

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Lucie Zubatá

**Způsoby rozpoznávání psychických problémů u onkologicky  
nemocných pacientů a strategie všeobecných sester v jejich řešení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis

Mé poděkování patří Mgr. Lence Šturekové, Ph.D za odborné vedení, konzultace, rady a čas, který mi při psaní této přehledové bakalářské práce poskytl.

# ANOTACE

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Ošetrovatelská péče v onkologii

**Název práce:** Způsoby rozpoznávání psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů a strategie všeobecných sester v jejich řešení

**Název práce v AJ:** The ways of recognising mental health problems of the cancer patients and the strategies in nurse psychological distress management

**Datum zadání:** 30.11.2021

**Datum odevzdání:** 29.4.2022

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Zubatá Lucie

**Vedoucí práce:** Mgr. Lenka Štureková, Ph.D

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Onkologické onemocnění představuje zátěž a vliv na psychiku pacienta. Cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o způsobech rozpoznávání a řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů všeobecnými sestrami. Nejčastějšími psychickými problémy u onkologických pacientů jsou psychický distres, úzkost, deprese, beznaděj, poruchy nálady a riziko sebevraždy. Z dohledaných informací vyplývá, že všeobecné sestry při rozpoznávání psychických problémů zaměřují svou pozornost na psychické, tělesné a verbální indikátory pacienta. Dále také užívají různé screeningové měřicí nástroje pro rozpoznávání psychických problémů, např. Teploměr distresu, Edmontonská škála pro hodnocení příznaků nebo Škála nemocniční úzkosti a deprese. Pro řešení psychických problémů jsou představeny intervence jako vhodný způsob chování zdravotnických pracovníků vůči onkologickému pacientovi, poradenství, intervence řešící riziko sebevraždy, muzikoterapie, intervence psaní a intervence poskytované přes telefon. Validní informace byly dohledány za použití databází ProQuest, PubMed a Cochrane. Tato

práce může být využita všeobecnými sestrami pro rozšíření svých vědomostí o psychických problémech onkologických pacientů a také může sloužit jako podklad pro studenty FZV v Olomouci.

**Abstrakt v AJ:** The cancer is a burden and affects a patient's psyche. The aim of this review bachelor's thesis was to summarize the current knowledge of ways to recognize mental health problems of cancer patients and also possibilities of solving them by general nurses. The most common mental health problems of cancer patients are mental distress, anxiety, depression, hopelessness, mood disorders and the risk of suicide. The obtained information show that general nurses focus their attention on a patient's mental, physical and verbal indicators when diagnosing mental problems. They also use various screening tools to identify mental health problems, such as the Stress Thermometer, The Edmonton Symptom Assessment and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Interventions like a suitable way of health care workers' behavior towards the oncology patient, counselling, interventions dealing with the risk of suicide, music therapy, writing interventions and interventions provided by telephone are presented as means of solving mental problems. Valid information was searched using the ProQuest, PubMed and Cochrane databases. This work can be used by general nurses to expand their knowledge about mental problems of cancer patients and can also serve as a basis for students of the Olomouc Faculty of Health Sciences.

**Klíčová slova v ČJ:** psychický distres, péče o psychické zdraví, screening psychického distresu, management psychického distresu, pacient s onkologickým onemocněním, riziko sebevraždy, management všeobecné sestry

**Klíčová slova v AJ:** mental health distress, mental health care, distress screening, distress managing, a cancer patient, suicidal risk, nurse managing

**Rozsah:** 47 s. / 0 příloh

## Obsah

Úvod .....	7
1 Popis rešeršní činnosti .....	9
2 Psychické problémy onkologicky nemocných pacientů.....	12
3 Rozpoznávání psychických problémů .....	20
4 Strategie řešení psychických problémů .....	31
4.1 Význam a limitace dohledaných poznatků .....	38
Závěr.....	40
Referenční seznam.....	41
Seznam tabulek.....	46
Seznam zkratk.....	47

## Úvod

Onkologická onemocnění jsou nejčastěji se vyskytujícím onemocněním na světě a jejich výskyt v posledních letech stoupá. Diagnostikování onkologického onemocnění může způsobit prvotní šok a vést ke změně způsobu života. Častý je výskyt psychických problémů jako psychický distres, úzkost, strach, nervozita, poruchy nálady, deprese, beznaděj, nejistota, posttraumatický stres a riziko sebevraždy. Psychické problémy, které však nejsou diagnostikovány a řešeny, představují riziko neefektivního zvládnutí onkologické léčby (Granek et al., 2019, s. 43). Je známo, že během onkologické léčby pacienti často trpí fyzickým i psychickým distresem, ten je definován jako psychická nepohoda (Öztürk a Hıcdurmaz, 2020, s. 245). Je důležité se věnovat screeningu těchto problémů, protože mohou představovat rizikový faktor pro horší přijetí léčby a její nedodržování, nižší kvalitu života, horší fyzickou kondici a potencionálně sníženou míru přežití (Bradt et al., 2016, s. 6). K rozpoznávání psychického distresu u onkologicky nemocných pacientů má sloužit vhodný screeningový nástroj a díky němu jsou následně poskytnuty adekvátní intervence (Zebrack et al., 2015, s. 1165-1166). Je totiž známo, že pacienti, kteří by mohli těžit z psychosociálních podpůrných služeb, tuto léčbu nedostanou. Proto organizace zaměřené na onkologická onemocnění (např. NCCN) doporučují zavedení stručného systematického screeningu psychického distresu do klinické praxe (Zebrack et al., 2015, s. 1165-1166). Výzkumné studie zabývající se intervencemi pro řešení psychických problémů předpokládají, že vlivy psychických problémů jsou reverzibilní, proto má smysl zaměřit se na adekvátní intervence pro jejich řešení. (Ehlers et al., 2019, s. 283). Zdravotnický personál by měl být edukován o vhodném způsobu chování, a ošetřování onkologických pacientů s psychickými problémy. Měli by umět adekvátně reagovat na dotazy ohledně sebevražedných myšlenek a v rámci komunikace vyjádřit podporu pacientovi.

V souvislosti s touto problematikou je možné položit si otázku: Jaké jsou aktuální validní poznatky o rozpoznávání a řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů? Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané poznatky o způsobech rozpoznávání a řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů.

### **Pro vypracování bakalářské práce byly zvoleny dílčí cíle:**

- 1) Sumarizace dohledaných aktuálních poznatků o psychických problémech u onkologicky nemocných pacientů.

- 2) Sumarizace dohledaných aktuálních poznatků o způsobech rozpoznání psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů.
- 3) Sumarizace dohledaných aktuálních poznatků o strategiích všeobecných sester v řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů.

Seznam vstupní literatury:

CAMPOS, Rui C., Sara SANTOS, Margarida PITEIRA, Marta ABREU a Sofia TAVARES. Suicide Ideation in Older Adults Recovering from Acute Conditions in a Clinical Recovery Facility. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2017, 43(9), 31-37 [cit. 2021-5-2]. ISSN 0098-9134. Dostupné z: doi:10.3928/00989134-20170406-02

HARRISON, Anthony. The mental health needs of patients in physical care settings. *Nursing Standard* [online]. 2001, 15(51), 47-54 [cit. 2021-04-04]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: doi:10.7748/ns2001.09.15.51.47.c3080

ÖZTÜRK, Sevda a Duygu HİÇDURMAZ. Kanser Bakımında Gözden Kaçırılan Bir Alan: İntihar Riskinin Tanınması ve Yönetimi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry* [online]. 2020, 12(2), 243-257 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1309-0658. Dostupné z: doi:10.18863/pgy.551478

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství v onkologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019, 100 s. Skripta. ISBN 978-80-244-5630-0. Dostupné z: doi:10.5507/fzv.19.24456300

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.



# 1 Popis rešeršní činnosti

K tvorbě rešeršní činnosti byl využit standardní postup pro vyhledávání s užitím klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů.

## Vyhledávací kritéria:

**Klíčová slova v ČJ:** psychický distres, péče o psychické zdraví, screening psychického distresu, management psychického distresu, pacient s onkologickým onemocněním, riziko sebevraždy, management všeobecné sestry

**Klíčová slova v AJ:** mental health distress, mental health care, distress screening, distress managing, a cancer patient, suicidal risk, nurse managing

**Jazyk:** anglický

**Vyhledávací období:** 2013-2021

**Další kritéria:** recenzovaná periodika, plně dostupný text



## Databáze:

PubMed, Proquest, Cochrane



Nalezeno 75 článků



## Vyřazující kritéria:

Duplicitní články, články neodpovídající zvoleným cílům bakalářské práce



## Sumarizace využitých databází a dohledaných článků:

PubMed - 16 články

ProQuest - 14 článků

Cochrane- 4 články



### **Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:**

Applied Nursing Research – 1 článek

Bangladesh Psychological Studies- 1 článek

BMC Cancer- 2 články

BMC Medical Research Methodology- 1 článek

BMED Report- 1 článek

Canadian Oncology Nursing Journal- 1 článek

Cancer Care Ontario- 1 článek

Cochrane Database of Systematic Reviews- 4 články

Current Approaches in Psychiatry- 1 článek

Epidemiology and Psychiatric Sciences- 1 článek

International Journal of Clinical and Health Psychology- 1 článek

Iranian J Nursing Midwifery Res- 1 článek

Japanese Journal of Clinical Oncology- 1 článek

Journal of Clinical Oncology- 1 článek

Journal of Gerontological Nursing- 1 článek

Journal of the Korean Medical Association- 1 článek

Journal of the National Comprehensive Cancer Network- 1 článek

Medical Research Methodology- 1 článek

Nature Communications- 1 článek

Oncology Nursing Forum- 1 článek

Palliative and Supportive Care- 1 článek

PLOS ONE- 1 článek

Psycho-Oncology- 1 článek

Psychosomatics- 1 článek

Supportive Care in Cancer- 3 články

The Journal for Nurse Practitioners- 1 článek

Translational Behavioral Medicine- 1 článek

Translational Psychiatry- 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 34 článků

## 2 Psychické problémy onkologicky nemocných pacientů

Diagnostikování onkologického onemocnění představuje pro pacienta prvotní šok, který může následně vést k narušení jeho života a nutným změnám (Granek et al., 2019, s. 43). Pacientovi může způsobit rozsáhlé emoční, fyzické a sociální utrpení. Proto by současná péče o onkologicky nemocného pacienta měla zahrnovat i psychosociální intervence ke zlepšení kvality života (Bradt et al, 2016, s. 2). Řešení psychických problémů onkologicky nemocných pacientů je velmi důležité, protože mají vliv na pacientovo zvládnání zátěže plynoucí z diagnózy onkologického onemocnění. Psychické problémy, které nejsou řešeny, představují potenciaální riziko neefektivního zvládnání léčby a nízké kvality života. Výzkumné studie zabývající se intervencemi pro řešení psychických problémů předpokládají, že vlivy psychických problémů jsou reverzibilní (Ehlers et al., 2019, s. 283).

Na základě rešeršní činnosti byly dohledány validní zdroje, které se věnují různým psychickým problémům onkologicky nemocných pacientů. V dalším textu se budeme věnovat konkrétně těmto problémům: psychický distres, úzkost, strach, nervozita, poruchy nálady, deprese, beznaděj, nejistota, posttraumatický stres a riziko sebevraždy.

Je známo, že během léčby pacienti často trpí fyzickým i **psychickým distresem** (psychický distres je chápán jako psychická nepohoda, v práci bude dále zmiňován jako psychický distres). Autoři Öztürk a Hıcdurmaz (2020, s. 245) uvedli, že psychický distres jako následek problémů vycházejících z léčby onkologického onemocnění je pocit, že je vše náročné. Pacienti s onkologickým onemocněním a jejich rodiny se hůře vypořádávají se změnami způsobenými onkologickým onemocněním a taktéž se zhoršuje jejich vnímání bezpečí. Problémy, které způsobují, že pacienti začnou zažívat psychický distres, zahrnují negativní pocity jako **úzkost, strach**, slabé zvládnání vedlejších účinků léčiv, obavy o své tělo a budoucnost, únavu a spánkové poruchy. Bolest je významným problémem zvyšujícím psychický distres pacienta a vede ke snížení kvality života. Autor Shimizu (2013, s. 451) ve své výzkumné studii popisuje psychický distres jako multifaktoriální nepříjemný emocionální zážitek psychologické (kognitivní, behaviorální, emoční), sociální a/nebo duchovní povahy, která může narušit schopnost vyrovnat se s onkologickým onemocněním, jeho fyzickými příznaky a léčbou. Podle autorů Funk et al. (2015, s. 2861) se psychický distres různě vyvíjí a mění během pacientova zvládnání průběhu léčby onkologického onemocnění. Problémy mohou přetrvávat měsíce i roky od úvodního diagnostikování. Psychický distres je rizikovým faktorem pro noncompliance (zde míněno jako nedodržování léčby), nižší kvalitu života a potenciaálně

sníženou míru přežití. Autoři Granek, et al. (2019, s. 43) zmiňují, že u 30 % lidí s onkologickým onemocněním se rozvine úzkost nebo trpí **poruchami nálady**. Autoři Musiello et al. (2017, s. 16) deklarují, že je psychický distres spojován s příznaky úzkosti, strachu a **nervozity**. Velká část pacientů také zmiňuje čelení obtížnostem v praktických problémech jako finanční problémy, práce a doprava. Podle autorů Hejazihho et al. (2017, s. 201) je psychický distres jedním z nejčastějších psychických příznaků u pacientů s onkologickým onemocněním, ale bohužel není často rozpoznán a řešen. Autor dále uvádí, že 27-48 % strašících pacientů trpí příznaky psychického distresu. National Comprehensive Cancer Network jako Aliance onkologických center ve Spojených státech amerických (dále jen NCCN) určila psychický distres jako 6. fyziologickou funkci vedle tělesné teploty, krevního tlaku, pulzu, dýchání a bolesti. Tím byl zařazen do standardního vyšetření v ošetrovatelské péči v USA. Častý výskyt psychického distresu je především u starší populace pacientů s onkologickým onemocněním, kde je považován za ohrožující faktor jejich života. Ve výzkumné studii autorů Musiello et al. (2017, s. 16-17) bylo cílem prozkoumání prevalence psychického distresu a typů problémů, kterým čelí hematoonkologičtí pacienti. Je uvedeno, že prevalence psychického distresu u onkologicky nemocných pacientů je v rozsahu 33-40 %. 72 % onkologických pacientů zaznamenalo prožívání emočních problémů. Tyto problémy často souvisely spíše s příznaky úzkosti než s příznaky deprese. Jednalo se o **strach, obavy a nervozitu**. 16 % pacientů se potýkalo s rodinnými problémy a 1 pacient (celkově bylo do výzkumné studie zařazeno 68 pacientů) zaznamenal spirituální problémy. Nebylo zjištěno, že by psychický distres souvisel s věkem, pohlavím a typem onkologického onemocnění. Předpokládá se, že přijímání aktivní léčby onkologického onemocnění zvyšuje psychický distres. Dle autorů Rivest et al. (2020, s. 180) pacienti s onkologickým onemocněním často selhávají ve vyjadřování svých emočních prožitků směrem k pracovníkům onkologického oddělení, jelikož se cítí trapně, zažívají strach či neví, že je psychický distres možné společně s onkologickým týmem řešit.

Autoři Ichikura et al. (2020, s. 214) ve své výzkumné studii zaměřené na pacienty s onkologickým onemocněním hlavy a krku uvádí, že společným psychickým problémem je **deprese**. Až 50 % pacientů s tímto druhem onkologického onemocnění má diagnostikovanou depresivní poruchu, což je více než u jiných druhů onkologického onemocnění. Dle autorů Bradt et al. (2016, s. 6) je deprese rizikovým faktorem pro nižší kvalitu života, horší fyzickou kondici a horší přijetí léčby pacientem. Autoři Richardson a Brahmhbhatt (2021, s. 37-38) udávají, že deprese představuje hlavní světový zdravotní problém společnosti. Obecně je známo, že rizikovými faktory vzniku deprese jsou zvýšené stresory, špatná sociální podpora,

trauma v anamnéze, poruchy nálady v rodinné anamnéze, nedávná ztráta, rozvod, násilí a věk. Deprese může souviset s poruchami přizpůsobení se, deficitem pozornosti, úzkostí, bipolární poruchou, užíváním návykových látek, poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, demencí a jinými psychickými stavy. Autoři Rhondali et al. (2015, s. 849) udávají, že deprese může zhoršovat fyzické příznaky onkologického onemocnění jako je bolest nebo únava. Také deklarují, že polovina pacientů s depresí nedostává podporu a pomoc v řešení jejich problému. Autoři Öztürk a Hıcdurmaz (2020, s. 245) jmenují problémy související s depresí, a to pocity ztráty autonomie a rolí, neschopnost zastávat hlavní funkce a sebekpěči, úzkost a pocit působení zátěže ošetřovatelům. Tyto problémy mohou vést k nekontrolované úzkosti a objevení příznaků deprese. Autoři Niedzwiedz et al. (2019, s. 3) uvádějí rizikové faktory pro rozvoj deprese u onkologicky nemocných pacientů, které zahrnují věk, pohlaví, sociální a ekonomické problémy jako nezaměstnanost, nižší vzdělání a nedostatek sociální podpory. Ve výzkumné studii není jasně uvedeno, jaký věk a pohlaví představují vyšší riziko deprese. Je pouze uvedeno, že byla deprese častější mezi mladšími nebo více sociálně znevýhodněnými jedinci. Avšak 73 % pacientů nedostalo žádnou léčbu psychických problémů. Nejvyšší prevalence deprese byla zjištěna u pacientů s onkologickým onemocněním plic (13 %). Dále se jednalo o pacienty s gynekologickým onkologickým onemocněním (11 %) a onkologickým onemocněním prsou (9 %), z čehož by se dalo usuzovat, že ženské pohlaví by mohlo představovat vyšší riziko pro vznik deprese. Léčba onkologického onemocnění obsahující imunoterapii nebo chemoterapii může vyvolat depresi, a to na základě biologických mechanismů jako je např. zánět. Dále může být deprese vyvolána medikamenty užívanými k léčbě nevolnosti, která bývá vyprovokována právě chemoterapií. Tyto medikamenty působí tak, že mohou snížit dopaminergní přenosy, což je spojováno s příznaky deprese. Užití steroidů v léčbě onkologického onemocnění a terapie založená na nedostatku androgenů při léčbě onkologického onemocnění prostaty může též zvýšit riziko deprese.

Dále byla také zaznamenána **beznaděj** jako následek negativních zpráv od zdravotníků (v klinické studii jsou zmiňováni ošetřovatelé a psychologové). Někdy nedostatečná kontinuita se zdravotnickým personálem způsobila pacientům **nejistotu** ohledně dalších kroků v léčbě s neschopností plánovat (Sherborne et al., 2020, s. 5, 7).

Autory Sherborne et al. (2020, s. 2-8) byla zpracována metaanalýza, jejímž cílem bylo zjistit současný stav výskytu psychických účinků onkologického onemocnění mesoteliomu (primární nádor pohrudnice, někdy též pobříšnice či osrdečníku, který se nejčastěji vyskytuje u pacientů, kteří došli do styku s azbestem) na pacienty. Byly zahrnuty výzkumné studie nalezené

v databázích PubMed, PsychINFO, CINAHL, The Cochrane Library a Web of Science. Výzkumná metaanalýza sumarizovala, že pacienti s onkologickým onemocněním zažívají kromě již zmiňovaného psychického distresu, úzkosti a deprese i existenciální znepokojení, **postraumatický stres a posttraumatický vývoj**. Klinicky významný posttraumatický stres byl spojován s fyzickými příznaky zahrnujícími např. bolest či pocení, jež byly nepříjemné a frustrující. Měly dopad na soběstačnost, nezávislost a sociální role. Evokovaly pacientům blížící se konec života a dávaly podnět k přemýšlení o budoucnosti. Dále metaanalýza popisovala poznatky o hodnocení stresu a deprese a o riziku sebevraždy u onkologicky nemocných pacientů. Výsledky týkající se psychického distresu a rizika sebevraždy zahrnovaly aspekty týkající se **plynutí času**, které jsou specifické pro cestu onkologického onemocnění. Je tím myšleno, že je psychický distres způsoben např. nedodržováním časového nastavení intervencí. Pacientovi se nedostává intervencí pravidelně nebo je řešení problémů započato pozdě. Pacient může být kvůli tomu nejistý v tom, jak bude jeho léčba vlastně probíhat. Obtížným faktorem je diagnostika onkologického onemocnění. V pacientovi vyvolává šok, úzkost, hněv a depresi. Nevědomí o fázích onkologického onemocnění je dalším faktorem pro psychický distres. Dále výsledky obsahovaly nepříjemné pocity a strategie zvládnání onemocnění prožívaného pacienty a pečovateli. Nepříjemné pocity představovaly negativní emoce a pocity ohledně vlastní identity a stavu bytí. Nezávislost a sociální role byly ovlivněny nepříjemnými a frustrujícími fyzickými příznaky jako je bolest a pocení. Problémem byla také komunikace. Bylo zjištěno, že pacienti potřebují jasná a srozumitelná vysvětlení s možností vlastních dotazů. Je potřeba umožnit komunikaci pacientů s jedinci, kteří mají podobné zkušenosti a prožitky.

Spousta příznaků a vedlejších účinků léčby onkologického onemocnění má dopad na pacientovu životní pohodu a **kvalitu života**. Nevolnost a zvracení jsou častými příznaky u pacientů podstupujících chemoterapii. Tyto vedlejší účinky léčby mají signifikantní dopad na psychický well-being (jedná se o duševní pohodu, dále zmiňován jako well-being) (Bradt et al., 2016, s. 6). Jedním z cílů výzkumné studie autorů García-García, et al. (2019, s. 1-8) bylo analyzovat bio-psycho-sociální a spirituální faktory, které ovlivňují pacientovo vyrovnávání se s onkologickým onemocněním a adjuvantní léčbou. Dalším cílem bylo posouzení psychického distresu, kvality života před a po adjuvantní léčbě, zvládnání adjuvantní léčby a získávání sociální podpory pacientů s onkologickým onemocněním. Do výzkumné studie bylo zahrnuto 266 pacientů s onkologickým onemocněním tlustého střeva a 231 pacientů s onkologickým onemocněním prsou. Z použitých měřicích nástrojů je vhodné zmínit the Brief Symptom

Inventory jako stručný nástroj 9 oblastí příznaků (dále jen BSI), mezi které patří úzkost, deprese, úzkost způsobená fobiemi, paranoidní myšlenky a obsedantně kompulzivní porucha. Dalším uvedeným hodnotícím nástrojem je Mini-Mental Adjustment to Cancer jako nástroj pro měření kognice při onkologickém onemocnění (dále pouze Mini-MAC). Z výsledků vyplývá, že pacienti s onkologickým onemocněním prsu reagovali hůře na diagnostiku onkologického onemocnění s více příznaky úzkosti a deprese než pacienti s onkologickým onemocněním tlustého střeva. Pacienti s onkologickým onemocněním tlustého střeva měli více tělesných příznaků a funkčních omezení na počátku adjuvantní léčby, zatímco na konci léčby nebyly téměř žádné rozdíly mezi oběma skupinami. Obě skupiny trpěly vážnými psychickými a tělesnými příznaky a dosahovaly nízkých strategií zvládnání nemoci. Kromě tělesných příznaků se vyskytovaly psychické příznaky jako úzkost, deprese a nejistota prognózy nemoci. Závěry výzkumné studie dokládají poznatky o důležitosti odhalení individuálních rozdílů mezi pacienty ve vypořádávání se s onkologickým onemocněním. Tato skutečnost je důležitá pro naplánování nejvhodnější podpory a péče pro každého pacienta.

Dopad psychických problémů onkologických pacientů na well-being může být tak velký, že se u jedince začnou vyskytovat sebevražedné myšlenky a touha zemřít. Sebevražda je jevem vytvářejícím touhu jedince zemřít a akt smrti spojený se ztrátou smyslu života. Představuje pro celkovou populaci výrazný společenský zdravotní problém, proto je pozornost věnována výzkumům s cílem identifikovat a předcházet **riziku sebevraždy** na celém světě (Öztürk a Hıcdurmaz, 2020, s. 244). Podle autorů Zaorskyho et al. (2019, s. 1-6) je sebevražda definována jako kulminace neřešeného psychického distresu. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) zveřejnila (2018, s. neuvezena), že každý rok zemře průměrně 800 000 lidí následkem sebevraždy, a ještě více lidí se o ni pokusí. Sebevražda představuje událost, která ovlivňuje rodiny a komunity a má dlouhodobý dopad na pozůstalé. **Dřívější sebevražedný pokus** je nejdůležitějším rizikovým faktorem pro spáchání sebevraždy. K většině sebevražd dochází v krizových momentech při poklesu schopnosti zvládnout životní stres jako např. finanční problémy, ukončený vztah, nemoc či chronická bolest.

V celkové populaci jsou významné skupiny pacientů, kteří nesou toto riziko, a pacienti s onkologickým onemocněním jsou právě jednou z nich. Míra rizika je dokonce jedna z nejvyšších, protože onkologické onemocnění představuje nemoc s velkým množstvím stresorů a potřeb (Öztürk a Hıcdurmaz, 2020, s. 244). Rizikové faktory pro sebevraždu mezi pacienty s onkologickým onemocněním jsou podobné těm, které se vyskytují v běžné populaci (Zaorsky et al., 2019, s. 2). Počáteční fáze nemoci je kritická, co se týče rizika sebevraždy. Uvádí se, že



nejvyšší riziko sebevraždy je v prvních 6 měsících od diagnostikování onkologického onemocnění (Sherborne et al., 2020, s. 5). Během dlouhotrvající léčby se objevují její vedlejší účinky a spolu s nimi i možné psychosociální problémy. Jejich obtížné zvládnutí může způsobit **úvahy o sebevraždě** jako východisko z nelehké situace. Onkologicky nemocní pacienti se také musí přizpůsobovat neustále se měnícím podmínkám v závislosti na procesech léčby. Pokud se jim přizpůsobit nedaří, mohou se setkat s krizovým stavem, jehož řešení vidí pacienti v ukončení života. Ačkoli má každý pacient své specifické důvody pro sebevraždu, významnými prekursori sebevražedných myšlenek a sklonnů jsou typ a stádium onkologického onemocnění a přístup jedince k sociálním zdrojům. Pacienti v závažných stádiích onkologického onemocnění zažívají více léčebných intervencí, proto musí zvládat i více stresorů. Léčebné procesy jako např. chirurgické intervence či chemoterapie, typické pro pokročilá stadia onkologického onemocnění, zvyšují psychosociální zátěž těchto pacientů. Jsou tedy ve vyšším riziku sebevraždy. Pacienti si kladou otázku „proč já?“ a mohou prožívat pocity viny, beznaděje a cítit se trapně. V sociální oblasti mohou pacienti mířit svůj hněv na rodinné příslušníky, sebe sama či ošetřovatele. Mohou být také pozorovány příznaky jako sociální izolace či sociální úpadek. Čelení riziku sebevraždy u pacientů s onkologickým onemocněním působí problémy mezi zdravotníky, protože nemají dostatečné zkušenosti v tom, jak tento problém řešit. Z výzkumné studie autorů Öztürka a Hıcdurmaze (2020, s. 244-245) vyplývá, že všeobecné sestry tvořící významnou část zdravotníků, mají nedostatečné znalosti a dovednosti v identifikaci a řízení rizika sebevraždy a také mají negativní postoj a falešnou víru v řešení tohoto problému. Efektivním řešením tohoto problému by bylo školení všeobecných sester v problematice rizika sebevraždy, jelikož bylo zjištěno, že velká skupina onkologicky nemocných pacientů přijde před spácháním sebevraždy do kontaktu se zdravotníky, a tudíž by mohlo být riziko sebevraždy rozpoznáno dříve. Autoři Musiello et al. (2017, s. 17) dále uvádí, že u mnoha pacientů není deprese a úzkost rozpoznána a léčena, což může vést k sebevraždě.

Okolo 16 % pacientů s onkologickým onemocněním krku a hlavy spáchá sebevraždu do 1 roku od jejího diagnostikování (Ichikuraa et al., 2020, s. 214). Autoři Granek et al. (2017, s. 3691-3692) provedli výzkumnou studii zaměřenou na rozpoznávání rizika sebevraždy pacientů s onkologickým onemocněním všeobecnými sestrami, onkology a sociálními pracovníky. Uvádí, že lidé s onkologickým onemocněním mají zvýšené riziko sebevražedných myšlenek a **sebevražedných pokusů**. Trpí také fyzickými a psychickými poruchami. Sebevražedné myšlenky u pacientů s onkologickým onemocněním v Anglii čítají 71 %, což je vyšší procento než celkově v populaci, kde se jedná o 20 %. Riziko sebevraždy se liší mezi pacienty

s onkologickým onemocněním dle individuálních klinických faktorů a okolností onkologického onemocnění. Riziko sebevraždy se mezi těmito pacienty vyskytuje v širokém spektru, a to od aktivní vůle žít po aktivní vůli zemřít. Byly definovány 4 fáze, a to Silná vůle žít, Malá vůle žít, Přípravenost zemřít a Vůle zemřít. Silná vůle žít je vyjádřena aktivním zájmem o léčbu, hledáním dalších názorů a alternativních možností léčby. Malá vůle žít představuje psychický distress, fyzickou bolest a fyzické problémy. Přípravenost zemřít zahrnuje psychický distress, dřívější psychické diagnózy, fyzickou bolest, blížící se konec života, nedostatek sociální podpory a udržování smyslu kontroly nad sebou sama. Vůle zemřít souvisí s eutanázií a aktivní sebevraždou.

Autoři Campos et al. (2017, s. 32-35) publikovali výzkumnou studii, jejímž cílem bylo hodnocení sebevražedných úvah v populaci seniorů zotavujících se z akutních stavů v klinických zotavovacích zařízeních v portugalské oblasti. Akutní stavy zahrnovaly onkologická onemocnění, dále kardiovaskulární choroby, cévní mozkovou příhodu, bércové vředy a traumata. Po administraci měřicím nástrojem Mini-Mental State Examination (dále jen MMSE) bylo do výzkumné studie zařazeno 80 pacientů s akutními stavy. Výsledky výzkumné studie obsahují podrobný záznam odpovědí pacientů na položky týkající se sebevražedných myšlenek. Byly použity 4 indikátory sebevražedných myšlenek. Jednalo se o **předchozí sebevražedný pokus, smrt rodinného člena sebevraždou, osamělost a potřeba vzájemného kontaktu**. Byla provedena psychologická měření. Sebevražedné myšlenky byly hodnoceny položkou 9 (Item 9) z měřicího nástroje deprese-Beck Depression Inventory-II (dále zmiňováno jako BDI-II). Dále byly použity položky pro hodnocení rizika sebevraždy, které pochází z diagnostického systému příznaků pro primární péči-Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (dále jen SDDS-PC). Měřicí nástroje budou podrobněji popsány v další části bakalářské práce. 30 pacientů z celkového počtu 80 účastníků potvrdilo, že trpí myšlenkami o smrti, 21 pacientů se přihlásilo k položce „přání zemřít“ a 11 pacientů k položce „pocity sebevraždy“ z dotazníku SDDS-PC. 30 pacientů uvedlo sebevraždu nejméně jednoho člena své rodiny. Dopad sebevražd rodinných členů na pacienty výzkumu byl hodnocen na škále od 1 do 5, kde 1 znamenalo malý dopad a 5 dopad silný. 17 účastníků zaznamenalo právě silný dopad sebevraždy některého z rodinných příslušníků. Dopad sebevraždy rodinných příslušníků souvisel s položkou „myšlenky na smrt“, ale ne s položkou „přání zemřít“ a „pocity sebevraždy“. Frekvence účastníků odpovídajících kladně na položku „myšlenky na smrt“ či položku „přání zemřít“ byla významně vyšší při přijetí než o 30 dnů později. Taktéž položka „pocity sebevraždy“ byla hodnocena odpovědí „ano“ častěji při přijetí pacientů. 11 účastníků

výzkumu potvrdilo pocity sebevraždy při přijetí. O 30 dnů později se již jednalo pouze o 1 účastníka. Z výzkumné studie vyplývá výskyt častých sebevražedných myšlenek u seniorských pacientů při příjmu. Charakteristickým znakem těchto pacientů je zotavování se z akutních stavů. Senioři si tedy zaslouží klinickou pozornost zdravotníků zahrnujících všeobecné sestry a psychology. Protože počet seniorů výrazně narůstá, stává se problém sebevražd u této skupiny pacientů významným veřejně-zdravotnickým tématem v Portugalsku i dalších evropských zemích. Závěry výzkumné studie uvádí, že několik klinických a psychologických proměnných přispívá k riziku sebevraždy. Jedná se například o přítomnost akutního stavu. V předvídání rizika sebevraždy jsou primárním problémem předchozí pokusy o sebevraždu, z psychologických proměnných se jedná o mezilidské vztahy ve spojitosti s osamělostí. Bylo zaznamenáno, že při zotavování se z akutních stavů zažívají pacienti myšlenky o sebevraždě, cítí **osamělost** a cítí se býtí přítěží pro ostatní.

Cílem výzkumné studie autorů Zaorskyho et al. (2019, s. 1-6) bylo identifikovat onkologicky nemocné pacienty s největším rizikem sebevraždy v porovnání s běžnou populací a ostatními onkologicky nemocnými pacienty (z textu této výzkumné studie je možno usoudit, že ostatními onkologickými onemocněními jsou zde myšleny jiné druhy než onkologická onemocnění plic, hlavy a krku, varlat, močového měchýře a Hodgkinův lymfom, které představují nejvyšší stupeň mortality). Jedná se o retrospektivní populačně-založenou výzkumnou studii, která zahrnuje národně-reprezentativní data ze Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, neboli programu přežití, epidemiologie a konečných výsledků z období 1973-2014. Z této výzkumné studie vyplývá, že za již zmíněné období spáchalo 13 311 jedinců z 8 651 569 onkologických pacientů sebevraždu. Mezi onkologicky nemocnými pacienty, kteří spáchali sebevraždu, převládali muži (83 %) bílé rasy (92 %). Onkologická onemocnění plic, hlavy a krku, varlat, močového měchýře a Hodgkinův lymfom dosáhla nejvyššího stupně mortality. Svobodní muži, staršího věku a bílé rasy s lokalizovaným onkologickým onemocněním jsou v největším riziku sebevraždy v porovnání s ostatními onkologicky nemocnými pacienty. Riziko sebevraždy se u většiny onkologicky nemocných pacientů snižuje s postupem časového období 5 let a více od diagnostikování onkologického onemocnění. V závěru je výzkumná studie doporučena pro klinické využití onkology, psychiatry a všeobecnými sestrami při vytváření programů k snížení psychického distresu a úzkosti a zmírnění rizika sebevraždy mezi onkologicky nemocnými pacienty. Je doporučeno monitorování psychického distresu a prevence sebevraždy.

### 3 Rozpoznávání psychických problémů

Ve spoustě zemí je obvyklé, že většina pacientů s onkologickým onemocněním nedostane více než standardní léčbu, která představuje uspokojování biologických potřeb. Mnoho onkologických organizací však doporučuje **screening onkologických pacientů pro psychický distress** a v několika zemích (např. USA, UK, Kanada, Austrálie, Švýcarsko) je dokonce screening již používán k rozpoznávání a eliminaci psychického distresu (Hejazi et al., 2017, s. 202).

Mezi onkologické organizace, které doporučují screening pro psychický distress včetně deprese, patří NCCN a Národní institut pro klinickou dokonalost (National Institute for Clinical Excellence, dále jen NICE). Americké národní instituty zdraví (National Institutes of Health, dále jen NIH) zažádaly o rutinní používání screeningového nástroje pro rozpoznání neléčené deprese u onkologicky nemocných pacientů (Shimizu, 2013, s. 452). V roce 2013 provedla Chirurgická onkologická komise (The Surgeon's Commission on Cancer, dále jen CoC) v Berlíně výzkum zaměřený na zavádění screeningu psychického distresu do ošetrovatelské praxe. Bylo zjištěno, že pouze 58 % institucí, které se výzkumu účastnily, bylo sebejistých ve své schopnosti zavést rutinní screening psychického distresu do roku 2015. Bylo také zaznamenáno, že onkologické programy vyžadovaly od CoC další pokyny pro zavedení screeningového nástroje (Funk et al., 2016, s. 2862). Podle výzkumné studie autorů Ehlers et al. (2019, s. 282-283) byl screening distresu v roce 2015 nařízen Americkou univerzitou CoC (The American College of CoC), a to pro pokračující akreditaci onkologických center. Cílem výzkumné studie bylo zavedení screeningu psychického distresu v onkologickém centru. Ve výzkumné studii autorů Zebrack et al. (2015, s. 1165-1166) jsou uvedeny vědecké důkazy, že pacienti, kteří by mohli těžit z psychosociálních podpůrných služeb, tuto léčbu nedostanou. Proto Americká společnost klinické onkologie (The American Society of Clinical Oncology, dále jen ASCO) doporučuje systematický screening psychického distresu. Autoři Donovan et al. (2020, s. 2) uvádí, že jsou již v současné době komplexní pokyny a standardy pro screening psychického distresu v některých zemích (jako např. v Austrálii a Kanadě) dostupné. Ve studii autorů Funk et al. (2016, s. 2862) je uvedeno, že NCCN zavedla pokyny pro zlepšení rozpoznávání a léčby psychosociálního distresu onkologicky nemocných pacientů. Bylo též doporučeno, aby byli všichni pacienti rutinně vyšetřováni po celou dobu trajektorie jejich péče.

Pacienti z důvodu psychického distresu zažívají např. poruchy spánku, únavu, ztrátu nadšení, pocitují beznaděj, smutek a je ovlivněno provádění jejich běžných každodenních

činností (Rhondal et al., 2015, s. 849-850). Je deklarováno, že rozpoznávání a hodnocení psychického distresu vhodným screeningovým nástrojem je nezbytné při péčování o pacienta s onkologickým onemocněním (Götz et al., 2019, s. 2799). Screening psychického distresu představuje nástroj, který má sloužit k odhalování psychického distresu a na jeho základě má být poskytnuta adekvátní léčba. Dle praxe založené na důkazech má užití psychosociálního screeningu pozitivní vliv na snížení psychického distresu a následnou lepší kvalitu života. Také dochází ke zvýšení spokojenosti pacienta a zlepšení komunikace mezi pacientem a poskytovatelem péče (Zebrack et al., 2015, s. 1165-1166). Prevalence úmrtnosti onkologických pacientů (v populaci) s psychickými problémy je vysoká (30-35 %) (Donovan et al., 2020, s. 2). Rozpoznání úrovně psychického distresu onkologického pacienta pomocí screeningu je proto optimální strategií (Shimizu, 2013, s. 452). Screening by měl být proveden již při přijetí pacienta do onkologické péče (Donovan et al., 2020, s. 2). Podle výzkumné studie autorů Ehlers et al. (2019, s. 282-283) je screening psychického distresu vnímán jako víceúrovňová intervence, protože zahrnuje chování a systém změn napříč různými úrovněmi. Jedná se např. o změny schopnosti vykonávat práci a změny pacientovy vůle k dokončení práce. Dle autorů Götz et al. (2019, s. 2799-2801) je pro zlepšení pacientova well-beingu potřeba na screening psychického distresu navázat vhodnými intervencemi. Podle autorů Donovan et al. (2020, s. 2) představuje screening psychického distresu standard onkologické péče. Zahrnuje 1) screening při příjmu pacienta, 2) doporučení vhodných onkologických specialistů a 3) léčbu a hodnocení jejích výsledků. Kromě úvodního screeningu je nezbytné provádět i další hodnocení a screening následně po aplikovaných intervencích.

Byly však sumarizovány 4 problémy implementace screeningu psychického distresu. Pacientům, kterým již byla **dříve diagnostikována** úzkost nebo deprese a dostávali psychiatrickou léčbu, nepřináší screening žádné výhody. Pacienti, kteří jsou vyšetřeni jako pozitivní pro riziko psychického distresu, často **nepřijmou nabízenou léčbu**. Někteří pacienti s **negativním výsledkem** pro riziko psychického distresu žádají o doporučení k psychologovi. Možnosti léčby by jim měly být zpřístupněny, což je však v rozporu s významem screeningu. Posledním problémem je, že screening a doporučení jsou **náročné časově i finančně**, proto mohou být zátěží pro personál a pacienty. Vyšší pracovní zátěž může vést k nižší kvalitě hodnocení screeningovým nástrojem (Götz et al., 2019, s. 2800). Autoři Ehlers et al. (2019, s. 287) uvádí různé překážky k úspěšnému zavedení screeningu psychického distresu při onkologickém onemocnění. Na úrovni pacienta se jedná o nedostatečné přesvědčení, nejistotu ohledně dostupných zdrojů a váhání při diskuzi o emočních problémech s poskytovateli péče.

Překážky na úrovni poskytovatele zahrnují časovou dostupnost, znalosti a dovednosti v provádění screeningu a důvěru mezi poskytovatelem a pacientem. Výzkumná studie autorů Granek et al. (2019, s. 565) také řešila překážky hodnocení psychického distresu. Překážkami byl nedostatek školení, nedostatek času způsobený pracovní zátěží, limitovaná dostupnost a přístupnost zdrojů psychického zdraví. Nedostatek zdrojů psychického zdraví představuje sociální pracovníky, psychology a psychiatry, kteří by se mohli účastnit uspokojování pacientových potřeb. Sociální pracovníci však nejsou vždy dostupní. Autoři Rivest et al. (2020, s. 180-182) ve své výzkumné studii uvádí, že screening psychického distresu je mezinárodním standardem praxe a tvoří akreditační kritérium pro onkologická centra v USA a Kanadě. Zde se pacienti během screeningu chovají jako partneři. Je popsán **inovační program pro screening psychického distresu**, který používá přístup partnerského vztahu pacienta k lepšímu uspokojování potřeb onkologicky nemocných pacientů. Začleněním systematického screeningu psychického distresu do rutinní onkologické péče, mohou tak pacienti mít příležitost komunikovat o svých obavách se svými poskytovateli zdravotní péče. Ti mohou následně efektivněji řešit různé problémy pacientů. Avšak i přes signifikantní doporučení takového screeningu je dokumentováno mnoho administrativních, etických, kulturních a politických překážek k zavedení programu v centrech onkologické péče. Je zaznamenán odpor zdravotnických pracovníků pro systematické užívání screeningového nástroje z mnoha důvodů. Např. nedůvěra v hodnotu systematického screeningu nebo nedostatek tréningu a podpory. Mezi poskytovateli onkologické péče byly onkologické sestry rozpoznány jako klíčoví aktéři v přijetí screeningu psychického distresu, protože mají často blízký vztah s pacienty a jejich blízkými během trajektorie léčby. Pacienti jako partneři by mohli být klíčovými aktéry v překonávání překážek screeningu psychického distresu.

V následujícím textu práce se budeme věnovat různým možnostem rozpoznávání psychických problémů všeobecnými sestrami.

Autoři Granek et al. (2019, s. 43-46) ve své výzkumné studii zjišťovali, jaký mají onkologické sestry pohled na indikátory psychického distresu u onkologicky nemocných pacientů. Dále se zaměřili na strategie, které užívají pro rozpoznávání znaků psychického distresu. Výzkumníci se také zajímaly o překážky, s kterými se onkologické sestry setkávají při rozpoznávání těchto znaků. Mezi účastníky výzkumu bylo zahrnuto 20 onkologických sester, s kterými byly vedeny rozhovory. Jednalo se o sestry zkušené v péči o onkologické pacienty. Sestrám byly kladeny otázky zaměřené na rozpoznávání psychického distresu u pacientů, včetně uvedení příznaků psychického distresu, kterým onkologické sestry věnují zvýšenou

pozornost. Bylo zjištěno, že se onkologické sestry při hodnocení psychického distresu onkologických pacientů spoléhají na psychické a verbální indikátory a indikátory chování. **Psychické indikátory** zahrnovaly hlavní příznaky deprese, hněv, podráždění, úzkost a sociální izolaci. Příznaky deprese byly charakterizovány např. jako nižší spolupráce ze strany pacienta, únava, menší příjem stravy a delší pobývání v posteli. V případě hněvu a podráždění pacient napadá zdravotnický personál ohledně všeho, co udělají nebo řeknou. Napadá a křičí na zdravotníky ohledně dlouhého čekání na medikaci nebo vyžádaného poskytnutí pomoci. Úzkost byla popsána pomocí problémů s usínáním nebo buzením v noci kvůli úzkostným myšlenkám, které jsou způsobeny např. léčbou. Podle onkologických sester jsou tyto indikátory poznat z pacientovy řeči těla. **Indikátory chování** obsahovaly pláč, pacientův fyzický vzhled a pacientovu sociální izolaci. Pacient často sedí sklíčen a nemá chuť mluvit. Někteří naopak mohou mluvit o tom, že nevidí smysl v budoucnosti a důvod žít. Co se týče fyzického vzhledu, onkologické sestry si všímají, zda pacient dbá o svůj vzhled, zda má chuť k jídlu. Jedná se o typické projevy, které vedou k rozpoznání psychického distresu. Pacient například přestane pracovat a zůstává více doma. Sociální izolace představuje pacientovo utíkání ze společnosti. Pacient vyhledává tichá a tmavá místa. Indikátorem je pacientovo mlčení. Může být zpozorováno, že si pacient kolem sebe staví pomyslné bariéry, upírá oči k zemi a nemá zájem o dění kolem sebe. **Verbální indikátory** zahrnují vyjádření znepokojení ze strany pacientů nebo jejich blízkých. Onkologické sestry poznamenaly, že spousta zoufalých pacientů např. uvedla, že je situace pro ně obtížná, že už dál nemohou. Jiní pacienti mohou přijít s žádostí o pomoc, protože pociťují smutek. Pomoc mohou vyhledat i pacienti blízcí. Mohou zdravotnickým pracovníkům přímo sdělit, že pacient nechce dál žít, že je již unavený svým utrpením. Verbálním indikátorem psychického distresu může být už jen to, kdy pacienti blízcí žádají o antidepresiva pro pacienta. Onkologické sestry uvedly, že strategie pro rozpoznávání psychického distresu byly omezené. Jedinou metodou bylo přímé **dotazování** se pacienta. Překážky pro rozpoznání psychického distresu představovaly skrývání psychického distresu onkologicky nemocným pacientem. Dále se jednalo o nedostatečné školení onkologických sester, které tudíž neměly dostatek znalostí. Problémem byl také nedostatek času a soukromí pro rozhovor ohledně potencionálního psychického distresu s onkologicky nemocným pacientem.

Na základě rešeršní činnosti bylo nalezeno několik výzkumných studií, které se zabývají efektivitou různých screeningových měřících nástrojů vhodných pro rozpoznávání psychických problémů u pacientů s onkologickým onemocněním. Jsou zaměřeny hlavně na oblasti

rozpoznávání psychického distresu, úzkosti, deprese a sebevražedných myšlenek. V následujícím textu se budeme zabývat například Teploměrem distresu, Edmontonskou škálou pro hodnocení příznaků nebo Dotazníkem pacientova zdraví.

### **Měřicí nástroje hodnocení psychického distresu**

Screeningový nástroj by měl představovat stručné hodnocení ve snaze minimalizovat zátěž pacienta a systému zdravotní péče (Funk et al., 2016, s. 2862).

Je deklarováno, že během poslední dekády bylo navrženo a uvedeno v platnost několik screeningových měřících nástrojů psychického distresu, např. Distress Thermometer jako **Teploměr distresu** (dále jen **DT**). Je potvrzena účinnost těchto stručných screeningových nástrojů v rozpoznávání klinicky významných hladin distresu mezi různými onkologickými populacemi (Funk et al., 2016, s. 2862). DT představuje stručnou vizuální analogovou škálu s rozmezím hodnocení 0-10. Byl vyvinut za účelem rutinního hodnocení psychického distresu u onkologických pacientů (Palmer, 2019, s. 1018). Na škále s rozpětím 0-10 značí 0 „žádný distres“ a 10 značí „velký distres“. V onkologických centrech v Zurichu je DT používán všeobecnými sestrami od roku 2012 pro všechny pacienty hospitalizované pro onkologické onemocnění. Screening je proveden již při přijetí onkologicky nemocného pacienta. Pacientům je položena otázka „*v jak velkém psychickém distresu jste se cítil v posledních týdnech na škále od 0 do 10?*“. Mezní skóre  $\geq 5$  značí střední až vážný psychický distres a vyžaduje doporučení psychické, sociální nebo duchovní péče. Pacienti se středními až vážnými úrovněmi psychického distresu jsou vyšetřeni znovu po 7 dnech pro hodnocení účinnosti intervencí. Pokud pacient DT nedokončí, je zaznamenán důvod. Od roku 2012 bylo pomocí DT vyšetřeno 40,6 % z celkového počtu 11 184 onkologicky nemocných pacientů. Screeningová hodnota byla vyšší u švýcarských pacientů mužského pohlaví, kteří byli sezdaní. Dalšími znaky pro zvýšené hodnoty screeningu psychického distresu bylo využití pohotovostní služby, přítomnost hemato-onkologického onemocnění, tumor mozku nebo hlavy a krku. Bylo zjištěno, že každý 4. pacient se střední až vážnou úrovní psychického distresu odmítl doporučení pro psycho-onkologické služby. Hodnoty validity a reliability měřícího nástroje nejsou ve výzkumné studii uvedeny (Götz et al., 2019, s. 2799-2801). Autoři Ehlers et al. (2019, s. 286) deklarují, že nejčastěji studovaným screeningovým nástrojem psychického distresu je samostatný DT. Bylo zjištěno, že senzitivita a specifita DT byla nižší než 80 % v porovnání se zlatým standardem měřícího nástroje deprese (není uvedena hodnota standardu). V systematickém review autora Shimizu (2013, s. 452) je zmíněna rozšířená verze DT, a to **Teploměr distresu a jeho dopadu** (dále jen



**DIT**). Screeningová metoda je prováděna všeobecnými sestrami. Nejsou uvedeny hodnoty validity a reliability. Dle review bylo ale DIT validováno a mezní body pro detekci deprese a poruch přizpůsobení se byly stanoveny na hodnotu 4 pro skóre psychického distresu a hodnota 3 pro skóre dopadu.

DT je obvykle používán spolu se **Seznamem problémů** (Problem List, dále jen **PL**), který obsahuje potenciaální problémy z několika domén, které jsou uvedeny v tabulce 1. Jedná se o fyzické, psychické, sociální (rodinné), emoční, spirituální, ale i praktické problémy (Donovan et al., 2020, s. 2).

**Tabulka 1:** Seznam problémů

<b>Doména</b>	<b>Problémy</b>
Fyzická	Bolest, únava, poruchy spánku, průjem, zácpa, suchá kůže, nauzea
Rodinná	Jednání s dětmi, partnerem, schopnost mít děti, rodinné zdravotní problémy
Emoční	Deprese, smutek, strach, nervozita, obavy, ztráta zájmu v běžných aktivitách
Spirituální	Narušení spirituálních či náboženských zájmů
Praktická	Finance, práce, doprava, starost o domácnost, péče o děti

(Jong-Heun, 2019, s. 171)

Psychický distres totiž často pramení právě v problémech nesouvisejících s psychickým zdravím. Proto je rozpoznávání psychického distresu vedeno skrz zahrnutý seznam problémů. Jedná se o potenciaální příčiny psychického distresu, které byly již zmíněny výše (Palmer, 2019, s. 1018). Pacient zaznačí odpověď „ano“ či „ne“ pro každou položku na listě problémů (Kim, 2019, s. 171). DT/PL se rychle stal jedním z nejrozšířenějších a nejčastěji používaných validních screeningových nástrojů hodnocení psychického distresu v onkologii. Zásady rutinního používání DT/PL byly zavedeny pro identifikaci pacientů s psychosociálními problémy a k správnému doporučení psychosociálních onkologických služeb. Autoři Ehlers et al. (2019, s. 284-287) uvedli mezeru ve výzkumu screeningu psychického distresu. Protože psychický distres zahrnuje několik domén (psychické, sociální a spirituální), je složité ho měřit pomocí jednopoložkového nástroje, který je doporučen některými skupinami. Např. DT doporučený NCCN by měl být používán společně s PL. V období od 2017 do 2018 cca 1750 pacientů z amerického onkologického centra dokončilo DT/PL. 34,9 % z těchto pacientů zaznamenalo mírný psychický distres, 38,9 % střední psychický distres a 7,4 % vysoký až velmi vysoký psychický distres. Nejčastěji zaznamenanými problémy z PL byly únava (16 %), deprese (14 %), obavy a strach (11 %), řízení bolesti (9 %) a narušení spánku (7 %).

Ve výzkumné studii autorů Funk et al. (2016, s. 2862, 2864) je pro hodnocení psychického distresu uvedena **Edmontonská škála pro hodnocení příznaků** (The Edmonton Symptom Assessment). Měřicí nástroj se zaměřuje na příznaky na fyzické, psychické, sociální, kulturní a spirituální úrovni. Příznaky jsou uvedeny v tabulce 2 dle jednotlivých úrovní.

**Tabulka 2:** Edmontonská škála

Příznaky	
Fyzické	Ztráta chuti k jídlu, váhový úbytek
Psychické	Deprese, psychický distres, neklid a zmatenost
Sociální	Osamělost, pocit nedostatečného respektu a spory s blízkými, pojištění

(Funk, 2016, s. 2862)

Dle Alberta Health Services (2019, s. 11) Edmontonská škála obsahuje 10 položek, které představují fyzické a psychické příznaky. Každý příznak je zhodnocen 0-10 body, např. příznaku bolest je uděleno bodové hodnocení 0 v případě absence bolesti, 10 bodů značí nejhorší možnou bolest. Ve výzkumné studii autorů Funk et al. (2016, s. 2862, 2864) je dále uvedeno, že v případě, kdy vyjde skóre  $\geq 8$  bodů u nejméně jednoho příznaku škály a/nebo pacient žádá mluvit s nejméně jedním členem podpůrného týmu, je potřeba spolupráce s rozsáhlejším zdravotnickým týmem. Obavy spojené s úzkostí a depresí byly cíleny k psychologickým pracovníkům, zatímco obavy ohledně chuti k jídlu a váhového úbytku k nutričním terapeutům. Obavy ohledně pojištění nebo rodiny a dětí patřily k sociálním pracovníkům. Pacienti s rizikem psychického distresu byli kontaktováni přes telefon, elektronický portál nebo při osobní konzultaci. Výsledky výzkumné studie zahrnují prediktory psychického distresu. Pro pacienty s psychickým distresem byla typická předepsaná medikace a také žádný dřívější kontakt s personálem podpůrné péče onkologického centra. Významným prediktorem psychického distresu byl také typ onkologického onemocnění. Např. pacienti s diagnózou hematoonkologického onemocnění nebo onkologického onemocnění prsa byli v největším riziku psychického distresu.

Ve výzkumné studii autorů García-García et al. (2019, s. 3) byl použit **BSI-18**. Škála hodnotí pacientovo emoční přizpůsobení nebo psychický distres za posledních 7 dnů. Skládá se z 18 položek rozdělených do 3 dimenzí, a to somatizace, deprese a úzkost. Příznaky z 3 dimenzí jsou uvedeny v tabulce 3. Ve výzkumné studii autorů Franke et al. (2017, s. 1-3) je uvedeno, že BSI-18 je vhodným nástrojem pro měření psychického distresu. Každá položka je hodnocena čísly 0-3. 0 znamená „vůbec ne“, 1 značí „několik dnů“, 2 je pro „více než polovina

dnů“ a hodnota 3 znamená „skoro každý den“. Hodnota reliability pro dimenzi somatizace byla v rozmezí od 0,61 do 0,84, pro dimenzi deprese sahá od 0,64 do 0,92 a pro dimenzi úzkosti se od 0,71 do 0,88. Hodnota reliability nejčastěji sahala nad 0,88, proto může být zhodnocena jako dobrá.

**Tabulka 3:** BSI-18

Somatizace	Deprese	Úzkost
Mdloby nebo závratě	Pocit nezájmu v činnostech	Nervozita
Bolest srdce nebo na hrudi	Pocit osamění	Pocity napětí
Nauzea nebo žaludeční nevolnost	Pocit smutku	Náhly bezdůvodný pocit strachu
Potíže s dýcháním	Pocit bezcennosti	Panika
Necitlivost nebo brnění část těla	Pocit beznaděje o budoucnosti	Pocity neklidu, neschopnost posedět
Pocit slabosti v částech těla	Myšlenky na sebevraždu	Pocity strachu

(Franke, 2017, s.2)

### Měřicí nástroje hodnocení úzkosti a deprese

Autoři Wang et al. (2020, s. 8) uvádí, že všichni pacienti s onkologickým onemocněním by měli být posouzeni pro příznaky deprese a úzkosti. Existují různé programy pro implementaci hodnocení úzkosti a deprese, např. **Duševní zdraví a dynamické doporučení pro onkologii** (Mental Health and Dynamic Referral for Oncology, dále jen **MHADRO**) pro usnadnění použití screeningu úzkosti a deprese u onkologicky nemocných pacientů. MHADRO je počítačové hodnocení, které by mohlo poskytnout osobní souhrnný záznam pacientových funkčních schopností. Mohlo by asistovat při začátku léčby duševního zdraví. Autoři této výzkumné studie doporučují onkologickým klinikám poskytovat screening psychických problémů onkologicky nemocným pacientům.

Jedním z měřících nástrojů pro screening deprese a úzkosti je např. The Hospital Anxiety and Depression Scale jako **Škála nemocniční úzkosti a deprese** (dále jen **HADS**). Jedná se o 14položkový sebehodnotící nástroj, který posuzuje příznaky úzkosti a deprese ve zdravotnických podmínkách. Obsahuje dvě 7položkové subškály: HADS pro depresi a HADS pro úzkost. Každá položka je hodnocena na 4bodové škále (0- vůbec ne až 3- skoro pořád). Celkové skóre každé podškály může sahat od 0 do 21. Výsledným bodovým zhodnocením pro kategorii žádné příznaky je 0-7 bodů, pro mírné příznaky 8-10 bodů, střední příznaky 11-14

bodů a velké příznaky 15-21 bodů (Park et al., 2018, s. 4). Ve výzkumné studii autorů Richardson a Brahmhatt (2021, s. 37-38) jsou pro screening deprese uvedeny **Dotazník pacientova zdraví-2** (The Patient Health Questionnaire-2, dále jen **PHQ-2**) a **Dotazník pro hodnocení pacientova zdraví-9** (The Patient Health Questionnaire-9, dále jen **PHQ-9**). PHQ-2 je stručným a jednoduše vedeným screeningovým nástrojem, který se pacienta dotazuje na první 2 otázky, které pochází z PHQ-9. Jedná se o otázky „byl jste za poslední měsíc obtěžován pocitem zhoršené nálady, deprese nebo beznaděje?“ a „byl jste za poslední měsíc obtěžován nízkým zájmem nebo potěšením z prováděných činností?“. Pokud pacient odpoví „ano“ na kteroukoli z otázek, může být proveden PHQ-9. Samotný PHQ-9 je již hodnocen pomocí 4bodové Likertovy stupnice. Pacientovi je tedy položeno dalších 7 otázek ohledně deprese, včetně rizika sebevraždy. Pacient hodnotí položky body 0-3, kdy 0 značí odpověď „vůbec ne“ a 3 značí „skoro každý den“. 0 je tedy nejlepší hodnocení. Všechny 9 otázek je zpracováno v tabulce 4. V textu je uvedeno, že ideálními zdravotníky v oblasti duševního zdraví pro provádění screeningů skrze dotazování jsou psychiatrické sestry. Dále jsou pro použití screeningového nástroje vhodné praktické a všeobecné sestry. Senzitivita i specifita PHQ-9 jsou 88 %. Ve výzkumné studii autorů Yuanyuan et al. (2020, s. 3). se uvádí, že vyšší celkový výsledek značí vyšší úroveň příznaků deprese. Mezní skóre  $\geq 7$  značí vysoké riziko klinické úzkosti.

**Tabulka 4:** PHQ-9

<b>Jak často jsi byl za poslední 2 týdny obtěžován následujícími problémy?</b>	<b>vůbec</b>	<b>Pár dnů</b>	<b>Víc než polovinu dnů</b>	<b>Téměř každý den</b>
Snížený zájem či potěšení z prováděných činností	0	1	2	3
Pocit deprese, snížené nálady, beznaděje	0	1	2	3
Potíže s usínáním nebo nadměrný spánek	0	1	2	3
Pocity únavy nebo nedostatku energie	0	1	2	3
Nízká chuť k jídlu nebo přejídání	0	1	2	3
Špatné pocity o vlastní osobě, pocity přítěže	0	1	2	3
Potíže soustředit se (na čtení knih, TV)	0	1	2	3
Pohyb nebo mluvení příliš potichu/pomalou nebo naopak rychle, než je u vás obvyklé	0	1	2	3

Myšlenky, že by vám bylo lépe, kdybyste byl mrtvý/ myšlenky sebeпоškození	0	1	2	3
---	---	---	---	---

(Kroenke, 2010, s. 1)

### Měřicí nástroje hodnocení rizika sebevraždy

Autoři Campos et al. se ve své výzkumné studii (2017, s. 32-33) zaměřili na hodnocení sebevražedných myšlenek u starých lidí v portugalském klinickém zotavovacím zařízení. Byly použity **4 indikátory sebevražedných myšlenek**, a to předchozí sebevražedné pokusy, smrt rodinného člena kvůli sebevraždě, samota a mezilidské potřeby. Tyto proměnné byly testovány k odhalení, zda mohly být příčinou pro vznik sebevražedných myšlenek. Sebevražedné myšlenky byly hodnoceny **položkou 9** portugalské verze **BDI-II** a také pomocí položek zaměřených na sebevraždu pocházejících z **SDDS-PC**. Oba nástroje slouží k rychlému měření rizika sebevraždy. BDI-II je 21položkový klinický nástroj pro měření síly depresivních příznaků za poslední 2 týdny. Položka 9 souvisí se sebevražednými myšlenkami. Pro výběr odpovědí slouží Likertova stupnice 0-3, kde 0 značí žádný výskyt depresivních příznaků a 3 značí vážné příznaky. Položka 9 byla podána skrze otázky, které se účastníků dotazovaly na možný výskyt sebevražedných myšlenek v týdnu před hodnocením. Položky z SDDS-PC zaměřené na sebevraždu zahrnují „myšlenky na smrt“, „přání být mrtvý“ a „pocity přesvědčení, že by měl spáchat sebevraždu“. Pro tyto položky slouží odpovědi „ano“ či „ne“. Byly navrženy k hodnocení rizika sebevraždy v primární péči. SDDS-PC obsahuje 16položkový dotazník a dále 5minutový rozhovor s lékařem. SDDS-PC zahrnuje 5 nemocí, a to depresivní poruchu, panickou ataku, závislost na alkoholu, generalizovanou úzkostnou poruchu a obsedantně kompulzivní poruchu. Také zahrnuje sebevražedné myšlenky. Autoři zahrnuli i hodnocení osamělosti, a to pomocí položky „často se cítím sám“. Ta pochází ze **škály sociální a emoční osamělosti** (The Social and Emotional Loneliness). Jedná se o 4položkový měřicí nástroj, který hodnotí sociální a emoční aspekty osamělosti. Položky jsou zodpovídaný „ano“ či „ne“. Dalšími screeningovými nástroji rizika sebevraždy jsou Beck Suicide Scale jako **Škála sebevraždy (BSS)** a Suicide Behaviors Questionnaire jako **Dotazník sebevražedného chování**, které by měly být běžně používány v ošetrovatelských zařízeních pro seniory zotavující se z akutních stavů. Mnoho pacientů se vyhýbá rozhovorům o sebevražedných myšlenkách a touhách. Snadněji se jim může mluvit o pocitech osamělosti a duševní bolesti, protože tyto pocity se mohou zdát sociálně přijatelnějšími než přímá diskuze o sebevražedných myšlenkách a chování. Hodnoty validity a reliability pro uvedené měřicí nástroje nejsou dostupné.

**Tabulka 5: BSS**

Přání žít	Trvání sebevražedných myšlenek	Specifita plánování
Přání zemřít	Frekvence myšlenek	Dostupnost nebo příležitost metod
Důvody žít nebo zemřít	Postoj k myšlenkám	Schopnost provést pokus sebevraždy
<b>Aktivní pokusy o sebevraždu</b>	Kontrola nad sebevražednými myšlenkami	Očekávání aktuálního pokusu
<b>Pasivní pokusy o sebevraždu</b>	Odrazující prostředky k pokusu	Konečné činy
Poznámky o sebevraždě	Rozsah aktuální přípravy	
Podvod a zatajování	Důvody pro pokus	

(Uddin, 2013, s. 9)

BSS se skládá z 21 položek, Uddin et al. (2013, s. 9) má v tabulce zaznamenáno 19 položek, které měří stupňování vážnosti sebevražedných přání, postojů a plánů spáchat sebevraždu za poslední týden. Každá položka je hodnocena od 0 do 2 podle závažnosti. BSS je započato prvními 5 položkami, pokud pacient zamítne aktivní i pasivní pokusy o sebevraždu, nemusí se dalšími položkami zabývat.

## 4 Strategie řešení psychických problémů

Adekvátní léčba poruch psychického zdraví pacientů s onkologickým onemocněním může ovlivnit průběh nemoci, délku hospitalizace, účinnost léčby, prognózu, spokojenost pacienta s léčbou a kvalitu života (Granek et al., 2019, s. 561). Dle výzkumné studie autorů Ream et al. (2020, s. 1) zažívají onkologičtí pacienti řadu příznaků, které vznikají jako následek jejich onemocnění a terapie. Neodpovídající management těchto příznaků má dopad na pacientovy výsledky, a to fungování, psychický well-being a kvalitu života. Pokusy snížit incidenci a vážnost příznaků onkologického onemocnění zahrnovaly vývoj a testování psychoedukačních intervencí pro zlepšení self-managementu příznaků pacientem. Autoři Rueda et al. (2015, s. 1) uvádí, že chemoterapie představuje účinnou možnost léčby pokročilých onkologických onemocnění. Souvisí však s vysokou prevalencí vedlejších účinků léčby a příznaků postupu nemoci. Proto je potřeba vysoce kvalitní podpůrné péče k snížení příznaků psychického distresu a podpoření kvality života.

Také chirurgická operace je zákrokem, který prodlužuje přežití, ale může mít dopad na pacientův život, co se týče psychologické a psychosexuální úrovně (Jeffers et al., 2019, s. 1). Jak již bylo rozebráno v předchozí kapitole bakalářské práce, screening poruch psychického zdraví u onkologicky nemocných pacientů je základem pro jejich léčbu. (Hejazi et al., 2017, s. 201). Je známo, že intervence pro onkologicky nemocné pacienty jsou účinné. I přesto však spousta pacientů nedostane léčbu pro psychický distres. Poskytovatelé zdravotní péče totiž často selhávají v rozpoznávání psychického distresu (Granek et al., 2019, s. 561-562). Dobré porozumění specifickým ošetrovatelským potřebám psychosociálního zdraví pacienta je nezbytné k provedení adekvátních intervencí. Současná onkologická péče stále více začleňuje psychosociální intervence pro zlepšení kvality života. Proto je důležité, aby onkologická péče zahrnovala služby, které pomohou uspokojovat pacientovy psychické, sociální a spirituální potřeby (Bradt, 2016, s. 2, 6).

Na základě rešeršní činnosti byly dohledány dostupné validní zdroje, které se zabývají intervencemi pro řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů. V následujícím textu se budeme zabývat různými **intervencemi**, např. vhodným způsobem chování zdravotnických pracovníků vůči onkologickému pacientovi, poradenstvím, intervencemi řešícími riziko sebevraždy, muzikoterapií, intervencemi psaní a intervencemi poskytovanými přes telefon.

## Vhodný způsob chování zdravotnických pracovníků

Cílem výzkumné studie autorů Granek et al. (2019, s. 561-564) bylo zjistit, jaké strategie mají onkologické sestry pro řešení diagnostikovaného psychického distresu a rizika sebevraždy u onkologicky nemocných pacientů. V zájmu bylo také odhalit překážky, kterým sestry musí čelit při tomto řešení. Výzkumný soubor byl tvořen 20 onkologickými sestrami ze 2 onkologických center v Izraeli. Metodou sběru dat byly rozhovory, které probíhaly v nemocnicích, kde každá sestra pracovala, v čase a místě, které si sama zvolila. Výsledky výzkumné studie představují **emoční dostupnost** jako primární strategii v řešení psychického distresu u onkologicky nemocného pacienta. Onkologické sestry zaznamenaly, že svou podporu dávají najevo skrze dlouhé povídání si s pacienty. Diskutují spolu o pacientově well-beingu nebo potížích, které se vztahují k nemoci. Onkologické sestry prostě poskytují celkovou emoční podporu. Jedna ze sester například uvedla, že když pacient vidí, že jim někdo naslouchá, je otevřenější a snáze hovoří o svých problémech. Častokrát neumí hovořit se svými blízkými tak jako se zdravotnickým personálem. Další strategií sester bylo **poskytování praktické podpory**, a to poskytování praktických informací. Jedna onkologická sestra vysvětlila, že vidí, jak může pacientovi pomoci. Někdy pomůže pouhým sdělením, kam jde a co bude provádět. Onkologické sestry poznamenaly, že psychický distres byl často způsoben fyzickou bolestí. Tudíž jednou ze strategií v řešení psychického distresu bylo **léčení fyzických příznaků**. Nejdříve bylo nutné vypořádat se s fyzickými příznaky ve snaze vyléčit psychický distres. Pokud je bolest snížena, pacient je opět usměvavý a má zájem o svůj život. Ve výzkumné studii autora Shimizu (2013, s. 453) je též uvedeno, že po celkovém screeningu a po sdělení výsledků je pacientovi nabídnuta možnost promluvit si o jakýchkoli problémech se členem psychosociálního týmu. Přínosem je mírné snížení psychického distresu.

## Intervence poradenství

Řešení psychického distresu zahrnuje také doporučení k dalším profesionálům zdravotnického týmu. Jedná se o psychology, psychiatry, sociální pracovníky, členy týmu paliativní péče a ošetřující lékaře. **Doporučení poradenství** je tedy další strategií. Je usilováno o zahrnutí více než jednoho zdravotníka v případě psychického distresu u onkologicky nemocného pacienta, proto je představena nutnost multidisciplinárního týmu. Každý z uvedených specializovaných zdravotníků může k pacientovi mluvit z jiné perspektivy (Granek et al. 2019, s. 561-564). Autor Shimizu (2013, s. 453) zmiňuje, že všeobecná sestra



doporučí onkologické pacienty s pozitivním výsledkem screeningu k poradenství na psychiatrickém oddělení.

### **Intervence v oblasti rizika sebevraždy**

Dalším tématem uvedeným ve výzkumné studii autorů Granek et al. (2019, s. 564-566) jsou **strategie pro řešení rizika sebevraždy**. První z nich je **hodnocení situace**. Onkologické sestry uvedly, že když pacient vyjádřil sebevražedné myšlenky, tak na ně nejprve reagovaly **vyprávěním** si s pacienty o jejich pocitech. To sloužilo k posouzení jejich emočního stavu a toho, co je obtěžuje. Pokud někdo vyjádřil hněv a frustraci poznámkou, že chce zemřít, jednalo se o faktor, který značil nutnost vyřešit problém společně s pacientem. Pokud by se jednalo o vážnější stav, byl by kontaktován sociální pracovník, psycholog a ošetřující lékař. Onkologické sestry uvedly, že se sebevražedné myšlenky nejčastěji vyskytovaly u umírajících pacientů. Jednou ze strategií v řešení sebevražedných myšlenek byla **nabídka dobrého konce života** s cílem zmírnit fyzické a psychické utrpení. Jedná se o **paliativní péči** včetně použití **paliativní sedace** k snížení fyzické bolesti. Pokud pacient projeví přání, aby byl jeho život ukončen, sestra odpoví, že to nelze udělat. Může však pomoci pacientovi být méně při vědomí (podání medikace) během náročných chvil, tudíž to nebude prožívat a pamatovat si to. Důležité je projevit zájem o pacienta, ptát se ho, jak mu můžeme ulevit od příznaků onemocnění. Podstatné je mluvit o smyslu jeho života a také o tom, co mu podle něj pomůže překonat toto těžké období. Povzbudit ho, aby přišel na to, co mu dodá v nelehké situaci sílu. Tak jako u řešení psychického distresu i zde sestry reagují na pacientovy sebevražedné myšlenky tím, že se zaměří na možnosti **ulevení pacientům od fyzického utrpení**. Bylo uvedeno, že pokud onkologické sestry předpokládaly sebevražedné myšlenky u pacienta s onkologickým onemocněním, poslaly ho ihned k dalšímu posouzení např. k nemocničnímu psychiatrovi, sociálnímu pracovníkovi nebo psychologovi. Jedná se tedy o strategii **doporučení hodnocení**. Pokud pacient sdělí, že chce spáchat sebevraždu, onkologická sestra ihned kontaktuje psychiatra. Pokud psychiatr není přítomen, je pacient odeslán na pohotovost, nikdy není poslán domů. Tyto postupy jsou zaznamenány ve výzkumné studii provedené v Izraeli, nejsou uvedeny přesné informace ohledně zavedení těchto postupů v dalších zemích.

Výzkumná studie autorů Granek et al. (2019, s. 565) se zabývala překážkami v hodnocení rizika sebevraždy, jednalo se o nedostatek vědomostí a školení a pacientův nezájem dostávat péči k řešení jeho sebevražedných myšlenek. Výpovědi onkologických sester se shodovaly v nedostatku dovedností a znalostí pro řešení pacientova rizika sebevraždy. Poslední překážkou

byla nedostupnost protokolu o tom, co dělat, když pacient vyjadřuje sebevražedné myšlenky. Takový protokol by měl obsahovat pokyny, na koho se obrátit v případě sebevražedných myšlenek u pacienta, a jaké otázky nepokládat pacientovi. Závěry výzkumné studie uvádí nezbytnost vývoje klinicky doporučených postupů k řešení a odpovídání na psychický distres a riziko sebevraždy.

### **Intervence muzikoterapie a hudební medicíny**

Pro zmírnění příznaků a vedlejších účinků léčby onkologicky nemocných pacientů je možno použít **hudební intervence**. Metoda je vhodná pro uspokojování jejich psychosociálních potřeb. Cílem systematického review autorů Bradt et al. (2016, s. 1-22) bylo zhodnotit a porovnat účinky **muzikoterapie a intervencí hudební medicíny** na psychické a fyzické zlepšení u pacientů s onkologickým onemocněním. Bylo zahrnuto 52 výzkumných studií s celkovým počtem 3731 účastníků, jednalo se o randomizované kontrolované studie zaměřené na hudební intervence. Použití muzikoterapie nebo hudební medicíny jako samostatné intervence bylo porovnáváno s použitím standardní léčby. Další možností bylo zkombinování standardní péče s další léčbou nebo placebem. Pozornost byla věnována intervencím **muzikoterapie**. Muzikoterapie vyžaduje vedení hudebních intervencí vyškolenými terapeuty, terapeutický proces a působení individuálně cílených hudebních prožitků. Prožitky mohou zahrnovat poslouchání živé hudby, improvizované nebo předem nahrané hudby za užití hlasu, hudebních nástrojů nebo obou, nebo také skládání hudby. Je známo, že intervence muzikoterapie jsou významně efektivnější než intervence hudební medicíny. Hudební terapeuti totiž individualizují své intervence k uspokojení pacientových specifických potřeb. Také pacienti aktivněji zapojují do tvorby hudby a používají systematický terapeutický proces, který zahrnuje hodnocení, léčbu a evaluaci. Intervence **hudební medicíny** představují pasivní poslouchání předem nahrané hudby. Medicínský personál může pacientům nabídnout např. CD pro relaxaci nebo rozptýlení, avšak terapeutický proces se neuskutečňuje. 23 výzkumných studií bylo zaměřeno na muzikoterapii a 29 na intervence hudební medicíny. Z výsledků tohoto systematického review vyplývá, že hudební intervence mohou mít příznivý účinek na úzkost, bolest, únavu a kvalitu života u pacientů s onkologickým onemocněním v porovnání se standardní léčbou. Úzkost se snížila v průměru o 8,54 jednotek na STAI-S (Spielberger State Anxiety Inventory, jako Spielbergerova škála stavů úzkosti, dále jen STAI-S) s intervalem spolehlivosti 95 %. Dále byl prokázán středně silný pozitivní vliv na depresi. Nebyl však podpořen účinek hudebních intervencí na zlepšení nálady a snížení psychického distresu. Kromě těchto psychických účinků měly intervence mimo jiné pozitivní vliv na fyzické

příznaky jako krevní tlak, srdeční frekvence, dýchání a bolest. Byl prokázán vysoký účinek hudebních intervencí na pacientovu kvalitu života. Důkazy jsou však nízké kvality. Nebyl nalezen důkaz o účinnosti intervencí hudební medicíny. Bylo provedeno také srovnání účinnosti intervencí muzikoterapie a hudební medicíny pro úzkost, depresi a náladu. Výsledky těchto intervencí se shodovaly. Je deklarováno, že poslouchání hudby může zkrátit dobu zotavení se z nemoci a trvání hospitalizace. Hudba má vlastní prvky jako rytmus, tempo a melodii, které mohou ovlivnit fyzické a psycho-emocionální odpovědi u lidí. Bylo např. zjištěno, že hudba vzbuzuje vzpomínky a asociace, stimuluje představivost, vyvolává emoce, usnadňuje sociální interakci a navozuje relaxaci a rozptýlení.

### **Intervence psaní**

Výzkumná studie autorů Jensen-Johansen et al. (2018, s. 1-13) je zaměřena na **Expresivní intervence psaní** (Expressive Writing Intervention, dále jen EWI), které mají za cíl zlepšení emocí pomocí jejich zveřejnění. Intervencemi EWI je možné zlepšit psychické i fyzické zdraví díky zlepšení seberegulace a emočních zážitků. Skrze analýzu vlivu EWI na fyzické zdraví je vyvozen vliv EWI na psychický distres. Do výzkumu bylo zařazeno 507 dánských žen ve věku 18-70 let, které byly minimálně 6 měsíců chirurgicky léčeny pro své onkologické onemocnění prsu v 1. nebo 2. stádiu. Po podepsání informované souhlasu a vyplnění vstupního dotazníku byli účastníci randomizovaně rozděleni do skupin s EWI nebo do kontrolní skupiny bez EWI. V rámci EWI byli pacienti vedeni k psaní o traumatických nebo stresujících událostech a k vyjádření vlastních pocitů, které souvisely s těmito prožitky. Účastníci měli volnost v psaní o svém onkologickém onemocnění prsu, ale také o prožitcích, které nesouvisely s onkologickým onemocněním. Instrukce domácího psaní v délce nejméně 20 minut po dobu 3-4 dnů probíhaly s trénovaným výzkumným asistentem, který účastníkům podal instrukce přes telefon. V první den psaní dostali účastníci delší instruktáž ohledně psacích cvičení a o možných změnách v jejich náladě. Účastníci byli kontaktováni přes telefon každý den psaní za účelem zahájení sekce psaní a po 20 minutách pro ukončení. V obou časových bodech byly vyplněny dotazníky nálady. Kontrolní skupina měla za úkol psát objektivně a podrobně, neutrálním způsobem o svých každodenních činnostech. Nejasným zůstalo, zda výběr tématu může ovlivnit výsledky. Účastníci měli volnost při výběru tématu. Je možné, že ženy, které prožívaly psaní o svém onkologickém onemocnění jako nepříjemné, si zvolily jinou nepříjemnou událost. Výsledky ukazují, že EWI nepředstavuje obecně použitelnou intervenci ke zlepšení výsledků onkologicky nemocných pacientů. Může ale souviset s psychologickými výhodami a také se zlepšením v množství faktorů fyzického zdraví včetně imunitních změn,

snížení fyzických příznaků (nejsou v textu uvedeny) a snížení využívání zdravotní péče. Bylo uvedeno snížení příznaků deprese a vyšší hladina pozitivní nálady u skupiny s EWI oproti kontrolní skupině. Ohledně obecných závěrů této výzkumné studii nejsou podány dostatečné informace. Ve výsledcích je uvedeno, že ženy, které psaly o svém onkologickém onemocnění, vykazovaly sníženou hladinu využívání zdravotní péče v podobě menšího počtu kontaktů s praktickým lékařem, v porovnání s kontrolní skupinou. Je tudíž usouzeno, že EWI má pozitivní vliv na potřebu vyhledání zdravotní pomoci.

### **Intervence poskytované přes telefon**

S trendem směřovat intervence do domácí péče pacienta byly vyvinuty psycho-edukační **intervence poskytované přes telefon**. Časná indikace předpokládá snížení vážnosti příznaků a psychického distresu díky zlepšení pacientova self-managementu příznaků. Záměrem systematického review autorů Ream et al. (2020, s. 1-4) bylo zhodnotit účinnost intervencí poskytovaných pře telefon k snížení příznaků, které souvisí s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Dále bylo v zájmu určit, které příznaky jsou nejvíce citlivé na intervence poskytované přes telefon. Cílem bylo také objasnit, zda určité faktory jako další intervence v podobě tištěných či elektronických zdrojů, trvání a frekvence hovorů mají vliv na příznaky onkologického onemocnění. Zahrnuty byly randomizované kontrolované a kvazi-randomizované studie, které srovnávaly 1 či více intervencí poskytovaných přes telefon spolu s dalším typem intervencí (prezenční konzultace) nebo standardní léčbou. Výzkumné studie musely splňovat kritérium, že jejich stanoveným cílem bylo řešení psychických nebo fyzických příznaků onkologického onemocnění. Musely být zaměřeny na dospělé pacienty s onkologickým onemocněním bez ohledu na jeho typ a stádium. Použito bylo 32 výzkumných studií, s celkovým počtem 6250 onkologicky nemocných pacientů. Spousta pacientů (není uveden počet) měla onkologické onemocnění prsu, počáteční stádium onkologického onemocnění nebo začínalo s léčbou. Výzkumné studie měřily příznaky úzkosti, deprese, psychického distresu, nejistoty, únavy a bolesti. Intervence (v počtu 24) byly poskytovány především všeobecnými sestrami. 10 intervencí bylo poskytováno výhradně přes telefon, zbytek kombinoval telefon s dalšími prvky, a to prezenčními konzultacemi nebo digitálními či tištěnými zdroji. Počet hovorů čítal mezi 1 a 18, většina intervencí poskytovala 3-4 hovory. 21 výzkumných studií poskytlo důkaz o účinnosti intervencí poskytovaných přes telefon a většina uvedla snížení příznaků deprese, úzkosti, únavy a psychického distresu. Důkazy ohledně příznaků jako nejistota, bolest a nespavost jsou omezené a nízké kvality. Nepodložené důkazy říkají, že intervence poskytované přes telefon mohou být možností v managementu příznaků,

kteře souvisí s onkologickým onemocněním. Napřič výzkumnými studiemi nebyly uvedeny jasné vzory ohledně forem intervencí, které by byly nejučinnější. Závěrem autoři uvádí, že intervence vedené přes telefon poskytují pohodlnou cestu podpory self-managementu příznaků, které souvisí s onkologickým onemocněním.

### **Další nalezené dostupné studie zaměřené na intervence pro řešení psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů**

Záměrem systematického review autorů Rueda et al. (2015, s. 1-2) bylo zhodnotit účinnost **neinvazivních intervencí**, které jsou poskytovány profesionály zdravotní péče pro zlepšení příznaků psychického distresu, psychického fungování a kvality života u pacientů s onkologickým onemocněním plic. Vyhledávání bylo vedeno ve vědeckých databázích jako Cochrane, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO atd. Bylo zahrnuto 15 randomizovaných kontrolovaných studií, které byly zaměřeny na pacienty obou pohlaví, dospělého věku bez vymezení rozmezí, nutným kritériem bylo diagnostikované onkologické onemocnění plic. Z uvedených intervencí zmíníme např. **ošetřovatelské intervence pro řízení dušnosti**, protože dušnost je jedním z nejčastějších příznaků u lidí s onkologickým onemocněním plic. Při něm se pohlíží na celkový stav pacienta, a to fyzické, psychické, emoční a funkční faktory. Programy vedené všeobecnými sestrami byly založeny na rehabilitačních technikách dušnosti. Zaměřovaly se na emoční prožitky příznaků s cílem neoddělit psychické aspekty od fyzických. Intervence prokázaly zlepšení v oblasti prožívání příznaků, vzhledu a psychického fungování. Dále nutno uvést **poradenství** a jeho výhody na zlepšení emočních příznaků nemoci. Příznivé účinky na posílení sebe sama měly **cvičební programy**, ale neprokázaly trvalé zlepšení kvality života. Pozitivní ale krátkodobě trvající účinek na úzkost a sílu bolesti měla **reflexologie**. Bylo prokázáno, že účastníci byli ve stresu z pocitu, že musí podstupovat intervence. Po zjištění, že se jedná o neinvazivní intervence, byli schopni se uvolnit.

## 4.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Z dohledaných poznatků vyplývá, že psychické problémy onkologicky nemocných pacientů jsou velmi časté. Onkologické onemocnění má velký vliv na životní styl pacienta, ten proto musí po diagnostikování onemocnění přizpůsobit své návyky. Dle dohledaných výzkumných studií patří mezi časté psychické problémy těchto pacientů psychický distres, úzkost, deprese, strach a nejistota. K prožívání psychického distresu často vedou negativní pocity jako úzkost, strach, slabé zvládnutí vedlejších účinků léčiv, obavy o své tělo a budoucnost, únava a spánkové poruchy. Významným problémem, který zvyšuje psychický distres a snižuje kvalitu života, je bolest. Téma mé bakalářské práce mě přesvědčilo v tom, že je důležité u pacientů monitorovat i psychickou stránku, nejen stránku tělesnou. Pacienti s onkologickým onemocněním mají často problém vyjádřit své emoční prožitky směrem ke zdravotníkům, jelikož se cítí trapně, zažívají strach či neví, že je psychický distres možné společně s onkologickým týmem řešit. Právě všeobecné sestry tráví s pacientem při hospitalizaci nejvíce času. Měly by se tedy zaměřit na rozpoznávání psychických problémů, všimnout si, jak se pacient chová a reaguje. Všeobecné sestry by měly být edukovány, jakou komunikaci s těmito pacienty zvolit, jak vhodně reagovat např. na negativní otázky ohledně života a nemoci. Z dohledaných článků vyplývá, že by měl být do praxe zaveden jednotný screeningový nástroj díky němuž všeobecné sestry zhodnotí riziko psychické poruchy u pacienta s onkologickým onemocněním. Bylo zjištěno, že užití psychosociálního screeningu má pozitivní vliv na snížení psychického distresu a následnou lepší kvalitu života. Také dochází ke zvýšení spokojenosti pacienta a zlepšení komunikace mezi pacientem a poskytovatelem péče. Prevalence úmrtnosti onkologických pacientů (v populaci) s psychickými problémy je vysoká, proto je rozpoznání úrovně psychického distresu onkologického pacienta pomocí screeningu optimální strategií. Na základě tohoto zjištění by mohli všeobecné sestry dále zvolit vhodné intervence pro řešení psychických problémů. Dle sumarizovaných výsledků se jedná např. o intervence psaní, poradenství či muzikoterapii. Jako nejdůležitější vnímám zaměřit se na psychické problémy a jakýmkoli způsobem je řešit. Aby mohl být problém řešen, musí být především rozpoznán.

Informace byly dohledány za použití databází PubMed, ProQuest a Cochrane. Výsledky dohledaných výzkumných studií však nejsou konzistentní, a proto je pro vyhodnocení přínosu screeningových nástrojů a intervencí potřeba další výzkum. V dohledaných článcích jsem mnohdy shledávala limitujícím faktorem absenci hodnot validity a reliability měřících nástrojů.

Také nebylo často jasně znatelné, pro kterou skupinu zdravotníků jsou intervence pro řešení psychických problémů určeny, zda pro všeobecné sestry nebo pro lékaře. Pro další rozvoj v řešení této problematiky by dle mého názoru byly přínosem rozhovory s onkologicky nemocnými pacienty s cílem zjistit, co by oni osobně potřebovali k zajištění lepší ošetrovatelské péče a uspokojení psychických potřeb. Zda by shledali jako užitečné svěřit se se svými problémy zdravotníkovi, svým blízkým nebo osobě s podobným problémem.

Informace obsažené v této práci mohou sloužit všeobecným sestřám k rozšíření svých znalostí o psychických problémech onkologických pacientů a k zavedení nových intervencí do ošetrovatelské praxe při péči o onkologické pacienty s psychickými poruchami. Práce může být také podkladem pro studenty Fakulty zdravotnických věd v Olomouci.

## Závěr

Onkologické onemocnění představuje pro pacienta zátěž a má vliv na jeho životní styl. Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální poznatky o způsobech rozpoznávání psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů a možnostech jejich řešení všeobecnými sestrami. V rámci prvního dílčího cíle byly dohledány aktuální validní poznatky o psychických problémech pacientů s onkologickým onemocněním. Dle dohledaných výzkumných studií se nejčastěji jedná o psychické problémy jako psychický distres, úzkost, strach, nervozita, poruchy nálady, deprese, beznaděj, nejistota, posttraumatický stres a riziko sebevraždy. Na základě těchto poznatků byl první dílčí cíl splněn. Psychické problémy, které nejsou diagnostikovány a následně řešeny, jsou potencialem rizikem ovlivnění léčby onkologického onemocnění, kdy již léčba nemusí být efektivní. Druhým dílčím cílem bylo dohledat aktuální dostupné validní informace o způsobech rozpoznávání psychických problémů u onkologicky nemocných pacientů. Jako standard se doporučuje zavedení screeningového nástroje pro diagnostiku psychické poruchy. Ze screeningových nástrojů, uvedených v dostupných výzkumných studiích, zmíníme např. Teploměr distresu, který je obvykle užíván společně se Seznamem problémů. V zemích jako USA, UK, Kanada, Austrálie, Švýcarsko je již screening zaveden k rozpoznávání a eliminaci psychického distresu. Dle dohledaných informací o možnostech rozpoznávání psychických problémů byl druhý dílčí cíl splněn. Třetím dílčím cílem bylo sumarizovat poznatky o způsobech řešení psychických problémů u onkologických pacientů. V rámci rešeršní činnosti byly dohledány dostupné validní zdroje zaměřené na poznatky o intervencích, z kterých je nutno zmínit např. vhodný způsob chování zdravotnických pracovníků vůči onkologickému pacientovi, poradenství, intervence, které řeší riziko sebevraždy, dále muzikoterapie, intervence psaní a intervence poskytované přes telefon. I třetí dílčí cíl byl splněn.

Tato práce může být využita v ošetrovatelské praxi pro rozvoj znalostí všeobecných sester a jako podklad pro možné zavedení nových intervencí při péči o onkologické pacienty s psychickými poruchami. Poznatky mohou sloužit jako studijní materiál studentům Fakulty zdravotnických věd v Olomouci.



## Referenční seznam

Anonymus 1, Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R). *Alberta Health Services*, 2019, 1-39. Dostupné z: [shorturl.at/zIP38](http://shorturl.at/zIP38)

BRADT, Joke, Cheryl DILEO, Lucanne MAGILL a Aaron TEAGUE. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016, 15(8), 1-154 [cit. 2021-04-03]. ISSN 14651858. Dostupné z: [doi:10.1002/14651858.CD006911.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3)

CAMPOS, Rui C., Sara SANTOS, Margarida PITEIRA, Marta ABREU a Sofia TAVARES. Suicide Ideation in Older Adults Recovering from Acute Conditions in a Clinical Recovery Facility. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2017, 43(9), 31-37 [cit. 2021-5-2]. ISSN 0098-9134. Dostupné z: [doi:10.3928/00989134-20170406-02](https://doi.org/10.3928/00989134-20170406-02)

DONOVAN, Kristine A., Luigi GRASSI, Teresa L. DESHIELDS, Cheyenne CORBETT a Michelle B. RIBA. Advancing the science of distress screening and management in cancer care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [online]. 2020, 29(e85), 1-5 [cit. 2021-5-24]. ISSN 2045-7960. Dostupné z: [doi:10.1017/S2045796019000799](https://doi.org/10.1017/S2045796019000799)

EHLERS, Shawna L, Kimberly DAVIS, Shirley M BLUETHMANN, Lisa M QUINTILIANI, Jeffrey KENDALL, Raj M RATWANI, Michael A DIEFENBACH a Kristi D GRAVES. Screening for psychosocial distress among patients with cancer: implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship. *Translational Behavioral Medicine* [online]. 2019, 9(2), 282-291 [cit. 2021-5-5]. ISSN 1869-6716. Dostupné z: [doi:10.1093/tbm/iby123](https://doi.org/10.1093/tbm/iby123)

FRANKE, Gabriele Helga, Susanne JAEGER, Heide GLAESMER, Claus BARKMANN, Katja PETROWSKI a Elmar BRAEHLER. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology* [online]. 2017, 17(14), 1-7 [cit. 2021-7-17]. ISSN 1471-2288. Dostupné z: [doi:10.1186/s12874-016-0283-3](https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3)

FUNK, Rachel, Cassidy CISNEROS, Rush C. WILLIAMS, Jeffrey KENDALL a Heidi A. HAMANN. What happens after distress screening? Patterns of supportive care service utilization among oncology patients identified through a systematic screening

protocol. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2016, 24(7), 2861-2868 [cit. 2021-04-10]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-016-3099-0

GARCÍA-GARCÍA, Teresa, Alberto CARMONA-BAYONAS, Paula JIMENEZ-FONSECA, et al. Biopsychosocial and clinical characteristics in patients with resected breast and colon cancer at the beginning and end of adjuvant treatment. *BMC Cancer* [online]. 2019, 19(1), 1-10 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: doi:10.1186/s12885-019-6358-x

GÖTZ, Anna, A. KRÖNER, J. JENEWEIN a R. SPIRIG. Evaluation of the adherence of distress screening with the distress thermometer in cancer patients 4 years after implementation. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2019, 27(8), 2799-2807 [cit. 2021-5-1]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-018-4579-1

GRANEK, Leeat, Ora NAKASH, Samuel ARIAD, Wendy CHEN, Shira BIRENSTOCK-COHEN, Shahar SHAPIRA a Merav BEN-DAVID. From will to live to will to die: oncologists, nurses, and social workers identification of suicidality in cancer patients. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2017, 25(12), 3691-3702 [cit. 2021-04-03]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-017-3795-4

GRANEK, Leeat, Ora NAKASH, Samuel ARIAD, Shahar SHAPIRA a Merav BEN-DAVID. Strategies and Barriers in Addressing Mental Health and Suicidality in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2019, 46(5), 561-571. [cit. 2021-04-06]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: doi:10.1188/19.ONF.561-571

Hejazi F, Bahrami M, Keshvari M, Alavi M. The effect of a communicational program on psychological distress in the elderly suffering from cancer. *Iranian J Nursing Midwifery Res* [online]. 2017, 22(3), 201-207. [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: doi:10.4103/1735-9066.208158

ICHIKURA, Kanako, Nao NAKAYAMA, Shiho MATSUOKA, et al. Efficacy of stress management program for depressive patients with advanced head and neck cancer: A single-center pilot study. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [online]. 2020, 20(3), 213-221 [cit. 2021-04-03]. ISSN 16972600. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijchp.2020.06.003

JEFFERS, Lisa, Joanne REID, Donna FITZSIMONS, Patrick J MORRISON a Martin DEMPSTER. Interventions to improve psychosocial well-being in female BRCA-mutation carriers following risk-reducing surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online].

2019, 10(10), 1-42 [cit. 2021-6-23]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD012894.pub2

JENSEN-JOHANSEN, Mikael B., Mia S. O'TOOLE, Søren CHRISTENSEN, et al. Expressive writing intervention and self-reported physical health out-comes – Results from a nationwide randomized controlled trial with breast cancer patients. *PLOS ONE* [online]. 2018, 13(2), 1-17 [cit. 2021-6-13]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0192729

KIM, Jong-Heun. Update on distress management for cancer patients. *Journal of the Korean Medical Association* [online]. 2019, 62(3), 167-173 [cit. 2021-7-15]. ISSN 1975-8456. Dostupné z: doi:10.5124/jkma.2019.62.3.167

Musiello, T., Dixon, G., O'Connor, M., Cook, D., Miller, L., Petterson, A., et al. A pilot study of routine screening for distress by a nurse and psychologist in an outpatient haematological oncology clinic. *Applied Nursing Research* [online]. 2017, 33, 15–18 [cit. 2021-7-13]. ISSN 0897-1897. Dostupné z: 10.1016/j.apnr.2016.09.005

NIEDZWIEDZ, Claire L., Lee KNIFTON, Kathryn A. ROBB, Srinivasa Vittal KATIKIREDDI a Daniel J. SMITH. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* [online]. 2019, 19(1), 1-8 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: doi:10.1186/s12885-019-6181-4

ÖZTÜRK, Sevda a Duygu HİÇDURMAZ. Kanser Bakımında Gözden Kaçırılan Bir Alan: İntihar Riskinin Tanınması ve Yönetimi. Psikiyatride Guncel Yaklasimler. *Current Approaches in Psychiatry* [online]. 2020, 12(2), 243-257 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1309-0658. Dostupné z: doi:10.18863/pgy.551478

PALMER, Steven C. If We Build It, They Will Come: Rethinking Some Assumptions About Screening and Intervening for Distress. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* [online]. 2019, 17(8), 1017-1018 [cit. 2021-5-28]. ISSN 1540-1405. Dostupné z: doi:10.6004/jnccn.2019.7340

PARK, Eliza M., Shari GELBER, Shoshana M. ROSENBERG, Davinia S.E. SEAH, Lidia SCHAPIRA, Steven E. COME a Ann H. PARTRIDGE. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics* [online]. 2018, 59(3), 251-258 [cit. 2021-5-4]. ISSN 00333182. Dostupné z: doi:10.1016/j.psych.2018.01.007

REAM, Emma, Amanda Euesden HUGHES, Anna COX, et al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020, 6(6), 1-79 [cit. 2021-6-23]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD007568.pub2

RHONDALI, Wadih, Tanguy LEPRINCE, Anne CHIRAC, Jean-Louis TERRA a Marilène FILBET. Nurses' perceptions of depression in patients with cancer. *Palliative and Supportive Care* [online]. 2015, 13(4), 849-858 [cit. 2021-04-06]. ISSN 1478-9515. Dostupné z: doi:10.1017/S1478951514000741

RICHARDSON, Luann a Anand BRAHMBHATT. Depression in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. 2021, 17(1), 37-43 [cit. 2021-04-11]. ISSN 15554155. Dostupné z: doi:10.1016/j.nurpra.2020.09.002

RIVEST, Jacynthe, Véronique DESBAUMES JODOIN, Irène LEBOEUF, Nathalie FOLCH, Joé MARTINEAU, Geneviève BEAUDET-HILLMAN a Claudine TREMBLAY. Engaging patients as partners in cancer care: An innovative strategy to implement screening for distress? *Canadian Oncology Nursing Journal* [online]. 2020, 30(3), 180-185 [cit. 2021-04-10]. ISSN 23688076. Dostupné z: doi:10.5737/23688076303180185

RUEDA, José-Ramón, Ivan SOLÀ, Antonio PASCUAL a Mireia SUBIRANA CASACUBERTA. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2015, 11(9), 1-56 [cit. 2021-04-02]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD004282.pub3

SHERBORNE, Virginia, Jane SEYMOUR, Bethany TAYLOR a Angela TOD. What are the psychological effects of mesothelioma on patients and their carers? A scoping review. *Psycho-Oncology* [online]. 2020, 29(10), 1464-1473 [cit. 2021-04-07]. ISSN 1057-9249. Dostupné z: doi:10.1002/pon.5454

SHIMIZU, K. Effects of Integrated Psychosocial Care for Distress in Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* [online]. 2013, 43(5), 451-457 [cit. 2021-5-6]. ISSN 0368-2811. Dostupné z: doi:10.1093/jjco/hyt024

UDDIN, Muhammad, Faruk, OMAR, Khanam, MEHTAB. Psychometric evaluation of the Bangla Beck Scale for Suicide Ideation. *Bangladesh Psychological Studies*. [online]. 2013, 1-16.

ZAORSKY, Nicholas G., Ying ZHANG, Leonard TUANQUIN, Shirley M. BLUETHMANN, Henry S. PARK a Vernon M. CHINCHILLI. Suicide among cancer patients. *Nature Communications* [online]. 2019, 10(1), 1-7 [cit. 2021-5-6]. ISSN 2041-1723. Dostupné z: doi:10.1038/s41467-018-08170-1

ZEBRACK, Brad, Karen KAYSER, Laura SUNDSTROM, Sue Ann SAVAS, Chris HENRICKSON, Chiara ACQUATI a Rebecca L. TAMAS. Psychosocial Distress Screening Implementation in Cancer Care: An Analysis of Adherence, Responsiveness, and Acceptability. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2015, 33(10), 1165-1170 [cit. 2021-04-10]. ISSN 0732-183X. Dostupné z: doi:10.1200/JCO.2014.57.4020

WANG, Yuanyuan, Zhizhou DUAN, Zikun MA, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry* [online]. 2020, 10(1), 1-10 [cit. 2021-5-2]. ISSN 2158-3188. Dostupné z: doi:10.1038/s41398-020-00950-y

World Health Organization (2018) Suicide. Available from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Accessed 10.11.2018)

## Seznam tabulek

Tab. 1 Seznam problémů .....	25
Tab. 2 Edmontonská škála .....	26
Tab. 3 BSI-18.....	27
Tab. 4 PHQ-9.....	28
Tab. 5 BSS .....	30

## Seznam zkratek

ASCO	American Society of Clinical Oncology
CoC	The Surgeon's Commission on Cancer
BDI-II	Beck Depression Inventory
BSI	The Brief Symptom Inventory
BSS	Beck Suicide Scale
DT	Distress Thermometer
DIT	Distress and Impact Inventory
EWI	Expressive Writing Intervention
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
MHADRO	The Mental Health and Dynamic Referral for Oncology
Mini-MAC	Mini-Mental Adjustment to Cancer
MMSE	Mini-Mental State Examination
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NIH	National Institutes of Health
PHQ-2	The Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire-9
PL	Problem list
SDDS-PC	Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care
STAI-S	Spielberger State Anxiety Inventory
USA	United States of America
WHO	The World Health Organisation