

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jiřina Chumová

**Holistický přístup k onkologicky nemocným**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2013

# **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

## **Název práce:**

Holistický přístup k onkologicky nemocnému

## **Název práce v A. J.:**

The holistic approach to an oncological patient

**Datum zadání:** 2012-11-18

**Datum odevzdání:** 2013-04-30

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

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Chumová Jiřina

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou onkologického onemocnění. Předkládá jeho důsledky na změny v chování a v prožívání. Potřebné informace k danému tématu byly dohledány v odborných recenzovaných periodikách, kterými jsou například „Onkologie“, „Psychiatrie pro praxi“, „Kontakt“ nebo „Profese online“. Z anglických periodik bylo využito „Journal of Advanced Nursing“, „American Journal of Clinical Care“, „Psychology and Health“, „Quality of Life Research“ a další. Shrnutím publikovaných poznatků byl vytvořen přehled o dopadu zhoubné nemoci na všechny úrovně lidského fungování. Ukazuje možné psychické reakce na sdělení diagnózy a řeší vliv protektivních faktorů zdraví na průběh choroby.

**Abstrakt v AJ:**

The thesis deals with the issue of oncology disease. It posits effects of changes in behavior and perception. The information required on the given topic were traced in scientific reviewed journals including „Onkologie“, „Psychiatrie pro praxi“, „Kontakt“ or „Profese online“. The English-language periodicals have also been used, such as Journal of Advanced Nursing, American Journal of Clinical Care, Psychology and Health, Quality of Life Research, and others. The conclusion of published findings summarises the impact of a malignant disease to all levels of human functioning. It shows possible psychological reactions to the break of diagnosis and it solves the effect of health protective factors on the course of the disease.

**Klíčová slova v ČJ:**

onkologicky nemocný, holistické ošetřovatelství, úzkost, deprese, smíření, naděje, nezdolnost, strategie zvládání, sense of coherence, místo kontroly, vědomí vlastní účinnosti, sociální opora

**Klíčová slova v AJ:**

cancer patient, holistic nursing, anxiety, depression, reconciliation, hope, hardiness, resilience, coping strategies, sense of coherence, locus of control, self efficacy, support resources

**Rozsah:** 43 stran

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

Olomouc 30. dubna 2013

-----  
podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 DŮSLEDKY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ A LÉČBY .....	10
2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V PRŮBĚHU ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	13
2.1 Sdělování pravdy o zdravotním stavu .....	13
2.2 Fáze prožívání onkologického onemocnění.....	15
2.3 Recidiva onkologického onemocnění .....	17
2.4 Pokročilé stádium onkologického onemocnění .....	19
3 VLIV PROTEKTIVNÍCH FAKTORŮ ZDRAVÍ NA PRŮBĚH ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ .....	22
3.1 Locus of control .....	23
3.2 Nezdolnost .....	24
3.3 Self efficacy .....	26
3.4 Naděje a optimismus.....	27
3.5 Sociální opora.....	29
ZÁVĚR .....	32
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE .....	34

# ÚVOD

Onkologické onemocnění je jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Je neustále opakovaným tématem diskuzí nejen v odborných kruzích, ale i mezi laickou veřejností. Přináší s sebou utrpení, které narušuje lidské bytí na všech úrovních. Tělesné změny jsou často spojeny s úzkostí a strachem ze smrti, což způsobuje potíže psychické, sociální a spirituální. Je důležité pohlížet na nemocného jako na celek, nejen na jeho fyzický problém, ale i na jeho duši (Ownsworth et al., 2009, p. 1040).

Čím vším člověk zasažený zhoubnou nemocí prochází a co jej může v boji s ní posílit, je předkládáno v této přehledové práci. Uvedené poznatky by se daly zahrnout do následující otázky: „Jaké existují informace o důsledcích onkologické nemoci na změny v chování a prožívání?“

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké byly publikovány vědomosti týkající se problematiky změn v chování a prožívání onkologicky nemocného. Cíl práce byl specifikován v dílčích cílech:

Cíl č. 1:

Předložit poznatky o důsledcích onkologického onemocnění a léčby

Cíl č. 2:

Předložit poznatky o psychickém stavu v průběhu onkologického onemocnění

Cíl č. 3:

Předložit poznatky o vlivu protektivních faktorů zdraví na průběh onkologického onemocnění

**Jako vstupní literatura k problematice této bakalářské práce byly prostudovány tyto publikace:**

ANGENENDT, Gabriele, SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker, BEUTH, Josef, SIMONOVÁ, Lucie. 2010. *Psychoonkologie v praxi:*

*psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 326. ISBN: 978-80-7367-781-7.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří, ŠIMEK, Jiří. 1993 *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. s. 368. ISBN: 80-7169-0310-7.

DOSTÁLOVÁ, Olga. 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. s. 208. ISBN: 80-7169-040-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. s. 191. ISBN 80-7262-034-7.

KONEČNÁ, Hana, SLOUKOVÁ, Danica, MARDEŠIČ, Tonko. 2012. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. s. 155. ISBN: 978-80-7262-878-0.

TSCHUSCHKE, Volker. 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. s. 215. ISBN 80-7178-826-0.

Pro vyhledání informací k danému tématu bakalářské práce byla použita **klíčová slova**: onkologicky nemocný, holistické ošetřovatelství, úzkost, deprese, smíření, naděje, nezdolnost, strategie zvládnutí, sense of coherence, místo kontroly, vědomí vlastní účinnosti, sociální opora.

### **Popis rešeršní strategie**

Byla provedena rešerše v období od roku 2002 až do roku 2012 v databázích EBSCO, Pub Med, a BMČ (Bibliographia Medica Českoslovac), kde byly dohledány texty v anglickém jazyce a ve vyhledávači GOOGLE scholar v jazyce českém a slovenském. Další texty byly získány prohledáním odborných časopisů Kontakt a Profese online zařazených do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice.

V databázi EBSCO, dostupné na internetové síti Univerzity Palackého, bylo nabídnuto 57 odkazů, z nichž bylo 23 použito. Zbývajících 34 odkazů se buďto netýkalo onkologické diagnózy nebo příliš úzce specifikovalo určitý typ nádoru. Část odkazů

popisovala dětské pacienty a jiná část odkazů se pacientů netýkala, ale zaměřovala se na psychickou problematiku ošetřujícího personálu.

Databáze BMC při vyhledávání relevantních článků nabízela po zadání klíčových slov a časového rozmezí 46 záznamů. Z tohoto množství bylo použito 8 plnotextů. Ostatních 38 textů se lišilo od stanovených cílů bakalářské práce. Některé z nich se týkaly ošetřujícího personálu nebo dětských onkologických pacientů. Jiné se soustředily na sexuální problematiku.

Další fáze vyhledávání probíhala v databázi Pub Med stejným způsobem. Z nabízeného množství 39 odkazů byly použity 2 výsledné články. Zbývající odkazy se opět odkláněly od stanovených cílů bakalářské práce nebo se vyskytly duplicitně.

Při rešerši relevantních odborných článků prováděné v databázi GOOGLE scholar bylo dohledáno a použito 12 zdrojů. Zbývajících 89 článků použito nebylo. Odkazy se nevěnovaly daným požadavkům na tvorbu bakalářské práce, většina z nich představovala disertační a diplomové práce.

Součástí vyhledávací strategie bylo prohledání časopisu Kontakt, kde byl nalezen jeden relevantní zdroj. A časopisu Profese online, odkud byl použitý jeden odborný článek.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo v této fázi přichystáno celkem 49 relevantních zdrojů. Toto množství představovalo 16 zdrojů v českém jazyce a 33 zdrojů v jazyce anglickém. Následně byly tyto odkazy podrobně prostudovány a přiřazeny k jednotlivým cílům.

# 1. POZNATKY O DŮSLEDČÍCH ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ A LÉČBY

Onkologické onemocnění je velkým a většinou nečekaným zásahem do života nemocného. Představuje pro něj zátěž, která jej vyřazuje z každodenní činnosti a narušuje jeho běžný způsob života (Gulášová, 2004, s. 79 – 80). Již samotné slovo „rakovina“ v lidech vzbuzuje hrozbu nezvratného konce provázeného velkým utrpením. Nejen nemocný, ale i jeho rodina, jsou vystaveni neobvyklým požadavkům a změnám, které tento stav s sebou nese. Kromě ohrožení života jsou to změny tělesné integrity, která je ohrožena a často i narušena. Pacient se musí adaptovat na výhrady léčby, čímž přichází o svou nezávislost. Nezřídka se musí vzdát svých obvyklých činností a zájmů. Dává v sázku svou sociální separaci. Což má vliv na jeho společenskou totožnost a pocit individuální důležitosti (Zemanová, 2008, s. 249).

Autorka Křižanová zařazuje průběh onkologického onemocnění ke komplexnímu chorobnému stavu, jež omezuje člověka ve všech směrech. Stav s přechodným vymizením a časným či pozdním návratem příznaků, s tvorbou různých forem metastáz. Navíc ovlivňován léčbou a jejími nežádoucími účinky, znamená někdy až extrémní nároky na fyzickou, psychickou a sociální přizpůsobivost jedince (Křižanová, 2008, s. 7). Podobně i autorka Raudenská upřednostňuje celistvý pohled na člověka. Vymezuje pojem biopsychosociální model, který je celkovým obrazem spjitostí, které působí zvenku i uvnitř jedince na zdraví i nemoc. Biopsychosociální model onkologického onemocnění promítá důsledky této nemoci i její léčby do všech úrovní pacientova fungování, od úrovně somatické přes psychickou, sociální a spirituální (Raudenská, 2011, s. 245).

Dříve se klasická medicína věnovala převážně biologickým znakům nemoci a nezabývala se příliš psychologickými a sociálními činiteli, jež působí vzájemně na nádorové onemocnění. V současné době existuje mnoho studií předvádějících kladný dopad psychosociálních vlivů na proces této choroby. Proto komplexní terapie nádorového onemocnění zahrnuje tři okruhy: biologický, psychologický a sociální. Do biologického okruhu spadají chirurgické léčebné metody radikální i paliativní, chemoterapie, imunoterapie, radioterapie nebo kombinace těchto metod (Slováček et

al., 2008, s. 2). Tyto léčebné postupy však s sebou nesou i různé nežádoucí účinky. Patří mezi ně somatické poškození, bolest, únava, zvracení a nevolnost, ztráta vlasů, ztráta citlivosti, studené ruce a nohy a další. Tyto důsledky jsou příčinou různorodých psychických a emotivních reakcí. Pacienti ztrácejí pocity bezpečí, prožívají strach, úzkost, smutek a beznaděj. Mění se jim výhled do budoucna a před sebou mají neustálé obavy ze smrti. S tím vším jsou konfrontováni a musejí se s tím různými způsoby vyrovnat (Raudenská, 2011, s. 245). Také Foster a kolektiv tvrdí, že pacienti mohou mít nepříjemné dlouhodobé následky, z nichž některé přetrvávají po celý zbytek života. Jako fyzické deformity po chirurgických zákrocích a různé somatické odlišnosti, sexuální problémy nebo psychologická úzkost. Všechny tyto aspekty mají dosah na horší kvalitu života, problémy v oblasti sociálních vztahů a finančních otázek (Foster et al., 2009, p. 223). Z těchto důvodů je vedle biologické léčby uplatňován psychologický okruh terapie v provedení profesionálních psychologů a psychoterapeutů. A okruh sociální, který představuje přítomnost a oporu blízkého člověka, jenž má na nemocného příznivý vliv. Psychologickou pomocí sice nelze nahradit základní biologickou léčbu, ale je důležitou podpůrnou a doplňující součástí komplexní terapie (Slováček et al., 2008, s. 2).

Autor Sláma uvádí, že jedním z nejobávanějších příznaků onkologického onemocnění je bolest. Objevuje se v jakékoliv formě v závislosti s diagnostikou a léčbou nebo v důsledku samotného nádoru. Má různou povahu, sílu a umístění. Ne každý jedinec jí dokáže vzdorovat. Omezuje pacienta v jeho každodenním bytí a neustále mu připomíná závažnost jeho onemocnění. (Sláma, 2012, s. 8). Podle Blažkové nádorová bolest ztrácí svůj smysl ochrany organismu a stává se původcem zla a trápení. Bolestí je člověk utlačován a zotročován. Nedá se udusit ani potlačit. Způsobuje vyčerpání a únavu (Blažková, 2012, s. 21).

Intenzivní únava je dalším častým příznakem nádorového onemocnění. Ovlivňuje fungování běžného pracovního i rodinného života. Nesouvisí s nadměrnou činností a je stálá. Neustupuje po oddechu ani po vyspání. Vzbuzují ji kromě bolesti také důsledky léčby, chudokrevnost a poruchy spánku (Honzák, 2012, s. 36). Únava může být spojená s depresí. Rozvoj deprese souvisí s řadou fyziologických změn, které podněcuje základní onemocnění i vedlejší účinky léčby. Může ji aktivovat také psychosociální stres, na kterém se podílí dopad chronické bolesti, cytostatik, neustálá

hrozba smrti a vyrovnávání se s vlastní smrtelností. (Sekot et al., 2005, s. 253). Autor Honzák vymezuje pojem deprese jako rozvrat regulačních systémů. Upozorňuje, že deprese neznamená jen pocit smutku a sklíčenosti, jež uzavírá nemocného před okolním světem a brání mu v sociálním kontaktu, ale napadá i imunitní systém. To má za následek zhoršený průběh choroby (Honzák, 2012, s. 35).

Jak již bylo zmíněno, v kontextu s únavou se snoubí problémy se spánkem. Objevují se v různých fázích nemoci, častěji před nástupem a během prvních týdnů léčby, včetně záření, chemoterapie nebo chirurgického zákroku. Důsledky nevyspání se odráží na fyzickém a psychickém stavu, což ještě více zhoršuje intenzitu únavy, zvyšuje úzkost, deprese a špatné sociální fungování (Thomas et al., 2010, p. 768).

Podobně jako u jiných nemocí se i u nádorového onemocnění mění sociální postavení. Mění se úloha v rodině a důvěrné vztahy. Dochází k přerušení povolání, které u čínorodých, pracovně aktivních lidí znamená ztrátu společenského uplatnění. V důsledku toho může dojít ke snížení sebeúcty a pocitu méněcennosti (Raudenská, 2011, s. 245).

Na závěr této kapitoly lze konstatovat, že poznatky o důsledcích onkologického onemocnění a léčby byly předloženy a tudíž byl první cíl splněn.

## 2. POZNATKY O PSYCHICKÉM STAVU V PRŮBĚHU ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

### 2.1 Sdělování pravdy o zdravotním stavu

Každý člověk má svůj vlastní, individuální postoj a náhled na zhoubné a ničivé onemocnění, jakým je rakovina. I přes informovanost o úspěšnosti léčby jej široká veřejnost stále vnímá jako život ohrožující chorobu, jako nepříznivý a nečekaný zásah do života.

V současné době se preferuje zásada podávání pravdivých informací pacientovi o závažnosti jeho zdravotního stavu. Úplná otevřenost však může být spíše předpokladem vyhnout se zodpovědnosti, než snahou posílit psychickou odolnost pacienta (Gulášová, 2004, s. 81). Sdělit či nesdělit nemocnému pravdu o závažnosti jeho choroby, je otázka, která má pro pacienta rozhodující význam. S touto otázkou se lékaři neustále potýkají a není na ni jednoznačná odpověď. Rozhovor s pacientem o různých stránkách nemoci vyžaduje značnou obratnost a um. Někteří lékaři svým pacientům sdělují pravdivé informace pouze částečně nebo upřednostňují sdělování nepravdivých informací, které by se daly nazvat „milosrdnou lží“. Takovýto postup volí s ohledem na nemocného a jeho rodinu (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 41). Autorka Zacharová považuje za prioritní sdělovat pravdivou diagnózu a nenechat pacienta setrávat ve lži a neznalosti. V dnešní době je prosazován model, říkat nemocnému skutečnou diagnózu i za cenu nepříznivých psychických důsledků, které taková zpráva přináší (Zacharová, 2009, s. 261). Koehler a kolektiv uvádějí, že každý člověk má právo na informace o svém zdravotním stavu, ale ne každý se touží dozvědět celý jejich rozsah. V procesu sdělování pravdivé diagnózy by se mělo postupovat přísně individuálně. Podrobnější informace o povaze onemocnění, o jeho možných příčinách a o terapii se nemusí nutně jevit jako užitečné pro každého pacienta. Nemusí znamenat pochopení a porozumění z jeho strany, naopak může způsobit chaos a zmatenost v jeho mysli (Koehler et al., 2011, p. 10).

Autorka Rebe je toho názoru, že být informován o onemocnění rakovinou pomáhá nemocným řídit jejich obavy a usnadňuje rozhodování a získávání kontroly nad těžce ovladatelnou situací. Autorka současně tvrdí, že vyhnout se informacím o dlouhodobé

prognóze může být pozitivní, protože podporuje optimismus. Lépe je zasvěcovat pacienty postupně, než je zahltit množstvím informací a vyvolat v nich strach, který je spojen se sníženou nadějí (Rebe, 2007, p. 77).

Nemocný, který se dozvídá, že má rakovinu, vnímá toto oznámení jako osobní katastrofu. Proto velmi záleží, jakým způsobem je s nepříznivou skutečností, která může způsobit duševní poškození, seznámen. Veškeré informace týkající se diagnózy sděluje lékař. Sestra je součástí ošetřujícího týmu a pomáhá nemocnému zvládat obtížný stav. Oznámení špatné zprávy je velmi závažná situace. Je to psychická zátěž jak pro nemocného, tak i pro zdravotníka. Podstatné je zvolit správný způsob komunikace, který je závislý na mnoha okolnostech. Významnou úlohu zde hrají osobnost nemocného, jeho životní styl, rodina, sociální zázemí a také současný stupeň závažnosti nemoci (Zacharová, 2009, s. 261). Informace by měly být poskytovány srozumitelně, přiměřeně přizpůsobeny osobnosti pacienta. Je důležité udržovat komunikaci s ohledem a úctou k nemocnému, získat si důvěru, vcítit se do jeho pocitů, umět naslouchat. Je potřebné motivovat pacienta k účasti v rámci léčebného procesu, objasnit nezbytné změny v jeho způsobu života. Postup, jak se vyrovnat se svou chorobou, vnitřním duševním stavem a stylem života, si musí určit nemocný sám. Zdravotníci mohou jen poskytnout rady s úmyslem zachovat co nejlepší kvalitu života (Gulášová, 2004, s. 82).

K rozhovoru o onkologické diagnóze si může pacient přizvat přítomnost blízké osoby, člena rodiny či přítele. Sám rozhoduje o míře jejich informovanosti. V první řadě by měl být obeznámen s podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy. Měl by být poučen o možnostech léčby i prognóze (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 41). Této rozmluvě s nemocným je třeba věnovat dostatek času, aby lékař rozeznal jeho psychický stav a schopnost reagovat. Je nutné zajistit soukromí, zvolit klidné prostředí, používat vhodná slova, vyvarovat se slovům umírání, smrt, která mohou zapříčinit úzkost, strach a beznaděj. Záleží také na tónu hlasu a na neverbální komunikaci, podání ruky, výrazu tváře, úsměvu, pohlazení. Nepříznivě působí nevšímavost, ale i přehnaná péče, litování a lichý optimismus. Špatná zpráva se obvykle hluboce dotkne lidské psychiky a reakce na ni může být různá, od šoku až po nepřítomnost rozumové kontroly nad svými činy (Zacharová, 2009, s. 261 – 262).

## 2.2 Fáze prožívání onkologického onemocnění

Zdravý člověk vytěšňuje strach ze smrti popřením. Vytváří si tak nevědomé obranné mechanismy. Onemocní-li člověk nádorovým onemocněním, přesouvá se do stavu uvědomování si svého bytí a objevuje se strach z vlastní smrtelnosti (Blažková, 2012, s. 22). Psychické prožívání a vyrovnávání se s konečností života u nevléčitelně nemocných pacientů zkoumala doktorka Elisabeth-Kübler Rossová a shrnula je do pěti etap: popření, zlost, smlouvání, deprese a smíření. Má-li pacient dostatek času a dostane se mu pomoci a opory během některé z výše popsaných etap, bude schopen lépe čelit blížícímu se konci (Pahwa, Babu, Bhatnagar, 2005, pp. 99 – 100). Rossovou cituje ve svých bibliografických odkazech mnoho tvůrců. Mezi jinými i autorka Heřmanová s kolektivem použila ve své publikaci fáze vyrovnávání se s náročnou životní situací.

V první fázi *popření* může být nemocný v šoku a prožívat paniku, velký smutek a beznaděj. Bezprostředně poté odmítá akceptovat skutečnost i jasné příznaky nemoci. Jedná tak v rámci zachování psychické celistvosti, což je svým způsobem důležitý obranný mechanismus. V tomto stavu může setrvávat různě dlouhou dobu a nebylo by dobré jej násilně přesvědčovat o opaku (Heřmanová et al., 2012, s. 167).

Jakmile začne pacient chápat obtížnost situace, dostává se do další fáze, nastává stádium *agrese* a hněvu. Je nervózní a popudlivý, má pocit, že jsou ostatní povinni přijímat a trpět jeho chování. Mnoho energie mu odčerpává vnitřní přijetí pravdy o svém stavu a zhroucení různých plánů. Mnohdy není schopen usměrňovat svoje chování. V tomto stadiu by mělo být nemocnému projevono pochopení a trpělivost. Není na místě pohoršování, napomínání a vyčítání mu jeho postoje, reakce a chování (Rossová in Gulášová, 2004, s. 80).

Ve třetí fázi se nemocný uklidňuje a snaží se jakoby oddalovat nevyhnutelnost situace *smlouváním* o čas. Často se modlí k Bohu, slibuje, že bude lepší člověk, upíná se k novým léčebným metodám.

Další fázi je *deprese*. Objevuje se v období progrese nemoci. Smrtelně nemocný pacient již nepopírá nemoc, většinou je nucen podstoupit další operaci nebo u něj přibývá více příznaků nemoci, slábne a hubne a nemá sílu již psychicky odolávat (Rossová in Pahwa, Babu, Bhatnagar, 2005, pp. 99 – 100). Neztrácí však pouze zdraví

nebo tělesnou a duševní způsobilost, ale také společenské aktivity a záliby. Hluboký zármutek je v tomto případě přirozený a nemá smysl se snažit nemocného rozveselit. Došlo by jenom k nedorozumění a nepochopení.

Pokud pacienti dospějí do stádia *smíření*, dochází u nich k přijetí smrti. Jsou připraveni na nevyhnutelný závěr života (Rossová in Heřmanová et al., 2012, s. 169). Autorka Gulášová k tomuto stádiu poznamenává, že představuje jakýsi cíl, ke kterému by měl být citlivým způsobem veden pacient v terminálním stádiu onemocnění (Gulášová, 2004, s. 81). Ne každý nemocný se musí dostat do stavu poklidu, duševní rovnováhy a pokoje. Může se objevit pocit zoufalství a beznaděje, nemocný se vzdává, aniž by byl smířený s osudem. Stejně tak nemusí jednotlivé fáze následovat po sobě, jak jsou uvedeny, často se stává, že se navzájem prolínají a střídají. Některé se opakovaně vracejí a jiné se nedostaví vůbec (Sochorová, Krejčíříková, 2009, s. 42). Podobnými etapami procházejí i příbuzní a blízcí, kteří by měli být nemocnému nablízku a pečovat o něj. Měli by být pokojní a rozvášní, ale stává se, že právě oni nejsou smíření se ztrátou drahé osoby. Mnohdy potřebují více psychické podpory a pomoci než sám pacient, zvláště ve stádiu, kdy je nemocný vyrovnaný se odchodem a oni tuto skutečnost nejsou schopni akceptovat (Heřmanová et al., 2012, s. 169). Z ošetrovatelského hlediska je zásadní citlivý přístup, poskytování informací krok za krokem a podpora a pomoc pacientům i jejich příbuzným v různých fázích vyrovnávání se s nepříznivou skutečností (Drageset, Lindström, Underlid, 2010, p. 157).

### **Maladaptivní prožívání v průběhu onkologického onemocnění**

V období od počátku zjištění zhoubné nemoci i během léčby prochází nemocný, jak již bylo výše popsáno, různými etapami duševních změn. Zažívá nevyrovnanost, citovou nestálost, ztrátu bezpečnosti a opory. Jde o normální psychické reakce na krizovou situaci. Mohou se však objevit i reakce maladaptivní, tedy nepřiměřené a nepříznivé. Například v čase odhalení prvních příznaků se objevuje zvýšená úzkost, což je odezva přiměřená. Nepřiměřené je intenzivní monitorování tělesných změn a zvýšeně úzkostlivé očekávání výsledků vyšetření (Raudenská, 2011, s. 245). Nebo naopak pacient reaguje popřením, vytěsněním. Vědomě či nevědomě zastírá skutečnost, potlačuje povědomí existence zhoubného onemocnění. Projevuje se lhostejně k tomu,

co se děje i ke svému zdravotnímu stavu. Chová se jako by se nic nestalo. Tento stav způsobuje oddalování léčby a nebezpečí z prodlení (Blažková, 2012, s. 22).

Během léčení se může také pacient dostat do stavu naprosté beznaděje a totálního zoufalství. Jde o krizový stav, který je pro odborníky snadno rozpoznatelný a je třeba jej léčit (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42). Může se jednat o psychopatologii, která vyplývá z nepříznivého přizpůsobení na úzkost. Pokud myšlení neustále ovládá nekonečná bázeň a vyčerpávající úzkost ze smrti, může tento stav sklouznout do psychózy se závažnou psychopatií (Blažková, 2012, s. 21). Depresivní poruchou se zabývá autor Honzák, který k jejímu včasnému odhalení doporučuje provést u onkologických pacientů screening depresí. V něm doporučuje podchytit především psychické příznaky, somatické příznaky nelze z hlediska deprese posoudit, protože se téměř neliší od symptomatologie nádorového onemocnění a působení léčby. Autor dále uvádí, že polovina pacientů prochází význačným distresem a polovina z nich je postižena depresí, jenž může být kombinovaná s úzkostí. Příznaky deprese narušují komunikaci a způsobují společenskou separaci, tím zhoršují kvalitu života a snášenlivost léčby (Honzák, 2012, s. 35). Také autorka Česková zastává názor, že deprese u maligního onemocnění by se měla včas diagnostikovat a léčit. Léčba deprese a psychologická podpora jsou významné pro přijetí terapie a příznivější prognózu základního onemocnění (Česková, 2005, s. 256). Identifikovat a přiměřeně řídit úzkost a deprese u onkologických pacientů je nezbytné z důvodu zvýšeného rizika sebevražedných tendencí. Riziko sebevraždy je o polovinu vyšší ve srovnání s ostatní populací. Nejzávažnější suicidalita je v období do jednoho roku po objevení diagnózy. Deprese a distres v pokročilém věku vzájemně souvisí s poškozenou hybností (Honzák, 2012, s. 36). Psychopatie u pacientů s nádorovým onemocněním, by měla být včas rozpoznána a léčena, neboť zásadně ovlivňuje léčbu a průběh choroby (Blažková, 2012, s. 22).

### **2.3 Recidiva onkologického onemocnění**

Po bolestivém a zatěžujícím prodělání různorodých léčebných zásahů a nežádoucích účinků léčby nastává v příznivém případě remise. Vymizení příznaků nemoci znamená na jedné straně úlevu, ale na druhé straně přináší úzkost. Úzkost je úměrná očekávání,

zda se nemoc znovu neobjeví a jestli bylo léčení postačující (Zemanová, 2012, s. 250). Také Koehler se spoluautory ve svém článku uvádí, že pacienti v remisi mají dvojsmyslné pocity. Kromě prvků naděje pociťují i obavy a strach z možného časného či pozdního znovuobjevení nemoci. S touto nejistotou musejí žít a tomuto stavu přizpůsobit své plány do budoucna (Koehler et al., 2011, pp. 9 – 10). Autoři Matousek a Dobkin nabádají ke zvýšenému věnování pozornosti pacientům po ukončené onkologické léčbě. Jelikož domněnka, že cítí úlevu a jsou připraveni vrátit se do každodenních aktivit, je často mylná. Mohou být zaskočeni nepřipravení, s pocity izolace a úzkosti, jsou nuceni řešit své priority, mezilidské vztahy a existenční otázky. Přemítají o minulosti, o budoucnosti, o různých otázkách, o tom, jestli stres přispívá k jejich onemocnění. Strachují se návratu do zaměstnání, zda může mít vliv na jejich zdraví. Někteří mohou zažívat depresi s průvodními příznaky nízké hladiny energie, nespavostí, nedostatku chuti k jídlu a smutku (Matousek, Dobkin, 2010, pp. 62 – 70). Úzkost a depresivní symptomy jsou společné před i po léčbě rakoviny. Pacienti po ukončení terapie si jsou vědomi významu závažné diagnózy v jejich životě. Lze u nich pozorovat rostoucí povědomí o dopadu zhoubného onemocnění na všechny domény jejich existence a pocit větší deprese (Gil et al., 2012, p. 365). Bojují se skutečností, že se rakovina může opakovat a zároveň se snaží přijít na to, jak žít dál. Revidují své očekávání a cíle, aby se mohli zaměřit na smysluplné priority ve svém životě. Usilují o to, aby jejich život byl opět normální. Pokoušejí se vyrovnat se ztrátami, jakými může být například ztráta kariérního cíle nebo změna zaměstnání (Rebe, 2007, pp. 74 – 75). V tomto období může pacient vidět bezpečnou základnu v častém kontaktu se svým onkologem. Jakmile se četnost návštěv snižuje v důsledku ukončení chemoterapie či radioterapie, zvyšuje se jeho emocionální tíseň (Gil et al., 2012, p. 365). Postupem času se hrozba návratu choroby odsunuje do pozadí, ale v podvědomí už zůstává navždy. Má velký vliv na budoucí způsob života, který už nemůže být nikdy stejný jako před onemocněním a léčbou. Mnozí klienti změnu svého životního stylu prezentují pozitivně. Na svůj život mají mnohem hlubší a celistvější pohled (Zemanová, 2008, s. 250).

Objeví-li se návrat choroby, je zaskočen pacient a mnohdy i lékař. Recidiva představuje obrovské zklamání a je snahou objevit cokoliv, co by nemoc alespoň pozastavilo, když už ji nelze vyléčit (Zemanová, 2008, s. 250). První recidiva je maximálně stresující zážitek, který nemocný prožívá během celého onemocnění. Těžká

situace, kterou prochází je ještě silnější událostí, než jakou cítil na samém začátku. Je to frustrující pocit zmaru, výhra nemoci nad léčbou (Slováček et al., 2008, s. 3, Zemanová, 2008, s. 250). Vědomí, že je třeba se znovu podrobit všelijakým obtížným léčebným procedurám a jejich nežádoucím účinkům, přináší silné negativní emoce. Nemocný musí čelit dotěrným myšlenkám, jestli má další léčba vůbec nějaký smysl. Zvyšují se pocity beznaděje a neschopnosti se s náročnou situací vyrovnat (Yang, Brothers, Andersen, 2008, p. 188). Zvýšený pocit beznaděje má pro pacienty s rakovinou významné klinické důsledky. Způsobuje zhoršení fyzických příznaků, zvyšuje intenzitu bolesti a má silný negativní dopad na jejich celkový stav (Shinn, 2009, p. 299 – 306). Často dochází k opakujícím se krizím. Krize se projevují panikou a úzkostí, kdy se nemocný přiklání k jiným „účinnějším“ metodám, pociťuje zklamání a neúspěch klasické medicíny v léčbě jeho nemoci (Slováček et al., 2008, s. 3).

## **2.4 Pokročilé stádium onkologického onemocnění**

V případě, kdy se ani opakování terapeutických procedur ani užití nové léčby neseťká s účinkem, nastává pokročilé stádium nemoci (Slováček et al., 2008, s. 3, Zemanová, 2008, s. 250). Toto období, které je pro pacienta dosti obtížné, zaznamenává vyčerpání organismu agresivní léčbou a ubývání sil. Osobní prostor, který byl určen k možnostem volného využití, se po částech zmenšuje. Pomalu ze života mizí běžné záležitosti, které byly jeho samozřejmou součástí. V tomto čase přichází na řadu paliativní medicína (Zemanová, 2008, s. 250). Paliativní onkologická péče klade důraz na léčebné a ošetrovatelské zásahy u nemocných s uzavřenou protinádorovou terapií. Onkologickou léčbou již nelze ovlivnit šíření zhoubného bujení nebo nemocní nejsou vzhledem ke svému věku či tělesným změnám a fyzickým možnostem schopni aktivní léčbu podstoupit (Slováček, et al., 2012, s. 85). Nastává obrovský zlom v životě člověka, způsobený nevléčitelnou nemocí, která mění hodnoty a vyhlídky do budoucnosti. Nemocný přehodnocuje své priority a smysl života. Hledá novou životní náplň, ale stává se, že dosavadní činnosti ztrácejí smysl a člověku chybí motivace (Dobříková, 2008, s. 135). V tomto stádiu je třeba se orientovat na obtěžující fyzické příznaky a zmírnění psychického náporu. Paliativní medicína se zaměřuje především na kvalitu života. V případě, že vyléčení není možné

a konec života je na blízku, je na místě co nejlépe zpříjemnit zbývajících vymezený čas. Tohoto cíle je možno dosáhnout mírněním utrpení. Utrpení lze formulovat jako tíhu či úzkost působící na jedince. Je zapříčiněno bolestí a dalšími fyzickými, psychickými a sociálními příznaky. Je rovněž ovlivněno kulturou a duchovními hodnotami nemocného (Křižanová, 2008, s. 6). Zmírnit utrpení v paliativní onkologické péči je možné léčbou příznaků šířících se nemocí. Mezi ně patří především bolest, dyspeptické potíže, psychické poruchy, úbytek na váze a dušnost. Paliativní nádorová léčba indikuje také invazivní výkony, z nichž je nejčastější evakuační punkce nádorových tekutin z břicha či hrudníku. Účelem léčby a péče v terminálním stádiu je zachovat lidskou důstojnost do posledního okamžiku bytí (Slováček et al., 2012, 86 – 88). Zachování lidské důstojnosti v konečné fázi nádorového onemocnění zahrnuje udržení sociální role, zachování naděje, hrdosti a osobní nezávislosti, pocit přijetí, možnost přizpůsobení se a zachování si bojového ducha. Ze společenského pohledu sem lze zařadit zachování soukromí, přiměřené společenské kontakty, přítomnost rodiny a blízkých přátel (Křižanová 2008. S. 7). Poklidné umírání a smíření se smrtí omezuje dojem osamělosti a opuštěnosti. Dosažení vnitřního klidu brání i nevědomost o blížícím se konci, která zastihuje nemocného nepřipraveného a neschopného smrt akceptovat. I když ji třeba tuší, není připraven ji přijmout. Významným prvkem pro umírajícího je vyrovnání se s vlastní vinou. Pacienty může znepokojovat myšlenka, že zůstali něco dlužni sobě, svým blízkým nebo svému okolí. Hledají odpuštění, které nemusí vždy skončit smířem, ale je žádoucí, aby končilo nalezením duševního pokoje a lepšího osobního pocitu (Dobříková, 2008, s. 135 – 136). Autorky Sochorová a Krejčířiková poukazují na rozdíl mezi smířením a odevzdaností. Podle nich je důležité, aby se nemocný neuzavíral do sebe, aby vyjadřoval své pocity a rozdělil se o své emoce se svými blízkými. Aby ke smíření a vnitřnímu pokoji dospěl v klidu a vyrovnanosti. Přitom by nemělo jít o rezignaci, ale o přijetí skutečností. Odevzdaný pacient má ve své tváři utrpení a výraz marnosti. Oproti tomu tvář smířeného člověka zrcadlí obraz vnitřní důstojnosti a pokoje (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42). Medicína nemůže vždy za všech okolností odvrátit umírání a smrt. V tom případě je nutno přijmout určené hranice, za kterými již nevede cesta ke zdraví. Je to prostor pro zmírnění potíží a čas na rozloučení (Křižanová, 2008, s. 6).

Ve druhé kapitole této práce byly předloženy psychické změny, které může onkologický pacient prožívat v různých fázích nemoci. Uvedeným výčtem psychických reakcí na zhoubné onemocnění byl splněn druhý cíl bakalářské práce.

### 3. POZNATKY O VLIVU PROTEKTIVNÍCH FAKTORŮ ZDRAVÍ NA PRŮBĚH ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Jak již bylo výše uvedeno, nádorové onemocnění ovlivňuje pacienta po všech stránkách, nejen fyziologické, ale i psychologické a sociální. Jeho kvalita života souvisí s tím, jak je schopen se s krizovou situací vyrovnat. Tento proces zvládání nežádoucího kritického stavu je zahrnutý v pojmu coping (Filazoglu and Griva, 2008, pp. 559 – 560). Coping lze definovat jako způsob, či techniku zvládání zátěžové situace. Copingové strategie jsou klasifikovány na problém nebo na emoce. Coping zaměřený na problém se soustředí na řešení problému. Coping zaměřený na emoce sleduje změny v emocionálních reakcích na danou situaci. Zvládání zahrnuje různorodé defenzivy, vyhýbavé nebo obranné strategie (Drageset, Lindström and Underlid, 2010, pp. 150 – 151). Hodnotný ukazatel emocionálního stresu jakým může být úzkost či deprese, má významný vliv na zvládání potíží. Ukázalo se, že aktivní řešení problému přináší pozitivní účinek na emocionální pohodu. Kdežto pasivní zvládání obtíží, jakým je bezmocnost a beznaděj v kombinaci s pesimismem a rezignací, předpovídá špatné psychické přizpůsobení (Filazoglu and Griva, 2008, p. 571).

Proces zvládání onkologického onemocnění je ovlivňován mnoha činiteli. Mezi příznivě působící činitele se řadí protektivní faktory podporující zdraví, které se též nazývají salutogenetickými faktory a řadí se do oblasti pozitivní psychologie. Tyto faktory napomáhají jedinci posilovat a udržovat danou situaci, zmobilizovat síly ke zvládání obtíží a zmírnění škodlivých vlivů a tím usnadnit adaptaci na změněné životní podmínky. Středem zájmu salutogenetického přístupu k nemoci jsou záležitosti ve změnách přizpůsobení, prožívání a zvládání krizových stavů (Vosečková, 2003, s. 274). Podporujícími činiteli v těchto procesech se bude dále podrobněji zabývat tato kapitola. Jsou jimi příkladně *locus of control*, nezdolnost v pojetí *resilience*, *hardiness* nebo *sence of coherence*, vědomí vlastní účinnosti (*Self-efficacy*), optimismus a naděje, sociální opora a další (Vosečková, 2003, s. 274).

### 3.1 Locus of control

Známa koncepce Juliana Rottera *locus of control* se dá volně přeložit jako lokalizace kontroly či umístění vlivu. Jde o zaujetí postoje k danému problému. Zda má konkrétní postavení jedince k životní překážce vliv na její zvládnání. Lidé se navzájem odlišují podle toho, jak a čím je předurčeno jejich chování. Jedinci s vnitřní lokalizací kontroly vycházejí ze svých vlastních schopností, problémy řeší ze své iniciativy, mají důvěru v sebe sama. Takoví jedinci bývají obvykle šťastnější, svobodnější a méně se stresující. Naopak jedinci s vnější lokalizací kontroly věří, že se daný problém vyřeší sám, že oni sami jej nemohou ovlivnit. Jsou vydáni na milost a nemilost vnějším událostem. Lehce podléhají stresu, pocitům bezmocnosti, smutku a úzkosti (Rotter in Khan, Saleem and Shahid, 2012, p. 158).

Ve smyslu této koncepce popisuje Koehler s kolektivem odlišný postoj k problému u onkologických pacientů. Uvádí rozdílné reakce jedinců na zjištění zhoubné choroby. Existují pacienti, kteří se záměrně vyhýbají podrobnějším informacím o povaze onemocnění, o možné příčině a léčbě. Toto chování může sloužit jako ochrana před negativními psychickými dopady, avšak nevede k řešení nemoci. Na druhé straně jsou jedinci, kteří chtějí znát o nemoci vše potřebné, aby s ní mohli bojovat. Upřednostňují aktivní řešení problému vzít situaci do vlastních rukou. Vnitřní psychický zdroj čelící výzvě v životě, znamená rozhodující řešení pro průběh nemoci (Koehler et al., 2011, pp. 5 – 13).

I jiní autoři se zmiňují o pozitivních zkušenostech s aktivním postavením pacientů k nemoci. Například Delgado-Sanz a kolektiv pozorovali při své práci s pacientkami s rakovinou prsu významné rozdíly v kvalitě života, bez ohledu na léčbu a fázi onemocnění. Mimo jiné, zaznamenali lepší výsledky u pacientek, které ukázaly „bojového ducha“ a víru ve vlastní schopnosti, než u pacientek, které vyjadřovaly beznaděj, bezmoc a odevzdanost osudu (Delgado-Sanz et al., 2011, pp. 2 – 10). I Landmark a Wahl se ve své práci věnují změnám v psychice u žen s nově diagnostikovaným nádorem prsu. Také oni poukazují na lepší strategii a taktiku zvládnání stresu u pacientek, které prokazují bojovnost a popření než stoické přijetí nemoci a strach (Landmark, Wahl, 2002, pp. 112 – 121).

### 3.2 Nezdolnost

Tato osobnostní charakteristika je pojímána v koncepci *resilience*, *hardiness* a *sense of coherence*.

*Resilience* se do češtiny překládá jako nezdolnost, odolnost nebo také nezlomnost. Obecně se dá tento termín vyjádřit v širším konceptu jako osobnostní předpoklady, které mají vliv na jedincovu odolnost proti nepříznivým vlivům, které na něj působí. Vyjádření v užším konceptu potom může označovat užší vymezení nezdolnosti, nejčastěji nezdolnost ve smyslu *hardiness*. *Resilienci* možno formulovat jako schopnost člověka pružně se přizpůsobit a čelit náročným poměrům v životě (Herrman et al., 2011, p. 259).

*Hardiness* je možno definovat jako konstelaci osobnostních charakteristik, která slouží coby zdroj odolnosti v setkání se stresující životní událostí. Osoby s vysokým *hardiness* jsou schopny se naplno zapojit do jakékoliv činnosti. Věří, že mohou ovlivňovat dění v jejich životě a podle toho jednat. Všechny změny kolem sebe považují za normální a běžné, ale současně také jako podnět k dalšímu vývoji (Kobasa in Hystad et al., 2010, p. 237). Běžná formulace *hardiness* popisuje obecně styl fungování, který se vyznačuje silným smyslem pro splnění závazků, bojovností a zvládnutím problémů vlastními silami. Což tedy naznačuje odolnost člověka, která jej chrání proti stresu a předpovídá zdravé fungování (Hystad et al., 2010, p. 237).

Antonovského koncepci *sense of coherence*, která znamená v českém překladu smysl pro integritu, předkládají ve své publikaci mnozí autoři. Mezi jinými i Boscaglia a Clarke, kteří vysvětlují tento pojem jako psychickou odolnost jedince ve zdraví a v nemoci. Koncepci *sense of coherence*, možno též přeložit jako vědomí spjitosti či provázanosti, stanovil Antonovsky ve třech dimenzích: 1) srozumitelnost, kognitivní chápání okolního světa, 2) zvládnutelnost, schopnost reagovat na danou situaci s využitím okolních zdrojů, 3) smysluplnost, nalézání smyslu života v každodenních činnostech. Dimenze jsou umístěny v rozmezí mezi pozitivním a negativním pólem. Čím vyšší *sense of coherence* jedinec má, tím je odolnější a lépe se vyrovnává s překážkami. V souvislosti s onemocněním rakovinou, kdy se hromadí množství nároků na psychiku, je schopen je vnímat jako méně stresující, než jedinec s nižším smyslem pro integritu (Antonovsky in Boscaglia and Clarke, 2007, pp. 190 – 194).

Kröz a kolektiv uvádí, že *sense of coherence* je jedním z hlavních faktorů z hlediska zdraví. Nižší stupeň je spojován se zvýšenou globální úmrtností i úmrtností na maligní onemocnění. Podle Antonovského se smysl pro integritu stabilizuje v průběhu dospívání. Nové empirické údaje však ukazují změny po životních událostech a zásazích. (Kröz et al, 2009, pp. 59 – 65). Podobně i Boscaglia a Clarke předkládají, že motivačním prvkem *sense of coherence* je smysluplnost, která jako zdroj energie určuje jeho sílu. Vyvíjí se v dětství a v dospívání. Jeho celková velikost je určena bilancí zdrojů podpory a deficitů. Zdrojem podpory je například sociální podpora, duchovno, náboženství a vysoké sociální postavení. Zdrojem nedostatků může být příkladně izolace a nízké sociální postavení. Starší lidé vykazují silnější smysl pro integritu než mladí, zřejmě proto, že mladí lidé ještě hledají životní cíl a uspořádání. I když je *sense of coherence* v dospělosti stabilnější, není pevné. Podle autorů byly popsány výkyvy v souvislostech s radikální změnou prostředí, životními událostmi nebo vážnou nemocí a léčbou (Boscaglia a Clarke, 2007, pp. 190 – 191).

Fok, Chair a Lopez se v praxi zabývali smyslem pro integritu, zvládnutím a kvalitou života lidí s těžkou nemocí. Také oni potvrdili závěry, že vyšší smysl pro integritu je významným prvkem, pozitivně ovlivňujícím zdravotní výsledky a úspěšné zvládnutí nemoci. Lidé se silným *sense of coherence* mají schopnost lépe se vypořádat se stresem. Souhlasí i s názorem, že starší lidé mají silnější pocit soudržnosti, protože konsolidují své zkušenosti z minulosti. Přičemž však rozvoj tohoto smyslu nemusí záviset jen na minulých zkušenostech, ale i na ukazatelích jako je silné rodinné zázemí a spolehlivá podpora blízkých (Fok, Chair a Lopez, 2005, pp. 173 – 181).

Význam lidské potřeby podílet se na rozhodování i potřeby dosažení a udržení kontroly nad vlastním životem hodnotí Landmark a Wahl u pacientek s karcinomem prsu. U žen, které utrpěly fyzickou ztrátu, dochází ke snížení sebeúcty a následně k omezování sociálního kontaktu. Podle autorů je v tomto případě pro ně důležitý návrat ke každodenním činnostem, kterými se zabývaly před nemocí. To platí pro zaměstnání i rodinný život. Smysluplná činnost pomáhá načerpat duševní i fyzické síly a tím navyšuje vnitřní soudržnost. K tomu jim napomáhá také emocionální podpora, která posiluje jejich sebeúctu (Landmark a Wahl, 2002, pp. 118 – 119). Rovněž Matousek a Dobkin potvrzují důležitost vyššího smyslu pro integritu u onkologických pacientů, protože může snižovat stres a tím napomáhá lepšímu zvládnutí nemoci a

psychické vyrovnanosti. Pacienti jsou více flexibilní, jsou si vědomi svých emocí a cítí se méně ohroženi (Matousek a Dobkin, 2010, pp. 66 – 69). Větší rozsah *sense of coherence* má pozitivní vliv na překonávání a delší přežívání zhoubného onemocnění, tudíž by podle Kröze a kolektivu mohl být užitečným nástrojem v preventivní medicíně (Kröz et al, 2011, p. 89).

### 3.3 Self-efficacy

*Self-efficacy* lze do češtiny přeložit jako vědomí vlastní účinnosti či zdatnosti. Tento termín zavedl stoupenec behaviorálního a kognitivního přístupu Albert Bandura, jako jeden z klíčových pojmů v teorii sociálního učení. *Self-efficacy* zahrnuje základní důvěru ve vlastní schopnosti a v možnost uspořádat osobní dispozice a vnější prostředí k řešení nastalých situací. Je ovlivňováno hierarchickými ukazateli úspěšnosti, kterými jsou vlastní zkušenosti a následné zvládnutí či nezvládnutí úkolu. Může být spojeno i se zástupnou zkušeností, která demonstruje výsledky ostatních a tím působí jako vzor. Rovněž souvisí se sociálním přesvědčováním, kterým lze *self-efficacy* snížit nebo zvýšit. V případě, že okolí jedince přesvědčuje o jeho schopnosti uspět v zátěžové situaci, je schopen zmobilizovat své síly a setrvat v úsilí. Naopak, je-li jedinec přesvědčován o tom, že není způsobilý zvládnout daný problém, jeho snažení se sníží a ani sebemenší překážky se nesnaží překonat. Další způsob hodnocení vlastní účinnosti se odvíjí od tělesného a emocionálního stavu jedince. Lidé s nízkým vědomím vlastní účinnosti odpovídají na zátěžový podnět úzkostněji a to má za následek, že se jejich vrozené schopnosti dále snižují. Jejich sebevědomí, životní spokojenost a dokonce i zdraví jsou na celkově nižší úrovni. Mohou lehce propadnout sklíčenosti a depresi, protože považují své jednání za neúčinné. Naopak vytrvalostí, úsilím a zvyšováním sebevědomí, lze navýšit i vědomí vlastní zdatnosti (Bandura in Mystakidou et al., 2005, pp. 205 – 206).

Rottmann a kolektiv používají pojetí *self-efficacy* u pacientek s rakovinou prsu, jako jednu z účinných strategií v procesu adaptace na stres. Uvědomované *self-efficacy* znamená důvěru ve vlastní úsudek a schopnosti dosažení stanovených záměrů, což může pozitivně napomáhat v krizových situacích. Čím víc ženy věří ve své schopnosti, tím lépe se vypořádají s obtížnými požadavky na počátku onemocnění a tím větší bude

jejich aktivní účast v průběhu léčby. Ženy s nižší vírou ve své možnosti snáze propadnou úzkosti, bezmoci a beznaději. Vnímání vlastní zdatnosti má přímý pozitivní vliv na fyzický, emocionální a sociální blahobyt, a vůbec nejsilnější účinek na duševní pohodu (Rottmann et al., 2010, pp. 828).

Hughes a kolektiv podporují pozitivní vztah mezi cvičením a *self-efficacy*. Přijetí a udržování aktivního životního stylu, je důležitou intervencí u onkologických pacientů v remisi. Může dlouhodoběji zlepšit jejich zdraví a kvalitu života (Hughes et al., 2010, pp. 784 – 793). K tomuto názoru se přiklání i Mystakidou s kolektivem autorů. Poukazují na lepší výsledky *self-efficacy* u žen s rakovinou prsu, které se zapojily do programů fyzické aktivity. Zvýraznila se i jejich schopnost řídit fyzické a psychické problémy související s onemocněním. Jedinci s vyšším *self-efficacy* více důvěřují ve vlastní možnosti. Vytyčují si vyšší cíle, aby dokazovali svou snahu a pružnost. Nepolevují ve svém úsilí něčeho dosáhnout a tím získávají kontrolu nad situací a usměrňují nežádoucí emoce. Vědomí vlastní zdatnosti může být také považováno za optimistický pohled na schopnost jedince se vypořádat se stresem (Mystakidou et al., 2005, pp. 209 – 210).

### **3.4 Naděje a optimismus**

Naděje a optimismus spolu úzce souvisí a proto bývají často zaměňovány. Naděje je formulována jako očekávání něčeho příznivého. Je podnětem k aktivnímu zapojení vlastních schopností k dosažení daného cíle. Optimismus znamená pozitivní výsledek očekávání a je definován jako stabilní tendence vidět a posuzovat věci z té lepší stránky. Hlavním rozdílem mezi těmito dvěma komponenty je, že naděje zdůrazňuje individuální motivaci k dosažení úspěchu, ve srovnání s optimismem, v němž je kladen důraz na konkrétní kroky, které k úspěchu vedou (Rajandran et al., 2011, p. 520). Pinguart a Duberstein definují podle Scheiera a Carvera tzv. dispoziční optimismus. Charakterizují jej jako postoj zvýhodňující pozitivní očekávání. Oproti tomu dispoziční pesimismus odráží záporné stanovisko k danému problému (Scheier a Carver in Pinguart a Duberstein, 2005, p. 566). Jak uvádí Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen, bylo zjištěno, že dispoziční optimismus je ukazatelem dobrého přizpůsobení na somatické onemocnění, včetně různých druhů rakoviny. Je zřejmé, že optimismus u

onkologických pacientů má vliv na lepší duševní zdraví a lepší kvalitu života, než u pacientů méně optimistických (Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen, 2007, p. 76). Autoři Blank a Bellizzi se ve své publikaci zabývali kvalitou života u pacientů s rakovinou prostaty. Lepší kvalitu života zaznamenali u mužů, kteří mimo jiné vykazovali vyšší stupeň naděje, optimismus a osobní dispozice bojovat s přitěží. U mužů s negativními psychickými následky, bylo snahou zapojit je aktivně do taktiky zvládnání a tím snížit jejich deprese (Blank a Bellizzi, 2006, s. 2128 – 35). Podobně Piquart a Fröhlich analyzovali u onkologických pacientů psychické aspekty, které by mohly usnadnit adaptaci na maligní onemocnění. Jednalo se o optimismus, vnímání těžiště kontroly související se zdravím, sebevědomí a pocit smyslu a účelu v životě. Autoři došli k závěru, že původní smysl života a spolu s ním i sociální podpora představují důležité zdroje zvládnání v průběhu nemoci. Sebehodnocení a optimismus jsou důležitými faktory, které bezprostředně pomáhají posilovat subjektivní pohodu na počátku léčby, v jejím průběhu však přestávají být stabilní a mohou způsobit změny v osobní spokojenosti. Je tedy důležité udržovat psychické prostředky v průběhu léčby a posilovat je podporou nemocných a udržováním dojmu, že je jejich život smysluplný (Piquart, Fröhlich, 2009, pp. 418 - 419).

Rajandram a kolektiv posuzovali u svých klientů v remisi působení naděje a optimismu na úzkost a depresi. Autoři došli společně k závěru, že obě dvě složky mají svůj podíl na rozptylu psychických potíží, a proto je žádoucí, věnovat jim více pozornosti. Role optimismu může být zvýšena v psychoterapeutických programech, které se zaměřují na aktivní zvládnání stresu a podporu optimismu. Nadějně očekávání příznivějšího vývoje událostí motivuje ke zvýšenému využívání pozitivního souboru emocí, což umožňuje pacientovi aktivně se zapojit do strategie zvládnání (Rajandram et al., 2011, pp. 519 – 525).

I autorka Rebe považuje podporu naděje u žen s rakovinou vaječníku za jeden z klíčových prvků, který napomáhá čelit tomuto onemocnění. Naději charakterizuje jako důvěru, že se v průběhu času vše změní. Mnohdy je však očekávání nejisté a plné obav. Neschopnost vrátit se k běžným činnostem, změna sociální role, nejistota a ztráta kontroly, to vše je spojeno se snižováním víry v lepší výhled do budoucna. Zvýšit naději je možné mobilizací zdrojů jako jsou vnitřní síla, uchopení reality, vyhledávání

smyslu života a nového pohledu na budoucnost. K tomu všemu napomáhá podpora rodiny, přátel a dalších onkologických pacientů v remisi (Rebe, 2007, pp. 70 – 75).

### **3.5 Sociální opora**

Mezi faktory ovlivňující průběh maligního onemocnění bez pochyby patří sociální opora. Tento významný fenomén má prokazatelný pozitivní vliv na snížení míry úzkosti a deprese u onkologických pacientů (Ježorská, Tomanová a Schwetzová, 2011, s. 4). Sociální opora tvoří účinnou složku podpory v procesu zvládání a přizpůsobení se důsledkům onkologického onemocnění a léčby. Představuje takzvaný nárazník proti negativním dopadům na kvalitu života pacienta, neboť usnadňuje emocionální výměnu, sdílení informací a snižuje dojem osamělosti. I v nepřítomnosti stresujících faktorů může mít přímý účinek na náladu. V problémových situacích je vyšší úroveň podpory spojená s lepším zvládáním obtíží, sníženou úzkostí a lepší funkcí imunitního systému (Banthia et al., 2003, p. 34). Sociální opora může přímo ovlivňovat proces zvládání zhoubné nemoci dvěma způsoby, hmotným a emocionálním. Hmotná či instrumentální sociální opora podporuje pacienty v procesu fyzického zotavení nebo se zabývá jejich fyzickými problémy a přidruženými procesy. Jinými slovy, jim umožňuje zachovat přiměřenou úroveň fyzické kvality života. Emocionální opora může poskytovat jistotu při urovnávání citového otřesu z vyřčené diagnózy a při jeho následném zpracovávání, tím, že se pacient cítí být milován a oceňován v tomto čase strádání. Tudiž minimalizuje emoční stres a poškození duševní složky kvality života (Filazoglu and Griva, 2008, p. 571 – 572). Zdrojem sociální opory je často partner nemocného. Kvalitní vztah mezi partnery zajišťuje dostatečnou podporu a odolnost k překonávání všech omezení, které zhoubné onemocnění přináší. Psychická tíseň často postihuje oba partnery stejně. Změny nálady, úzkost, beznaděj a nejistota je navzájem ovlivňují. Stává se, že partneři onkologických pacientů potřebují dodatečnou sociální oporu. Tu jim mohou poskytovat jejich děti, příbuzní, přátelé či spolupracovníci (Banthia et al., 2003, pp. 48 – 49).

Autoři Cicero a kolektiv zkoumali, zda vnímání sociální opory předpokládá větší bojovnost proti rakovině. Zaznamenali zvýšenou úzkost a beznaděj u pacientů, kteří se pasivně odevzdali nemoci. Na druhé straně aktivní vnímání sociální podpory bylo

pozitivně asociováno s bojovým duchem. Na adaptivní či méně adaptivní zvládnání mohou mít vliv různé typy sociální opory. Jak již bylo zmíněno výše, nejčastějším zdrojem podpory onkologicky nemocných bývají jejich manželé či manželky. Šetření naznačuje, že přátelé a jiní rodinní příslušníci jsou také klíčovými poskytovateli sociální opory. Pomoc od přátel může mít mírně odlišný charakter, bývá spojena s pacientovou tendencí vidět nemoc jako výzvu a tím se aktivně podílet na léčbě a regeneraci. Přátelé jsou v jedinečné pozici poskytovat oporu, protože nesdílejí mylné představy o vyrovnanosti nemocného a nejsou tolik náchylní k úzkosti a k vlastnímu ohrožení. Rodinní příslušníci mohou cítit rozpolcenost směrem k pacientovi v důsledku strachu a úzkosti z jeho případné ztráty (Cicero et al., 2009, pp. 1045 – 1048).

Také autoři Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen předkládají, že partner je obvykle nejdůležitějším zdrojem podpory při chronickém onemocnění. Ačkoli je toto kritérium široce uznáváno, poměrně málo je známo o tom, jaký vliv má na pacienta partnerova osobnost. Do jaké míry tedy může jeho osobnost ovlivnit pacientův stres. Bylo zjištěno, že partnerův optimismus posiluje pacientovo vnímání opory, zatímco beznadějí má na toto vnímání dopad negativní. Vysoká úroveň partnerské opory může i ve vážné nemoci posílit pozitivní očekávání budoucnosti. Autoři také naznačují, že ženy pacientky více vnímají oporu partnera a tím získávají více optimismu a lepší kvalitu života (Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen, 2007, pp. 82 – 87).

Významnou sociální oporu u onkologických pacientů představuje skupinová terapie. Skupinová terapie má své opodstatnění při snižování emocionální úzkosti, pomáhá zvyšovat kvalitu života a posiluje schopnost vyrovnat se s působením stresu. Existují různé typy skupinové terapie s různými výslednými účinky. Je možné sem zařadit například skupinové cvičení, skupinovou podporu nebo skupinové psychoedukace. Skupinové cvičení prováděné dva až třikrát v týdnu, prokázalo pozitivní vliv na snižování úzkosti. Do skupinové podpory spadají tři hlavní složky, mezi které patří informační, emocionální a sociální podpora, která je poskytována od vrstevníků s podobnou zátěží a od zdravotníků. Přičemž skupina vrstevníků je považována za neúčinnější v poskytování naděje. Účinná je také celotýdenní podpůrná skupina, která přispívá k úlevě od duševní tísně a bolesti. Pokud jde o skupinovou psychoedukaci, lepších výsledků v úpravách životního stylu dosáhli pacienti v týdenním kurzu terapie,

než při diskusních setkáních. Mezilidské vztahy, skupinová soudržnost a vzájemné získávání podpory od členů skupiny s podobnými zkušenostmi, může snižovat úzkost z pocitu izolace a strachu z budoucnosti (Liu et al., 2008, pp. 2539 – 2544).

Třetím cílem této práce bylo předložit poznatky o vlivu protektivních faktorů zdraví na průběh onkologického onemocnění. Uvedené požadavky byly předloženy, cíl byl splněn.

## ZÁVĚR

Poznatky, které byly použity pro zpracování přehledové bakalářské práce, poukazovaly na důsledky zhoubného onemocnění, na psychické změny a na pozitivní činitele ovlivňující jeho průběh. V práci se upřednostňuje holistický pohled na člověka, který vychází z celistvého přístupu ke všem jeho úrovním fungování. Z toho plyne, že je třeba protinádorovou terapii pojmout komplexně, ze strany biologické, psychologické a sociální (Ownsworth et al., 2009, p. 1040; Raudenská, 2011, s. 244; Slováček et al., 2008, s. 2).

V první kapitole byly využity poznatky týkající se důsledků onkologického onemocnění a jeho léčby. Byly popsány změny, kterým je jedinec nucen čelit v průběhu choroby. Mezi jinými byly uvedeny například porušená tělesná integrita, bolest, intenzivní únava, problémy se spánkem a v důsledku toho sociální separace a změny v kvalitě života. To má za následek psychické potíže, které mnohdy končí úzkostí, depresí i vážnou psychickou poruchou (Blažková, 2012, s. 21; Foster et al., 2009, p. 223; Honzák, 2012, s. 36; Křižanová, 2008, s. 7; Raudenská, 2011, s. 245; Slováček et al., 2008, s. 2; Zemanová, 2008, s. 249). Nečekanému životnímu zvratu jsou současně s nemocným vystaveni i jeho nejbližší, kteří prožívají utrpení spolu s ním (Gulášová, 2004, s. 79 – 80; Zemanová, 2008, s. 249). Uvedením do problematiky zhoubné nádorové choroby se všemi jejími důsledky byly naplněny požadavky prvního cíle.

Druhá kapitola této práce využívá dohledaných zdrojů týkajících se psychického stavu v průběhu onkologického onemocnění. Řada autorů řeší problém sdělování diagnózy. Většina se přiklání k pravdivému obeznámení nemocného s jeho zdravotním stavem, ale liší se ve způsobu sdělení. Říci plnou pravdu i za cenu nepříznivých psychických důsledků upřednostňují autorky Zacharová a Rebe, informovanost jim má napomoci řídit jejich obavy a rozhodování (Rebe, 2007, p. 77; Zacharová, 2009, s. 261). Mnozí řeší sdělení pravdy jen částečně nebo s odstupem času. Preferují přísně individuální přístup (Gulášová, 2004, s. 81; Koehler et al., 2011, p. 10; Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 41). Oznámením nepříznivé skutečnosti se pacient dostává do přímé konfrontace s vlastní smrtelností. Jeho reakce popsala již dříve Elisabeth-Kübler Rossová a shrnula je do pěti etap: popření, zlost, smlouvání, deprese a smíření

(Rossová in Heřmanová et al., 2012, s. 169). Fáze smíření představuje jakýsi cíl, ke kterému by měl být citlivým způsobem veden pacient v terminálním stádiu onemocnění (Gulášová, 2004, s. 81). Výčtem různorodých reakcí a změn v psychice onkologicky nemocného byl splněn druhý cíl.

Třetí kapitola bakalářské práce se věnuje poznatkům o protektivních faktorech zdraví, které mohou pozitivně působit na průběh nemoci. Zmiňuje známou koncepci Juliana Rottera *locus of control* volně přeložitelná jako lokalizace kontroly či umístění vlivu. Jde o zaujmutí postoje k danému problému. (Rotter in Khan, Saleem and Shahid, 2012, p. 158). Tento postoj může být vnější, kdy se jedinec pasivně přizpůsobuje nemoci a vydává se na milost a nemilost vnějším vlivům. Nebo vnitřní, čelící výzvam v životě a znamená rozhodující řešení pro průběh nemoci (Delgado-Sanz et al., 2011, pp. 2 – 10; Koehler et al., 2011, pp. 5 – 13; Landmark, Wahl, 2002, pp. 112 – 121). Podstatným pozitivním činitelem ovlivňujícím průběh nemoci je nezdolnost. Je předkládána v pojetí *resilience*, *hardiness* či *sense of coherence*. Nezdolnost je charakterizována osobnostními předpoklady, které mají vliv na odolnost jedince vůči nepříznivým vlivům okolí (Kröz et al, 2009, pp. 59 – 65; Herrman et al., 2011, p. 259; Kobasa in Hystad et al., 2010, p. 237). Termín *self-efficacy*, který v českém výrazu představuje vědomí vlastní účinnosti, popsal Alfréd Bandura. Tento termín zahrnuje základní důvěru ve vlastní schopnosti vypořádat se s nastalou situací. Může tedy pomoci jedinci čelit krizové situaci a tím zlepšit jeho kvalitu života (Bandura in Mystakidou et al., 2005, pp. 205 – 206; Hughes et al., 2010, pp. 784 – 793; Rottmann et al., 2010, pp. 828). Dalšími pozitivními faktory, které tato práce zmiňuje, jsou naděje a optimismus. Optimismus usnadňuje pohled na život z lepší stránky, naděje povzbuzuje víru v příznivější budoucnost. Oba dva činitele pomáhají rozptýlit psychické potíže (Pinquart a Duberstein, 2005, p. 566; Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen, 2007, p. 76; Rebe, 2007, pp. 70 – 75). Významný pozitivní dopad na onemocnění rakovinou má sociální opora. Její kladný účinek byl prokázán na míře úzkosti a deprese (Ježorská, Tomanová a Schwetzová, 2011, s. 4). Sociální opora je nejčastěji poskytována nejbližšími příbuznými, může však být účinná i v zastoupení přátel či spolupracovníků. Představuje takzvaný nárazník proti negativním dopadům nemoci a léčby, usnadňuje emocionální výměnu, sdílení informací a snižuje dojem osamělosti (Banthia et al., 2003, p. 34; Filazoglu and Griva, 2008, p. 571 – 572;

Gustavson-Lilius, Julkenen a Hietanen, 2007, pp. 82 – 87). Přednesením vlivů protektivních faktorů na zdraví jedince byl dosažen i třetí dílčí cíl.

Hlavním, souhrnným cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit informace o důsledcích onkologické nemoci na změny v chování a prožívání. Zpracováním a uvedením dohledaných relevantních zdrojů byl cíl splněn. Závěrem lze konstatovat, že podstatou přístupu k pacientovi se zhoubným onemocněním je porozumění a úcta k individualitě každého člověka. Není cílem ani účelem soustředit se pouze na diagnózu a somatické příznaky, ale především pochopit situaci a získat pacientovu důvěru (Blažková, 2012, s. 22).

## BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

BANTHIA, R., MALCARNE, V., L., VARNI, J., W., KO, C., M., SADLER, G., R. and GREENBERGS, H., L. 2003. The Effects of Dyadic Strength and Coping Styles on Psychological Distress in Couples Faced With Prostate Cancer. *JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE* [online]. 2003, **26**(1), 31 – 52. [cit. 26. 11. 2012]. ISSN 0200-0031 Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=47116872-3b0c-46e7-8e30-7044dc2810ca%40sessionmgr114&hid=122>

BLANK, T., BELLIZZI, K. 2006. After prostate cancer: predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *CANCER* [online]. 2006, **106**(10), 2128 – 35. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 1097-0142. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16607648>

BLAŽKOVÁ, Marie. 2012. Psychologické a spirituální aspekty nádorové bolesti. *ONKOLOGIE* [online]. 2012, **6**(1), 21 – 23. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN 1802-4475.

Dostupné z: [http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201201-0006\\_Psychologicke\\_a\\_spiritualni\\_aspekty\\_nadorove\\_bolesti.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dochrann%20faktory%2](http://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201201-0006_Psychologicke_a_spiritualni_aspekty_nadorove_bolesti.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dochrann%20faktory%2)

BOSCAGLIA, N. a CLARKE, D., M. 2007. Sense of coherence as a protective factor for

demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *PSYCHO-ONCOLOGY* [online]. 2007, **16**(1), 189 – 195. [cit. 25. 1. 2013]. ISSN 1099-1611.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b485ccec-a36d-4211-82cb-e349e9b9cddf%40sessionmgr113&hid=28>

CICERO, V., COCO, G., L., GULLO, S. and VERSO, G., L. 2009. The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *PSYCHO-ONCOLOGY* [online]. 2009, **18**, 1045 – 1052. [cit. 12. 11. 2012]. ISSN 1099-1611. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=34fc497a-a5ab-4e0b-a393-d55346e4a065%40sessionmgr13&hid=12>

ČESKOVÁ, Eva. 2005. Deprese u kardiálních, neurologických a onkologických onemocnění. *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH* [online]. 2005, **144**(4), 252 – 257. [cit. 17. 11. 2012]. ISSN 0008-7335. Dostupné z:

[http://www.medvik.cz/kramerius/document/ABA008\\_14404\\_MED00010976-2005-144.4\\_s.217-292.pdf?id=355099#page=36](http://www.medvik.cz/kramerius/document/ABA008_14404_MED00010976-2005-144.4_s.217-292.pdf?id=355099#page=36)

DEGADO-SANZ, M., GARCIA-MENDIZÁBAL, M., POLLÁN, M., FORJAZ, M., LÓPEZ-ABENTE, G., ARAGONÉS, N., PÉREZ-GÓMEZ, B. 2011. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES* [online]. 2011, **9**(3), 9 – 10. [cit. 24. 11. 2012].

ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/9/1/3>

DOBRÍKOVÁ, Patrícia. 2008. Psychické problémy nevyliciteľne chorých a úlohy psychologa v paliatívnej starostlivosti. *PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI* [online]. 2008, **1**(3), 135 – 138. [cit. 21. 2. 2013]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3764&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3764&magazine_id=13)

DRAGESET, S., LINDSTRÖM, T., C., UNDRILID, K. 2010. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* [online]. 2010, **66**(1), 149 – 158. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=112&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

FILAZOGLU, G. And GRIVA, K. 2008. Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *PSYCHOLOGY, HEALTH AND MEDICINE* [online]. 2008, **13**(5), 559 – 573. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1354-8506.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=8&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

FOK, S., K., CHAIR, S., Y. a LOPEZ, V. 2005. Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* [online]. 2005, **49**(2), 173 – 181. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=108&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

FOSTER C., WRIGHT D., HILL H., HOPKINSON J., ROFFE L. 2009. Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE* [online]. 2009, **18**, 223 – 247, [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1365-2354. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=107&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

GIL, F., COSTA, G., HILKER, I., BENITO, L. 2012 First Anxiety, Afterwards Depression: Psychological Distress in Cancer Patients at Diagnosis and after Medical Treatment. *STRESS AND HEALTH* [online]. 2012, **28**(5), 362 – 367. [cit. 10. 12. 2012]. ISSN 1532-2998. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2445/full>

GULÁŠOVÁ, L. 2004. Psychologický prístup a komunikácia s onkologicky chorým pacientom. *KONTAKT* [online]. 2004, **6**(2), 79 – 86. [cit. 10. 11. 2012]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: [www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt-old/...cisla.../Kontakt\\_2\\_04.pdf](http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt-old/...cisla.../Kontakt_2_04.pdf)

GUSTAVSON-LILIUS, M., JULKUNEN, J., HIETANEN, P. 2007. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *QUALITY OF LIFE RESEARCH* [online]. 2007, **16**, 75 – 87. [cit. 15. 2. 2013]. ISSN 11136-006-9101-4. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e8bf9ce4-55cc-46ca-aceb-095bde60f4a0%40sessionmgr104&hid=10>

HERRMAN, H., STEWART, D., E., GRANADOS, N., BERGER, E., L., JACKSON, B. and YUEN, T. 2011. What Is Resilience? *THE CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* [online]. 2011, **56**(5), 258 – 265. [cit. 12. 3. 2013]. ISSN Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=2ecca3bb-b9c1-4704-96e9-ce9bdfec61d7%40sessionmgr114&hid=123>

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SLOVÁK, Jan. 2012. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 200. ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, Radkin. 2012. Deprese u onkologických pacientů. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI* [online]. 2012, **13**(1), 35 – 37. [cit. 20. 11. 2012]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2012/01/11.pdf>

HUGHES, D., BAUM, G., JOVANOVIĆ, J., CARMACK, C., GREISINGER, A., BASEN\_ENGQUIST, K. 2010. An Acute Exercise Session Increases Self-Efficacy in Sedentary Endometrial Cancer Survivors and Controls. *JOURNAL OF PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH* [online]. 2010, **7**, 784 – 793. [cit. 12. 2. 2013]. ISSN 0270-1367. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1840c691-eac3-49db-99e2-1e20ed00ceb5%40sessionmgr11&hid=21>

HYSTAD, S., W., EID, J., JOHNSEN, B., H., LABERG, J., CH. and BARTONE, P., H. 2010. Personality and Social Sciences Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *SCANDINAVIAN JOURNALES OF PSYCHOLOGY* [online]. 2010, **51**, 237 – 245. [cit. 12. 3. 2013]. ISSN 1467-9450. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2ecca3bb-b9c1-4704-96e9-ce9bdfec61d7%40sessionmgr114&hid=123>

JEŽORSKÁ, Šárka, TOMANOVÁ, Danuška a SCHWETZOVÁ, Denisa. 2011. Vybrané psychosociální faktory u pacientů s chronickým onemocněním. *PROFESE on-line* [online]. 2011, **4**(2), 1 – 5. [cit. 7. 11. 2012]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/vybrane-psychosocialni-factory-u-pacientu-s-chronickym-onemocnenim/>

KHAN, A., A., SALEEM, M. and SHAHID, R. 2012. Buffering Role of Locus of Control on Stress. *PAKISTAN JOURNAL OF COMMERCE AND SOCIAL SCIENCES* [online]. 2012, **6**(1), 158 – 167. [cit. 15. 2. 2013]. ISSN 1833-8119. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=88df255f-8766-4963-9ddc-0b8dcd1bdf26%40sessionmgr111&hid=112>

KOEHLER, M., KOEHLER, K., KOENIGSMANN, M., KREUTZMANN, N., FISCHER, T., FROMMER, J. 2011. Beyond diagnosis: subjective theories of illness in adult patients with acute myeloid leukemia. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEMATOLOGY* [online]. 2011, **16**(1), 5 – 13. [cit. 25. 11. 2012]. ISSN 0925-5710.

Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=14&sid=64cd3ff6-617c-4a8a-b0d4-dcd641632d39%40sessionmgr115>

KRIŽANOVÁ, Kristina. 2008. Paliatívna medicína. *PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI* [online]. 2008, **1**(1), 6 – 7. [cit. 22. 11. 2012]. ISSN 1337-6896.

Dostupné z:

[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3000&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3000&magazine_id=13)

KRÖZ, M., BÜSSING, A., LAUE, H., B., REIF, M., FEDER, G., SCHAD, F., GIRKE, M. a MATTHES, H. 2009. Reliability and validity of a new scale on internal coherence (ICS) of cancer patients. *HEALTH QUAL LIFE OUTCOMES* [online]. 2009, **7**, 59 – 67. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 1477-7525. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712459/>

KRÖZ, M., REIF, M., BÜSSING, A., ZERM, R., FEDER, G., BOCKELBRINK, A., LAUE, H., B., MATTHES, H., WILLICH, S., N. a GIRKE, M. 2011. Does self-regulation and autonomic regulation have an influence on survival in breast and colon carcinoma patients? *HEALTH QUAL LIFE OUTCOMES* [online]. 2011, **9**, 85 – 91. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 1477-7525. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192663/>

LANDMARK, B. T. a WAHL, A. 2002. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* [online]. 2002, **40**(1), 112 – 121. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=118&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

LIU, CH. J., HSIUNG, P., CH., CHANG, K., J., LIU, Y., F., WANG, K., CH., HSIAO, F., H., NG, S., M. and CHAN, S., L., W. 2008. A study on the efficacy of body–mind–spirit group therapy for patients with breast cancer. *JOURNAL OF*

*CLINICAL NURSING* [online]. 2008, **17**, 2539 – 2549. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1365-2702. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=21&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>

MATOUSEK, R., H., DOBKIN, P., L. 2010. Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *ONCOLOGY* [online]. 2010, **17**(4), 62 – 70. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 1099-1611. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913832/>

MYSTAKIDOU, K., TSILIKA, E., PARPA, E., GOGOU, P., THEODORAKIS, P. a VLAHOS, L. 2010. Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE* [online]. 2010, **19**, 205 – 211. [cit. 12. 2. 2013]. ISSN 1365-2354. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1840c691-eac3-49db-99e2-1e20ed00ceb5%40sessionmgr11&hid=21>

OWNSWORTH, T., HAWKES, A., STEGINGA, S., WALKER, D. and SHUM, D. 2009. A biopsychosocial perspective on adjustment and quality of life following brain tumor: A systematic evaluation of the literature. *DISABILITY AND REHABILITATION* [online]. 2009, **31**(13), 1038 – 1055. [cit. 25. 11. 2012]. ISSN 1464-5165. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=64cd3ff6-617c-4a8a-b0d4-dcd641632d39%40sessionmgr115>

PAHWA, M., BABU, N., BHATNAGAR, S. 2005. Fighting cancer is half the battle...living life is the other half. *JOURNAL OF CANCER RES THER* [online]. 2005, **1**(2), 98 – 102. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 0973-1482. Dostupné z:

<http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2005;volume=1;issue=2;spage=98;epage=102;aulast=Pahwa>

PINQUART, M., DUBERSTEIN, P., R. 2005. Optimism, pessimism, and depressive symptoms in spouses of lung cancer patients. *PSYCHOLOGY AND HEALTH* [online]. 2005, **20**(5), 565 – 578. [cit. 15. 2. 2013]. ISSN 1476-8321. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f1f123f7-8221-4b51-960e-1f14bee3f41%40sessionmgr10&hid=10>

- PINQUART, M., FRÖHLICH, C. 2009. Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *PSYCHOLOGY AND HEALTH* [online]. 2009, **24**(4), 407 – 421. [cit. 10. 11. 2012]. ISSN 1476–8321. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=15&sid=1777ca74-5729-4004-9592-cdd56f5f5e74%40sessionmgr15>
- RAJANDRAM, R., K., HO, S., M., SAMMAN, N., CHAN, N., McGRATH, C. and ZWAHLEN, R., A. 2011. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors. *BMC RES NOTES* [online]. 2011, **4**, 519 – 527. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 1756-0500-4-519. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314421/>
- RAUDENSKÁ, Jaroslava. 2011. Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *ONKOLOGIE* [online]. 2011, **5**(4), 244 – 246. [cit. 23. 10. 2012]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>
- REBE, A. 2007. Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer. *ONCOLOGY NURSING FORUM* [online]. 2007, **34**(6), 70 – 81. [cit. 11. 11. 2012]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=118&sid=9c75e4e4-ad46-48c9-bf00-22b7b74ec1a2%40sessionmgr104>
- ROTTMANN, N., DALTON, S., O., CHRISTENSEN, J., FREDERIKSEN, K., JOHANSEN, CH. 2010. Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer Patients. *QUAL LIFE RES* [online]. 2010, **19**, 827 – 836. [cit. 12. 2. 2013]. ISSN 11136-010-9653-1. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1840c691-eac3-49db-99e2-1e20ed00ceb5%40sessionmgr11&hid=21>
- SEKOT, M., GURLICH, R., MARUNA, P., PÁV, M., UHLÍKOVÁ, P. 2005. Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu. *ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE* [online]. 2005, **101**(5), 252 – 257. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_5\\_252\\_257.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_252_257.pdf)

SHINN, E., TAYLOR, C., KILGORE, K., VALENTINE, A., BODURKA, D., KAVANAGH, J., SOOD, A., LI, Y., BASEN-ENGQUIST, K. 2009. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *PALLIAT SUPPORT CARE* [online]. 2009, 7(3), 299 – 306. [cit. 9. 12. 2012]. ISSN 2045-4368. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3265166/>

SLÁMA, Ondřej. 2012. Léčba nádorové bolesti v roce 2012 – multimodální přístup a pragmatická polypragmatie. *ONKOLOGIE* [online]. 2012, 6(1), 8. [cit. 20. 11. 2012]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/xon/2012/01/02.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, FILIP, Stanislav, SLOVÁČKOVÁ, Birgita, SLÁNSKÁ, Iva, PRIESTER, Peter. 2012. Vybrané akutní stavy u nemocných zařazených do programu paliativní onkologické péče. *ONKOLOGIE* [online]. 2012, 6(2), 85 – 89. [cit. 21. 2. 2013]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2012/02/10.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Birgita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin, HORÁČEK, Jan. 2008. Psychologická a psychosociální intervence u onkologických nemocných – význam a postavení v komplexní protinádorové terapii z pohledu onkologa. *VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY* [online]. 2008, 77(1), 1 – 6. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL1\\_2008/1-Slov%C3%A1%C4%8Dek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL1_2008/1-Slov%C3%A1%C4%8Dek.pdf)

SOCHOROVÁ, Nataša, KREJČÍŘÍKOVÁ, Karla. 2009. Sdělování onkologické diagnózy. *UROLOGIE PRO PRAXI* [online]. 2009, 10(1), 41 – 42. [cit. 20. 11. 2012]. ISSN 1213-1768. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2009/01/09.pdf>

THOMAS, K., S., BOWER, J., HOYT, M., A., SEPAH, S., 2010. Disrupted Sleep in Breast and Prostate Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: The Role of Coping Processes. *PSYCHOONCOLOGY* [online]. 2010, 19(7), 767 – 776. [cit. 8. 12. 2012]. ISSN 1099-1611. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19885853>

VOSEČKOVÁ, Alena. 2003. Psychologie zdraví a duševní hygiena. *VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY* [online]. 2003, 72(6), 273 – 275. [cit. 15. 3. 2013]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL6\\_2003/04.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL6_2003/04.pdf)

YANG, H., BROTHERS, B., ANDERSEN, B. 2008. Stress and Quality of Life in Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping? *ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE 2008* [online]. 2008, **35**, 188 – 197. [cit. 26. 11. 2012].

ISSN 0883-6612. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/274691963/fulltextPDF/13AA30E54B062CFB778/3?accountid=16730>

ZACHAROVÁ, Eva. 2009. Sdělování pravdy o zdravotním stavu. *ONKOLOGIE* [online]. 2009, **3(4)**, 261 – 262. [cit. 3. 11. 2012]. ISSN 1802-4475. Dostupné z:

<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/04/13.pdf>

ZEMANOVÁ, Marie. 2008. Psychoterapie v onkologii. *Onkologie*. 2008, **2(4)**, 249 – 252. ISSN 1802-4475.