním o předpokládané délce 5-9 týdnů. Průměrné délky hospitalizace pacientů na Onkologickém oddělení se v závislosti na typu a závažnosti konkrétní onkologické diagnózy obvykle pohybuje v řádu několika málo dnů, jednoho až dvou týdnů a 5-6 týdnů. Konkrétní typ onkologického onemocnění nebyl u respondentů sledován. Muže nabízený Dobrovolnický program příliš neoslovuje.

## 6.2 Aplikovaná metodika

### 6.2.1 Evaluační dotazník

První část dotazníkového souboru volně kopíruje metodická doporučení MUDr. Ivany Kořínkové, metodičky dobrovolnických aktivit MZ ČR k evaluaci dobrovolnických programů ve zdravotnictví (Kořínková et al., 2010). Evaluační dotazník se skládá z celkem 16 otázek. Z důvodu snahy o co nejmenší zátěžovost byly téměř ke všem možnostem naformulovány možnosti, z nichž pacienti vybírali. Kompletní znění evaluačního dotazníku najdete v Příloze 3.

První čtyři otázky zjišťují vybrané sociodemografické charakteristiky, otázka č.5 zjišťuje míru sociální opory pacientů v průběhu hospitalizace, otázky č.6-8 se vztahují k informovanosti o Amelii, o.s., o Dobrovolnickém programu a k očekávání pacientů před vstupem do programu. V otázkách č.9-13 respondenti hodnotí průběh programu, jeho přínos a chování dobrovolníků. V otázka č.14 respondenti subjektivně hodnotí svůj psychický stav po skončení Dobrovolnického programu. K tomu mají k dispozici obličejovou škálu se šesti obrázky různých výrazů obličeje pro subjektivní zhodnocení aktuálního rozpoložení pacientů po skončení programu. Tato škála se obvykle používá pro posouzení míry bolesti. V evaluačním dotazníku byla použita k posouzení aktuálního psychického rozpoložení po programu z důvodu snahy o zjednodušení,



jelikož slovní formulace odpovědi by mohla být pro pacienty procházející onkologickou léčbou náročná. Ve škále je na prvním místě veselý, usměvavý obličej, jehož výraz se postupně směrem k poslednímu šestému zamračenému obličejí postupně zhoršuje. Poslední dvě otázky evaluačního dotazníku poskytují prostor pro vyjádření zájmu o informování o dalších aktivitách Amelie, o.s. či jakýchkoli připomínek.

### **6.2.2 Hornheider Screening-Instrument, Hornheidský dotazník**

Pro hodnocení indikace psychoonkologické péče u onkologických pacientů v každodenní praxi byl vyvinut Hornheider Screening-Instrument. Skládá se ze sebehodnotících otázek reflektujících aktuální psychický a fyzický stav, okolní stresory, sociální oporu, informovanost o nemoci a léčbě, míru zátěže onemocnění pacienta pro jeho okolí a schopnost pacienta dosáhnout během dne vnitřního klidu.

Výzkumy, které pracují s touto metodou, potvrzují existenci tří základních dimenzí (narušení celkového stavu, rodinnou zátěž a zátěž vyvolanou nemocí a kvalitu informací o nemoci a léčbě). Udává se, že tento nástroj je schopen zachytit až 85 % pacientů s indikací k psychoonkologické péči. Výzkumně byla také prokázána vysoká shoda této metody s nemocniční úzkostí a škálou deprese. Pro vyhodnocení dotazníku existuje vyhodnocovací databáze (Angendent et al., 2010).

Hornheidský dotazník je zkrácenou podobou Hornheider Screening-Instrumentu. Obsahuje celkem devět sebehodnotících položek a dvě validizační otázky (vztahující se k subjektivnímu hodnocení fyzického a psychického stavu v posledních třech dnech). Dotazník pokrývá stejné tři dimenze jako Hornheider Screening-Instrument. Úkolem pacienta je na šestibodové škále posoudit míru výstižnosti následujících tvrzení:

1. Často si dělám starosti.
2. Neumím se uvolnit a být v klidu.
3. Život s nemocí mi nahání strach.
4. Netroufám si vrátit se ke své obvyklé práci.
5. Připadám si tělesně méně výkonný/á než před vypuknutím onemocnění.
6. Myšlenka na možný další růst nádoru ve mně vyvolává úzkost.
7. Mám obavy, že mě ostatní lidé budou kvůli změně vzhledu odmítat.
8. Je pro mě těžké hovořit s nejbližšími o svých starostech a úzkostech.
9. O své nemoci se necítím dostatečně informován.

Validizační položky:

1. V posledních třech dnech se fyzicky cítím...
2. V posledních třech dnech se psychicky cítím...

Validitu Hornheidského dotazníku testovala studie (Rumpold et al., 2001) prováděná na celkem 438 pacientech s nádory kůže ve dvou různých onkologických klinikách v Rakousku a Německu. V této studii byla validita Hornheidského dotazníku ověřována na podkladě dotazníku sociální opory, Beckovy škály deprese a dotazníku *Freiburg Questionnaire of Disease-Coping*. Výsledky studie dokládají diferenciační funkci Hornheidského dotazníku mezi indikací k psychoonkologické péči a jinými psychologickými fenomény a jeho korelaci s depresí, depresivními styly zvládání nemoci, sociální podporou a komplikací. Udávaná hodnota Cronbachova  $\alpha$  u Hornheidského dotazníku je 0.8077 (Strittmatter, 2005).

V Německu byla za pomoci Hornheidského dotazníku realizována studie indikace onkologických pacientů k psychoonkologické péči. Dle výsledků této studie (Kasper & Kollenbaum, 2001) bylo z celkového počtu 506 respondentů z řad onkologických pacientů indikováno k psychoonkologické péči 49 % pacientů.

V českém jazyce je Hornheidský dotazník dostupný v publikaci *Psychoonkologie v praxi* (Angendent et al., 2010). Překlad vysvětlující klasifikaci škál a měřítko škály validizačních položek v této verzi však plně neodpovídá originálu (Berend, Strittmatter, & Küchler, 2007). Póly škál nebyly přeloženy jako antonyma (0-není pravda, 5-velmi mě zatěžuje) proto byly po konzultaci s německou překladatelkou upraveny tak, aby odpovídaly originálu (0-není pravda, 5-je pravda a velmi mě zatěžuje). Validizační položky mají v uvedeném originálu 5-ti bodovou škálu, ne 6-ti bodovou, jako v uvedeném českém překladu. Konkrétní znění jednotlivých položek v českém překladu dle německé překladatelky odpovídalo originálu a nebylo nijak změněno.

### 6.2.3 Použité statistické metody

Pro zpracování získaných výsledků a ověření stanovených hypotéz byly použity statistické metody test chí-kvadrát a korelace. Výpočty byly prováděny pomocí programu Microsoft Office Excel 2007.

# Kapitola 7

## Výsledky práce

V souladu s cíli této práce byl sledován profil klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s. z hlediska jeho indikace k psychoonkologické péči a dalších aspektů. Pro přehlednost byly výsledky práce rozděleny na výsledky Hornheidského dotazníku a další dílčí výsledky přispívající k analýze profilu klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s.

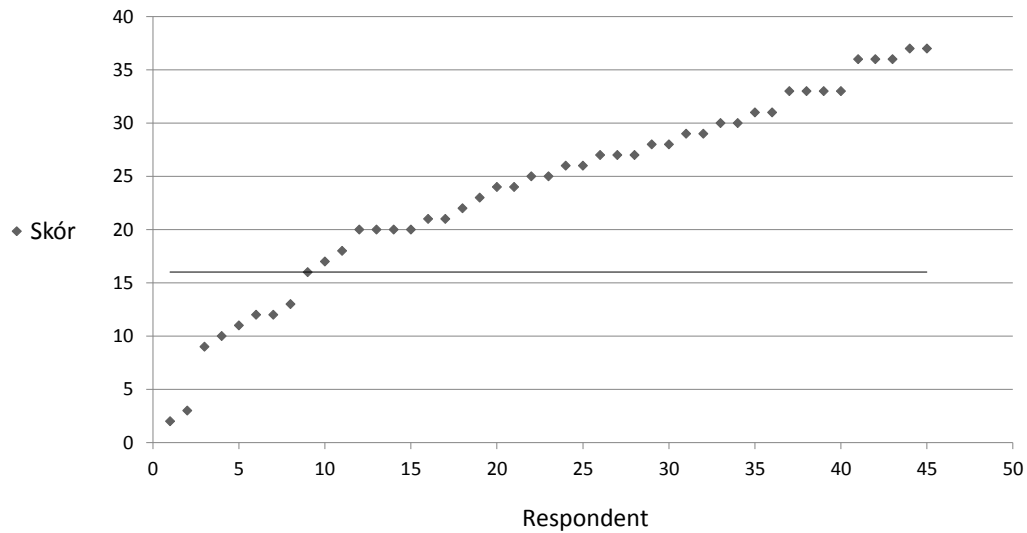
Na základě údajů v Tabulce 6.1 byla statisticky ověřena hypotéza č.2 (*O podpůrné aktivitu nabízené Dobrovolnickým programem Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL mají zájem statisticky významně častěji ženy než muži.*). Dle výsledků testu  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 33,8; \chi_{0,01}^2(1) = 6,63$ ) byla tato hypotéza přijata.

### 7.1 Výsledky Hornheidského dotazníku

Pacienti na šestibodové škále hodnotili prvních devět z výše uvedených sebehodnotících tvrzení (0-není pravda, 5-je pravda a velmi mě zatěžuje) a dvě validizační položky týkající se fyzického a psychického stavu v posledních třech dnech na škále 1-velmi dobře až 5-velmi špatně. Ve vyhodnocovacím archu Hornheidského dotazníku je pro každou sebehodnotící položku vyznačena kritická hodnota, jejíž překročení znamená indikaci pacienta k psychoonkologické péči. Indikaci k psychoonkologické péči mimo překročení kritických hodnot indikuje i celkový skóre vyšší nebo roven 16, případně součet skóre u 3. a 6. položky dotazníku větší než 6 (Angendent et al., 2010).

V grafu na Obrázku 7.1 jsou uvedeny skóre jednotlivých respondentů s vyznačenou hranicí indikace psychoonkologické péče. Z grafu po zohlednění kritických hodnot jednotlivých položek vyplývá, že ve výběrovém souboru bylo dle Hornheidského dotazníku k psychoonkologické péči indikováno celkem 39 respondentů (87%). Testem  $\chi^2$  byla ověřována platnost hypotézy č.1 (*Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL se účastní statisticky významně častěji pacienti indikovaní k psychoonkologické péči dle Hornheidského dotazníku než ti, kteří dle této*

metody k psychoonkologické péči indikováni nejsou.). Na základě výsledků tohoto testu ( $\chi^2 = 24,2$ ;  $\chi_{0,01}^2(1) = 6,63$ ) byla hypotéza č.1 přijata.



Obrázek 7.1: Výsledky Hornheidského dotazníku

V Tabulce 7.1 je uvedeno shrnutí výsledků Horneidského dotazníku s rozčleněním na indikaci danou celkovým skórem vyšším než 16, součtem skóru 3. a 6. položky větším než 6 a překročením kritické hranice u konkrétní položky. Primárním hlediskem při vyhodnocování dotazníku byl celkový skór. Z toho důvodu jsou v tabulce respondenti, kteří jsou k psychoonkologické péči indikováni na základě kombinace výše uvedených možností započítáni pouze v indikaci na základě překročení kritické hranice celkového skóru. Jak tato tabulka ukazuje, téměř všichni pacienti (97 %), kteří byli dle Hornheidského dotazníku indikováni k psychoonkologické péči, byli indikováni na základě překročení kritické hodnoty celkového skóru (16).

	Počet respondentů
Celkový skór > 16	37
Součet skóru 3. a 6. položky > 6	0
Překročení kritické hranice u položky	2
Neindikováno	6

Tabulka 7.1: Shrnutí výsledků Hornheidského dotazníku

### Validizační položky

Hornheidský dotazník ve svých dvou validizačních položkách zjišťuje také psychický a fyzický stav pacienta v posledních třech dnech. Pacienti subjektivně hodnotí svůj psychický a fyzický stav každý zvlášť na pěti-stupňové škále pokrývající různé stavy s póly „velmi dobře“ (1) a „velmi špatně“ (5).

Průměrná hodnota na pěti-stupňové škále pro psychický stav hodnocený v průběhu posledních tří dní byla 3,03 a průměrná hodnota pacienty subjektivně vnímaného fyzického stavu v posledních třech dnech byla 3,17.

Byla zjišťována míra souvislosti fyzického a psychického stavu, fyzického stavu a celkového skóru v Horneidském dotazníku a psychického stavu a celkového skóru v Hornheidském dotazníku. Výsledné korelační koeficienty jsou uvedeny v Tabulce 7.2. Celkový skór určující indikaci k psychoonkologické péči pozitivně koreluje s psychickým i fyzickým stavem v posledních třech dnech, přičemž aktuální psychický stav se ukazuje být významnějším prediktorem indikace k psychoonkologické péči než aktuální fyzický stav.

	Psychický stav	Fyzický stav	Celkový skór
Psychický stav	1	-	-
Fyzický stav	0,85	1	-
Celkový skór	0,8	0,6	1

Tabulka 7.2: Sledované korelační koeficienty

## 7.2 Další výsledky

Mimo aktuální psychický stav pacientů, kteří se účastnili Dobrovolnického programu, byly zjišťovány i další informace za účelem zkvalitnění programu tak, aby co nejvíce naplňoval potřeby a zájmy pacientů a zároveň příliš nenarušoval chod oddělení. Zkoumána byla spokojenost s množstvím návštěv ze strany rodiny či přátel, informovanost o nabízeném programu, očekávání od programu a jeho přínos, spokojenost s programem v jeho současné podobě a také podněty pro rozvoj programu v budoucnu.

### Množství návštěv

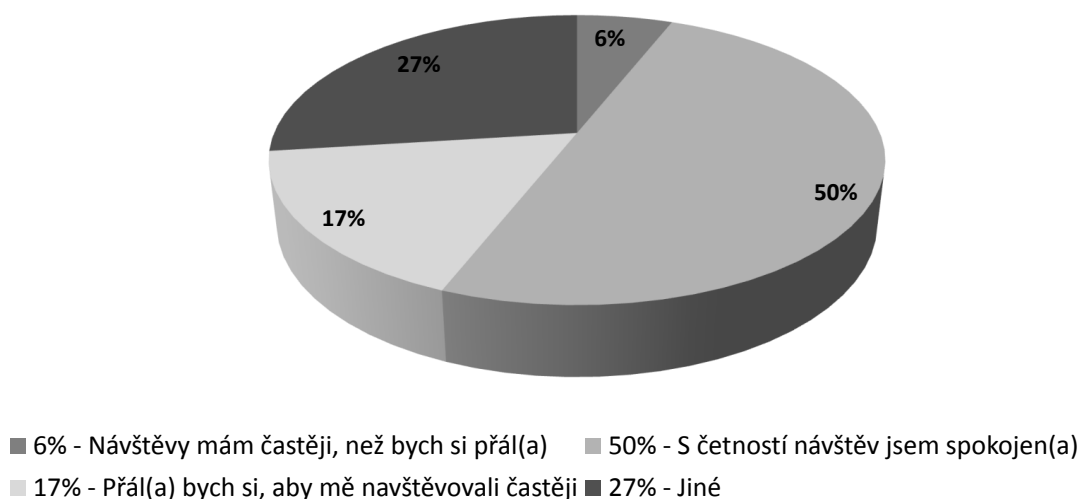
S ohledem na možnost vyhledávání aktivit Dobrovolnického programu z důvodu sociální izolace a nedostatku sociální kontaktů v průběhu hospitalizace byla zjišťována spokojenost pacientů s množstvím návštěv ze strany rodiny a přátel, které pacienti v nemocnici mají. Pacienti odpovídali na otázku, jak jsou spokojeni s návštěvami v nemocnici s následujícími možnostmi:

- Návštěvy mám častěji, než bych si přál(a).

- S četností návštěv jsem spokojen(a).
- Přál bych si, aby mě navštěvovali častěji.
- Jiné.

Při analýze výsledků dotazníkového šetření nebylo prokázáno, že by Dobrovolnický program Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL vyhledávali častěji ti pacienti, kteří považují množství svých návštěv za nedostatečné a uvítali by častější kontakt s rodinou a přáteli.

Výsledky týkající se spokojenosti pacientů s mírou návštěv znázorňuje graf na Obrázku 7.2. Pouze 17 % respondentů si přálo častější návštěvy a 50 % respondentů bylo s četností svých návštěv spokojeno. Pod položkou „jiné“ pacienti nejčastěji uváděli, že jezdí na víkendy domů a proto za nimi v pracovních dnech návštěvy nechodí. Dvakrát se také vyskytla odpověď naznačující nezájem o jakékoli návštěvy ze strany rodiny a přátel.

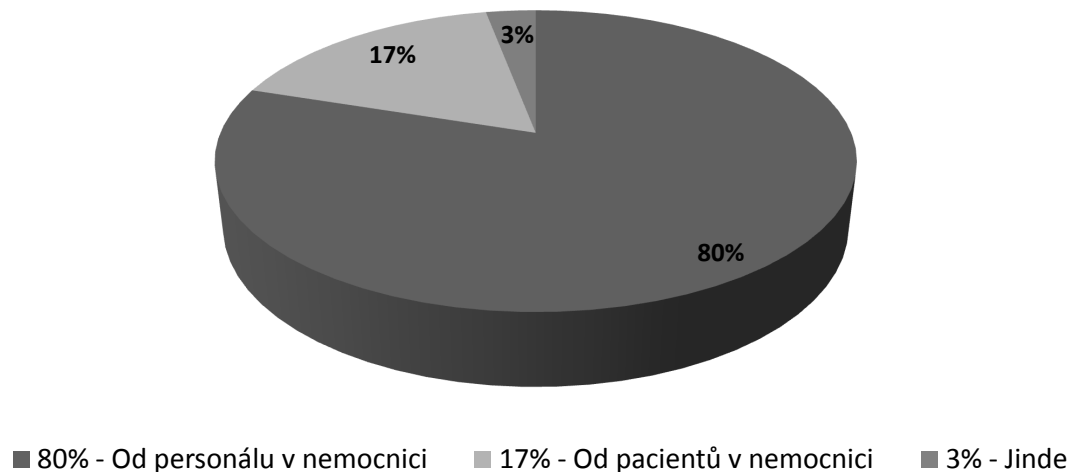


Obrázek 7.2: Množství návštěv

### Informovanost o programu

Informování pacientů o možnosti zapojení se do programu a o aktuálních nabídkách probíhá jak formou sdělení personálem v průběhu hospitalizace, tak přímým sdělováním dobrovolníky před začátkem programu. Mimo to mají pacienti možnost si přečíst základní informace o Dobrovolnickém programu i o Amelii, o.s. celkově v letáku na pokoji. Jelikož informovanost pacientů o možnosti využití Dobrovolnického programu považujeme za zásadní předpoklad úspěšného chodu programu, bylo realizované dotazníkové šetření zaměřené také na zjišťování způsobu efektivního informování pacientů.

Jak ukazuje graf na Obrázku 7.3, 80 % respondentů se o Amelii, o.s. a o programu, který na oddělení nabízí, dozvědělo od zdravotnického personálu, dalších 17 % od ostatních pacientů v nemocnici a 3 % od známých. Možnosti získání informací z letáků na pokoji nebo z internetových stránek nebyly ve výsledcích zastoupeny. Dle 93 % respondentů byly získané informace pravdivé a dostačující, dle zbylých 7 % byly neúplné, ale dostačující.



Obrázek 7.3: Informovanost o programu

### Očekávání od programu a jeho přínos

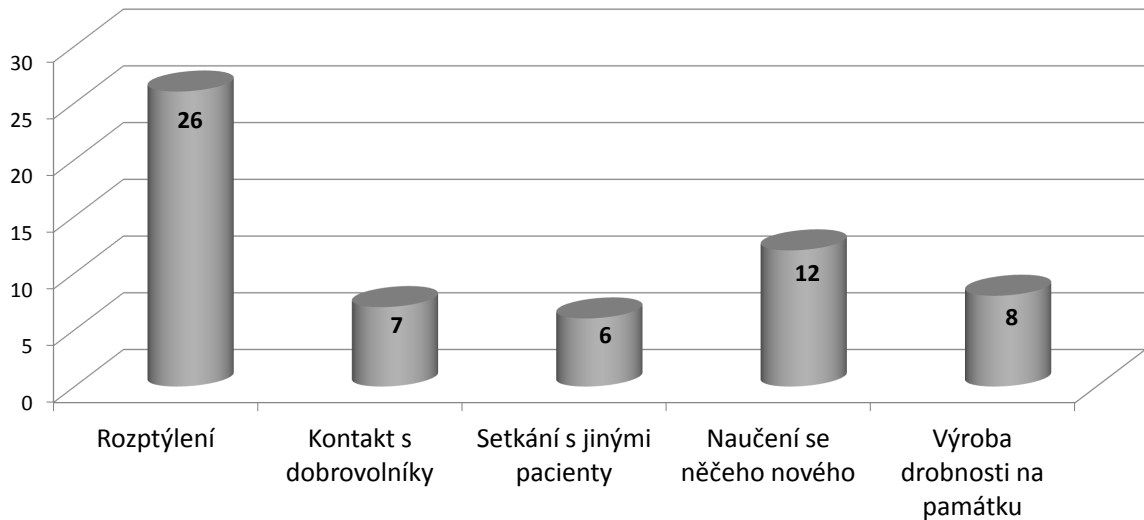
V oblasti očekávání od programu i jeho přínosu mohli pacienti vybírat více než jednu možnost. Očekávání od programu bychom dle odpovědí respondentů mohli seřadit následovně:

1. naučení se něčeho nového (23 hlasů);
2. kontakt s jinými lidmi (12 hlasů);
3. rozptýlení (10 hlasů).

Při vzniku této práce nebyla známa žádná studie, na základě které bychom mohli očekávat statisticky významný rozdíl v očekávání pacientů před vstupem do programu. Výsledky však statisticky významný rozdíl v očekávání pacientů potvrzují ( $\chi^2 = 23,7; \chi_{0,01}^2(3) = 11,3$ ). Hypotézu č.3 (*Mezi očekávanými pacientů před vstupem do Dobrovolnického programu Amelie, o.s. statisticky významně nepřevládá žádná z nabízených možností.*) proto zamítáme.

Hodnocení přínosu programu respondenty ukazuje graf na Obrázku 7.4. Z grafu vyplývá, že pacienti na programu nejvíce oceňují příležitost k rozptýlení a možnost naučení se něčeho nového, která se ukázala být nejvýznamnějším očekáváním před vstupem do programu se umístila až na druhé pozici. Tyto výsledky však mohou mít

logickou souvislost - k rozptýlení od myšlenek na nemoc může docházet prostřednictvím učení se něčeho nového. V hodnocení přínosu programu byl zjištěn statisticky významný rozdíl v preferenci jednotlivých možností ( $\chi^2 = 23,11$ ;  $\chi_{0,01}^2(4) = 13,3$ ).



Obrázek 7.4: Přínos programu

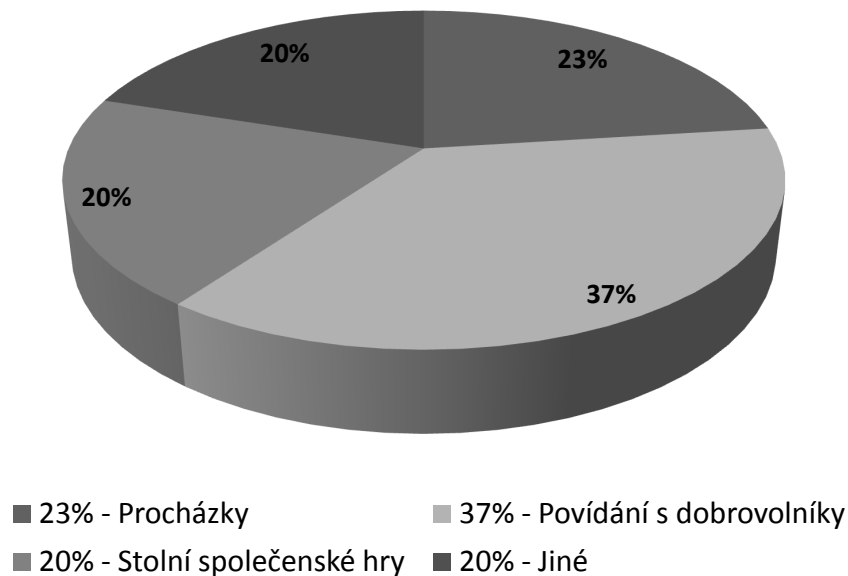
### Zájem o další aktivity

V současné době probíhá Dobrovolnický program Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL zejména ve formě skupinových výtvarných setkání. Do dotazníkového šetření byla zahrnuta i otázka zjišťující zájem respondentů i o jiné aktivity, které by bylo s ohledem na aktuální zdravotní stav pacientů a režim kliniky v rámci programu možné zrealizovat. Po dohodě s vedením kliniky lze pacientům nabízet procházky po areálu nemocnice, povídání s dobrovolníky na pokoji a hraní stolních společenských her. Dle výsledků dotazníkového šetření znázorněných na grafu na Obrázku 7.5 je z těchto možností největší zájem o povídání s dobrovolníky. U položky „Jiné“ respondenti nejčastěji uváděli, že nabízený program je dostačující. Mezi návrhy na další aktivity se vyskytlo pletení a čtení. V preferenci jednotlivých nabízených aktivit nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $\chi^2 = 2,66$ ;  $\chi_{0,05}^2(3) = 7,81$ ).

### Rozpoložení po programu

Při vyhodnocování obličejové škály, na které pacienti posuzovali své psychické rozpoložení bezprostředně po skončení Dobrovolnického programu byla jednotlivým obličejům přiřazena číselná hodnota 1-6. Z celkového počtu 45 pacientů jako obrázek nejlépe vystihující rozpoložení po programu 38 pacientů (84 %) zvolilo obrázek č.1 a 7 pacientů (16 %) obrázek č.2 (modus=1; medián=1). V číselných hodnotách na šestibodové škále toto rozložení výsledků odpovídá průměrné hodnotě 1,14. Lze říci, že po skončení programu pacienti uváděli pozitivní duševní rozpoložení.





Obrázek 7.5: Zájem o další aktivity

S přihlédnutím k hodnocení psychického stavu v posledních třech dnech ve validační části krátké verze Horneidského dotazníku (modus=4; medián=3), kde průměrná hodnota (3,17) spadá do oblasti neutrálního duševního rozpoložení usuzujeme na možný kladný vliv Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na aktuální psychický stav pacientů. Tento úsudek potvrzují i vzkazy pacientů v „knize přání a stížností“, jejichž příklady jsou uvedeny v Příloze 2. Získaná data však neumožňují přímé statistické potvrzení kladného vlivu Dobrovolnického programu na aktuální psychický stav pacientů.

### 7.3 K platnosti hypotéz

Ve výzkumné části práce byly stanoveny celkem tři hypotézy, jejichž platnost byla ověřena statistickými metodami.

H1: Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL se účastní statisticky významně častěji pacienti indikovaní k psychoonkologické péči dle Hornheidského dotazníku než ti, kteří dle této metody k psychoonkologické péči indikováni nejsou.

Výsledky krátké verze Hornheidského dotazníku ukazují, že 87 % pacientů, kteří se zúčastnili Dobrovolnického programu Amelie, o.s., je indikováno k psychoonkologické péči. Na základě statistické analýzy výsledků krátké verze Hornheidského dotazníku ( $\chi^2 = 24,2$ ;  $\chi_{0,01}^2(1) = 6,63$ ) hypotézu č.1 **přijímáme**.

H2: O podpůrné aktivity nabízené Dobrovolnickým programem Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL mají zájem statisticky významně častěji ženy než muži.

Na základě porovnání počtu účastníků Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL z řad žen ( $n=42$ ) a mužů ( $n=3$ ) pomocí testu  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 33,8$ ;  $\chi_{0,01}^2(1) = 6,63$ ) hypotézu č.2 **přijímáme**.

H3: Mezi očekávanými pacientů před vstupem do Dobrovolnického programu Amelie, o.s. statisticky významně nepřevládá žádná z nabízených možností.

Pacienti měli možnost vybírat více možností z nabízených odpovědí (rozptýlení, kontakt s jinými lidmi, naučení se něčeho nového, jiné). Statistická analýza výsledků ( $\chi^2 = 23,7$ ;  $\chi_{0,01}^2(3) = 11,3$ ) prokázala statisticky významný rozdíl v očekávání pacientů s výraznou převahou možnosti „naučení se něčeho nového“. Hypotézu č.3 proto **zamítáme**.

# Kapitola 8

## Diskuse

Ve výzkumné části této práce byl zjišťován profil klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL. Dobrovolnický program na uvedené klinice probíhá již po dobu téměř dvou let. Ve svých počátcích probíhal formou individuálních setkávání dobrovolníků s pacienty u lůžka a postupně se vyvinul v tvořivou činnost ve skupině. V současnosti se program již dostal do povědomí pacientů a pomalu se také stává běžnou součástí režimu na klinice. Při interpretaci získaných výsledků by měl být brán v potaz právě tento kontext. Začleňování dobrovolnického programu do chodu zdravotnického zařízení je dlouhodobý proces a fáze začleňování, ve které se program aktuálně nachází, může ovlivňovat výsledky předkládané studie.

Na základě teoretických poznatků o rozdílech v copingových strategiích mezi muži a ženami, dle kterých ženy při zvládání zátěžových situací častěji vyhledávají sociální oporu a více využívají copingové strategie zaměřené na emoce, zatímco muži preferují copingové strategie zaměřené na řešení problémů (Ptacek et al., 1994), byl potvrzen předpoklad o větším zájmu o Dobrovolnický program Amelie, o.s. ze strany žen. Dobrovolnický program poskytuje příležitost pro sdílení zážitků a obav spojených s nemocí, které je zpravidla vyhledávanější ženami než muži. Mimo rozdílné preference v copingových strategiích zde však svou roli hraje i konkrétní podoba programu. Výtvarná či drobná tvořivá činnost ve skupině více vystihuje spíše ženské volnočasové aktivity.

Dle výsledků Hornheidského dotazníku je 87 % respondentů, kteří se od začátku dubna do konce prosince roku 2011 zúčastnili Dobrovolnického programu Amelie, o.s. indikováno k psychoonkologické péči. Jako prvotní možné vysvětlení vysokého zastoupení pacientů indikovaných k psychoonkologické péči mezi pacienty, kteří se zúčastňují Dobrovolnického programu, se nabízí úvaha o rozložení indikace k psychoonkologické péči mezi onkologickými pacienty obecně.

Pokud by se podobně vysoké procento pacientů indikovaných k psychoonkologické péči běžně vyskytovalo i mezi onkologickými pacienty obecně, mohli bychom získané výsledky interpretovat tak, že Dobrovolnický program Amelie, o.s. tyto pacienty nijak

nezachycuje a jejich vysoké zastoupení v programu je dáno pouze celkovým rozložením indikace k psychoonkologické péči mezi onkologickými pacienty. Toto vysvětlení je však v rozporu s aktuálními výzkumy.

V materiálech dostupných k Hornheider Screening-Instrumentu a jeho zkrácené podobě, Hornheidskému dotazníku, který byl v tomto výzkumu použit, se udává, že tento nástroj je schopen zachytit až 85 % pacientů s indikací k psychoonkologické péči (Angendent et al., 2010). V Německu byla za použití tohoto nástroje realizována studie zjišťující procento indikace onkologických pacientů k psychoonkologické péči. Dle výsledků této studie (Kasper & Kollenbaum, 2001) bylo z celkového počtu 506 respondentů z řad onkologických pacientů indikováno k psychoonkologické péči 49 % pacientů. Výzkumně byla v Německu, odkud nástroj pochází, ověřována také validita Hornheidského dotazníku. Na respondentech z řad pacientů s rakovinou kůže byla prokázána diferenční funkce Hornheidského dotazníku mezi indikací k psychoonkologické péči a jinými psychologickými fenomény a také vysoká korelace jeho výsledků s výsledky metod zjišťujících depresi, depresivní styly zvládání nemoci, sociální oporu a kompliance (Rumpold et al., 2001). Studie zjišťující prevalenci symptomů deprese mezi onkologickými pacienty (Mitchell, Lord, & Symonds, 2011) udávající prevalenci klinicky významných symptomů deprese 54,1 % je v souladu s výsledky Kaspera a Kollenbauma.

Porovnání výsledků získaných v této studii se studií Kaspera a Kollenbauma (2001) naznačuje, že vysoké procento pacientů indikovaných k psychoonkologické péči v Dobrovolnickém programu Amelie, o.s. neodpovídá rozložení této proměnné mezi onkologickými pacienty a že Dobrovolnický program Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL je ve své stávající podobě atraktivní zejména pro pacienty s potřebou psychoonkologické péče. S ohledem na významnou převahu žen ve výzkumném souboru je v kontextu závěrů Matuda (2004) o výraznějším vnímání zátěžových situací týkajících se zdravých ženami než muži nutné uvážit i možnost zkreslení výsledků tímto rozložením výzkumného souboru.

Dle výzkumů míry zátěže prožívané onkologickými pacienty (např. Söllner et al., 2001) prožívá emocionální zátěž (*emotional distress*) 20-40 % pacientů. Kiss (1995) uvádí algoritmus pro posuzování nutnosti psychosociální péče u onkologických pacientů na základě *International Consensus Meeting on Psychosocial Support in Cancer Patients*. Je-li splněna alespoň jedna z následujících podmínek: (1) vysoká míra zátěže, (2) slabá sociální opora nebo (3) pacientovo přání využít možnosti psychosociální podpory; pak by pacientovi měla být psychosociální podpora nabídnuta. Chápeme-li dobrovolnický program jako určitou formu psychosociální podpory, pak je zájem o účast v tomto programu ve shodě s indikací k psychoonkologické péči.

Jelikož je v České republice vyhledání pomoci psychologa mezi laickou veřejností stále ještě spojováno s obavami z reakcí okolí, je možné předpokládat, že Dobrovolnický program Amelie, o.s. představuje pro pacienty s potřebou psychosociální

podpory snadnější cestu, při které určitou formu této podpory získají bez nutnosti kontaktování psychologa. Dobrovolnický program pro pacienty představuje příležitost k rozptýlení a odreagování od myšlenek na nemoc. Dobrovolníci se na rozdíl od zdravotnického personálu zaměřují na to, co je zdravé a podporují aktivní přístup pacienta v boji s nemocí. Je však třeba i na tomto místě zdůraznit, že dobrovolnický program obecně nemá v žádném ohledu ambice psychoonkologickou či jinou odbornou péčí nahrazovat. Měl by sloužit pouze jako vhodné doplnění komplexní onkologické péče zajišťované k tomuto účelu speciálně školenými odborníky.

Při interpretaci získaných výsledků byla v potaz brána i možnost, že Dobrovolnický program Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL je pacienty vyhledáván z důvodu sociální izolace v průběhu hospitalizace a nedostatečného kontaktu s rodinou či přáteli, což by ve svém důsledku v souladu s předpoklady Kisse (1995) mohlo vést i ke zvýšenému procentu indikace těchto pacientů k psychoonkologické péči. Výsledky však toto vysvětlení nepodporují. Z celkového počtu bylo 50 % respondentů s mírou svých návštěv spokojeno a pouze 17 % respondentů si přálo, aby je rodina či přátelé navštěvovali častěji. Ačkoli Dobrovolnický program může pro pacienty představovat možnost sociálního kontaktu, vysoké procento indikace k psychoonkologické péči mezi účastníky Dobrovolnického programu Amelie, o.s. nelze spojovat se sociální izolací v průběhu hospitalizace.

V souladu s těmito výsledky se možnost navázání sociálních kontaktů prostřednictvím Dobrovolnického programu Amelie, o.s. také neukázala být nejčastějším očekáváním pacientů před vstupem do programu. V současné době, kdy program probíhá formou skupinové tvořivé činnosti, je nejčastějším očekáváním respondentů před vstupem do programu naučení se něčemu novému. Nejde tedy o vyhledávání společnosti, ale spíše o vlastní rozvoj navzdory nepříznivé životní situaci vážného onemocnění a hospitalizace. V průběhu programu si pacienti často osvojí novou dovednost, kterou zároveň mají možnost ve formě hotového výrobku ukázat svým blízkým, což může mít pozitivní vliv na jejich sebehodnocení a sebedůvěru. K obdobným výsledkům dospěla i studie analyzující vliv výtvarných aktivit probíhajících na bázi dobrovolnického programu na pacienty (Choo et al., 2011), ve které pacienti udávali jako přínos programu zvyšování vlastní sebeúcty.

Pacienti měli také možnost vyjádřit svou spokojenost se současnou podobou programu a případně navrhnout vhodné změny. Ukázalo se, že 37 % by uvítalo více povídání s dobrovolníky. K rozhovorům samozřejmě dochází i v průběhu výtvarné činnosti, avšak nejedná se o hlavní náplň programu. Individuální povídání s pacienty na pokoji bylo náplní programu v jeho počátcích, ale za účelem zpřístupnění a otevření programu více pacientům i personálu kliniky se program postupně přeformoval do skupinového výtvarného setkávání v prostorách jídelny, kam mají možnost nahlédnout všichni pacienti bez nutnosti přímé účasti. Tento krok přispěl k tomu, aby se program dostal do povědomí pacientů a zmírnil jejich obavy z kontaktu s dobrovolníky

jakožto neznámými lidmi. Výsledky dotazníkového šetření však napovídají, že by se program v budoucnu mohl rozvinout do formy s větším prostorem pro rozhovor či doplnit o individuální setkávání dobrovolníků s pacienty.

Z hodnocení přínosu Dobrovolnického programu Amelie, o.s. zúčastněnými pacienty vyplývá, že program svým účastníkům přináší zejména rozptýlení. V kontextu režimu zdravotnického zařízení, kde se většina léčebných procedur odehrává v ranních a dopoledních hodinách, si tento výsledek lze vysvětlovat z hlediska zkrácení dlouhé chvíle v odpoledních hodinách, která pacientům otevírá prostor pro zaobírání se myšlenkami na nemoc.

Na celkový vliv Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL lze ze získaných výsledků usuzovat jen nepřímo. Porovnání dat získaných prostřednictvím hodnocení aktuálního rozpoložení po programu na obličejové škále a hodnocení psychického stavu v posledních třech dnech ve validizačních položkách Hornheidského dotazníku naznačuje pozitivní vliv programu na aktuální psychický stav pacientů. Toto tvrzení by však bylo potřeba ověřit dalšími výzkumy zkoumajícími psychický stav pacientů před a po programu podrobněji. Použitá metodika nezjišťuje aktuální psychický stav pacientů těsně před vstupem do Dobrovolnického programu, tudíž nelze vyloučit možnost, že pacienti se navzdory převládajícímu neutrálnímu ladění v posledních třech dnech cítili lépe již před vstupem do programu a program toto jejich pozitivní ladění pouze udržoval. Pozitivní vliv dobrovolnických programů nicméně dokládají i některé zahraniční výzkumy této problematiky (viz např. Rgehr & Rozmovits, 2009).

# Kapitola 9

## Případová studie

V průběhu přípravy výzkumné části této práce projevila zájem o Dobrovolnický program Amelie, o.s. také Hematoonkologická klinika FNOL. Na základě přání zavedení tohoto programu vyjádřeného vrchní sestrou uvedené kliniky proběhlo několik jednání s cílem zmapovat možnosti programu na klinice. Za účelem zjištění zájmu o zavedení Dobrovolnického programu či případných preferencí jeho konkrétní podoby mezi pacienty byl upraven dotazníkový soubor použitý ve výzkumné části této práce. Podoba Hornheidského dotazníku zůstala nedotčena, pozměněno bylo pouze znění otázek tak, aby byly relevantní pro situaci, kdy na klinice program ještě reálně neprobíhal. Verzi dotazníku pro Hematoonkologickou kliniku najdete v Příloze 4.

Lůžková část Hematoonkologické kliniky FNOL je členěna na standardní oddělení s 18 lůžky, jednotku s intenzivní hematologickou péčí s 10 lůžky a transplantační jednotku s 6 lůžky. Celkem má tedy lůžkové oddělení 34 lůžek. Klinika spolupracuje s nadací Haimaom ([www.haimaom.cz](http://www.haimaom.cz)), která vyvíjí různé aktivity na podporu pacientů i personálu, dobrovolnický program však na klinice doposud chybí.

Dotazníkové šetření probíhalo po dobu jedno měsíce a v době dokončování této práce ještě nebylo uzavřeno. Oslovování pacientů (respondentů) a následný sběr dat byl realizován psycholožkou uvedeného oddělení. Celkem bylo získáno 9 respondentů. Původní předpoklady počtu respondentů byly sníženy špatným aktuálním zdravotním stavem hospitalizovaných pacientů. U výběrového souboru pacientů Hematoonkologické kliniky byly sledovány stejné základní charakteristiky, jako u souboru pacientů Onkologické kliniky FNOL. Tyto údaje jsou uvedeny v Tabulce 9.1.

	Ženy (N=7)	Muži (N=2)
Průměrný věk	52	68
Průměrný počet absolvovaných léčeb	3	3
Průměrná předpokládaná délka hospitalizace	3-4 týdny	3 týdny

Tabulka 9.1: Základní sledované charakteristiky souboru pacientů Hematoonkologické kliniky FNOL

Ve výsledcích bylo 78 % respondentů spokojeno s četností svých návštěv v době hospitalizace, všichni respondenti o Amelii, o.s. již slyšeli a dle 44 % respondentů by dobrovolnický program pacientům na oddělení mohl přinést rozptýlení. Ostatní respondenti pravděpodobně vzhledem ke skutečnosti, že program na klinice ještě neprobíhá, nevěděli, co by jim mohl program nabídnout. Dle výsledků Hornheidského dotazníku bylo 78 % respondentů z řad pacientů Hematoonkologické kliniky indikováno k psychoonkologické péči.

Poněkud překvapivá však byla shoda respondentů v odpovědi na otázku, zda by případně měli zájem o zapojení do dobrovolnického programu. Všichni pacienti shodně zvolili možnost, dle které o Dobrovolnický program Amelie, o.s. nemají zájem z toho důvodu, že by současné době měli raději „svůj klid“. Tento výsledek, byl zdůrazněn i v dalších otázkách, které nabízely možnost zaškrtnout položku vyjadřující nezájem o program a o aktivity, které by mohl nabídnout.

## 9.1 Diskuse k případové studii

V případové studii byla popsána situace na Hematoonkologické klinice FNOL, kdy vedení kliniky (vrchní sestra) projevilo zájem o zavedení Dobrovolnického programu Amelie, o.s. a předběžné výsledky dotazníkového šetření s cílem zmapování zájmu a potřeb pacientů realizované po dobu jednoho měsíce ukázaly, že mezi oslovenými pacienty převládá nezájem o program.

Jako vysvětlení těchto výsledků se nabízí možnost, že psychosociální potřeby pacientů Hematoonkologické kliniky FNOL v průběhu hospitalizace jsou nasyceny jak činností zdravotnického personálu a psycholožky uvedené kliniky, tak aktivitami, které na podporu pacientů vyvíjí nadace Haimaom. Hematoonkologická klinika FNOL se svými 34 lůžky je mnohem menší než Onkologická klinika FNOL, která před zrušením oddělení C v průběhu výzkumného šetření měla 64 lůžek a v současné době disponuje 54 lůžky. Obě kliniky mají svou vlastní psycholožku, avšak počet pacientů spadajících do péče psycholožky na Onkologické klinice FNOL před zrušením oddělení C na podzim roku 2011 byl téměř dvojnásobný. Je tedy možné, že Onkologická klinika poskytuje pro uplatnění Dobrovolnického programu větší prostor.

Hematoonkologické onemocnění se pojí se specifickými léčebnými metodami a s nimi spojenými opatřeními, proto je možné hledat příčiny nezájmu o Dobrovolnický program i v rozdílném prožívání onkologického a hematoonkologického onemocnění. Z celkového počtu 9 respondentů z řad pacientů Hematoonkologické kliniky FNOL bylo 7 respondentů dle Hornheidského dotazníku indikováno k psychoonkologické péči. Původní záměr porovnání výsledných hodnot validizačních položek Hornheidského dotazníku u respondentů z řad pacientů Hematoonkologické kliniky a Onkologické kliniky však kvůli velmi nízkému počtu respondentů nebylo možné realizovat. Pro vysvětlení nezájmu hematoonkologických pacientů o psychosociální podporu ve



formě dobrovolnických aktivit z důvodu odlišného psychického prožívání nemoci je potřeba dalších výzkumů.

Vzhledem k faktu, že Dobrovolnický program na Hematoonkologické klinice v době realizace dotazníkového šetření neprobíhal, se jako pravděpodobné jeví i vysvětlení nezájmu o Dobrovolnický program neznalostí konkrétní podoby programu, jeho možných přínosů a ne zkušeností s jeho průběhem jak mezi respondenty samotnými, tak mezi členy zdravotnického personálu, kteří respondenty s tímto programem seznámovali. Tyto faktory mohou prostřednictvím personálu, který pacienty s možností využití nabídky Dobrovolnického programu seznamuje, mít zásadní vliv na utváření názoru pacientů a mohou vést k obavám či nedůvěře. Ačkoli neustále přibývají nové možnosti dobrovolnické činnosti ať už ve zdravotnictví nebo v jiných oblastech, dobrovolnictví v očích veřejnosti stále není vnímáno jako něco zcela běžného a samozřejmého a obzvláště lidé v tíživé životní situaci mohou pociťovat obavy z přijímání pomoci či podpory od neznámého člověka, který k této činnosti není motivován finanční odměnou.

Toto vysvětlení podporují i zkušenosti se zaváděním programu na Onkologickou kliniku FNOL, kdy bylo třeba čelit počáteční přirozené nedůvěře pacientů i obavám personálu. Dvouletá zkušenost s programem spolu s důsledným informováním pacientů však postupně vedla k přijetí programu na obou stranách. Jakékoli závěry vyvozené na základě pouhých 9 vyplněných dotazníků jsou však pouze předběžné.

# Kapitola 10

## Závěr

Dobrovolnický program Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL je ve své stávající podobě skupinového výtvarného setkání atraktivnější pro ženy, muži se jej účastní zřídka. Navštěvován je zejména pacientkami ve věkovém průměru 57 let, které se s onkologickým onemocněním léčí poprvé a délka jejich hospitalizace se pohybuje v rozmezí 5-9 týdnů.

Pacienti, kteří se programu účastní, jsou o této možnosti informováni nejčastěji prostřednictvím zdravotnického personálu a informace, které jsou jim personálem podávány, pacienti hodnotí jako pravdivé a dostačující.

Účast pacientů v Dobrovolnickém programu Amelie, o.s. není motivována sociální izolací a nízkou frekvencí návštěv rodiny či přátel v průběhu hospitalizace. Z celkového počtu 45 respondentů je 50 % respondentů s četností svých návštěv spokojeno a pouze 17 % respondentů by si přálo mít návštěv více.

Nejčastějším očekáváním pacientů před vstupem do programu je naučení se něčemu novému. V hodnocení přínosu programu výrazně převažuje rozptýlení od myšlenek na nemoc a z možných dalších aktivit by pacienti uvítali zejména povídání s dobrovolníky. Z výsledků Hornheidského dotazníku vyplývá, že 87 % respondentů je indikováno k psychoonkologické péči.

Ačkoli vedení Hematoonkologické kliniky FNOL projevilo zájem o rozšíření Dobrovolnického programu Amelie, o.s. i do svých prostor, dotazníkové šetření zájem pacientů o dobrovolnické aktivity nepotvrdilo.

# Souhrn

Vnímáme-li v naší kultuře zdraví jako jednu z nejvyšších hodnot, která nám umožňuje dosahovat životní spokojenosti, pak nemoc představuje zátěžovou situaci, která brání dosahování námi vytyčených cílů a ohrožuje naši kvalitu života. Hospitalizace představuje velmi výrazný zásah do navyklého způsobu života. V kontextu bio-psycho-sociálně spirituálního paradigmatu s sebou každé onemocnění či zdravotní obtíž nese kromě své somatické složky zastoupené tělesnými příznaky onemocnění také složku psychickou a sociální. Ačkoli tyto složky nemusí být pro život člověka tak ohrožující jako složka tělesná, jejich vliv na celkový zdravotní stav a průběh léčby je nesporný.

To platí i pro onkologické onemocnění. Navzdory skutečnosti, že diagnóza onkologického onemocnění v pacientech často vyvolává představu nejhoršího, se rakovina v dnešní době považuje spíše za nemoc chronickou, kterou se v mnoha případech dokonce daří vyléčit.

Při zvládání nemoci jakožto zátěžové situace se uplatňují obranné mechanismy i copingové strategie. Pro tuto práci je relevantní pojetí copingových strategií v kontextu nemoci, zejména pak rakoviny. Němečtí odborníci vytvořili tzv. Ulmský manuál zvládání (*Ulmer Coping Manual*, UCM), který popisuje základní copingové strategie onkologických pacientů. Mezi copingové strategie využívané onkologickými pacienty patří dle autorů manuálu i odklon od nemoci v podobě rozptýlení se jinými aktivitami či myšlenkami, sociální kontakty a bojové nastavení, které se projevuje optimismem a pozitivním myšlením pacienta.

V kontextu onkologie a psychosociální stránky rakoviny se v posledních letech intenzivně rozvíjí obor zvaný psychoonkologie, pod nějž spadá i odborná psychoonkologická péče, která by měla být nedílnou součástí moderní komplexní onkologické péče. Komplexních onkologických center je v České republice v současnosti celkem 13, ne ve všech je však klinický psycholog se zaměřením na psychoonkologii standardem.

Na podporu pacientů a jejich blízkých při zvládání onkologického onemocnění ve světě i v České republice existují a neustále vznikají různé organizace, mezi které patří i Amelie, o.s. Jednou z aktivit, kterou toto občanské sdružení na podporu onkologických pacientů vyvíjí, je Dobrovolnický program.

Dobrovolnictví založené činnosti dobrovolníků, kteří provádějí určitou činnost bez nároku na odměnu či honorář, má svou dlouholetou tradici. V oblasti zdravotnických zařízení se v České republice nejintenzivněji rozvíjelo v posledních deseti letech.

Smyslem dobrovolnických programů ve zdravotnictví přitom není nahrazování práce placených odborníků, ale její vhodné doplnění o aktivity, které mohou být pro pacienty přínosné, ale na které se zdravotnickému personálu při nejlepší vůli nedostává času. V rámci Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL probíhají pravidelná odpolední setkávání naplněná tvořivou výtvarnou činností již po dobu dvou let.

S cílem dalšího rozvoje Dobrovolnického programu s ohledem na zájem a potřeby pacientů byla realizována výzkumná studie zaměřená především na indikaci psychoonkologické péče u zúčastněných pacientů. Celkem 45 pacientům, kteří se v průběhu 9 měsíců programu zúčastnili, byl administrován evaluační dotazník a Hornheidský dotazník, který slouží k zjišťování indikace psychoonkologické péče v běžné klinické praxi. Bylo zjištěno, že k psychoonkologické péči je indikováno 87 % z těchto pacientů. V souladu s poznatky o rozdílech v preferencích jednotlivých copingových strategií mezi muži a ženami se ukázalo, že Dobrovolnický program Amelie, o.s. je častěji vyhledáván ženami ve věkovém průměru 57 let, které se s onkologickými onemocněním léčí poprvé a délka jejich hospitalizace se pohybuje v rozmezí 5-9 týdnů.

Pacienti, kteří se programu účastní, jsou o této možnosti informováni nejčastěji zdravotnickým personálem a informace, které získávají, považují za pravdivé a dostačující. Nepotvrdilo se, že by byl zájem o Dobrovolnický program spojen se sociální izolací v průběhu hospitalizace, která by mohla přispívat k vysoké míře indikace. Tomu odpovídá i očekávání pacientů před vstupem do programu, kterým se na základě dotazníkového šetření ukázala být možnost naučit se něco nového navzdory nepříznivé životní situaci. Za největší přínos programu pacienti považují rozptýlení.

V oblasti dalších nabízených aktivit, o které by bylo možné stávající podobu programu rozšířit, mezi respondenty převládá zájem o povídání s dobrovolníky. Ze získaných výsledků je možné nepřímou usuzovat na pozitivní vliv Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL na aktuální psychický stav zúčastněných pacientů. Pro ověření tohoto vlivu by však bylo potřeba dalších výzkumů.

O Dobrovolnický program Amelie, o.s. projevil zájem i vedení Hematoonkologické kliniky FNOL. V dotazníkovém šetření realizovaném za účelem zjištění zájmu o dobrovolnické aktivity ze strany pacientů uvedené kliniky však pacienti projevíli nezájem o Dobrovolnický program Amelie, o.s.

# Literatura

- Angendent, G., Schütze-Kreilkamp, U., & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu-coping. In J. Výrost a I. Slaměník (Ed.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (p. 191-208). Praha: Grada.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Berend, M., Strittmatter, G., & Küchler, T. (2007). *HFK-B eine diagnoseunabhängige version des hornheider kurzfragebogens*.  
Dostupné z <http://www.pso-ag.de/Beitraege07/BerendHFK-B-Hornheider%20Kurzfragebogen.pdf> (staženo dne 2.3. 2011)
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., & Dileo, C. (2008). Predictive factors in the quality of life of cancer inpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4), 75–90.
- Choo, C., Tang, J., Ong, L., Wang, J., & Ong, J. (2011). HeART - an art making support group for cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 200.
- Cohen, R. S., & Leis, A. (2002). What determines the quality of life in terminally ill cancer patients from their own perspective. *Journal of Palliative Care*, 18(1), 48–8.
- Greenfield, D. M. (2010). Cancer survivorship affected quality of life in young male survivors. *HemOnc Today*, 32.
- Greimel, E. R., Winter, R., Kapp, K. S., & Haas, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment : a long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, 18, 476–482.
- Hestia. (n.d.).  
Dostupné z <http://www.hest.cz/> (staženo dne 12.1. 2012)
- Hoffman, B., & Stovall, E. (2006). Survivorship perspectives and advocacy. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5154–5159.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 24-43). New York: John Wiley.
- IAVE. (n.d.).  
Dostupné z <http://www.dobrovolnik.cz/oblasti-dobrovolnictvi/vse->

- obecna-deklarace-o-dobrovolnictvi/ (staženo dne 15.1. 2012)
- Kalvodová, L. (2010). *Psychologický náhled na problémy pacientů a ošetřujícího týmu*.  
Dostupné z <http://www.mojemedicina.cz/psychologieakomunikace/-psychologicky-nahlednaproblemyonkologickychpacientuaosetrujicichotymu1/#13> (staženo dne 6.1. 2012)
- Kasper, J., & Kollenbaum, V. (2001). Indication for psychooncological intervention. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10(1), 15-22.
- Keller, M., & Kussel, M. (2004). *PO-Bado manual (2nd revised version)*.  
Dostupné z [http://www.pobado.med.tum.de/pdf/English%20Version/PO-BadoManual\\_english.pdf](http://www.pobado.med.tum.de/pdf/English%20Version/PO-BadoManual_english.pdf) (staženo dne 6.1. 2012)
- Kiss, A. (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement. *Supportive Care In Cancer*, 3(4), 270-271.
- Kořínková, I. (n.d.). *Dobrovolnictví ve zdravotnictví*.  
Dostupné z <http://www.dobrovolnik.cz/oblasti-dobrovolnictvi/dobrovolnictvi-ve-zdravotnictvi/> (staženo dne 15.1. 2012)
- Kořínková, I., Pitlachová, K., & Velebová, Z. (2010). *Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních*.  
Dostupné z [http://www.mzcr.cz/Kvalita0dbornik/dokumenty/metodika--evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich-\\_5552\\_1840\\_15.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita0dbornik/dokumenty/metodika--evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich-_5552_1840_15.html) (staženo dne 10.1. 2012)
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Rozhovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis.
- Lei, Z., Qiongjing, Y., Sabrina, K., Xiaojing, L., & Changli, W. (2008). Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a chinese general hospital. *Journal of Clinical Nursing*(18), 2521-2529.
- Linkos. (n.d.). *Konkomitantní chemoradioterapie v léčbě solidních nádorů*.  
Dostupné z <http://www.linkos.cz/databaze-onkologickych-leciv/proti-nadorova-hormonalni-lecba-1/> (staženo dne 4.1. 2012)
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Mitchell, A. J., Lord, K., & Symonds, P. (2011). How common are symptoms of depression in general cancer population? Results from ethnically diverse British population. *Psycho-Oncology*, 20, 143.
- Mířejovský, P., & Bednář, B. (1997). *Obecná patologie*. Praha: Karolinum.
- Nezu, E. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (2006). *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

- Novotný, M., & Stará, I. (2002). *Dobrovolníci v nemocnicích: metodická doporučení pro zdravotnická a sociální zařízení*. Praha: Hestia.
- Onkomaják. (n.d.). *Centra léčby nádorových onemocnění v ČR*.  
Dostupné z <http://www.onkomajak.cz/cz/clanek-83/main/centralecbynadorovych-onemocnenivcr> (staženo dne 3.1. 2012)
- Padilla, G., Ferrell, B., Grant, M. M., & Rhiner, M. (1990). Defining content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nurs*, 13, 108–115.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Petera, J. (2006). *Zdroje a biologické účinky záření*.  
Dostupné z <http://www.linkos.cz/radioterapie-1/zdroje-a-biologicke-ucinky-zareni/> (staženo dne 4.1. 2012)
- Phipps, E., Braitman, L. E., Stites, S., & Leighton, J. C. (2008). Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of Evaluation of Clinical Practise*, 14(2), 476–482.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Psycho-oncology model of care*. (2008). Perth: WA Cancer and Palliative care Network, Department of Health, Western Australia.
- Ptacek, J., Smith, R., & Dodge, K. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and social psychology bulletin*, 20, 421-430.
- Quinten, C., Coens, C., Mauer, M., Comte, S., Sprangers, M. A., Cleeland, C., et al. (2009). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol*, 10, 865–871.
- Rgehr, M., & Rozmovits, L. (2009). Transforming the experience of cancer care: a qualitative study of a hospital-based volunteer psychosocial support service. *Supportive Care in Cancer*(17), 801-809.
- Rumpold, H., Augustin, M., Zschocke, I., Strittmatter, G., & Söllner, W. (2001). The validity of the Hornheide questionnaire for psychosocial support in skin tumor patients: a survey in an Austrian and German outpatient population with melanoma. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(1), 25-33.
- Strittmatter, G. (2005). *Das Hornheide Screening-Instrument*.  
Dostupné z <http://www.pso-ag.de/StrittmatterScreeningKoeln2005.ppt> (staženo dne 26.1. 2012)
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., et al. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179-185.

- Šefr, R. (2006). *Onkologická chirurgie*.  
Dostupné z <http://www.linkos.cz/onkochirurgie/onkologicka-chirurgie/>  
(staženo dne 4.1. 2012)
- Šlampa, P. (2006). *Konkomitantní chemoradioterapie v léčbě solidních nádorů*.  
Dostupné z <http://www.linkos.cz/chemoradioterapie/konkomitantni-chemoradioterapie-v-lecbe-solidnich-nadoru/> (staženo dne 4.1. 2012)
- Teasdale, S. (2007). *Assessing the impact of volunteering in Luton and Dunstable hospital NHS foundation trust*.  
Dostupné z <https://www.ldh.nhs.uk/sitefiles/Luton.Final.pdf> (staženo dne 17.1. 2012)
- Thomsen, G., Rydahl-Hansen, S., & Wagner, L. (2010). A review of potential factors relevant to coping in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*(19), 3410-3426.
- Tošner, J., & Sozanská, O. (2006). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi*. Praha: Portál.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2009).  
Dostupné z <http://www.uzis.cz> (staženo dne 14.1. 2012)
- Vorlíček, J. (2007, březen). *Kvalita života v onkologii - o čem je řeč?*  
Dostupné z [www.paliativnimediceina.cz/prilohy/168.pdf](http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/168.pdf) (staženo dne 15.2. 2010)
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Zákon 198/2002 sb. o dobrovolnické službě*. (2002).  
Dostupné z [www.msmt.cz/file/1627411/](http://www.msmt.cz/file/1627411/) (staženo dne 10.1. 2012)



# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Profil klienta Dobrovolnického programu Amelie, o.s.

**Autor práce:** Veronika Koutná

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Nosálková

**Počet stran a znaků:** 75 stran, 148979 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 53

**Abstrakt:** Jelikož onkologické onemocnění a jeho léčba provázená hospitalizací pro pacienta představuje významný zátěžový faktor, je psychosociální péče považována za nedílnou součást moderní komplexní onkologické péče. Na podporu onkologických pacientů a jejich blízkých byla založena Amelie, o.s., která na Onkologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc realizuje Dobrovolnický program v podobě skupinových výtvarných setkání. Cílem práce je analyzovat profil klienta, který tyto aktivity vyhledává, z hlediska indikace k psychoonkologické péči a dalších relevantních charakteristik. Dotazníkový soubor s Hornheidským dotazníkem vyplnilo celkem 45 respondentů z řad pacientů, kteří se po dobu 9 měsíců Dobrovolnického programu Amelie, o.s. zúčastnili. Dle výsledků dotazníkového šetření je k psychoonkologické péči indikováno 87% respondentů. Dobrovolnický program je častěji vyhledáván ženami. Nejčastěji se jej účastní pacientky v průměrném věku 57 let poprvé hospitalizované s onkologickým onemocněním na 5-9 týdnů. Jejich účast v programu je motivována možnostmi naučit se něco nového a za největší přínos programu považují rozptýlení od myšlenek na nemoc. Mezi respondenty převládá zájem o rozšíření programu, zejména o povídání s dobrovolníky.

**Klíčová slova:** psychoonkologie, copingové strategie, sociální opora, dobrovolnický program, Amelie, o.s.

# ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Client Profile of Amelie' Volunteer Programme

**Author:** Veronika Koutná

**Supervisor:** PhDr. Marie Nosálková

**Number of pages and characters:** 75 pages, 148979 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of referencies:** 53

**Abstract:** Cancer and its treatment followed by hospitalization represent an important stress factor for a patient and psychosocial care is considered as a part of comprehensive oncology care. Civic association Amelie was founded to support the oncology patients and their relatives. The organization implements group art sessions as a Volunteer programme at Oncology Clinic Faculty Hospital Olomouc. Our goal in this study is to analyze the profile of a patient who is interested in aforementioned activities in terms of indication for psychooncology care and other relevant characteristics. The set of questionnaires with Hornheide Questionnaire was distributed among 45 respondents who attended the Volunteer programme during the period of 9 months. The results suggest that 87% of the respondents are indicated for the psychooncology care. The Volunteer programme is the most often sought by women in average age 57 during their first hospitalization due to cancer lasting for 5-9 weeks. Their attendance in the Programme is motivated by the possibility to learn something new and the distraction from the thoughts about cancer is considered as the Program's main benefit. Among other possible activities, the respondents are interested in talking with volunteers.

**Key words:** psychooncology, coping strategies, social support, volunteer programme, Amelie (civic association)

# Seznam příloh

**Příloha 1:** Zadání diplomové práce

**Příloha 2:** Vzkazy pacientů

**Příloha 3:** Dotazník Dobrovolnického programu Amelie, o.s. použitý na Onkologické klinice FNOL

**Příloha 4:** Dotazník použitý na Hematoonkologické klinice FNOL

# Příloha 1

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2010/2011

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PS)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
KOUTNÁ Veronika	Luhačovice	F07402

### TÉMA ČESKY:

Profil klienta Dobrovolnického programu Amelie o.s.

### NÁZEV ANGLICKY:

Client Profile of Amelie' Volunteer Programme

### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Marie Nosálková - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Teoretická část: Teoretická část bude zpracována na základě studia tematické literatury.

Výzkumná část: Kvantitativní výzkum (dotazníková metoda).

Výzkumné otázky: Budou navrženy dle výsledků pretestování tak, aby co nejlépe refletovaly aktuální stav.

Výstupy práce: Prokázání či vyvrácení výzkumných hypotéz, vytvoření profilu klienta dobrovolnického programu, návrh na úpravy formy nabídky programu či jeho náplně.

Výzkumný vzorek: Velikost vzorku je odhadovaná na cca 60 osob - pacientů hospitalizovaných na Onkologické klinice FN Olomouc.

Analýza a zpracování dat: Získaná data budou statisticky zpracována. Výsledkem bude kritický rozbor zjištěných dat a následná diskuze.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Baštecká, B., et. al. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.

Baštecká, B., Goldman, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.

Kopřiva, K. (2006). Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Portál.

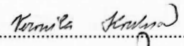
Nezu, A. M. et. al. (2004). Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Paulík, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.

Tschuschke, V. (2004). Psychoonkologie. Praha: Portál.

Vaňurová, H. (2006). Sociální aspekty kvality života v onkologii. Brno: MSD.

Vymětal, J. (2004). Lékařská psychologie. Praha: Grada.

Podpis studenta:  .....

Datum: 23. 11. 2010

Podpis vedoucího práce:  .....

Datum: 23. 11. 2010

## Příloha 2

### VZKAZY PACIENTŮ

Pro ilustraci přínosu Dobrovolnického programu Amelie, o.s. na Onkologické klinice FNOL zde uvádíme některé ze vzkazů, které pacienti napsali do knihy „přání a stížností“. Do této knihy mají pacienti možnost kdykoli v průběhu programu nebo bezprostředně po jeho skončení zaznamenat své dojmy, myšlenky, pocity, přání či stížnosti. Záznamy v knize mohou být anonymní, ale pacienti ke svým vzkazům často sami ze své vůle uvádějí svůj podpis. Za dobu fungování programu se v knize neobjevil žádný vzkaz s negativní konotací. Za dobu dvou let se v knize neobjevil žádný vzkaz s negativní konotací.

„Děkuji za krásné odpoledne strávené ve vaší společnosti a budu se těšit na další návštěvu.“

„Je pěkné, že mladí lidé mají zájem zpříjemnit pobyt v nemocnici nemocným. Odpoledne bylo velice příjemné.“

„Děkuji za příjemné odpoledne.“

„Děkuji za krásné odpolední malování, které mi dodalo radostnou optimistickou náladu, pocit štěstí, zapomnění a vrátilo do bezstarostného dětství.“

„Oběma milým studentkám patří naše poděkování za příjemně prožité odpoledne, které jsme strávily povídáním, tvořivou činností. Jejich energie a optimismus přešla také na nás. Těšíme se na příští setkání.“

„Byla jsem mile překvapena, že omladina má zájem o nemocné postarší pacientky a snaží se pacientům zpříjemnit dny v nemocnici. Děkuji jim za to.“

„Za krásné odpoledne a příjemné chování ke všem pacientům patří velké poděkování.“

## Příloha 3

Dotazník Dobrovolnického programu Amelie o.s.



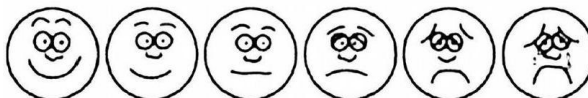
Tento dotazník slouží pro účely Amelie o.s. Dotazník je dobrovolný, anonymní a údaje v něm uvedené jsou považovány za důvěrné. Jeho pravdivé vyplnění pomůže zkvalitnit služby dobrovolnického programu. Vyplněný dotazník z obou stran můžete předat přímo dobrovolníkům nebo sestřám na oddělení. Výsledky dotazníku budou na vyžádání dostupné na [olomoucko@amelie-os.cz](mailto:olomoucko@amelie-os.cz).

Děkujeme za pomoc, tým Amelie.

1. **Pohlaví:**
  - a) Muž
  - b) Žena
2. **Po kolikáté se léčíte s tímto onemocněním:**
3. **Délka trvání nynější hospitalizace:**
  - a) Několik dní
  - b) 1-2 týdny
  - c) 5-6 týdnů
  - d) Jiná:
4. **Věk:**
  - a) Méně než 30 let
  - b) 31-45 let
  - c) 46-60 let
  - d) 61-75 let
  - e) Více než 76 let
5. **Jak často máte v nemocnici návštěvy:**
  - a) Návštěvy mám častěji, než bych si přál(a)
  - b) S četností návštěv jsem spokojen
  - c) Přál bych si, aby mě navštěvovali častěji
  - d) Jiné:
6. **Kde jste se o Amelii o.s. dozvěděli?**
  - a) Od personálu v nemocnici
  - b) Od pacientů v nemocnici
  - c) Z letáku v nemocnici
  - d) Na internetu
  - e) Jinde:
7. **Jaké bylo Vaše očekávání před účastí na programu?**
  - a) Rozptýlení
  - b) Kontakt s jinými lidmi
  - c) Naučení se něčeho nového
  - d) Jiné:
8. **Informace, které jsem o programu dostal(a), byly:**
  - a) Pravdivé a dostačující
  - b) Pravdivé, ale nedostačující
  - c) Neúplné, ale dostačující
  - d) Neúplné a nedostačující
9. **Vyhovuje Vám nabízený program?**
  - a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
10. **Jaké další aktivity byste uvítali?**
  - a) Procházky
  - b) Povídání s dobrovolníky
  - c) Stolní společenské hry
  - d) Jiné:
11. **Kterou možnost na programu nejvíce oceňujete?**
  - a) Rozptýlení různými aktivitami
  - b) Kontakt s dobrovolníky
  - c) Setkání s jinými pacienty
  - d) Naučení se něco nového
  - e) Výroba drobnosti na památku
  - f) Jiná možnost:
12. **Co by bylo potřeba změnit:**
  - a) Čas programu
  - b) Prostor, kde program probíhá
  - c) Počet dobrovolníků
  - d) Nabídka programu
  - e) Organizace programu
  - f) Jiné

13. Známkou jako ve škole (1-5) zhodnoťte chování dobrovolníků:

14. Zakroužkujte obrázek, který nejlépe vystihuje Vaše rozpoložení po programu:



15. Chtěl/a byste být informován/a o další nabídce programu a jiných činnostech Amelie o.s.?  
Jak (na nástěnce, letákem na pokoji, od dobrovolníků...)?

16. Prostor pro jakékoli Vaše připomínky:

V následující části, prosím, zakroužkujte podle níže uvedených stupnic tu variantu, která Vás nejvíce vystihuje. Uvedené výroky posuzujte vzhledem k minulému týdnu.

Není pravda	Je pravda a zatěžuje mne					velmi		
	málo	→	→	→				
0	1	2	3	4	5			
1. Často si dělám starosti.			0	1	2	3	4	5
2. Neumím se uvolnit a být v klidu.			0	1	2	3	4	5
3. Život s nemocí mi nahání strach.			0	1	2	3	4	5
4. Netroufám si vrátit se ke své obvyklé práci.			0	1	2	3	4	5
5. Připadám si tělesně méně výkonný/á než před onemocněním.			0	1	2	3	4	5
6. Myšlenka na možný další růst nádoru ve mně vyvolává úzkost.			0	1	2	3	4	5
7. Mám obavy, že mě ostatní lidé budou kvůli změně vzhledu odmítat.			0	1	2	3	4	5
8. Je pro mě těžké hovořit s nejbližšími o svých starostech a úzkostech			0	1	2	3	4	5
9. O své nemoci a léčbě se necítím dostatečně informován/a.			0	1	2	3	4	5

Velmi dobře	→	→	→	→	velmi špatně		
1	2	3	4	5			
10. V posledních třech dnech se fyzicky cítím.			1	2	3	4	5
11. V posledních třech dnech se psychicky cítím.			1	2	3	4	5

## Příloha 4



Tento dotazník slouží pro účely přípravy dobrovolnického programu Amelie o.s. Dotazník je dobrovolný a anonymní, údaje v něm uvedené jsou považovány za důvěrné. Jeho vyplnění pomůže nastavit služby plánovaného dobrovolnického programu na oddělení tak, aby co nejvíce odpovídal Vám a Vaším potřebám. Anonymní údaje budou zpracovány ve formě diplomové práce studentky Univerzity Palackého V. Koutné. Vyplněný dotazník prosím předejte sestřám na oddělení.

Děkujeme!

- 1) Pohlaví:**
  - a) Muž
  - b) Žena
- 2) Délka trvání nynější hospitalizace:**
  - a) Den až několik dní
  - b) 1-2 týdny
  - c) 3-4 týdny
  - d) 5-6 týdnů
  - e) Více (prosím, upřesněte):
  - f) Nevím
- 3) Jak často máte v nemocnici návštěvy?**
  - a) Návštěvy mám častěji, než bych si přál/a
  - b) S četností návštěv jsem spokojen/a
  - c) Přál/a bych si, abych mě navštěvovali častěji
  - d) Jiné:
- 4) Co myslíte, že by dobrovolník mohl pacientům na oddělení přinést?**
  - a) Rozptýlení
  - b) Kontakt s jinými lidmi
  - c) Vyzkoušení si něčeho nového
  - d) Jiné:
  - e) Nevím, nemám představu o tom, co by mi mohl program nabídnout
- 5) Jakou formou byste si přál/a být o programu informován/a:**
  - a) Letáčkem na pokoji
  - b) Sdělením od personálu
  - c) Přímou od dobrovolníků
  - d) Jinak:
- 6) Jak často byste měl/a o program zájem?**
  - a) 1x za 14 dní
  - b) 1x týdně
  - c) 2x týdně
  - d) Nemám zájem
  - e) Jiné:
- 7) Kolikrát jste se léčil/a s onkologickým onemocněním:**
- 8) Věk:**
  - a) Méně než 30 let
  - b) 31-45 let
  - c) 46-60 let
  - d) 61-75 let
  - e) Více než 76 let
- 9) Slyšel/a jste již o o.s. Amelie?**
  - a) Ano, od zdravotnického personálu
  - b) Ano, od pacientů nebo přátel
  - c) Ano, z letáku v nemocnici
  - d) Na internetu
  - e) Jinde:
  - f) Ne
  - g) Nejsem si jistý/a
- 10) Měl/a byste zájem zapojit se do dobrovolnického programu?**
  - a) Určitě ano, rád/a bych se zapojil/a
  - b) Docela ano, možná bych se zapojil/a
  - c) Docela ano, rád/a bych se v budoucnu zapojil/a i jako dobrovolník
  - d) Spíše ne, v současné době chci mít hlavně svůj klid
- 11) Který den by byl podle Vás pro program nejvhodnější?**
  - a) Pondělí
  - b) Úterý
  - c) Středa
  - d) Čtvrtek
- 12) Jaké aktivity byste uvítal/a?**
  - a) Procházky
  - b) Povídání
  - c) Společenské hry
  - d) Výtvarné dílny
  - e) Jiné (např. poslech hudby):
  - f) Nemám zájem o žádné aktivity



