

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra Křesťanské sociální práce

Bakalářská / Diplomová práce

2009

Hana Křupalová

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra Křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Hana Křupalová

**Důsledky rakoviny tlustého střeva a
konečníku aneb základní změny ve fyzické,
psychické, sociální a spirituální stránce
onkologicky nemocného člověka**

Bakalářská / Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

2009

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou / diplomovou práci vypracoval/a
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

.....

Děkuji Mgr. Miroslavě Petřekové za odborné vedení práce a mnoho cenných rad a podnětů. Rovněž děkuji všem, kteří mi v psaní této práce jakkoli pomohli a povzbudili mě.

Obsah

Úvod	6
1 Základní pojmy	8
1. 1 Člověk	8
1. 2 Bio-psycho-socio-spirituální model	10
1. 3 Zdraví a nemoc	12
1. 4 Potřeby	15
1. 5 Důsledky	19
1. 6 Kvalita života	20
2 Rakovina tlustého střeva a konečníku	23
2. 1 Kolorektální karcinom v České republice	23
2. 2 Příčiny	24
2. 3 Příznaky	24
2. 4 Léčba	25
3 Fyzické změny	29
3. 1 Bolest	30
3. 2 Únava	32
3. 3 Změny vzhledu	34
3. 4 Kolostomie	36
4 Psychické změny	38
4. 1 Diagnóza	40
4. 2 Reakce na závažné onemocnění	40
4. 3 Strach, úzkost, stres a deprese	45
4. 4 Hospitalizace	49

5 Sociální změny	51
5. 1 Sociální role	51
5. 2 Sociální opora	53
5. 3 Rodina	54
5. 4 Přátelé, známí, sousedé	56
5. 5 Práce a ekonomický dopad	58
6 Spirituální změny	59
6. 1 Spiritualita	59
6. 2 Spirituální péče	61
6. 3 Změny hodnot	63
6. 4 Smysl života	65
6. 5 Důstojnost	66
6. 6 Naděje	67
6. 7 Umírání a smrt	68
Závěr	71
Anotace	73
Literatura	74
Seznam obrázků	82
Seznam příloh	83
Přílohy	84

Úvod

Slovo rakovina stále vyvolává v naší společnosti pocity hrůzy, paniky a rezignace. Tento mýtus je podporován nedostatečnými znalostmi vlivu rakoviny na všechny stránky osobnosti člověka. Neinformovanost nemocných lidí je spojena s pocity bezmocnosti, bezradnosti, ztracenosti a zmatku.

O důsledcích rakoviny tlustého střeva a konečníku jsou zpracovány poznatky především v oblasti fyzické a psychické. Mým cílem je poskytnout komplexní pohled na změny v životě onkologicky nemocného člověka. Dalším cílem je osvěta v oblasti holistického pojetí člověka, které má zajisté své čestné místo ve zdravotnictví a sociální práci.

Bakalářská práce je rozšířením a prohloubením Absolventské práce.¹ Obě práce jsou primárně určeny studentům sociální práce a příbuzných oborů. Bakalářská práce může sloužit dalším zájemcům, kteří si oblast péče o onkologicky nemocné klienty zvolí jako sféru svého působení a kteří mají zájem dozvědět se více o bio-psycho-socio-spirituálních problémech.

Podnětem pro tuto práci bylo osobní setkání s tímto onemocněním a pocit bezmoci, který jsem v těchto okamžicích prožívala. Zastávám názor, že strach často pramení z neznalosti a špatné informovanosti. Dalším impulsem je fakt, že kolorektální karcinom je jedním z typických nádorů stárnoucí populace.²

Předmětem práce je soubor současných informací o působení rakoviny tlustého střeva na všechny stránky lidské osoby. Čerpám především z humanistických oborů zabývajících se samotným člověkem a jeho fungováním jako je psychologie, sociologie, psychologie zdraví a nemoci, psychoonkologie, křesťanská nauka o člověku, zdravotnická psychologie atd. Opírám se o výsledky práce odborníků, analyzuji a srovnávám tyto zdroje, vyhledám nejpodstatnější věci a vytvářím stručný soubor nejzákladnějších informací.

¹ KŘUPALOVÁ, Hana. *Současné možnosti sociální práce u osob s rakovinou tlustého střeva a konečníku v České republice*. Obhajovaná na CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc v červnu 2009.

² VYZULA, R., et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku. Vybrané kapitoly*. Praha: MAXDORF, 2007, s. 14.

V první kapitole s názvem **Základní pojmy** se věnuji oblastem, které jsou nezbytné pro správné pochopení dalších kapitol a celé práce. Zdůrazňuji důležitost komplexního pohledu na lidskou osobu, zabývám se vymezením zdraví a nemoci, rozlišením potřeb nemocného člověka a vysvětlením, co můžeme považovat za důsledky nemoci.

Z názvu druhé kapitoly **Rakovina tlustého střeva a konečníku** je zřejmé, že se zabývám podstatnými charakteristikami této nemoci, včetně jejích příznaků a léčby. Nahlédnutím do povahy nemoci přináším základní kámen pro pochopení důsledků onemocnění.

V třetí kapitole **Změny ve fyzické oblasti** popisují nejčastější důsledky promítající se především v tělesné stránce člověka. Jedná se o tělesné změny spojené s léčbou, bolest a únavu.

Čtvrtou kapitolou **Změny v psychické oblasti** upozorňuji na reakce, které provázejí sdělení závažné, život ohrožující diagnózy. Věnuji se citovým projevům a následkům hospitalizace.

V páté kapitole **Změny v sociální oblasti** charakterizují transformaci sociální role nemocného člověka. Zabývám se popisem sociální opory, proměnami rodinného a profesního života.

Poslední, šestá kapitola **Změny ve spirituální oblasti** mi poskytla prostor pro zamyšlení nad proměnou spirituality a hodnot onkologicky nemocného člověka. Dotýkám se otázek smyslu lidského života, důstojnosti, naděje a umírání.

1 Základní pojmy

Nemoc, tím spíše závažné, dlouhodobé onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku je zásadním narušením celistvosti člověka. Model komplexního pojetí člověka je znám lidstvu velmi dlouho, tradiční je pro východní kultury a byl velmi rozšířen ještě před rozvojem medicíny jako vědy v 18. st. n. l. Další dvě století jsou typická pro nazírání na člověka jako na čistě biologickou bytost. Tento pohled je nazýván biomedicínským modelem a nese sebou riziko omezení pohledu na lidskou osobu v celistvosti a redukci nemocného člověka pouze na jeho nemoc.³ Dnes jsou však již teologie, lékařské vědy a sociální práce na dobré cestě shodnout se v základním přesvědčení, že „*lidská bytost tvoří jednotu.*“⁴

1.1 Člověk

„Já dávám přednost tomu, že sám sebe považuji za člověka jako ostatně kohokoli jiného, s tím rozdílem, že mám rakovinu. Tak jsem prostě člověk s rakovinou.“⁵

Kdo nebo co je člověk? Tuto otázku si během života položí téměř každý z nás. Otázky na podstatu člověka objevují často s příchodem závažného onemocnění a tušeným koncem života. Jednoznačná odpověď neexistuje. Kolik je na světě lidí, tolik může být různých názorů. Tato práce je založena na přístupu, který vidí člověka jako jednotu několika dimenzí.

Je nesporné, že se lidské tělo skládá z buněk. Buňky tvoří tkáň a tkáň zase orgány. Lidské tělo je hmota. Člověk je živá bytost stejně jako jiní příslušníci živočišné a rostlinné říše. Můžeme říci, že člověk je součástí přírody, je to organismus, který se řídí **biologickými** zákony, dýchá, přijímá potravu a rozmnožuje

³ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada, 2005. s. 13.

⁴ SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika.* Praha : Karolinum, 1991, s. 14.

⁵ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* Praha : TALPRESS, 1996. s. 226.

se. Jeho život je ohraničen fyzickým zánikem z důvodu stáří či nemoci. Člověka však nelze redukovat pouze na jeho tělesný život.⁶

Člověk cítí, vnímá, prožívá, zkoumá, hodnotí a rozhoduje se. Dokáže se velmi rychle přizpůsobit nové situaci, což řada vědců považuje za zdroj lidské výhry v evoluci. Při interpretaci skutečnosti, ve které se člověk nachází, vnitřním prožíváním a z toho vyplývající reakce člověka ve formě chování je ukryta **psychická stránka** člověka. Jedná se o oblast, ve které jedinec zpracovává fakt nemoci nebo zdraví, sféru prožívání radosti z uzdravení nebo zklamání a deprese z nevyлечení, případně ze stížení nevyлечitelnou nemocí.⁷

Člověk je bytostí **společenskou**. Jsou sice prokázány případy, kdy jednotlivec přežil bez kontaktu s druhými lidmi, ale je jisté, že pro osobnostní růst, celkový rozvoj a kultivaci naší osobnosti potřebujeme druhé lidi. Člověk svou přirozeností potřebuje žít společensky.⁸ Ve společnosti vzniká množství složitých vztahů a vazeb, které mají jednak obecný, ale i individuální charakter.⁹ Právě v průběhu socializace se měníme z bytosti biologické na bytost společenskou a osvojujeme si hodnoty, které jsou spojeny s „lidstvím“. Přežití lidského druhu je závislé na společenském charakteru člověka.

Od dávných věků je pro člověka typická otázka po smyslu života, po tajemství nevysvětlitelných jevů, záhad a úkazů, po otázkách života a smrti, po nadpřirozenu, posvátnou a tajemnu. Člověk si vždy kladl otázku, zda existuje něco více, než můžeme postřehnout svými smysly a změřit pomocí přístrojů. Jedná se o oblast problémů, otázek, celkového naladění osobnosti na to, co člověka přesahuje, překračuje, co je do jisté míry věčné nebo alespoň více trvající než on a co spadá do oblasti nemateriální.¹⁰ Všechny tyto otázky zahrnuje **spirituální oblast** našeho bytí.

Dle Dočkala je člověk:

- Člověk je jedinečný, nedělitelný a neopakovatelný celek. V jeho životě můžeme nalézt různé, relativně samostatné oblasti (dimenze). Z nich nejdůležitější jsou čtyři: biologická, psychická, sociální a spirituální.

⁶ Srov. BRUGGER, W. *Filosofický slovník*. Praha : Naše vojsko, 2006. s. 95.

⁷ PROKOP, J. Spiritualita umírajících pacientů. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén, 2008. s. 215.

⁸ Srov. OCKENFELS, W. *Katolická sociální nauka*. Praha : Zvon, 1994. s. 58.

⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003. s. 71 – 73.

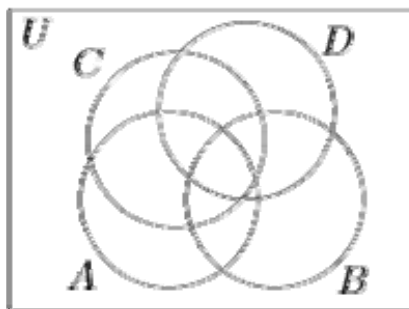
¹⁰ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 15.

- Každá z těchto složek je relativně samostatná – má své prvky, vazby a zákonitosti. Všechny jsou předmětem zájmu a zkoumání samostatných disciplín – přírodních věd, psychologie, společenských věd, teologie. Ale člověka musíme vnímat jako celek.
- Každá ze zmíněných dimenzí má v životě člověka důležité místo, je nenahraditelná, nezastupitelná. Je-li narušena, poškozena, potlačena, je ovlivněn, narušen, deformován celý život – jsme „nemocní“.
- Jednotlivé složky a jejich změny se navzájem ovlivňují, podmiňují, prolínají. Musí mezi nimi existovat dynamická rovnováha, harmonie, vyváženost, která se v průběhu života neustále narušuje a obnovuje.
- Člověk není jen součtem svých dimenzí, ale výsledkem jejich vzájemného působení.
- Člověk a všechny jeho dimenze jsou neustále v interakci s okolním prostředím, jsou jím ovlivňovány a zároveň jej ovlivňují.¹¹

1.2 Bio-psycho-socio-spirituální model

Ve výše zmíněných charakteristikách je možno hledat východisko pro **komplexní pojetí člověka** jako jednoty, která zahrnuje souhrn všech fyzických (biologických, tělesných), psychických (lidské prožívání), sociálních (společenských) a spirituálních (duchovních) aspektů, které společně tvoří lidskou osobu. Je nutno zdůraznit, že přestože tyto čtyři složky dokážeme od sebe teoreticky oddělit, popsat je a vytvořit jakýsi model, ve skutečnosti lze vždy a jenom pracovat celým, jedinečným člověkem.

¹¹ Srov. DOČKAL, J. *Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky : Zdeněk Susa, 2008. s. 48.



Obr. 1: Propojenost čtyř stránek člověka

Člověk je vnímán a definován jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, např. v pojetí V. E. Frankla, který chápe člověka jako „tělesně-duševně-duchovní totalitu.“¹² V tomto smyslu pak hovoříme „*o holistickém pojetí člověka*“.¹³ Termíny holistický a holismus jsou odvozeny z řeckého slova, které znamená celek.¹⁴ Porušením jedné, byť sebemenší části, je narušeno fungování celého systému. Přínosem uvedeného pojetí je větší kooperace mezi zdravotní péčí a sociálními službami, protože ovlivňováním sociálních podmínek života je možno posilovat jak ozdravný proces, tak i udržení, zachování přijatelného zdravotního stavu a jemu odpovídající kvality života.¹⁵ Holistický přístup k člověku se v klinické praxi začal prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka.¹⁶ Při léčbě onkologického onemocnění je tento přístup aplikován v praxi pomocí spolupráce multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, zdravotní sestry a stomasesstry, sociální pracovníci, terapeuté, psychologové, rehabilitační pracovníci, duchovní, dobrovolníci a v neposlední řadě rodina a blízcí přátelé nemocného člověka.

Myšlenku důležitosti komplexního (celistvého) pohledu na onkologického pacienta potvrzuje výrok pana Mcfarlanda: „*Vyndali ze mě třetinu mého tlustého*

¹² Srov. FRANKEL, V. *Lékařská péče o duši : základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno : Cesta, 1995. s. 123.

¹³ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 38.

¹⁴ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 9.

¹⁵ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 5.

¹⁶ Srov. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. s. 8.

střeva, která je tím pádem pro mne ztracena, takže už nejsem „celistvý“. Většina z nás už není „celistvá“. Pacienti postižení rakovinou ztrácejí prsa, ledviny, štítné žlázy, plíce, části jater a vlastně kteroukoli část těla na kterou si vzpomene. V průběhu léčení ztrácíme vlasy, kontrolu nad střevy a svěrači, někdy se nám podaří i „ztratit“ naši večeri.“¹⁷

Poukazuji na to, že se nemusí jednat pouze o ztrátu fyzických částí těla, ale člověk se může cítit ztracen celkově, na všech úrovních svého bytí. Nemocný člověk může ztratit zaměstnání, přátele, manželství, plány do budoucna, víru, atd. V současné době si nevystačíme s poznáním hmotných změn a jejich příčin, ale je třeba hlouběji vstoupit do lidského nitra, uvědomit si přítomnost duchovního, vše ovládajícího prvku.¹⁸ Stejný požadavek po komplexním přístupu vyslovuje i lékař, který sám prošel onkologickým onemocněním: *„Už méně je pamatováno na psychickou a sociální stránku člověka. Omezený je prostor na hledání psychických příčin mnoha zdravotních obtíží. Málo nás zajímají sociální dopady na člověka. Co současná medicína prakticky nezohledňuje je duchovní aspekt bytí. Je to jeden z důvodů, proč se mnoho lidí obrací k různým metodám alternativní medicíny, které jakoby nabízely celistvější pohled na zdraví člověka.“¹⁹*

1.3 Zdraví a nemoc

Jednoznačná odpověď na otázku, co je to zdraví, neexistuje. Všeobecná představa o zdravém člověku je taková, že vypadá na pohled dobře, na nic si nestěžuje, nic ho nebolí a nevysedává v čekárnách lékařských ambulancí. Zdraví můžeme brát jako **základní lidské právo**, o které je třeba usilovat a pečovat.

Jakékoli hodnocení zdraví je věc velmi složitá, ne-li nemožná. Člověk se často cítí zdravý i když u něj probíhají chorobné procesy a naopak. Nelze vést ostrou hranici mezi zdravím a nemocí. Těžce nemocní považují za štěstí být „lehce“ nemocnými a naopak „lehce“ nemocný se může vůči zdravé osobě cítit nespravedlivě a

¹⁷ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* Praha : TALPRESS, 1996. s. 22.

¹⁸ Srov. BEZDĚK, C. *Etikoterapie: záhada nemoci a smrti.* Olomouc : Fontána, 2007.s. 29.

¹⁹ RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení.* Praha : Návrat domů, 2007. s. 29.

nepřiměřeně postižen.²⁰ Další příklad tohoto křehkého vztahu uvádí Vaněček: „*Já vím, že jsem nemocen. Byl jsem nemocen, měl jsem rakovinu zhruba rok a ještě den předtím, než první lékař vyslovil mlčenlivé podezření hraničící s jistotou jsem byl skálopevně přesvědčen, že jsem zdravý. Nic mě nebolelo, byl jsem v perfektní kondici, chodil jsem do posilovny, jezdil na kole.*“²¹

Dokonalé zdraví předpokládá vyrovnanost na úrovni tělesné a duchovní. Stará čínská medicína hovoří o vyrovnaní dvou pólů, kladného jangu a negativního jingu. V současné době se o této rovnováze hovoří i v naší společnosti jako o stránkách lidské osobnosti, které mají být v souladu. Člověka charakterizuje jednota tělesného, duševního a duchovního s jeho okolím. U zdravého člověka jsou všechny složky vyvážené a lze říct, že si tuto skutečnost ani neuvědomuje, teprve když onemocní, dokáže ocenit hodnotu zdraví.²²

Nejnámější definice zdraví byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1946 a vyjadřuje se takto: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Pro potřeby této práce budeme nahlížet na zdraví jako na celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.²³

Nemoc narušuje obvyklý způsob života, zpravidla mění tradiční stereotyp, denní program a po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. V případě tak závažné nemoci jakou je rakovina tlustého střeva a konečníku dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemoc také vyžaduje určitou míru adaptace na novou situaci, vyrovnaní se s nepříznivými často bolestivými projevy a klade zvýšené nároky na jedince v náhle změněných podmínkách.

Nemoc je v odborné literatuře rovněž pojímána různě:²⁴ kromě vymezování nemoci vzhledem ke kontinuálnímu vztahu se zdravím se objevují nejčastěji odkazy na *příznaky* (symptomy) nemoci, na *příčiny* nemoci, jimiž se zabývá v rámci medicínských disciplín etiologie, nebo na *důsledky*, které prožití nemoci pro člověka nebo skupinu má. Haškovcová zmiňuje zásah nemoci na výkonnost člověka a volbu

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Skripta 3. LF UK, 1991. s. 18 – 19.

²¹ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF s.r.o., 2008. s. 16.

²² VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psychosociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 3.

²³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. s. 40.

²⁴ Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. s. 27.

možností. Připomíná však, že žádná nemoc nepředstavuje situaci, v níž by nebyly žádné možnosti.²⁵

Čeština má ve tvaru slova nemoc, výraz ne – moci člověka. Zdůrazňuje jeho **nemohoucnost** a závislost na druhém člověku.²⁶ „Nemoc je také stav, který nám ukazuje naši zranitelnost.“²⁷ Křivohlavý o nemoci hovoří jako o odchylce od určité normy. Zmiňuje všeobecné spojení nemoci s pracovní neschopností.²⁸

Dlouhodobě trvale nemocný je člověk, jehož onemocnění má vleklý, chronický, několikaletý průběh nebo je nevléčitelné. Život dlouhodobě trvale nemocného je plný nejistot a různých omezení kvality života, vymezený doporučeními a zákazy v oblasti životních postojů, chování a životosprávy.²⁹ Těžká nemoc je zásahem do života nemocného člověka, stejně jako jeho nejbližších a představuje pro všechny psychickou, fyzickou a finanční zátěž.

V posledních desetiletích se poukazuje na omezenost výslovně biologického přístupu k nemoci a požaduje se respektování psychologických a sociálních dimenzí. Zdůrazňuje se **celistvost organismu a prostředí**. Nemoc je pak poruchou tohoto systému. Anglický termín pro nemocného člověka „ill“ je chápán jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi.³⁰

Pohled na nemoc je determinován historicky. Prvotní zájem o nemoc byl podmíněn aktuálními příznaky. „V současné době si nemůžeme klást za cíl pouze zbavit člověka nemoci, ale stále více musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností.“³¹

Většina pomáhajících profesí se soustřeďuje na podporu dlouhodobě trvale nemocných klientů, kteří mají status nevléčitelně nemocných.³² Tato práce spočívá v sociální pomoci a v sociální prevenci. Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení finančních a bytových otázek,

²⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Skripta 3. LF UK, 1991. s. 22.

²⁶ Tamtéž.

²⁷ RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. Praha : Návrat domů, 2007. s. 6.

²⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. s. 37.

²⁹ Srov. JESENSKÝ, J., JANIŠ, K., et al. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2004. s. 32.

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 198 s. 15.

³¹ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 15 – 16.

³² Srov. JESENSKÝ, J., JANIŠ, K., et al. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2004. s.25.

kooperaci s příbuznými klienta a sociální prevence zahrnuje rozhovor s klientem, zjištění sociální tíže a potřeb a celkové sociální situace.

1.4 Potřeby

V rámci péče o člověka a o všechny jeho lidské dimenze je v současné době celosvětově rozšířen pojem potřeba.³³ Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je v tom, jakým způsobem může jedinec potřeby uspokojovat.³⁴ Potřeby jsou základní motivy vyjadřující nějaký nedostatek, které vybízí k vyhledávání či vyhýbání se určité podmínce, okolnosti nebo stavu.³⁵ Prožívání neuspokojení ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jeho myšlení, pozornost, emoce a v konečném důsledku i chování.

Pokud chceme hovořit o veškerých důsledcích nemoci zvané rakovina tlustého střeva a konečníku je nutné nejdříve pochopit strukturu **potřeb** nemocného člověka. Původní rozlišení potřeb do známé pyramidy se připisuje Abrahamu Maslowovi již v roce 1968.³⁶ Dalšími psychology zabývajícími se potřebami je například Carl R. Rogers (1902 – 1987) nebo Viktor E. Frankel (1905 – 1997).³⁷ Na dělení potřeb není v odborné literatuře jednotný názor. Hartl uvádí, že „*historii sociální práce lze chápat jako příběh objevování potřeb a přetváření společnosti na systém tyto potřeby uspokojovat.*“³⁸ Současná sociální práce a částečně i zdravotnictví jsou stále více ovlivněny holistickým pojetím člověka, konceptem čtyř dimenzí lidské osoby, který je odvozen od soudobé definice zdraví. Dimenze ovlivňují „*také každý lidský čin a lidskou potřebu.*“³⁹ V návaznosti na tento systém rozlišujeme čtyři základní **druhy potřeb** nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální, které vyplývají ze

³³ PROKOP, J. Spiritualita umírajících pacientů. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén, 2008. s. 214.

³⁴ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000, s. 24

³⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 10.

³⁶ Viz. příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb. s. 84.

³⁷ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 21 - 22.

³⁸ HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 48.

³⁹ SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. s. 14.

stejně pojmenovaných stránek lidské osoby. Tyto potřeby se v člověku naplňují v různých úrovních a v různých lidských dimenzích.⁴⁰ Svatošová upozorňuje na to, že „*priorita potřeb se v průběhu nemoci mění.*“⁴¹ a navíc vznikají potřeby nové, spojené s výskytem nemoci.⁴² Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. Proto je dobré spolu s nemocným stanovit, které z potřeb a problémů jsou pro něj nejvýznamnější a těmi se zabývat přednostně.⁴³ Je nezbytné pochopit důležitost dosažení uspokojení všech potřeb. Již pouhá jedna neuspokojená oblast vede k podstatnému snížení kvality života, k nespokojenosti a k fyzickému či psychickému utrpení.

Fyzické potřeby lze jednoduše pojmenovat jako to, co vyžaduje naše tělo. Fyzické potřeby jsou společné všem živým organismům. Patří zde potřeba přijímat potravu, zbavovat se metabolických produktů, potřeba spánku, homeostázy, růstu, pohodlí, odpočinku a aktivity. Bylo by chybou fyzické potřeby přehlížet nebo je považovat za méně důležité než ostatní. „*Zdělili jsme mnohem více živočišnosti, než jsme obvykle ochotni přiznat. Místo abychom se za svou živočišnou přirozenost styděli, můžeme se na ni klidně dívat s obdivem.*“⁴⁴

Zdravý dospělý člověk je schopen zabezpečit si uspokojení biologických potřeb sám. V nemoci mohou být některé fyzické potřeby pociťovány intenzivněji nebo může dojít k posunu v jejich důležitosti. Pro nemocného člověka je velmi důležitá pohybová aktivita, která zabraňuje předčasnému zchátrání těla a vzniku dekubitů (proleženin). Nemocný člověk potřebuje dostatek spánku a odpočinku, aby mohl nabrat nové síly v boji proti nemoci.

Fyzické potřeby jsou natolik provázané s ostatními stránkami života člověka, že například potřeba tlumení bolesti má svůj psychický, sociální i spirituální rozměr. O většinu biologických potřeb bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky.⁴⁵ „*Vzhledem k množství jiné práce, nedostatku ošetřujícího personálu a často také chybějící motivaci se tak někdy veškerý kontakt a komunikace*

⁴⁰ Srov. PROKOP, J. Spiritualita umírajících pacientů. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén, 2008. s. 215.

⁴¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1999. s. 21 - 24.

⁴² Např. potřeba navrácení zdraví, potřeba zmírnění utrpení a bolesti, potřeba obnovení dřívějších sociálních funkcí, aj.

⁴³ Srov. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 156.

⁴⁴ MORRIS, D. *Lidský živočich : Osobní pohled na lidský druh*. Praha : Knižní klub, 1997. s. 7.

⁴⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1999. s. 22.

s nemocným redukuje na otázky tělesných obtíží a péče o základní somatické potřeby.“⁴⁶ Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma. Z historického hlediska se medicína vždy snažila tyto potřeby zachytit a uspokojit, bohužel někdy až na úkor ostatních potřeb. Příkladem může být přehnaný důraz na hygienickou péči, který často narušuje pacientovo soukromí. Pacient se může cítit nepříjemně a omezen ve svých právech.

Psychické potřeby se týkají především uspokojení našich emocí. Významná je potřeba bezpečí, potřeba milovat a být milován, cítit se potřebný a chtěný. Každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí, která vždy, za jakéhokoli stavu a podmínek (tedy i v nemoci) má svoji důstojnost. Respektování tohoto stavu je základním předpokladem spokojenosti člověka. Potřeba bezpečí a jistoty je nemocí těžce narušena. Velmi pozitivně může tuto potřebu naplnit důvěrný, na pravdě založený vztah pacienta a lékaře.

Na rozdíl od minulých dob, dnes je všeobecně propagováno šetrné a citlivé sdělování pravdy, ať už je jakákoli. Uspokojení těchto potřeb je u těžce nemocného člověka ještě větší prioritou než u zdravých lidí. „*Pokusme se chápat, co se v nich děje, když se změní jejich zdravotní stav k horšímu, tj. co prožívá člověk, který „z ničeho nic“ nebo naopak povolna cítí, že mu není dobře, že ho to či ono bolí a že se zřejmě „dostává do nemoci“.* Je možno se ptát i co se děje v člověku, jehož nemoc se neustále zhoršuje a jehož stav se stává téměř beznadějným.“⁴⁷ Nutnost uspokojení těchto potřeb se ve větší nebo menší míře se objevuje během celé léčby nemoci podle toho jak pacient subjektivně vnímá vlastní zdravotní stav a léčbu, ale také omezení a změny v běžném životě, které z léčby vyplývají. Každý těžce nemocný člověk si zaslouží respekt a úctu. Při uspokojování psychických potřeb může vzniknout problém, který Dočkal popisuje takto: „*Lidé působící v sociální sféře mají často tendenci „terapeutizovat“ problém – léčit klienta a zapomínají na ostatní oblasti, na širší souvislosti.*“⁴⁸

Sociální potřeby vycházejí z faktu, že člověk je tvor společenský a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá.⁴⁹ Mezilidské vztahy ovlivňují kvalitu

⁴⁶ VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 162.

⁴⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha : Advent, 1991. s. 5.

⁴⁸ DOČKAL, J. *Člověk v současném světě : než začneme studovat sociální práci*. Sředokluky : Zdeněk Susa, 2008. s. 59.

⁴⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1999. s. 23.

života každého člověka, promítají se do jeho zdravotního stavu a jsou zdrojem uspokojení řady sociálních potřeb jako potřeby přijetí, sounáležitosti, přátelství. „*Ve společenstvích lidé naplňují své potřeby, navazují a udržují vzájemné kontakty, hrají své sociální role, komunikují, spolupracují, ale také se vzájemně střetávají, bojují – prostě žijí.*“⁵⁰ Člověk uspokojuje svoje potřeby v různých sociálních systémech (rodina, škola, vrstevnické skupiny, zaměstnání, zájmové skupiny, náboženská společenství atd.).⁵¹ Vážnou nemocí je přístup k těmto systémům omezen a nabízejí se systémy zcela nové.

Nemocný člověk většinou stojí o návštěvy, nemělo by však být opomenuto respektování pacientových přání a soukromí. Potřebou kontaktu není nutně myšlena slovní komunikace, nemocný je často spokojen s přítomností blízkého člověka. Neverbální komunikace zahrnující mimo jiné mimiku, gestiku, haptiku a proxemiku, hraje při doprovázení těžce nemocných pacientů nezastupitelnou úlohu. Společenské potřeby jsou neomezené v počtu, neustále se modifikují, vyvíjejí a jejich počet vzrůstá. Bártlová hovoří o společenských potřebách, které se v průběhu nemoci modifikovaly – potřeba tvořivé práce, potřeba poznání světa a sebe samého, potřeba sociální blízkosti a potřeba vytváření estetického prostředí.⁵²

Spirituální potřeby a jejich uspokojování nejsou věcí novou, v minulosti však často opomíjenou. Do nedávné doby nebylo uspokojování spirituálních potřeb téměř vůbec bráno v úvahu. I dnes častý omyl veřejnosti, včetně některých zdravotnických pracovníků, zní: „Spirituální potřeby se týkají uspokojování požadavků věřících“. Svatošová podotýká, že je tomu spíše naopak. Věřící člověk žije ze své víry a ta mu dodává sílu unést nelehký úděl, kterému musí pacient čelit. Zatím co u lidí, kteří z víry nežijí se objevuje bezradnost, nejistota a právě v tomto období svého života se pacienti obracejí do spirituální složky svého bytí. Mívají velice často potřebu si s někým o svých hlubokých úvahách, o smyslu svého života popovídat. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět ostatním. Dočkal zdůrazňuje, že naplňování spirituálních, stejně jako ostatních potřeb, vyžaduje naši snahu a úsilí. Proto nám někdy brání v duchovní cestě naše lenost,

⁵⁰ DOČKAL, J. *Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky : Zdeněk Susa, 2008. s. 60.

⁵¹ Srov. MOJŽÍŠOVÁ, A., (Ed.) *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 121.

⁵² Srov. BÁRTLOVÁ, S. *Některé sociologické aspekty pacienta : Učební texty pro pomaturitní specializační studium SZP*. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. 1982. s. 22 – 23.

pohodlnost, nevědomost a ignorance.⁵³ V této oblasti potřeb je možné sledovat v současné době rozvoj, spirituální potřeby se konečně dostávají do popředí a veřejně se o nich diskutuje.

1.5 Důsledky

Název práce je odlišný od tématu Psychosociální dopad rakoviny tlustého střeva na člověka. Slovo dopad je zaměněn za slovo **důsledky**, protože význam slova dopad je často spojován s negativním vyjádřením smyslu věci. V internetovém vyhledávači se ve spojení s pojmem dopad objevují titulky jako: „Jaký dopad bude mít finanční krize? Drtivý dopad ekologického znečištění. Škodlivý dopad emailů na lidskou inteligenci, atd. Slovem důsledky má být vyzdvihnut pozitivní potenciál dlouhodobé závažní nemoci, který přiznávají sami pacienti. Pan Vaněček se o rakovině vyjadřuje takto: „*Budete mi věřit, že jsem rád, že mně to potkalo? Víte, tohle zažít a současně to zdárně přežít je ohromný dar, za který jsem vděčný a připadá mi, že jiní lidé, aniž bych jim to jakkoliv přál, jsou o to v jistém slova smyslu ochuzeni. Ne, myslím to vážně, většina lidí je ochuzena o ten pocit ohrožení, to člověk a ohromně obohatí, jinak o věcech přemýšlí, váží si prostého faktu bytí.*“⁵⁴ Pan McFarland, který si prošel rakovinou tlustého střeva a konečnicku a byla mu operativně odstraněna část tlustého střeva bere tuto nemoc jako výzvu k novému životu: „*Jeden z darů, který vám rakovina poskytuje, je výzva k životu v rámci nových hranic. Je to výzva k obnovení našich životů v okamžiku, kdy propadáme naší ne-moci. A to je to, čemu se říká výzva. Postavit se ne-moci tak, že dáte možnost něčemu novému. Učím se, že ztráta části těla umožňuje růst mého ducha.*“⁵⁵

O důsledcích nemoci hovoříme tehdy, pokud nejsou uspokojeny naše potřeby. Někteří nemocní tímto nedostatkem trpí tiše, nenápadně, jiní dávají své pocity najevo, otevřeně o nich mluví, stěžují si, ventilují své nepříjemné pocity netrpělivým chováním ke zdravotníkům, hrubostí, někdy zvýšenou hovorností, nepovedenými

⁵³ Srov. DOČKAL, J. *Člověk v současné době: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky : Zdeněk Susa, 2008. s. 67.

⁵⁴ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 87 a 96.

⁵⁵ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha : TALPRESS, 1996. s. 34.

žerty.⁵⁶ Mnoho lidí, kteří onemocní, trpí často druhotnými obtížemi důsledkem základní choroby a někdy tyto důsledky svou závažností vlastní onemocnění předčí.⁵⁷

Důsledkem nemoci není jen zhoršení fyzického stavu člověka. Nemoc je pro člověka vždy zásadní záležitostí, protože postihuje celého člověka.⁵⁸ Je velmi důležité uvědomit si, že důsledky jsou velmi individuální tzn. odvíjí se od osoby nemocného člověka, jeho sociální spokojenosti a od předchozích skutečností. U vážně nemocných lidí dojde k odhalení charakteristik, které byly až dosud zdánlivě skryté a člověk, který chce nemocnému pomoci, musí respektovat tuto skutečnost a pracovat současně na všech frontách.⁵⁹

K odstranění všech důsledků rakoviny tlustého střeva a konečníku je potřeba dosáhnouti co největšího uspokojení ve všech jednotlivých dimenzích lidské osobnosti. Vynechání jakékoli dimenze při sociální práci s člověkem může mít negativní dopady na jeho celkový stav a kvalitu jeho života.

1.6 Kvalita života

Dostatečné uspokojení všech druhů potřeb ovlivňuje celkovou kvalitu života člověka s rakovinou tlustého střeva a konečníku. V současné době je na kvalitu života onkologicky nemocných lidí kladen obrovský důraz. Kvalita života onkologicky nemocného člověka se stává důležitější než kvantita.⁶⁰ Přestože je kvalita života výrazně subjektivní hodnota jsou vytvářeny speciální programy, dotazníky, sebesposuzovací škály a rozhovory, které se pokoušejí kvalitu života sledovat a hodnotit. Odborník na kvalitu života onkologicky nemocných pacientů Helena Vaňurová říká: *„Kvalita života může posloužit nejen jako ukazatel současného stavu, ale především jako hodnocení efektivity léčby a indikátor pro volbu dalšího léčebného postupu. Nelze hodnotit kvalitu života pouze po fyzické stránce, naopak je důležité se*

⁵⁶ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 22.

⁵⁷ Srov. PFEIFFER, J., et al. *Rehabilitace. Léčebné, pracovní a sociální aspekty*. Praha : Univerzita Karlova, 1982. s. 7.

⁵⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha : Advent, 1991. s. 10.

⁵⁹ Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psychosociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 3.

⁶⁰ Srov. SKALA, E. *Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?* Praha: Liga proti rakovině, 2007. s. 14.

zaměřit na psychické a sociální aspekty nemoci a léčby.“⁶¹ Upozorňuje, že právě v oblasti zvyšování kvality života je vhodné místo pro intervenci sociálního pracovníka.

Činitele ovlivňující kvalitu života lze rozčlenit:

- Subjektivní : zdravotní stav a omezení vyplývající z chronického onemocnění, osobnostní a charakterové rysy jedince, vlastní sebehodnocení, schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, motivační složka jedince, užší sociální prostředí a vnější vlivy.
- Objektivní : společenské povědomí o nemoci a úroveň stigmatizace, stav životního prostředí, zdravotní péče, vzdělávací politiky, sociální politiky, politiky zaměstnanosti a sociálních služeb, jiné globální vlivy.⁶²

V oblasti onkologické péče je zapotřebí neustále usilovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře a aby byly minimalizovány negativní pocity a utrpení, které nemoc přináší. Je třeba neopomenout žádnou z mnoha lidských potřeb, ať už na jakékoli úrovni a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří uskutečňovat redukované cíle. Kvalitu života ovlivňuje nejenom závažnost onkologického onemocnění, ale i osobnostní předpoklady nemocného člověka vyrovnat se s nemocí. Způsob vyrovnávání se s dlouhodobým onemocněním závisí na těchto okolnostech:

- Celková osobnostní charakteristika nemocného.
- Závažnost onemocnění, charakter obtíží, následků.
- Způsob života nemocného, míra nutných změn.
- Reakce rodiny, celkové zázemí.⁶³

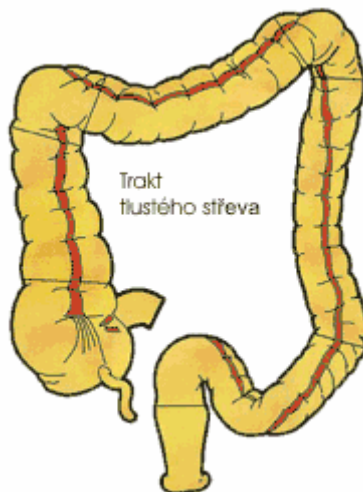
⁶¹ VAĎUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : MSD, 2006. s. 6.

⁶² Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 12.

⁶³ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 115.

2 Rakovina tlustého střeva a konečníku

Ačkoliv se mnoho lidí domnívá, že rakovina je pouze jediné onemocnění, ve skutečnosti tento termín označuje přes 200 různých druhů chorob. Všechny typy rakoviny mají jednu společnou vlastnost – nekontrolovatelný růst a kumulaci abnormálních buněk.⁶⁴ Rakovinné buňky se neřídí biologickými zákony, tzn. dělí se rychleji než normální buňky, rostou chaotickým způsobem a řádně nedozrávají. Nádor je tedy nějakým výstřelkem tkáně nebo buněk, které se začnou nekontrolovatelně množit. Buňky zhoubného (maligního) nádoru mají ještě další vlastnosti (na rozdíl od nádorů nezhooubných neboli benigních). Jsou agresivní, dokáží narušit okolí tkáně, např. mohou vrústat do cév a způsobit krvácení.⁶⁵ Metastazování znamená, že se od primárního nádoru oddělují buňky, které se dostanou do krevního a lymfatického oběhu a putují do jater, do plic, do kostí i jinde a začnou se znovu dělit. Vzniká tak druhotný nádor – metastáza. Nejčastější lokace metastáz kolorektálního karcinomu jsou játra, plice jsou hned na druhém místě.⁶⁶ Zasažené orgány již nemohou plně vykonávat své funkce.



Obr. 2: Trakt tlustého střeva

⁶⁴ NEZU, A., et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 12.

⁶⁵ VODVÁŘKA , P. *Třicet dialogů o rakovině : Strastiplná cesta po dlouhém, úzkém mostě aneb jak překonat rakovinu*. Praha : Galén, 2001. s. 17

⁶⁶ HORÁK, L., SKŘIČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 54.

2.1 Kolorektální karcinom v České republice

Rakovina tlustého střeva neboli kolorektální karcinom⁶⁷ je maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva (vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička) a rekta.⁶⁸ Česká Republika patří mezi země, kde se rakovina tlustého střeva a konečníku vyskytuje mimořádně často.⁶⁹ „V Evropě jsme ve výskytu kolorektálního karcinomu⁷⁰ na prvním místě u mužů a na šestém místě u žen. Ve výskytu kolorektálního karcinomu u mužů ve věku nad 65 let jsme dokonce na prvním místě ve světě.“⁷¹ Incidence (počet nově nemocných jedinců k celkovému počtu jedinců ve sledované populaci za určité časové období) nemoci poukazuje na více než 80 nemocných na 100 000 obyvatel na jeden rok.⁷²

Jde o onemocnění, které je typické pro vyspělé země a v současné době je řazeno mezi civilizační nemoci⁷³ s významným socio – ekonomickým dopadem. Onkologické onemocnění se stává závažným celospolečenským problémem (stárnutí populace, ekonomická zátěž), který se promítá do politiky státu.⁷⁴ Vzhledem k prodlužující se délce lidského života lze očekávat další vzestup nových onemocnění.⁷⁵ V České republice probíhá program screeningu kolorektálního karcinomu. Každý občan starší padesáti let má možnost požádat svého ošetřujícího lékaře o rozbor stolice na přítomnost krve jako častého symptomu tohoto druhu rakoviny.⁷⁶

⁶⁷ Srov. Pod kategorií kolorektálního karcinomu se po stránce epidemiologické, etiologické a histologické v literatuře zařazuje karcinom rekta a karcinom tlustého střeva. In ŠLAMPÁ, P., et al. *Radiační onkologie*. Praha : Galén, 2007. s. 153.

⁶⁸ ADAM, Z., VORLÍČEK, J. *Speciální onkologie*. Brno : Masarykova univerzita, 2002. s. 80.

⁶⁹ Viz. Příl. č. 2 – 6. Grafy incidence, mortality a věkové struktury lidí s kolorektálním karcinomem. s. 85 – 89.

⁷⁰ Srov. Pod kategorií kolorektálního karcinomu se po stránce epidemiologické, etiologické a histologické v literatuře zařazuje karcinom rekta a karcinom tlustého střeva. In ŠLAMPÁ, P., et al. *Radiační onkologie*. Praha : Galén, 2007. s. 153.

⁷¹ VYZULA, R., et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku : Vybrané kapitoly*. Praha : MAXDORF, 2007. s. 14.

⁷² Srov. HORÁK, L., SKŘIČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 46.

⁷³ Srov. HLADÍK, P. *Scintigraficky navigované operace kolorektálního karcinomu*. Hradec Králové : RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK, 2006. s. 8.

⁷⁴ Srov. CHOVANCOVÁ, Z., VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor a co dál.. : průvodce životem nemocného rakovinou*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 32.

⁷⁵ STAŠEK, V. Kolorektální karcinom. In *Sborník témat a přednášek : XIII. Dny profesora Vladimíra Staška*. 2008. s. 96.

⁷⁶ Srov. DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha : Grada Publishing, 2003. s. 42.

2.2 Příčiny

Příčiny vzniku nejsou přesně známy. Na rozvoji těchto nádorů se podílí řada faktorů mezi které patří dědičná predispozice⁷⁷, jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku, faktory zevního prostředí jako nevhodné stravovací návyky, málo pohybu, nadměrná konzumace alkoholu a kouření. V posledních letech byl prokázán vztah mezi nadváhou a obezitou a nádory kolorekta.⁷⁸

2.3 Příznaky

V počátcích onemocnění se většinou neobjevují žádné příznaky. Prvotní potíže často souvisí se změnou střevní činnosti, která se projevuje průjmem, zácpou, pocitem nedokonalého vyprázdnění nebo obtížným vyprazdňováním. Dalším příznakem může být pocit plnosti, plynatost a bolest břicha. Varovným znamením je krvácení z konečníku nebo přítomnost krve či hlenu ve stolici. Dlouhodobější ztráta krve se projevuje únavou, slabostí, někdy také dušností. Rostoucí nádor může způsobit neprůchodnost břicha a s ním spojené křečovitě bolesti, zácpu, někdy zvracení.

Dalšími příznaky může být nechutenství, nevolnost, úbytek na váze, bledost a teplota. Příznakem metastatického poškození jater může být bolest v pravém podžebří.⁷⁹ Přes uvedené skutečnosti se příznaky nemusí dlouhou dobu projevovat a onemocnění se plně odhalí až v pokročilém stádiu.

U kolorektálního karcinomu je obvyklé pětileté bezpříznakové období a to je příčinou toho, že v této době je karcinom diagnostikován zpravidla pouze náhodným vyšetřením.⁸⁰ Přítomnost těchto příznaků nemusí znamenat jednoznačně zhoubný nádor, ale může se jednat o projevy jiného, nezhoubného onemocnění, nicméně jejich

⁷⁷ Rakovina není dědičná, existují ovšem rodiny s nádorovou predispozicí – se zvýšeným nádorovým rizikem. Srov. In DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Co bychom měli vědět o rakovině*. Praha : Liga proti rakovině. 2004. s. 17.

⁷⁸ Srov. KOMÁREK, L. et al. *Národní program zdraví : Projekty podpory zdraví*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2002. s. 12.

⁷⁹ Srov. HLADÍK, P. *Scintigraficky navigované operace kolorektálního karcinomu*. Hradec Králové : RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK, 2006. s. 14.

⁸⁰ Tamtéž.

vzniku je třeba vždy věnovat pozornost a provést příslušná vyšetření k vyloučení přítomnosti nádoru a objasnění příčiny potíží.⁸¹ Přestože je kolorektální karcinom jedním z mála nádorových onemocnění, kde je realizována primární i sekundární léčba nádoru, přichází téměř polovina nemocných v pokročilých stádiích s postižením lymfatických uzlin a s výskytem vzdálených metastáz. To negativně ovlivňuje výsledky léčby a dlouhodobé přežití pacientů.⁸² Příčinou smrti bývají lokální recidivy, metastázy a generalizace nádoru.⁸³ V souvislosti s pozdním odhalením nádoru, kolorektální karcinom „představuje ve vyspělých zemích jednu z nejčastějších příčin úmrtí ve srovnání s ostatními typy rakovin.“⁸⁴

2.4 Léčba kolorektálního karcinomu

Léčba rakoviny se obecně člení do čtyř hlavních kategorií: operace, ozařování, chemoterapie a biologická terapie. Většina typů rakoviny se léčí kombinací těchto postupů. Malé lokální nádory, u kterých je vyloučena možnost metastázování, lze léčit i pomocí jediného přístupu. Příkladem takového nádoru může být nádor tlustého střeva v počátečním stádiu.⁸⁵ Léčbu zmiňuji především pro celostní pochopení situace člověka procházejícího onkologickým onemocněním. Léčba přináší často pozitivní výsledky, nese sebou však také nežádoucí účinky, které mohou velmi ovlivnit pojetí osoby nemocného, jeho psychický a fyzický stav a četnost a kvalitu kontaktu s okolním prostředím. Přesná diagnóza a zjištění celkového zdravotního stavu jsou předpokladem pro účinné léčení a stanovení intenzity protinádorové léčby.⁸⁶

⁸¹ Srov. ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBLÍKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha : Triton, 2000. s. 11.

⁸² Srov. HOLUBEC, L. *Kolorektální karcinom : současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha : Grada, 2004 s. 13.

⁸³ Srov. DAŇKOVÁ, V. Problematika kolorektálního karcinomu v České republice. In ŽALOUDEK, J, VYZULA, R. *Edukační sborník XXX. Brněnské onkologické dny s XX. Konferencí pro sestry a laboranty* . Brno : Masarykův onkologický ústav, 2006. s. 172.

⁸⁴ HORÁK, L., SKŘIČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 54.

⁸⁵ Srov. NEZU, A., et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 17.

⁸⁶ Srov. SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. s. 2.

Chirurgická operace je základní metodou léčby zhoubného nádoru tlustého střeva a současně nejstarší formou léčby rakoviny. Vznikající nádor omezený na střevní stěnu, který dosud nestačil vytvořit metastázy, je poměrně spolehlivě vyléčitelný běžnou operací.⁸⁷ Horák a Skříčka upozorňují nejen na alarmující situaci vysokého počtu výskytu nádoru tlustého střeva a konečníku, ale i na fakt, „že v okamžiku, kdy se nemocný dostává do rukou chirurga, je radikálně odstranitelných necelých 60 % nádorů. To znamená, že více jak 40 % našich nemocných přichází s chirurgicky neodstranitelným onemocněním se vzdálenými metastázemi.“⁸⁸

Spočívá v odstranění částí střeva nebo konečníku postižených nádorem. Hlavním cílem operace je odstranit primární nádor. Operace se však užívá také k tomu, aby podpořila ostatní způsoby léčby např. chemoterapii a ozařování. Chirurgové zavádějí různé prostředky do těla pacienta a pomocí nich je mu podávána chemoterapie či ozařovací implantáty. Pooperační komplikace nejsou časté. Někdy se po resekci větší části střeva mohou objevit častější stolice a menší průjmy. V některých případech je nutné provést kolostomii, tj. umělé vyústění střeva přední břišní stěnou.⁸⁹ Dnes již existuje celá řada pomůcek k ošetřování kolostomií a pacient je podrobně instruován. Přesto tato změna často působí potíže v psychické oblasti člověka.

Léčba zářením (radioterapie) se uplatňuje hlavně u nádorů konečníku. Často se kombinuje s chemoterapií. V terapii zhoubných nádorů tračníku se léčba ionizujícím zářením neuplatňuje, protože účinná dávka záření na nádorové onemocnění převyšuje tolerantní dávky střev, v malém měřítku se provádí obvykle z paliativního hlediska.⁹⁰ Samotné ozáření je krátký, nezatěžující proces, který trvá řádově několik minut. Rakovinné buňky umírají v důsledku ničivých účinků, které má radiace na molekuly buněčné DNA – její narušení je nakonec usmrtí. Ozařování však usmrcuje také normální buňky, což vyvolává nežádoucí vedlejší účinky. Na rozdíl od chemoterapie jsou účinky ozařování kumulativní, to znamená, že výraznější vedlejší účinky se objevují po prvních šesti měsících léčby. Jedná se především o **nevolnost, zvracení,**

⁸⁷ ŽALOUĐÍK, J. *Vyhněte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Grada Publishing, 2008. s. 95.

⁸⁸ HORÁK, L., SKŘÍČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 7.

⁸⁹ Srov. ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBLÍKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha : Triton, 2000. s. 14.

⁹⁰ Srov. HORÁK, L., SKŘÍČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 105.

průjem. Nejobvyklejším příznakem je **únava**. Vedlejší účinky radioterapie vyplývají z podráždění a poškození sliznice střeva a močového měchýře. To se projevuje častým nepříjemným až bolestivým nucením na stolicí, nutkavou průjmovitou stolicí, často s příměsí hlenů příp. i krve a zvýšeným nadýmáním.⁹¹ Dalšími komplikacemi mohou být lokální kožní reakce – kůže může být zarudlá, suchá, olupující se, změna pigmentace. U mladších žen dochází k menopauze následkem ozáření vaječnicků, u mužů může dojít ke sterilitě.

Chemoterapie snižuje pravděpodobnost znovuobjevení nádoru, je to tzv. adjuvantní léčba. Chemoterapie také dokáže zmenšit nádor před chirurgickým výkonem nebo před radioterapií, umožní nebo usnadní operovatelnost. Chemoterapii s tímto cílem se říká neoadjuvantní.⁹² Chemoterapie využívá látek jménem cytostatika. Jsou to látky získané buď z přírodních zdrojů nebo připravené uměle, které rušivě zasahují do některé etapy nebo i do více etap rozmnožování buněk – do tzv. buněčného cyklu.⁹³ Léčba chemoterapeutiky je nemocnému podávána zpravidla několik měsíců. Nádor tlustého střeva a konečníku nejčastěji metastazuje do jater. Odstranění těchto metastáz přináší velkou naději na úplné vyléčení nemocného nebo dlouhodobé zlepšení kvality života. Chemoterapie účinkuje tak, že různými způsoby pozměňuje životní procesy a funkce rakovinotvorných buněk, působí však také na normální, zdravé buňky. Mezi závažné vedlejší účinky chemoterapie patří poruchy krvetvorby způsobené sníženým počtem bílých krvinek a destiček a další nepříjemné účinky zahrnují ztrátu vlasů, nevolnost, zvracení, průjemy. Některé vedlejší účinky jsou dočasné (vypadání vlasů). Celkově je chemoterapie právě u kolorektálního karcinomu velmi dobře snášena.⁹⁴

Dalším druhem léčby je **biologická terapie**, která blokuje molekuly zapojené do řídicích mechanismů buňky. Soustředí se zejména na molekuly životně důležité pro nádorovou buňku, které však v buňkách zdravých tkání mají jen omezený význam. To je také důvodem, proč mají biologické léky ve srovnání se standardní chemoterapií méně závažné nežádoucí účinky. Nemocným s nádory tlustého střeva a konečníku pomáhá biologická léčba výrazně prodloužit život. U pacientů

⁹¹ Srov. MACHÁŇOVÁ, M. Radioterapie nádorů konečníku. *Onkologická péče* [online]. 2008, roč. XII, č. 3 [cit. 2009-01-26], s. 11-13. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/vzdelavani/onko_pece.php>.

⁹² Srov. SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. s. 3.

⁹³ Tamtéž.

⁹⁴ Srov. ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBLÍKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha : Triton, 2000. s. 17.

s metastázemi do jater může při léčbě dojít k výraznému zmenšení ložisek, což umožní jejich chirurgické odstranění s nadějí na úplné uzdravení pacienta. „*Budoucí postavení biologické léčby v léčbě kolorektálního karcinomu však není pouze v paliativní léčbě, probíhající studie ukazují na její efekt v předních liniích léčby s kurativním záměrem.*“⁹⁵

V odborné literatuře se na léčbu kolorektálního karcinomu pomocí **alternativních metod** dívají skepticky a spíše upozorňují na vyloženou škodlivost některých metod. Alternativní terapie se definuje jako „diagnostické a terapeutické postupy, které jsou chápány jako nekonvenční“. Po roce 1989 se v České republice začalo obrovským tempem rozvíjet léčitelství. Alternativní léčebné metody aplikované u onkologicky nemocných mohou závažným způsobem ohrozit zdraví i život nemocného.⁹⁶ Liga proti rakovině doporučuje každému nemocnému s nádorovým procesem, který se svěří do jiné než lékařské péče, aby požádal o statistiku léčebných výsledků léčitele.⁹⁷

Pokud je nádor v pokročilém stavu a není možné je současnými metodami vyléčit nastupuje paliativní léčba. Paliativní léčba je komplexní podpůrná léčba nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života. Zaměřuje se především na léčbu bolesti a dalších symptomů a psychologickou, sociální a spirituální péči o nemocné a jejich rodiny.⁹⁸ Cílem paliativní léčby je zlepšení kvality života.⁹⁹

⁹⁵ STAŠEK, V. Kolorektální karcinom. In *Sborník témat a přednášek : XIII. Dny profesora Vladimíra Staška*. 2008. s. 58.

⁹⁶ Srov. HORÁK, L., SKŘIČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 172.

⁹⁷ Srov. DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Co bychom měli vědět o rakovině*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. s. 29.

⁹⁸ Srov. ADAM, Z., et al. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 19.

⁹⁹ Srov. JAKOUBKOVÁ, J., et al. *Paliativní medicína*. Praha : Galén, 1998. s. 13.

3 Fyzické změny

„Soused má klasickou nemoc z ozáření, něco, co jsem znal jen z učebnic. Blije a nemůže nic jíst. Mě rozbolel krk jako bych měl těžkou hnisavou angínu, šumí mi v hlavě, každá buňka v těle se brání jednak vlastní dezintegraci a jednak už asi imunitní systém rozpoznává, že má v těle mrtvé buňky. Někde uvnitř začala hlavní bitva.“¹⁰⁰

Fyzické důsledky, které sebou přináší výskyt a léčba rakoviny tlustého střeva a konečníku byly již částečně zmíněny v předešlém textu v souvislosti se základními informacemi o rakovině tlustého střeva a konečníku. Mezi nejčastější fyzické obtíže spojené s léčbou a výskytem nemoci patří souhrnně *veškeré změny střevní činnosti, bolest, únava, slabost, nechutenství, nevolnost, zvracení, úbytek na váze, změna celkového vzhledu, kožní reakce, urologické a reprodukční potíže*. Mnohé projevy nežádoucích účinků nádorové léčby po jejím ukončení postupně odezní jako např. dočasný pokles krvetvorby, náchylnost ke vzniku infekčního onemocnění (porucha imunitního systému), nevolnost a zvracení, poruchy trávicího a vylučovacího systému a stav po ozáření (postradiační syndrom).¹⁰¹ Trachtová zmiňuje potřeby na fyzické úrovni, tj. *potřebu soběstačnosti, pohybu, hygieny, spánku a odpočinku, potřebu výživy, vyprazdňování a dýchání*, které mohou být narušeny.¹⁰² Tělesné změny u onkologické nemoci zhoršují kvalitu života nemocného člověka, omezují možnosti jeho rozvoje a znemožňují jeho soběstačné fungování.

Výzkumy prokázaly, že klienti, kteří jsou poučeni o podstatných aspektech své situace, jsou vhodně motivováni, mají vytvořený systém hodnot i posloupně dostupných cílů, mají podporu blízké osoby a mají zřetelnou životní perspektivu mnohem lépe snášejí bolest i aktivněji zvládají další nesnáze.¹⁰³ Není v mých silách popsat veškeré změny a potřeby provázející tuto nemoc, zmiňuji proto ty nejzásadnější, které nejvíce ovlivňují celkovou kvalitu života.

¹⁰⁰ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 33.

¹⁰¹ Srov. *Liga proti rakovině Brno* [online]. 2009 [cit. 2009-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

¹⁰² Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 12.

¹⁰³ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 46.

3.1 Bolest

„Ale ani bolest není věčná. A opravdu mi dokonce někdy chybí, protože mi připomíná, že jsem ještě na živu.“¹⁰⁴

Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších důsledků nádorových onemocnění. Definice bolesti podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti (OASP) říká: „Bolest je nepříjemným senzoryckým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně, který je popisován v termínech takového poškození.“¹⁰⁵ Často je obava z bolesti výrazně silnější než ze samotného onemocnění. Vnějšími projevy bolesti jsou výkřiky, sténání, obranné pohyby, blednutí, rudnutí, pocení, rozšíření zornic, zrychlení tepu a dechu a další.¹⁰⁶ Onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku zpočátku nebolí. Bolest přichází až tehdy, když nádor nebo metastáze rozruší vedlejší zdravou tkáň. Bolest se může vyskytnout během léčebných a diagnostických procesů, kterými každý nemocný prochází. Podle statistik Světové zdravotnické organizace v době stanovení onkologické diagnózy trpí bolestí 30% pacientů, v pokročilých stádiích nemoci udává bolest 80-90% nemocných.¹⁰⁷ U naprosté většiny onkologicky nemocných je možné bolest téměř úplně utlumit nebo i zcela odstranit.¹⁰⁸

Nedostatečně léčená bolest vede k únavě, nespavosti, depresi, pocitu vyčerpání, deprivaci a ohrožuje proces uzdravování. Projevuje se také narušením sociálního zázemí nemocného a omezením pracovní schopnosti, ze které vyplývá újma finanční. V případě rakoviny tlustého střeva a konečníku je bolest většinou pozdním příznakem a nemá ochranný charakter. Neuplatňuje-li se tedy její pozitivní náboj ve smyslu varování a prevence, můžeme hovořit o negativní stránce bolesti, *„kdy její informační hodnota ve smyslu varování je již bezcenná nebo se míjí s očekávaným účinkem, kdy se stává nepochopitelným fyzickým i psychickým utrpením, chronickým stresovým*

¹⁰⁴ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* Praha : TALPRESS, 1996. s. 116.

¹⁰⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha : Grada, 2002. s. 83.

¹⁰⁶ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce.* Praha : Academia, 2000. s. 279.

¹⁰⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry.* Praha : Grada Publishing, 2006. s. 130.

¹⁰⁸ Srov. SKALA, E. *Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?* Praha : Liga proti rakovině, 2007, s. 15.

faktorem s katabolizujícími vlivy v metabolické oblasti a ničivým a demoralizujícím faktorem v oblasti psychosociální. ¹⁰⁹

Přestože si bolest spojujeme především s tělesnou stránkou člověka, promítá se její působení do všech dalších oblastí. Zmiňuje se například spirituální nebo psychosociální stránka bolesti.¹¹⁰ Například psychická bolest se vyznačuje prožíváním zoufalství, úzkosti, beznaděje, bezradnosti, ztráty smyslu života, neschopnosti smíření se ztrátou významné hodnoty, pocitů křivdy, viny, výčitek svědomí, vlastní neschopnosti aj.¹¹¹ Zkušenost s bolestí může člověka přimět k úvahám o vyšším důvodu lidské existence a zážitek vlastního zvládnutí problému člověka lidsky povznese.¹¹² Bolest a její důsledky znejišťují vnitřní jistoty člověka. Pokud je život zatížen bolestí, objevují se otázky po jeho smyslu. Smysl života a životní opory jsou někdy zpochybněny. Toto zpochybnění je podporováno i ztrátou lidských kontaktů a omezením možnosti smysluplné činnosti, které bolest způsobily.¹¹³

Každý z nás má jiný práh bolesti, na stejný podnět někdo reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, jiný však ve stejné situaci označuje podněty za bolestivé. Je vždy nutné člověku s nádorem věřit, že trpí bolestí a snažit se jeho trápení zmírnit. Je také velmi obtížně rozlišit intenzitu bolesti a stres způsobený bolestí. Právě u onkologického onemocnění je častěji ničivější tento stres a obava z bolesti více než skutečná bolest, která se dá v této době v téměř většině případů snížit na snesitelnou míru. V terminální fázi bolest ovlivňuje životní pocit často mnohem silněji než vlastní choroba.

Hodnocení bolesti je velmi sporadické. Bolest je nesdělitelná, těžko popsatelná, neexistují přístroje na její měření. V odborných kruzích panuje shoda, že bolest je věcí subjektivní. Nejčastěji se užívá dotazníků a slovního hodnocení. Zhodnocení bolesti je prvním a důležitým článkem v racionální léčbě bolesti. Zjišťuje se intenzita bolesti, doba trvání bolesti, okolnosti jejího vzniku, lokalizace, jakékoli změny během

¹⁰⁹ HONZÁK, R. Psychosomatické aspekty bolesti. In KUBĚŠOVÁ, H, HOLÍK, J, MAREK, V. *Praktický lékař a psychosomatická medicína*. Brno : Protis, 2006. s. 30.

¹¹⁰ Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psychosociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 38 – 47.

¹¹¹ Srov. JESENSKÝ, J., JANIŠ, K., et al. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2004. s. 21.

¹¹² Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 42.

¹¹³ *Občasník české myelinové skupiny*. Česká myelinová skupina. 2007- , roč. V, č. 5- . Brno : Zdeněk Novotný. s. 13.

dne i noci, faktory vyvolávající její zmírnění či zhoršení, ovlivnění pracovních a společenských aktivit, vliv na psychiku, spánek, náladu, apetit, apod. Klasickým postupem při léčbě bolesti je sledování tří hlavních cílů. Prvním je zajištění bezbolestného spánku, což je cíl splnitelný u všech nemocných. Dalším cílem dosažitelným u většiny nemocných je zmírnění bolesti na snesitelnou míru v klidu. Třetím, někdy již složitelněji zajistitelným přáním je úleva od bolestí při pohybu.¹¹⁴

3.2 Únava

Únava se řadí mezi nejčastější symptomy onkologického onemocnění.¹¹⁵ Chronickou únavou až vyčerpaností trpí 75 – 96% pacientů s nádorovým onemocněním a u 60% nemocných ovlivňuje těžká únava kvalitu života více než obávaná nevolnost a bolest.¹¹⁶ K postupnému snižování kvality života a zvyšování nepříjemných účinků symptomů, zejména únavy, dochází nejen jako následek zvětšování nádoru, ale také léčby. Až 80% pacientů s rakovinou uvádí středně těžkou až těžkou únavu v průběhu léčby.¹¹⁷

Stejně jako bolest je tento důsledek nemoci a s ní spojené léčby velmi subjektivní a proto je také těžké najít pro ni vhodnou definici. Běžná únava může být definována jako obranný a ochranný mechanismus, člověka, který udržuje fyziologickou rovnováhu.¹¹⁸ Tento druh únavy je přirozený a po odpočinku mizí. Chronická únava (fatigue) provázející nádorová onemocnění je subjektivní stav nadměrného, trvalého vyčerpání a snížené schopnosti k fyzické a duševní práci.¹¹⁹ Tato úporná, abnormální únava celého těla neodpovídá vynaloženému úsilí nebo námaze. Přestože je únava zřetelná na první pohled především ve změnách ve fyzické

¹¹⁴ Čerpáno z přednášky s MUDr. Marií Svatošovou, 28. 4. 2008, Caritas – VOŠ sociální Olomouc.

¹¹⁵ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, s. 115.

¹¹⁶ Srov. BRYCHTA, M. *Arcus onko centrum : Únava a anémie u onkologických pacientů* [online]. 2005-2008 [cit. 2009-03-08]. Dostupný z WWW: <<http://arcus-oc.org/aktivity-edukace-unava-anemie.php>>.

¹¹⁷ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 119.

¹¹⁸ Srov. *Liga proti rakovině Brno* [online]. 2009 [cit. 2009-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

¹¹⁹ Srov. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-01-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny/article.html?id=50>>.

zdatnosti, jedná se komplexní jev, který se projeví také v emocionální a sociální stránce člověka. Můžeme říci, že únava zahrnuje některé nebo všechny z těchto ukazatelů:

- Fyzické symptomy: únava, slabost, celková ochablost, nedostatek energie, letargie, ospalost, vyčerpání, pobolívání po celém těle, ztráta schopnosti vykonávat tělesné aktivity, neschopnost dokončit úkoly, pokles síly, tachykardie při námaze a anemii, dušnost.
- Psychické symptomy: znuďenost, nedostatek motivace a energie, deprese, smutek a úzkost. Pacienti mají často pocit, že jim chybí vůle a „bojovný duch“ a že vnitřní síla, která je držela při životě, je vyčerpána. Pacienti s nádorovým onemocněním uvádějí, že už „nemají žádnou energii“. Prokázalo se, že únava má mnohem větší vliv na jejich psychiku než u zdravých lidí, což podtrhuje skutečnost, že z hlediska únavy rakovina představuje velkou emocionální a psychickou zátěž.
- Kognitivní symptomy: snížená schopnost soustředit se a udržet pozornost, uvažovat o problémech při rozhodování, problémy s krátkodobou pamětí.¹²⁰

Vysvětlení, že chronická únava běžně provází zhoubné (maligní) nádorové onemocnění – rakovinu a jejich léčbu, může snížit u pacienta psychický stres z této komplikace. Pochopení rodiny vede k vytvoření bezpečného zázemí a pocitu bezpečí pro onkologického pacienta.¹²¹ Pro pacienta je velmi důležité důsledky léčby objasnit hned na počátku intervence, aby mohl porozumět, proč je únava v určitých situacích horší a také jak ji lépe zvládat.

Pro prevenci a léčbu únavy je ideální aktivita a cílené cvičení, prováděné především v rámci léčebné rehabilitace. Pohyb bezprostředně ovlivňuje naši socializaci, vývoj, samostatnost, fyzické i psychické zdraví, schopnost prožívat a

¹²⁰ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 115.

¹²¹ Srov. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-01-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny/article.html?id=50>>.

spoluprožívat, sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu (pracovat, studovat, pěstovat své zájmy, apod.).¹²²

Vyrovnání se s únavou a jejími následky vyžaduje znalost vzorce únavy a zdůrazňuje potřebu důkladného posouzení pacientova stavu a i toho, jak on sám svou situaci chápe.

Mezi užitečné strategie patří:

- Vedení deníku, který umožní poznat vzorec únavy a plánovat aktivity na dobu, kdy má pacient nejvíce energie.
- Stanovení priorit a cílů – někdy je lepší najít kompromis a vykonávat činnost po kratší dobu, než ji nevykonávat vůbec.
- Šetření energie pro oblíbené a potřebné aktivity.
- Snížení času a frekvence ošetrovatelských intervencí např. zajistit potřebné pomůcky.
- Plánování návštěv lékaře.
- Anticipace toho, že nevolnost nebo úzkost, které souvisejí s léčbou nebo návštěvou, mohou zhoršit pocit únavy.¹²³

3.3 Změny vzhledu

„Přiznejme si, že vlasy a chlupy jsou pro nás dost důležité. Většina z nás má větší obavy ze ztráty těchto ozdob než z boláků v puse anebo z jiných průvodních jevů chemoterapie. Ztráta vlasů je viditelná na první pohled, zatímco ostatní ztráty nejsou zřejmé. Výsledek je, že jsme si z toho udělali hru, žertujeme o tom, oblékáme si turbany, paruky a baseballové čepice.“¹²⁴

¹²² Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 9.

¹²³ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 9.

¹²⁴ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha : TALPRESS, 1996. s. 201.

Nevyrovná-li se člověk se svým změněným vzhledem nebo odnětím vnitřních orgánů, obvykle u něj přechází akutní zármutek pro ztrátu části těla nebo její funkce v depresi a to se odráží ve zhoršení funkcí a pomalejším pokrokům v léčbě.¹²⁵ Vnímání vlastního těla je součástí sebepojetí, v případě rakoviny bývá obraz těla vážně narušen, což se může projevit v hodnotě sebeúcty.¹²⁶ Obavy z nového vzhledu mohou ovlivnit mezilidské vztahy a způsobit komunikační a sexuální problémy.

Ztráta vlasů (alopecie) je ve většině případů dočasná. Po ukončení chemoterapie dojde k obnovení vlasového porostu.¹²⁷ Přechodně může také vypadat obočí, řasy a chloupky na těle.¹²⁸ Pro mnoho pacientů je právě tato okolnost největší nepříjemností a je nutno udělat vše pro to, aby se člověk cítil lépe. Alternativou je nošení různých pokrývek hlavy nebo paruky.

Problematika **maligních ran** je dobře pospána v knize *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, ze které je čerpáno v následujícím odstavci. Maligní rány jsou zápachající, nekrotické rány, které se vyskytují častěji u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Odhaduje se, že se vyskytují u 5 – 10 % pacientů s metastázemi. Objevují se u starších pacientů (60 – 70 let) s pokročilým nádorovým onemocněním a obvykle v posledních šesti měsících života v oblasti prsu, hlavy a krku, třísel, okolí genitálu a na zádech. Přítomnost zápachu může vést k pocitům studu, znechucení, k depresi, a sociální izolaci. Sociální stigma, pocit viny a stud mohou mít za následek sexuální problémy, které ovlivňují mezilidské vztahy pacienta. Kromě svých negativních opadů je maligní rána také neustálou připomínkou toho, že pacient trpí postupující chorobou. To může samo o sobě, způsobovat velkou psychickou a sociální zátěž, ale mnoho pacientů také často a zbytečně trpí nedostatečně léčenými symptomy a negativním vzhledem rány.¹²⁹

¹²⁵ Srov. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha : Grada Avicenum, 1993. s. 65.

¹²⁶ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 155.

¹²⁷ Srov. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-01-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny/article.html?id=50>>.

¹²⁸ Srov. SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha : Liga proti rakovině, 2007. s. 5.

¹²⁹ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. s. 165 – 166.

3.4 Kolostomie

Možným důsledkem rakoviny tlustého střeva a konečníku je **kolostomie**. Jedná se o uměle vytvořený otvor v trávicí trubici, který je vyveden na povrch břišní stěny a umožňuje vylučování stolice. Střevo může být vyvedeno v různých místech. Kolostomie může být někdy pouze dočasná, záleží na velikosti a místě nádoru střeva.¹³⁰ Podle přibližných odhadů je v současné době v České republice kolem 8000 stomiků, z nich kolem 6500 kolostomiků, 1000 ileostomiků a 500 urostomiků.¹³¹

Kolostomie sebou přináší řadu změn. Pacient-stomik se musí vyrovnat se samotným onemocněním, s léčebným postupem a metodami, pochopit jak o stomii pečovat, jak zvládat komplikace, upravit stravování a denní režim. Po operaci mají psychické a fyzické problémy, stydí se za své tělo, mohou se jej štítit nebo se jich štítit partner. Založení stomie bývá pro mnoho párů zkouškou pevnosti vztahu.¹³² Vytvoření stomie by nemělo ovlivnit partnerské vztahy založené na vzájemném porozumění.¹³³

Člověk pociťuje tíživý rozpor mezi estetickým ideálem a novým vzhledem i funkcí vlastního těla.¹³⁴ Zpočátku má stomie obvykle „*negativní dopad na pacienta, který se za své tělo stydí, nechce brát stomii na vědomí, někdy ani se jí dotknout, ani se na ní podívat, má obavy, že se mu budou ostatní vyhýbat, a odmítá jakkoliv se účastnit léčby.*“¹³⁵

V časopise Onkologická péče jsou zmíněny další potencionální komplikace, se kterými je kolostomie spojována:

- dráždění kůže v okolí stomie
- záněty v okolí stomie

¹³⁰ Srov. Jak dál po léčbě rakoviny? Onko okno. Říjen 2006, č. 5, s. 5 – 6. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

¹³¹ Srov. HORÁK, L., SKŘÍČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. s. 33.

¹³² Srov. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha : Galén, 2006. s. 50.

¹³³ Život se stomií. Onko okno. Říjen 2003, č. 5, s. 18. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

¹³⁴ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. s. 46.

¹³⁵ VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 66.

- krvácení ze stomie
- zúžení stomie – stenóza
- výhřez stomie – prolaps
- vtažení stomie – retrakce
- kýla v okolí stomie
- perforace vyvedené části střeva¹³⁶

V současné době již moderní pomůcky pro pacienty se stomií výrazně zlepšily kvalitu jejich života. V mnohém také může již v nemocnici pomoci specializovaná sestra, tzv. stomasestra. Jejím úkolem je naučit pacienta či jeho rodinu péči o stomii a všechny s ní spojené náležitosti. Přibývá pacientů se stomií, kteří do operace žili aktivním sexuálním životem. Je velmi potřebné pomoci nemocnému přizpůsobit se této nové situaci, poskytnout mu psychickou podporu a zdůraznit mu, že jeho životní styl se nemusí měnit. Z tohoto důvodu existují v naší republice početné **kluby stomiků**. Stomik dnes může s moderními pomůckami opět pracovat, cestovat, zúčastňovat se společenského a kulturního života, sportovat a věnovat se činností, kterým se věnoval před operací.



Obr. 3: Kolostomie I.



Obr. 4: Kolostomie II.

¹³⁶ Srov. MARIŇÁKOVÁ, A. Historie a současnost péče o pacienty se stomií. *Onkologická péče*. 1.1.2008, č. 3, s. 18. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/vzdelavani/onko_pece.php>.

4 Psychické změny

Rakovina tlustého střeva a konečníku nezasáhne pouze fyzickou oblast člověka. S vyřčením diagnózy nastává období, které je velmi náročné na udržení psychické rovnováhy.¹³⁷ Život je transformován řadou změn a poznamenám strachem. Nastupují obranné mechanismy, které mají za úkol chránit psychiku člověka před úplným zhroucením. Celé období onemocnění je provázáno střídáním fází vyrovnávání se s nemocí.

4.1 Diagnóza

„Předpovědět smrt znamená zabít.“¹³⁸

„V tu chvíli mi bylo jasné, že mám rakovinu. Vy jste to sice neřekl, ale bylo to jasné. Co mi běželo hlavou? Prostě konec, umřu, nedožiju Vánoc, umřu v bolestech, v prd...čtyři lexauriny plus flaška fernetu denně, k neuvěření. Nebyl jsem schopen se opít tak, abych to vyhnal z hlavy. Nejhorší je , když nevíte, co se bude dít. To jste mi řekl až pak Vy. Pak už to bylo dobrý...“¹³⁹

Lékařské sdělení o podezření nebo zjištění diagnózy choroby vážně ohrožující život popisují lidé jako ránu do hlavy, jako osobní konec světa, jako šok, tmu, chlad, konec, beznaděj a bezradnost.¹⁴⁰ V okamžicích do stanovení diagnózy prožívají lidé největší období nejistoty, nejistoty, která pramení ze strachu z neznámého, z pochybnosti ohledně toho, proti čemu vlastně bojují. Pokud se vyšetřování neustále protahuje, diagnóza je nejasná, člověk je více neklidný a probíhají změny v jeho psychice, které působí na celkový stav jedince. Obavy jsou umocněny atmosférou,

¹³⁷ Často je potřeba odborné intervence a podpory. V příl. č. 7 (s. 90) je k nahlédnutí Mapa psychoonkologické péče v ČR.

¹³⁸ Výrok pronesl Goethův osobní lékař. In ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha : Vyšehrad, 1999. s. 82.

¹³⁹ ASTL, J.,VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 108.

¹⁴⁰ Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s.30.

kteřá je podporována až mýtickým strachem z rakoviny. Při pouhém pomyšlení na onkologickou diagnózu, je člověk nucen se konfrontovat se svou smrtelností a klást si existenciální otázky. „*Bral jsem toto sdělení jako rozsudek smrti s tím, že budu mrtvý asi tak v průběhu jednoho až dvou let.*“¹⁴¹ V těchto okamžicích prožívají pacienti pocity ztráty kontroly nad vlastním životem.¹⁴² V případě, že je výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku potvrzen, nastává pro člověka náročná životní situace se kterou je nutno se vyrovnat a zapojit pokud možno ostatní členy rodiny a přátele.

Každý člověk je jedinečný a jedinečná bude i jeho reakce na přítomnost nádoru. V reakci na závažnou diagnózu nastupují ego-obranné mechanismy, které mají chránit vnitřní rovnováhu ega, chránit pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a bránit jedince proti excesivní úzkosti, když se setkává s pokračujícími frustracemi. Obranným mechanismem je kompenzace, útěk do fantazie, agrese, sebeobviňování, projekce, racionalizace, regrese, aj.¹⁴³ Uvedené obranné mechanismy pomáhají udržovat vnitřní rovnováhu zmenšením psychického napětí a mohou být vhodnou formou adaptace. V okamžiku, kdy se stávají dominujícími způsoby řešení náročných situací, ukazují na špatné přizpůsobení osobnosti a hovoříme o formách neadaptivních.¹⁴⁴

Sdělení diagnózy přísluší pouze lékaři. V současné době je kladen důraz na pravdivé, ale šetrné sdělení diagnózy, které posiluje vzájemný vztah důvěry pacienta a lékaře. Lékař tímto upřímným přístupem dává prostor k otevřené komunikaci a jedná s nemocným člověkem jak s partnerem.¹⁴⁵ Nepravdivá informace nebo tzv. „milosrdná lež“ nedává člověku možnost přijmout situaci ve všech jejích důsledcích a připravit se na další fáze onemocnění.

Člověk, který zná všechny aspekty své nemoci se s ní může začít vyrovnávat a vydat se cestou již ozkoušených postupů, které mu nabízejí odborníci z různých oblastí života, knihy a stejně zasažení lidé v klubech onkologických pacientů. Prvotní strategie bezprostředně po sdělení závažné diagnózy může vypadat takto:

¹⁴¹ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* Praha : TALPRESS, 1996, s. 11.

¹⁴² Srov. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha : Portál, 2004. s. 37.

¹⁴³ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* Praha : Academia, 1995. s. 223 – 224.

¹⁴⁴ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení.* Praha : Grada Publishing, 2007. s. 56 – 60.

¹⁴⁵ Srov. DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha : Grada Publishing, 2003. s. 49.

- je rozumné nezůstávat se svým onemocněním sám
- je vhodné svoje pocity sdělovat a ne je skrývat
- nabízenou pomoc od rodiny a přátel je dobré přijmout a vzájemně tak unést velkou emoční zátěž na obou stranách
- děti mají být informováni o nemoci v rodině adekvátně vzhledem k jejich věku a emoční zralosti
- když se vzájemně nemocný, rodina a přátelé podělí o diagnózu, vytvoří základy porozumění a důvěry¹⁴⁶

4.2 Reakce na závažné onemocnění

Pokus o popis fází prožívání příchodu a rozvoje závažného, život ohrožujícího onemocnění jakým rakovina tlustého střeva a konečníku byl realizován již několikrát s podobnými výsledky. Nejznámější odborníci v této oblasti však zůstává Elizabeth Kübler-Rossová, která již v roce 1969 vydala knihu s názvem *On Death and Dying* (český název *Hovory s umírajícími*).¹⁴⁷ Na základě rozhovorů s nevléčitelně nemocnými pacienty vytvořila křivku vyrovnání se s nemocí. V této knize jsou uvedena stadia psychického procesu, kterým člověk reaguje na příchod a rozvoj obávaného zhoubného nádoru vedoucího ke smrti. Přestože lékařský pokrok posunul rakovinu do kategorie chronických onemocnění a výrazně zvýšil délku a kvalitu života a pravděpodobnost uzdravení, lidé prožívají fáze podobně jako před mnoha lety, především proto, že onkologická onemocnění stále ovlivňují mýty a nesprávné interpretace. Znalost těchto fází je velmi důležitá především pro samotného pacienta, který může lépe pochopit své vlastní reakce a má možnost je ovlivnit. Jednotlivé fáze Elizabeth Kübler-Rossová pojmenovala následujícím způsobem: **fáze negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření.**

¹⁴⁶ Srov. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/psychologicky-pruvodce-pro-onkologicky-nemocne/article.html?id=63>>.

¹⁴⁷ Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 30.

První stádium – negace

„Myslím, že od té doby, co jsem se dozvěděla, že mám rakovinu, jsem ještě pořád v šoku. Přišlo to tak najednou, neočekávaně, tak překvapivě, přesně na samém počátku mé nové, vzrušující práce.“¹⁴⁸

„Když jsem za několik dní telefonicky hovořil s kolegou patologem a slyšel jsem jeho diagnostickou rozvahu, myslel jsem že se určitě mylí.“¹⁴⁹

První stadium je aktuální reakcí na příchod nemoci. Pacient prožívá šok a veškerá sdělení popírá. Jako běžná obranná strategie psychiky nastupují po vyslovení diagnózy typické věty jako: „Ne to nemůže být pravda, to není možné.“, „Nevěřím tomu“. Člověk se uchyluje k negaci nemoci, k popírání, zavírání očí před skutečností a stahuje se do svého izolovaného světa. Touto prvotní fází procházejí téměř všichni nemocní, protože získávají čas na vypořádání se z nemocí, zvolení dalších postupů a vyrovnání se s novou situací. V této fázi je důležité navázat vzájemný kontakt a vytvořit prostředí důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Fáze by měla být pouze dočasná, jsou však popsány případy, kdy člověk setrvá v této fázi až do smrti. S popíráním skutečnosti se můžeme setkat i vícekrát v průběhu nemoci, především ve spojení s neúspěchem léčby a relapsem.

Druhé stádium – agrese

„Upozornění na sebe bere často formu agrese. Agrese jako výkřiku: „Ještě jsem tady, všimněte si mě.“¹⁵⁰

Po překonání první fáze, kdy již není možno popírat danou skutečnost, přichází období velmi náročné pro rodinu a přátele nemocného a zdravotnický personál. Celou osobu člověka ovládají pocity křivdy, bezpráví, závisti a hněvu. Tento hněv může

¹⁴⁸ ŽALOUDEK, P. *Myšlenky během ozařovací terapie*. Brno : Gloria, 2004. s. 17.

¹⁴⁹ RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. Praha : Návrat domů, 2007. s. 10.

¹⁵⁰ VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s. 52.

vyrůstat ze strachu ze smrti, z bolesti, aj.¹⁵¹ Nemocný člověk reaguje podrážděně, vybíjí si vztek a zlobu na okolí, předkládá nesmyslné stížnosti a požadavky. Neexistuje nic s čím by byl pacient spokojen. Všechny zainteresované osoby je nutno seznámit s koncepcí prožívání nemoci, protože právě v této fázi potřebuje nemocný pochopení a přijetí druhých, aby se ve svém vývoji v přijetí nemoci posunul dále. Je nutné nebrat slovní útoky osobně, ale uvědomit si, že jsou důsledkem životní krize. Pokud je nemocnému věnována náležitá pozornost a především čas, začne se uklidňovat.¹⁵²

Třetí stádium – smlouvání

Tato fáze většinou trvá poměrně krátké období, přesto je pro nemocného člověka důležitá, protože má motivující charakter. Nemocný se zaměřuje na individuální cíl v budoucnosti, kterého by chtěl dosáhnout. Cílem může být prodloužení života, zbavení bolestí, rychlé vyřízení určitých záležitostí. Pacienti obvykle smlouvají v tajnosti s Bohem, slibují konání dobra, skromnost a pokoru, službu církvi. Smlouvají také se zdravotnickými pracovníky. Jde o období návštěv lidových léčitelů a hledání nových lékařských přístupů. Ačkoli ústy lékaře nebylo nic podstatného sděleno, pacient tuší, že jeho nemoc bude dlouhodobá nebo trvalá. V tomto období se setkáváme s výroky jako: „Hlavně, abych se dožil vnoučat“ nebo „Kéž bych se dočkal promoce svého dcery“. Pokud však sliby vycházejí z pocitu viny je nutno se jimi zabývat a osvobodit nemocného od svazujících a nepříjemných pocitů.

Čtvrté stádium – deprese

V této fázi pacient prožívá hluboký smutek, lítost, pocit velké ztráty, rezignace na léčbu. Člověk již nedokáže své onemocnění dále popírat, plně si uvědomuje vážnost situace. Deprese vychází z neschopnosti plnit svou společenskou roli (roli matky, živitele rodiny, zaměstnance, atd.) a z očekávání toho co bude, ze zhoršení

¹⁵¹ Srov. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. Praha : Vyšehrad, 2005. s. 51.

¹⁵² Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 31.

nemoci a konce života.¹⁵³ V těchto chvílích je pro nemocného neocenitelná přítomnost blízkých, podpora nemocného ve vyjádření jeho obav a emocí a trpělivé naslouchání. Není vhodné smutek zlehčovat přehnaným optimismem, kterým si nemocného spíše vzdálíme.

Páté stádium – smíření

„Člověk, který se rozhodne a přijme svoji nemoc, je na tom lépe než člověk, který zuřivě bojuje s nemocí a se všemi kolem, všechny obviňuje z nepozornosti k sobě, chová se agresivně vůči svému okolí jen proto, aby na sebe upozornil. Takový člověk plýtvá drahocennou energií bez účelu.“¹⁵⁴

Konečné přijetí pravdy může mít podobu důstojného klidu a vyrovnanosti, ale také rezignace nebo zoufalství. Pokud se pacient vyrovná se svým stavem, dojde k vnitřnímu míru a pokoji. Sníží se potřeba komunikace a zájmu o okolní dění. Tichá přítomnost či stisk ruky však mohou ještě nemocného ujistit, že nezůstal opuštěný. Toto stádium nepředstavuje ovšem nějaké předčasné vzdání se, ale přijetí skutečnosti. Velice často se objevuje pokora k životu. Podobně jako v dětství se i v závěru života objevuje rostoucí potřeba spánku. Celý boj je u konce a na řadu přichází konečné loučení. V této fázi potřebuje více pomoc rodina nežli sám pacient. Rozdíl mezi přijetím a rezignací výstižně popisuje Elizabeth Kübler-Rossová: *„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“¹⁵⁵*

¹⁵³ Srov. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. Praha : Vyšehrad, 2005. s. 53.

¹⁵⁴ Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. 1. vyd. Olomouc : Maticе cyrilometodějská, 2004. s. 26.

¹⁵⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1999. s. 27.

Nulté stádium

Haškovcová, která se dlouhodobě zabývá kvalitou života onkologicky nemocných pacientů zmiňuje specifické stádium prožívání onemocnění.¹⁵⁶ Nazývá jej **nulovou či nulitní fází** a jedná se o stav, kdy se objevují prvotní potíže, člověk není ve své kůži a váhá, zda vyhledat lékaře či zda počkat jestli příznaky neodezní. Rakovina tlustého střeva a konečníku je často odhalena až v pokročilém stádiu, přestože indicie pro návštěvu lékaře jsou značné jako silné trávicí obtíže, krev ve stolici a bolest. Spíše než otázka velikosti fyzického utrpení se zde nabízí psychický dopad hrozby rakoviny. Již pouhé pomyšlení na možnost výskytu této nemoci vyvolává v lidech představu nesnesitelné bolesti a utrpení, které směřují k rychlému konci. Tato fáze není v současné době více teoreticky prozkoumána, lze se však domnívat, že člověk u kterého vyvstane myšlenka na přítomnost rakoviny tuto skutečnost raději rychle popře a distancuje se od ní. Nezabývá se přibývajících příznaky, prodlužuje stav nejistoty, avšak šance na úspěšnou léčbu nemoci každým dnem výrazně klesá. Přesto však představy a fantazie člověka pracuje naplno a stále častěji se objevují obavy, že se v těle něco děje.¹⁵⁷

Je velice důležité zdůraznit, že těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina a blízcí, kteří trpí společně s ním. Často dochází k časovému posunu v prožívání těchto fází mezi pacientem a jeho blízkými. Jestliže pacient již dosáhl fáze smíření, ale jeho nejbližší ještě prožívají fázi smlouvání a vyjednávání, může to způsobit řadu těžkostí. I když to není lehké, měla by se rodina v takovém případě snažit co možná nejdříve vyrovnat s nemocným krok a být mu oporou a ne přítěží. I když jsou fáze seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá z nich chybí. Opět to odkazuje na individualitu každého člověka, kterou je nutno respektovat.

¹⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vyd. Praha. 1985. s. 55.

¹⁵⁷ PROKOP, J. Spiritualita umírajících pacientů. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén, 2008. s. 216.

4.3 Strach, úzkost, stres a deprese

Onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku je obrovským zásahem do života člověka a pojí se k němu psychické reakce jako strach, úzkost, deprese a stres. Všechny pojmy se ovlivňují navzájem, úzkost způsobuje depresi, strach zhoršuje celkový stres, atd. Přítomnost deprese, úzkosti, strachu a stresu je významným ukazatelem kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním. Je důležité zmírňovat tyto projevy nejen pro vylepšení stavu pacienta, ale také pro snížení emocionální zátěže rodinných příslušníků. Nejčastějšími problémy u onkologických pacientů jsou „*depresivní a úzkostné reakce, které doprovázejí proces přijetí a adaptace onkologického pacienta na závažnou nemoc.*“¹⁵⁸ Člověk si uvědomuje bezprostřední ohrožení svého života a vyjmenované odezvy nastupují v souvislosti s nejistou budoucností, s koncem života, s umíráním, s materiálním zabezpečením rodiny s obavou ze ztráty kontroly nad životem. Reakce bývají silnější a nepříjemnější úměrně tomu, jak se s situací vyrovnáváme, zda ji přijmeme a postavíme se jí čelem nebo zda-li rezignujeme a vzdáme se naděje. Křivohlavý uvádí strategické cíle zvládnání životních těžkostí:

- Snížit, to o člověka ohrožuje
- Tolerovat – unést to, co nepříjemného se děje
- Zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe
- Zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu
- Zlepšit podmínky, za nichž by bylo možné se po zážitku s životní těžkostí zregenerovat
- Pokračovat v sociální interakci – v životě s druhými lidmi¹⁵⁹

Strach je spojen vždy s konkrétní situací nebo předmětem.¹⁶⁰ Onkologicky nemocný člověk může mít strach z očekávané operace, z růstu nádoru, se změn v soukromém životě, strach z nesnesitelné bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti,

¹⁵⁸ KALVODOVÁ, L. *Psychika onkologicky nemocných a jejich blízkých* [online]. 2006 [cit. 2009-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_r1.php>.

¹⁵⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 104.

¹⁶⁰ VYKOPALOVÁ, H. *Krize a psychosociální pomoc*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2007. s. 15.

apod. Určitá hladina strachu je žádoucí, protože dokáže nemocného stimulovat k reálnému přístupu operaci, k respektování požadavků na předoperační vyšetření. Nadměrný strach však paralyzuje.¹⁶¹ Strach ze smrti se stane naléhavější, když se nemocný člověk dozví, že nádorová nemoc postupuje nebo že se znovu objevila.¹⁶² V případech, kdy rakovina vyústí v nutnost kolostomie je tento zásah do tělesného vzhledu doprovázena strachem a obavami ze vzniku handicapu, který by mohl být příčinou sociální exkluze. Je nutno informovat klienta o možnostech života s kolostomií, které jsou téměř stejné jako u člověka bez tohoto zásahu. Rafferty zmiňuje dva druhy strachu, které je třeba mít na zřeteli, aby člověk mohl plně pochopit dopad na život ohrožující nemoci jako je rakovina na jedince a jeho rodinu:¹⁶³

- **Strach z toho, co rakovina může znamenat** - rakovina je v naší společnosti nejobávanější nemocí, pro spoustu lidí je synonymem smrti a ani lékařské pokroky toto obecné vědomí nezměnily. Rakovina je obávanou nemocí především proto že, příčina nemoci je neznámá, léčba obecně je velmi nepříjemná a zneschopňující člověka a výsledek a dlouhodobé přežití je nejisté.
- **Strach z hospitalizace** - samotný fakt hospitalizace je pro jedince zátěžovou situací, která často bývá lékaři a zdravotním personálem, zvyklým na nemocniční prostředí, nedocněna nebo úplně přehlížena.

Naproti tomu prožívání úzkosti není vázáno na určitý vnější předmět¹⁶⁴, probíhá v nevědomé sféře a způsobuje neurčitou tíseň „z něčeho“. **Úzkost** je tedy nepříjemný prožitek a bývá nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než událost sama.¹⁶⁵ Mezi somatické a psychické projevy úzkosti

¹⁶¹ Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s. 70.

¹⁶² Srov. SKALA, E. *Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?* Praha : Liga proti rakovině, 2007. s. 16.

¹⁶³ Srov. Rafferty In: Donald et al., 1985: In VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : MSD, 2006. s. 27.

¹⁶⁴ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. s. 240.

¹⁶⁵ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 50.

jsou řazeny rozčilení, podráždění, útlum, pasivita, někdy až strnulost, ustaraný až ustrašený výraz, nejisté, nekoordinované pohyby, tření končetin nebo svalové napětí, rychlá, překotná, zajímavá řeč, roztržitost, tendence k zapomínání, rozšířené zornice, zrychlený tep, dech, zblednutí, sucho v ústech, nervozita, pocení, aj. Při úzkosti se také může měnit naše chování, objevuje se neklid, popocházení, okusování nehtů, kouření, pití alkoholu, uklidňování se jídlem, vyhýbání se určitým situacím.¹⁶⁶ Projevem úzkosti může být také nedodržování léčebného režimu.¹⁶⁷

Pocitování úzkosti při nádorovém onemocnění je přirozenou reakcí, úzkost se však značně zmenší, pokud nemocný člověk a jeho rodina získá veškeré potřebné informace. Pacienti se z úzkostí vyrovnávají různými způsoby, obecně je známá Yalomova koncepce boj proti úzkosti.¹⁶⁸ Jedná se buď o přesvědčení o své vlastní výjimečnosti, kdy je člověk přesvědčen o svých výjimečných schopnostech v boji s rakovinou nebo o víru v posledního zachránce, v Boha či jiný spirituální prvek, který člověka v nejisté a zátěžové situaci zachrání.

Výše zmíněné obavy, úzkost a strach spolu s těžkou životní situací vyvolávají u lidí **stres**. V reakci na stresovou situaci nacházíme individuální rozdíly. To co se pro jednoho člověka může jevit jako velmi těžká zkouška, jiného stejná situace nevyvede z klidu. Stres je do určité míry přirozená reakce organismu na zátěž či problém. Jako stres je chápána taková změna v organismu, která může v určitém stavu ohrožení vyvolat vysoký stupeň napětí, rozvrátit zaběhaná schémata každodenního způsobu jednání, která oslabuje mentální výkonnost a vyvolává subjektivně nepříjemné stavy afektivního vyčerpání. „*Stresem je také nejen přímé ohrožení člověka, ale i předjímání (anticipace) takového ohrožení a s tím spojený strach, bolest, nejistota, úzkost, atd.*“¹⁶⁹ Stěží existuje člověk, který by onemocnění rakovinou přešel s chladnou hlavou. Byl však popsán trojí postoj vůči stresovým faktorům. Člověk se vypořádává s rakovinou jako s:¹⁷⁰

- Nenapravitelnou újmou. Člověk snadno upadne do sebelítosti a uzavře jakoukoli možnost změnit okolnosti, ve kterých se nachází.

¹⁶⁶ Srov. Úzkost a její zvládnání. Onko okno. Říjen 2004, č. 5, s. 4-5. Dostupný z WWW:<<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

¹⁶⁷ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 194.

¹⁶⁸ Srov. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha : Grada Avicenum, 1993. s. 112 – 113.

¹⁶⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha : Grada Avicenum, 1994. s. 10.

¹⁷⁰ MELGOSA, J. Dr. *Zvládni svůj stres!* Praha : Advent-Orion, 2004. s. 26.

- S nebezpečím. Budoucnost se mu může jevit ve velice temných barvách a jen s negativními důsledky této události. Stresový faktor bude vnímán především jako hrozba a budoucnost se bude očekávat s úzkostí a nejistotou.
- S výzvou. Výsledkem takového přístupu bude hledání pozitivních aspektů s energií a nadějí, která je výslednicí toho, že se člověk zaměřil na vytyčený cíl.

Stres může výrazně zhoršit průběh již existující choroby a stát se zdrojem pro vznik dalších symptomů. Ovlivňuje míru naší pozornosti, naše myšlenky, paměť, citovou oblast, sebehodnocení, řeč, zájmy, energii, spánek a naše vztahy. Při tomto vyjmenování je jasné, že člověk nebojuje pouze s rakovinou, ale i se stresem, který nemoc vyvolává. Doporučuje se zhodnotit, které změny v našem životě vyvolala rakovina a které jsou důsledkem stresu, tudíž je s nimi možnost zdařile bojovat. Stres u onkologického onemocnění není aspekt, který by zmizel po úspěšné léčbě, je to něco stálého, protože tito lidé se neustále obávají návratu choroby.

Jak velkým stresorem rakovina je dokládá stupnice stresových událostí, kterou vypracovali dr. Richard H. Rahe a dr. Thomas H. Holmes. Nemoc či zranění se objevuje ve světě na předních příčkách. Vezmeme-li v úvahu tak závažnou nemoc jakou rakovina je, umístění je zcela opodstatněné. Také lidem, kteří v minulosti dobře zvládali i nepříznivé životní situace, se při rakovině a její léčbě zvyšuje hladina stresu dokonce i při vykonávání běžných denních úkonů.¹⁷¹ Vyrovnání se stresem z onemocnění může velmi pozitivně ovlivnit léčbu a vést k uzdravení. V této oblasti vyrovnávání se stresem (coping strategy) způsobeným přítomností rakoviny je obrovským přínosem pro psychology, psychiatry, specializované zdravotní sestry, poradce nebo sociální pracovníky kniha *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*.¹⁷² Lékaři Arthur a Christine Nezuovi a jejich spoluautoři zachytili psychologickou podstatu pomoci pacientům s rakovinou – základní potřebu pacienty nejen podporovat, ale také je učit dovednostem, jak zvládat pomocí terapie zaměřené na řešení problémů, život s rakovinou.

¹⁷¹ Srov. NEZU, A., NEZUOVÁ, CH., FRIEDMANOVÁ, S., FADDISOVÁ, S., HOUTS, P. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 22.

¹⁷² NEZU, A., NEZUOVÁ, CH., FRIEDMANOVÁ, S., FADDISOVÁ, S., HOUTS, P. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.

Deprese označuje intenzivní a déle trvající stav beznaděje a smutku, který postihuje onkologické pacienty v širokém rozsahu. Matoušek depresi definuje jako poruchu emočního prožívání, hlavním příznakem je chorobný smutek, vedle toho ztráta energie a zájmů, poruchy sebehodnocení, nechut' k činnosti, pesimistický výhled do budoucna, omezení komunikace s okolím, nesoustředěnost, pocity viny, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, sexuální poruchy, bolesti v těle, někdy i sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu.¹⁷³ Odhaduje se, že 15 - 25% pacientů s nádorovým onemocněním trpí depresí.¹⁷⁴ Weisman a Worden (1976-1977) zjistili, že lidé s rakovinou bývají pesimističtí, mají zvýšenou úroveň emocionální zátěže, sklon snadno se vzdávat a očekávají málo podpory.¹⁷⁵ Na vznik deprese má vliv nejenom přítomnost samotné nemoci, ale také ztráta víry, naděje, smyslu života, neshody v rodinném prostředí a obavy z nedokončení životního úkolu. Dopady deprese na léčbu a celkové uzdravování jsou závažné, proto by měla být deprese diagnostikována včas. Člověk s depresí potřebuje pomoc a podporu celého interdisciplinárního týmu, rodiny a někdy také medikamentózní léčby.

4.4 Hospitalizace

„Ano, stal se rodným číslem, případem. Jedním z mnoha. Ztratil svou výjimečnost, svou individualitu. Aby toho nebylo málo, dali mu novou uniformu. Uniformu nemocných, lépe řečeno bezmocných. Jakési modré oblečení plné razítek o tom, komu to patří. Kdoví, kolik lidí už to před ním nosilo. Kdoví, jestli v těch hadrech někdo před tím nezemřel. Jak je to ponižující, neosobní.“¹⁷⁶

„Je ráno. Budí nás v šest, abychom mohli do osmi čekat.“¹⁷⁷

¹⁷³ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 48.

¹⁷⁴ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 120.

¹⁷⁵ Srov. NEZU, A., NEZUOVÁ, CH., FRIEDMANOVÁ, S., FADDISOVÁ, S., HOUTS, P. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 23.

¹⁷⁶ VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s. 35.

¹⁷⁷ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 18.

Nemoc samotná není jediná záležitost se kterou se musí nemocný člověk vyrovnat. Obrovským zásahem do života a soukromí je nutnost hospitalizace a s ní spojená změna životního stylu, denního režimu a sociálního statusu. Nástup do nemocnice je provázen pocity strachu a obav z neznámého. Je omezena možnost seberealizace, člověk musí dodržovat řadu pravidel a řídit se pokyny zdravotnického týmu.¹⁷⁸ Existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem v nemocnici. V nemocnici nemá pacient možnost účastnit se běžného života rodiny, chybí mu společné zážitky a informace. Ukazuje se, že málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí, většina pacientů je do nemocnice odkázáno ošetřujícím nebo odborným lékařem. Z psychologického hlediska je výhodnější, pokud může nemocný člověk zůstat v domácím prostředí, protože doma lépe zvládá bolest, strach, úzkost, cítí se bezpečněji a přítomnost členů rodiny jej většinou uklidňuje a rozptyluje.¹⁷⁹

Zásahem do soukromí pacienta je společný pobyt na pokojích se spolupacienty, řád nemocnice, obnažování, vykonávání hygienických a vyprazdňovacích potřeb na pokoji, společný program, omezení kontaktu s rodinou, přebytek volného času aj. V průběhu dlouhodobého pobytu v nemocnici se mohou projevat negativní reakce na tento stav. Jedná se o silnou reakci na hospitalizaci nazvanou hospitalismus. Nemocný člověk se stává pasivním v důsledku izolace od světa, přestává mít o cokoli zájem a chátrá psychicky i fyzicky.

Hospitalizace sebou přináší mnoho nejrůznějších změn. Změnami prochází jednak pacientovo tělo, ale také jeho psychika a duchovní dimenze, která se většinou vlivem nemoci mění. Vážně nemocný člověk musí čelit řadě změn, které si plně uvědomuje a zakouší si je na vlastní kůži. Křivohlavý ve své knize popisuje několik změn, ke kterým dojde následkem vážné nemoci a pobytem v nemocnici. Mezi tyto změny patří pasivita, závislost na druhých, změna životního rytmu, sebehodnocení, změna zájmů, životního prostředí, změny ve zvládání problémů, emocích, časovém prostoru, aj.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Srov. Kolektiv autorů. *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha : Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. s. 34.

¹⁷⁹ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, 2007. s. 33.

¹⁸⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. s. 49 – 51.

5 Sociální změny

Závažné onemocnění jako je rakovina tlustého střeva a konečníku svou přítomností a léčbou přerušuje sociální aktivity nemocného. Změny se týkají struktury rodinného fungování, sociálních rolí a v konečném důsledku i četnosti a kvality vzájemných mezilidských vztahů.

5.1 Sociální role

„Nikdo včetně mě neočekával, že bych se měl starat o cokoli jiného, což mě naplňovalo pocity úžasné úlevy. Mohl jsem hodit přes palubu veškeré ostatní záležitosti asi tak jako když se had vysvlékne ze své kůže. Bylo to vlastně velmi jednoduché – byla to pouze rakovina a já.“¹⁸¹

Křivohlavý upozorňuje na to, že s narušeným zdravím nedochází pouze k biologickým změnám, ale negativně se mění i sociální role.¹⁸² Matoušek definuje sociální roli nemocného jako vzorce chování, jež se očekávají od toho, kdo je nemocný, často znamená zbavení některých závazků, které mají ostatní členové společnosti.¹⁸³ Nová sociální role do značné míry zasahuje do života jedince, přiznává mu jistá privilegia, ale na druhé straně jej v mnoha směrech omezuje. Vágnerová vymezuje základní role nemocného:

- Jedinec není viníkem svého stavu a potřebuje pomoc
- Jedinec je zproštěn některých povinností, ale zároveň nemá stejná práva jako zdraví lidé
- Od jedince se očekává aktivní snaha a spolupráce na léčbě. Pokud jedinec o uzdravení neusiluje, společnost o něj ztrácí zájem

¹⁸¹ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* Praha : TALPRESS, 1996. s. 18.

¹⁸² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha : Grada, 2002. s. 13.

¹⁸³ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce.* Praha : Portál, 2003. s. 190.

Jak už bylo řečeno, společnost nabízí určité výhody a úlevy pro nemocného člověka. Nemocný má právo odpočinout si, okolí na nějakou dobu ochotně přebírá jeho úkoly. Může pobírat peněžní dávky v nemoci. Pro některé je obtížné přijmout tyto výhody, protože tím upozorňují na závislost na jiných. „Zvláště v dnešní době, kdy soběstačnost a individuální rozvoj hraje velký význam v sebepojetí člověka, může být strach ze závislosti významným faktorem v přijímání nemoci. Na druhou stranu společnost žádá od nemocného, aby se uzdravoval, jak nejrychleji to půjde, plnil povinnosti spojené s léčbou. Příkladem jsou sankce při porušení léčebného režimu při pracovní neschopnosti.“¹⁸⁴

Sociální rolí není myšleno pouze chování spojené se sociální pozicí v rodině, ale také profesní role, role v zájmovém klubu, role trenéra, atd. S plněním pracovní role je spojeno finanční ohodnocení, ekonomické zajištění rodiny a problematické naplňování této role zasahuje oblast sebekoncepce, navozuje pocity úzkosti a nejistoty.¹⁸⁵ Role nemocného potlačuje ostatní role, i tak důležité jako role matky nebo živitele rodiny, proto může mít ničivý dopad na rodinu (Leventhal et al., 1985).¹⁸⁶ Člověk v nemocnici zažívá jednu z mnoha životních rolí, které v životě plní. Říkáme-li, že je nemocný, říkáme tím, že nemá sílu, nemá moc působit na věci a události tak, jak byl až doposud zvyklý, byl-li zdravý.¹⁸⁷ Zatímco v normálním životě a sociálním prostředí smí jedinec relativně mnoho, respektive vše, co není zakázané, naproti tomu v nemoci nesmí nic, co by nebylo výslovně povolené.¹⁸⁸ Role pacienta se dále vyvíjí v závislosti na úspěchu či neúspěchu léčby.

¹⁸⁴ VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 75 – 77.

¹⁸⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 145.

¹⁸⁶ Srov. VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : MSD, 2006. s. 7.

¹⁸⁷ Srov. VODVÁŘKA , P. *Třidvacet dialogů o rakovině : Strastiplná cesta po dlouhém, úzkém mostě aneb jak překonat rakovinu*. Praha: Galén, 2001. s. 22.

¹⁸⁸ Srov. BÁRTLOVÁ, S. *Některé sociologické aspekty pacienta. Učební texty pro pomaturitní specializační studium SZP*. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1982. s. 11.

5.2 Sociální opora

„Přistihl jsem se, že sedím a zoufale čekám, že někdo zavolá nebo napíše. V téhle situaci si člověk vždycky všechno přetřídí. Na jednu stranu si říkám, ať mi dá každý pokoj a vlezte na záda, na druhou stranu je člověk zejména v tyhle „čekací“ dny vděčný za jakékoliv slovní pohlazení, bez rozdílu pohlaví.“¹⁸⁹

Sociální opora je založena na dobrých interpersonálních vztazích, v sociálním zázemí rodiny, přátel a známých, případně zájmových a jiných institucí a v pracovním kolektivu.¹⁹⁰ Sociální opora obsahuje síť sociálních vazeb neboli zdrojů sociální opory jakými jsou rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, skupiny a kluby pacientů, profesionálové a dobrovolníci.

Sociální opora je chápána jako:

- Činnost, která člověku v tísní ulehčuje prožívanou situaci a jako pomoc, kterou mu ostatní poskytují
- Vztahové mezilidské působení umožňující naplňování základních potřeb
- Kognitivní zhodnocení nebo posouzení významu a prospěšnosti mezilidských vztahů
- Proces výměn mezi jednotlivcem a prostředím
- Charakter psychosociálních zdrojů, vztah mezi příjemcem a poskytovatelem¹⁹¹

Nezávisle na úrovni působícího stresu může mít sociální opora příznivý účinek na pohodu člověka a pozitivní průběh nemoci. Objevuje se stále více důkazů, že sociální opora má pozitivní vliv k přežití rakoviny.¹⁹² Psychická podpora může doslova učinit zázraky, nemocnému nevrátí zdraví, ale může učinit zbytek života

¹⁸⁹ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 57.

¹⁹⁰ Srov. SOCIOLOGICKÉ POJMOSLOVÍ. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny.* Praha : Sociologické nakladatelství, 1994. s. 32.

¹⁹¹ Srov. VYKOPALOVÁ, H. *Krize a psychosociální pomoc.* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2007. s. 17.

¹⁹² Srov. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha : Portál, 2004. s. 86.

s nemocí smysluplný, kvalitnější. „Často můžeme slyšet od svých blízkých jen pro tebe žiju, jsem na světě kvůli tobě, jsi smyslem mého života, díky tobě se cítím potřebným a mám stále pro co žít.“¹⁹³ Tento pozitivní vliv sociální opory potvrdilo 20 z 22 analyzovaných studií.¹⁹⁴

5.3 Rodina

„Co jsem v těch okamžicích prožíval nejcitelněji bylo odloučení od manželky a od rodiny. Nebyl jsem žádný hrdina a nedovedl jsem potlačit smutek ve svém hlase. Moje žena v důsledku toho prožívala snad ještě horší pocity a smutek než já.“¹⁹⁵

Rodina jako sociální skupina má snad na pacienta největší společenský vliv¹⁹⁶ a je zároveň sítí primární sociální opory. Rodina může plnit funkci prevence nemoci, tím že lidé, kteří žijí v rodině jsou častěji druhými lidmi donucováni navštívit lékaře. U včasné diagnostikovaného nádoru tlustého střeva nebo konečníku má pacient mnohem větší šanci na uzdravení a tím i na přežití. Přítomnost nemoci působí na rodinný život převážně negativně. Mění se sociální role v rodině a transformuje se její struktura. Do jaké míry se tyto změny vyskytnou závisí na adaptabilitě rodiny.¹⁹⁷ Adaptabilita rodiny znamená rozsah flexibility a schopnosti rodinného systému měnit svoji strukturu, role a pravidla vztahů v závislosti na situačním stresu způsobeném vážnou nemocí.¹⁹⁸

Vážnější onemocnění jako rakovina tlustého střeva a konečníku vyvolává zpravidla obavy ostatních členů rodiny, soucit nebo smutek. Fungování rodinného života je narušeno více, pokud je nemocný člověk hospitalizován a pokud se jedná o dominantního člena rodiny. V případě rakoviny tlustého střeva je nemocným téměř

¹⁹³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vyd. 1985. s. 27.

¹⁹⁴ Srov. Terry, Nielsen, Perchard, 1993 In KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. s. 155.

¹⁹⁵ RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. Praha : Návrat domů, 2007. s. 13.

¹⁹⁶ Srov. BĀRTLOVÁ, S. *Některé sociologické aspekty pacienta : Učební texty pro pomaturitní specializační studium SZP*. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. 1982. s. 34-36.

¹⁹⁷ Srov. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2001. s. 31.

¹⁹⁸ Srov. Kolektiv autorů. *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha : Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. s. 34.

vždy dospělý člověk. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Pocit podpory, vědomí, že na nemocného někdo čeká, posiluje motivaci k léčbě a zabraňuje přílišnému upadání do depresí a beznaděje. Navíc bylo zjištěno, že ti pacienti, které na cestě nemoci někdo doprovází, se dožívají delší doby než ti, kteří zůstávají sami.¹⁹⁹

Rakovina velmi zasáhne nejbližší rodinu nemocného. Zatímco můžeme říci, že pacient má otěže svého uzdravování ve svých rukou, ostatním členům nezbyvá než jen přihlížet vývoji nemoci. Příbuzní procházejí různými fázemi vyrovnávání se s nemocí stejně jako pacient. Rozdíl je však v rychlosti jakou procházejí jednotlivými fázemi. Většinou jsou o něco pozadu za nemocným, takže jej často zdržují a vracejí zpět na místa, kde již byl. Nemocní tak mohou paradoxně pomáhat svým blízkým v překonání určité fáze a ke konečnému přijetí faktu nemoci. Proto i oni často potřebují odbornou podporu a povzbuzení v těžké situaci.

Vorlíček zdůrazňuje, že členové rodiny, kteří neuspokojí své vlastní potřeby, jsou méně schopni starat se o pacienta a častěji mají sami fyzické a psychické problémy.²⁰⁰ McFarland poukazuje na pravidlo devadesáti a desíti. Zatímco při přítomnosti závažné nemoci se pacientův život z 90 procent změní a pacient si zachová pouze deset procent ze svého bývalého života. Na druhé straně se lidé z pacientova blízkého okolí změní z deseti procent a zachovají si devadesát procent ze svých bývalých životů (práci, domácí povinnosti, každodenní rutinu atd.).²⁰¹

Tschuschke upozorňuje na to, že partnerský a manželský život prochází během nádorového onemocnění množstvím závažných změn, které mohou vést k rozchodům nebo rozvodům.²⁰² Změna v sexuálním životě je vždy individuální věcí, psychologický stres spojený s rakovinou může snižovat libido.²⁰³ Vedlejší účinky léčby a symptomy doprovázející nemoc mohou být také překážkou v rozvíjení tělesného vztahu. Pokud nemoc zasáhne do rodinného a manželského života, tak že naruší fungování a zvládání konfliktů v rodině, je vhodné obrátit se na odborníky

¹⁹⁹ Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2004. s. 31.

²⁰⁰ Srov. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 165-166.

²⁰¹ Srov. MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha : TALPRESS, 1996. s. 38.

²⁰² Srov. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha : Portál, 2004. s. 78.

²⁰³ Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psychosociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. s. 163.

z oblasti rodinného a manželského poradenství. Manželská terapie se snaží pomoci partnerům adaptovat se těmto novým podmínkám a nalézt optimální formy dalšího soužití.²⁰⁴ Dienstbier doporučuje plně informovat děti v pubertě a dospělé potomky o zdravotním stavu při onkologickém onemocnění a zapojit do režimu dne i rekonvalescence.²⁰⁵ Rodinní příslušníci poznají, když je něco v nepořádku a mohou si představovat skutečnost daleko horší než ve skutečnosti je.²⁰⁶

Zvládání nebo podléhání zátěži závisí na velkém množství faktorů. Zkušenost rodiny a strategie zvládání zátěže použité v minulosti do určité míry předurčují reakci rodiny. Klíčové dimenze rodinného fungování, na které musí být nahlíženo ze sociokulturního a psychologického hlediska jsou:

- Otevřený/uzavřený komunikační styl (informativní i emotivní)
- Flexibilní/rigidní role
- Organizovaná/chaotická celková struktura
- Rozdělení moci a kontroly v rodině
- Funkčnost užší rodiny a vztah mezi jejími členy
- Dostupnost podpory od širší rodiny, přátel, společnosti
- Povaha a vývoj nemoci samotné
- Neočekávané události (ztráta zaměstnání, finanční problémy, stěhování, atd.)²⁰⁷

5.4 Přátelé, známí a sousedé

Říká se, že nemoc prověří přátele. Ti méně oddaní se stáhnou do ústraní, naopak některá přátelství mohou upevnit své kořeny. Přátelé jsou ti, kteří mají u nemocného stát v dobrém i ve zlém, být mu bližním v těžkých situacích a doprovázet ho po cestě nemocí a navštěvovat v nemocnici. Nemocný člověk potřebuje především podporu,

²⁰⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha : Portál, 2005. s. 54.

²⁰⁵ Srov. DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha : Grada Publishing, 2003. s. 84.

²⁰⁶ Srov. CHOVANCOVÁ, Z., VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor a co dál.. : průvodce životem nemocného rakovinou*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 87.

²⁰⁷ Srov. Baier et al., 2000: s. 277-282. In VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : MSD, 2006. s. 28 – 29.

porozumění a povzbuzení prostřednictvím účinné často i veselé komunikace. Přátelé by měli pochopit i stavy hněvu a agrese, které nemocný může dávat najevo, ale které po určité době odezní. Někdy se však stává, že se lidé nemocným začnou vyhýbat kvůli holohlavosti, úbytku na hmotnosti, malátnosti nebo prostě proto, že neví jak s nemocným hovořit.²⁰⁸

Známí a sousedé mohou pomoci nemocnému člověku s osobními záležitostmi, s prací doma, s nákupem atd. Spolupracovníci svou účastí a vyprávěním nechávají nemocnému pocit účasti na okolním životě.

Spolupacienti mohou být pro onkologicky nemocného člověka zdrojem radosti ale i bolesti. Nemocní prožívají se stejně nemocným spolupacientem jeho osobní příběh a těžce nesou zhoršení jeho zdravotního stavu a tělesné chátrání, neboť jim to připomíná jejich vlastní bezmocnost. Je prokázáno, že pacienti věří mnohem více informacím spolupacientů než zdravotníků.²⁰⁹

Sociální oporou mají být všichni členové multidisciplinárního týmu, kteří by měli být v komunikaci s pacientem školeni. Ať už lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog či duchovní by měli svým vlídným slovem a povzbuzením zmírnit utrpení těžce nemocného člověka. Všichni by měli svým jednáním podporovat sebeúctu člověka a jevit o něj opravdový zájem.²¹⁰

V udržení dalších sociálních kontaktů a dobré duševní a emoční aktivity se otvírají možnosti pro působení dobrovolníka. Touto podporou se dobrovolník v nemocnici může stát pro pacienta spojnicí s vnějším světem, kontaktním mostem pro člověka v obtížné životní situaci a v neposlední řadě i nositelem změny v jeho přístupu k životu.

Dalším zdrojem sociální opory jsou kluby onkologicky nemocných a stomiků, které připravují společná setkání, pořádají odborné semináře a instruktáže pro své členy i pro rodinné příslušníky, organizují rekondiční pobyty, zájezdy, kulturní akce atd. Na těchto setkáních se otevřeně hovoří o různých problémech, předávají se navzájem rady a zkušenosti, získávají se zde nová přátelství a opora pro překonávání obtíží.

²⁰⁸ Srov. NEZU, A., et al. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 24.

²⁰⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vyd. 1985. s. 231

²¹⁰ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 154.

5.5 Práce a ekonomický dopad

Pro většinu lidí není zaměstnání jenom zdroj obživy, ale také místo seberealizace, zábavy a styku s ostatními lidmi. Při zjištění onkologické diagnózy se u ekonomicky aktivního člověka objevují obavy ze ztráty zaměstnání. Nemoc a s ní spojená pracovní neschopnost vždy negativně zasáhnou do finančního rozpočtu rodiny. Řada nemocných není schopna pracovat a vyžaduje celoživotní péči a finanční podporu. V případě onkologického onemocnění může být zdravotní stav natolik narušen, že člověk již není schopen návratu do původního zaměstnání.

Rozsáhlý ekonomický dopad nemoci odpovídá závažnosti onemocnění. Naléhavost pracovního uplatnění je dána také tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka a pokud není tato potřeba uspokojena, dochází k frustraci a ke stresovému stavu.²¹¹ V této oblasti je značný prostor pro intervenci ze strany sociálního pracovníka, který by měl klientovi podat základní informace ohledně zajištění domácí zdravotní péče, pečovatelské služby či osobní asistence, možnostech rehabilitace a poskytnout informace o dávkách sociální péče, hmotné nouze, státní sociální podpory, příspěvku na péči, vyřizování částečného nebo plného invalidního důchodu, mimořádných výhod TP, ZTP, o možnostech zaměstnávání zdravotně postižených osob, realitních pobytů a hospicové péče.²¹² Začlenění nemocného zpět do pracovního procesu ať již do původního zaměstnání nebo do zaměstnání náhradního je základním předpokladem opětovného sebezprosažení se a seberealizace v plnohodnotném aktivním životě.

²¹¹ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 83.

²¹² V oblasti poskytování dávek a služeb vyšla v roce 2002 brožura Masarykova onkologického ústavu *Kde hledat další pomoc ve zdravotní a sociální oblasti*. Vzhledem ke změnám v této oblasti jsou informace zastaralé a je nutno se informovat na aktuální podmínky nároku na dávky, přičemž některé dávky zanikly nebo mají jiné jméno.

6 Spirituální změny

Do nedávné doby nebyla spirituální oblasti věnována téměř žádná pozornost. V dnešní době je spirituální stránka člověka brána stále více v potaz. Hledání odpovědí na existenciální otázky a zamýšlení se nad hlubším smyslem života je přirozenou potřebou člověka. Tato potřeba je vnímána naléhavěji v případech onkologické diagnózy a konfrontace s možným koncem života.

6.1 Spiritualita

Jestliže se bavíme o spirituální stránce nemocného člověka je nutno si vysvětlit co se skrývá pod pojmem spiritualita. Slovo spiritualita je odvozeno od latinského spiritus – duch, tedy něco duchovního, duchovní oblast člověka.²¹³ Spirituální oblast je velmi osobní část v nitru člověka, ve které jsou prožívány zásadní jistoty i nejistoty. Je to oblast nejdůležitějších vztahů, smyslu a náplně života a vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí.²¹⁴ Můžeme si spiritualitu představit jako něco, co člověka přesahuje, je věčné, není materiální.

Spiritualita člověka je věcí individuální a jedinečnou. Rozvíjí ve vyhrocených situacích, ve stáří, v nemoci, když se ptáme po smyslu života. Duchovní cesta, která je hledáním a naplňováním spirituality každého člověka je individuální, jedinečná a neopakovatelná. „Každý putujeme jinak, jiným tempem, některou etapu je možno „přeskočit“, na některé lze ustrnout. Někdo stojí teprve na začátku a jeho duchovní cesta ještě nezačala, svoji spiritualitu ještě neobjevil.“²¹⁵ Slabý definuje spiritualitu jako: „vnitřní uzdravení, žít v souladu se skutečnostmi, které nás přesahují.“²¹⁶ Součástí spirituality je vědomí celistvosti a svázanosti s celkem, a to jak s lidmi, tak s

²¹³ Srov. BABYRÁDOVÁ, H., HAVLÍČEK, J. (Eds.) *Spiritualita : fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 85.

²¹⁴ Spirituální aspekty bolesti. *Občasník české myelinové skupiny*. 1.1.2007, roč. V, č. 5, s. 13.

²¹⁵ DOČKAL, J. *Člověk v současném světě : než začneme studovat sociální práci*. Sředokluky : Zdeněk Susa, 2008. s. 64.

²¹⁶ SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. s. 16.

přírodou.²¹⁷ Spiritualita souvisí s náboženstvím, ale není to věc totožná, nemusí být na náboženství vázaná. Má nekonečně mnoho podob a projevů, v dávné historii šamanismus, mýty a báje, okultní vědy, přírodní a definovaná náboženství, sekty či obyčejnou víru „v něco“. Vývojem člověka se měnila jeho spiritualita. Trvá-li nemoc a bolest příliš dlouho je zcela pochopitelná otázka po jistotách, které i za těchto okolností zůstávají. Proto může být touha po spirituálním zážitku silnější u osob s vážným onemocněním, i když se vyskytuje u všech nemocných. Spiritualita nemocného člověka je silně ovlivněna hledáním odpovědí na existenciální otázky. Jaké tyto existenciální otázky jsou uvádí Opatrný:

- Zorientovat se v situaci, která je pro pacienta nová (prostředí nemocnice, odkázanost na pomoc druhých, nemohoucnost, vědomí blízké smrti).
- Přijmout více či méně novou životní roli.
- Uvést do souvislosti dosavadní život s životem „okleštěným“ nemocí nebo pomalu hasnoucím, tedy integrovat současný stav do celku života.
- Najít smysl života i v nové situaci a docenit smysl života dosud žitého.
- Vyrovnat se s obavami o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolest, samotnou smrt) i o bližní, které možná brzy opustí (životní partner, děti).
- Vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními.
- Vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpeními, křivdami a neúspěchy – odpustit.
- Vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem, případně Bohu a dospět k odpuštění.²¹⁸

Věřící člověk si může na tyto otázky odpovědět náboženskými teoriemi, nevěřící si na spirituální otázky vytváří vlastní odpovědi, inspirované třeba vlastními zkušenostmi, literaturou a blízkými lidmi. Některý nemocný člověk dokáže o těchto věcech komunikovat, jiný téměř vůbec ne, to ovšem neznamená, že si existenciální a

²¹⁷ Srov. BABYRÁDOVÁ, H., HAVLÍČEK, J. (Eds.) *Spiritualita : fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 93

²¹⁸ Srov. OPATRŇÝ, A. Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2004. s. 6 – 7.

spirituální otázky neklade a že se je nepokouší řešit.²¹⁹ „Rozhovor na niterná témata zpravidla probíhá až tehdy, kdy nemocný nabude ke svému protějšku důvěry a je přesvědčen, že mu bude rozuměno. Takový rozhovor má někdy výslovně náboženskou dimenzi, jindy je rozhovorem bez náboženských témat, ale přesto se dotýká hloubek života.“²²⁰ Opatrný poukazuje na to že, smyslem duchovního rozhovoru může být upevnění víry, může to být období velkého zápasu o víru, která mu byla po celý dosavadní život oporou.²²¹

Vodvářka tvrdí, že s rakovinou dochází ke změnám spirituality. Většina nemocných uznává, že existuje něco, co nás přesahuje. Pro některé je to Bůh, jiní nevědí, jak to nazvat, ale ví, že se můžou na tuto autoritu dennodenně obracet. Zmiňuje se také o menšině lidí, kteří v souvislosti s touto nemocí přestanou věřit v cokoli a tvrdí, že kdyby existoval Bůh, nemuseli by takto trpět.²²² Kebza poukazuje na to, že v literatuře jsou výsledky vlivu víry na kvalitu života nejednotné, nicméně nelze patrně popřít jakýsi obecně ochranný účinek víry (včetně psychotherapeutického efektu), zvláště u osob skutečně věřících.²²³ Rozsáhlý přehled výsledků studií zkoumajících souvislosti mezi vírou, osobní pohodou a zdravím přináší vesměs s podobně pozitivně vyznívajícím závěry ve prospěch projektivního vlivu religiozity Křivohlavý.²²⁴

6.2 Spirituální péče

Spirituální (duchovní péče) je založena na respektování známého čtyřlístku holistické péče tzn. zahrnuje v sobě tělesný, psychický, sociální a duchovní aspekt a její naplnění se dosáhne nejlépe pomocí spolupráce multidisciplinárního týmu. Tento tým poskytuje nemocným, ale i jejich rodinám podporu a pomoc v řešení duchovních a existenciálních otázek. „Cílem duchovní péče není to, že pacientovi poskytneme

²¹⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 163.

²²⁰ Tamtéž.

²²¹ Srov. OPATRŇÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o satureování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2004. s. 12.

²²² Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s. 96.

²²³ Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. s. 82.

²²⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. s. 156 - 162.

*odpovědi na jeho poslední otázky, ani to, že se pacient obrátí na víru.*²²⁵ Onkologicky nemocní lidé potřebují často povzbuzení a pomoc při hledání způsobů, jak se vyrovnat se závažnou nemocí a změněnou životní situací. Potřebují především podporu, lidské pochopení a empatii, v období kdy hledají nový smysl života, přehodnocují současné způsoby své víry a celá jejich osobnost je otřesena strachem z konce života.

Pro mnohé z nemocných je víra zdrojem síly. Mohou se obracet na svá církevní společenství, kde mají podporu ostatních členů, mohou vyhledávat hovory s duchovními v nemocnici, odborníky na pastorální psychologii a duchovní paliativní péči, ale i jiné lidi, kteří mohou svým časem a porozuměním přispět k diskuzi. Je vhodné, aby odborníci ze spirituální služby byli k dispozici všem pacientům a nikoliv pouze těm, kteří si to vyžádají nebo za kterými je personál pošle.²²⁶ V rámci paliativní péče je prováděn a zdokumentován citlivý, pravidelný a průběžný průzkum duchovních a existenciálních potřeb (nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život a dalších otázek spojených s koncem života) u pacienta a jeho nejbližších osob, pokud s tím pacient souhlasí. Vždy musí být tento rozhovor založen na vzájemné důvěře, partnerství a respektu.

Principy, na kterých je postaven důvěrný duchovní rozhovor mají být v souladu s hodnotovým systémem, vírou a vyznáním nemocného člověka. Podle toho, k jakému náboženství se pacienti hlásí, mají i možnost přijímat různé úkony ordinovaných osob své církve, např. vysluhování svátostí u křesťanů (křest, eucharistii, svátost nemocných atd.).²²⁷ Přehled nejznámějších církevních uskupení v České republice a rituálů spojených s potřebami těžce nemocného a umírajícího člověka poskytuje Opatrný.²²⁸

²²⁵ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 67.

²²⁶ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, s. 31.

²²⁷ PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. 2008. s. 213.

²²⁸ OPATRŇÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných?* Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2004. s. 17 – 28.

Při hledání možných strategií duchovní péče se lze zaměřit na:²²⁹

- Situace: Existují způsoby, jak stávající situaci změnit, aby byla pro pacienta únosnější? Pro některé lidi přístup k milovaným věcem poskytuje obnovený pocit sounáležitosti. Jiným může pomoci, když se na chvíli dostanou do zahrady. Pro jiné to může být poslech hudby (anebo ochrana před hudbou, kterou poslouchá někdo jiný)!
- Příběhy: Vyskytují se v pacientově životním příběhu určitá východiska, která by mu pomohla vidět současnou situaci v jiném světle nebo najít sílu žít v naději (spíše než jen přežívat)?
- Systémy: Potřebuje pacient pomoc zkušeného pracovníka, který sdílí jeho náboženské nebo filozofické přesvědčení? Taková osoba by mohla pomoci pacientovi interpretovat změny v jeho životě nebo utvrdit pacienta v jeho přesvědčení.

6.3 Změny hodnot

„Udělal jsem si důkladnou inventuru ve svém žebříčku hodnot. A některé věci dostaly jiné pořadí nebo ze seznamu zcela vymizely. Naopak se tam objevily položky, které tam předtím nebyly.“²³⁰

„Když mi řekli, že mám rakovinu, změnil se totálně moje životní priority.“²³¹

Za hodnotu považujeme každý jev, který má pro jednání a existenci člověka zásadní význam. Preference hodnot vyplývají ze zájmů a potřeb, vážou se na smysl i normy lidského života, na sociální vlivy a výchovu.²³² Pocit nejasné budoucnosti, který vyvolává rakovina, má za následek odvedení pozornosti k důležitým

²²⁹ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 73.

²³⁰ RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. Praha : Návrat domů, 2007. s. 15.

²³¹ ŽALOUDEK, P. *Myšlenky během ozařovací terapie*. Brno : Gloria, 2004. s. 45.

²³² RŮŽIČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové : Gaudemus, 2005. s. 12.

záležitostí.²³³ Vodvářka tvrdí, že nemocní, kteří projdou celou onkologickou léčbou a projdou svým strachem o život, velmi často mění názor na život. Říkají o sobě, že žijí jaksí podstatněji a odpovědněji. Mění pořadí svých hodnot díky tomu, že jim rakovina dala jiné vnímání světa. Více si váží vztahů a vědí, že život není samozřejmostí, ale že stojí za to o něj bojovat. Na otázku, zda jim nemoc něco dobrého dala, odpovídají kladně.²³⁴

Pokud nemocný člověk přijme svojí nemoc jako výzvu a novou šanci, může se právě ona zákeřná nemoc stát tím nejcennějším a nejplodnějším úsekem pacientova života. Skala dodává, že lidé, kteří zvítězili dočasně v boji s nádorem si více cení běhu života, své rodiny, přátel, zábavy, oblíbených knih, obrázků a hudby a že se jich běžné denní nepříjemnosti dotýkají méně.²³⁵ Pouze menšina lidí vidí za svou nemocí zbytečné utrpení a postrádají jakýkoli smysl v této životní zkušenosti. *„Člověk se může ptát, proč by měl usilovat o to, aby na světě tvořil hodnoty, když je i přes jejich velikost bude muset opustit, a to ve zcela obnažené podobě – tedy, že nic z toho, co vyrobil, vymyslel, nebo prožil, nebude moci dále využívat.“*²³⁶

Hodnoty jsou člověku dány na pomoc při hledání smyslu života a dělají život plnější. Hodnoty také podněcují člověka k aktivitě.²³⁷ Mimo jiné dávají životu určitý směr. Život před onemocněním rakovinou jistě ubíhal určitým směrem, tato nemoc však dává možnost zamyslet se nad hodnotami hlouběji a zvolit nové směřování. Nejznámější pojetí hodnot zformuloval Frankel. Pokusil se o výčet oblastí, z nichž jsou čerpána témata k smysluplnému zaměření života. Jedná se o hodnoty z oblastí:

- Tvořivé - kreativní
- Zážitkové – krása, pravda, láska. Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí milován, láska dává poznat vlastní hodnotu.²³⁸

²³³ Srov. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha : Portál, 2004. s. 139.

²³⁴ Srov. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. s. 96 – 106.

²³⁵ Srov. SKALA, E. *Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?* Praha: Liga proti rakovině, 2007. s. 14.

²³⁶ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. 2008. s. 257.

²³⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence : Otázky na vrcholu života*. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 106.

²³⁸ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha : Vyšehrad, 1999. s. 26.

- Postojové – projevují se tváří v tvář statečnému čelení utrpení. S postojovými hodnotami se setkáváme u lidí chronicky nemocných, u lidí tváří v tvář odchodu ze života, u lidí bezmocných, v zoufalých situacích, kteří statečně zvládají to, co jiné zdeptá.²³⁹

6.4 Smysl života

„Může zničit mé tělo a dokonce se může někdy stát, že mě zničí i na duchu, ale vím, že rakovina je slabá. Nemůže totiž zničit lásku.“²⁴⁰

„Neexistuje člověk, pro něhož by život neměl přichystaný smysluplný úkol. Neexistuje situace, v níž by nám život přestal nabízet smysluplné možnosti.“ V. E. Frankel

Viktor E. Frankl říká, že život každého jedince má smysl i v té nejzoufalejší situaci. Pro těžce nemocného člověka má zvýšenou potřebu tento smysl hledat a nalézt. Samozřejmě, že v tak zátěžové situaci jako je osobní setkání s rakovinou, bolestí a utrpením, nemusí být ono hledání životního smyslu záležitostí jednoduchou. V době, kdy rakovina ohrožuje fyzickou existenci, na mysl se čím dál častěji dostávají potřeby nalezení a naplnění smyslu nové etapy života, která je ohrožena zřetelnou možností zániku.

Nemocný člověk si musí zcela osobně položit otázku, co mu má být skrze jeho nemoc řečeno, k čemu je toto období života dáno.²⁴¹ Člověk s rakovinou tlustého střeva a konečníku má dvě možnosti. Propadnout depresím a stýskat si na nespravedlivý život nebo vytěžit z dané situace co nejvíce pro sebe a své blízké. Lukasová k těmto situacím říká: *„Obrat k pozitivnímu je obrat k smysluplnému, je to připravenost získat ze stávající situace to nejlepší, i v neštěstí najít smysl a naplnit jej.“²⁴²* Křivohlavý v souladu s filozofií krizové intervence zdůrazňuje důležitost

²³⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha : Návrat domů, 1994. s. 37.

²⁴⁰ MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha : TALPRESS, 1996. s. 17.

²⁴¹ Srov. HALÍK, T. *Šedem úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno : Cesta, 1991. s. 21.

²⁴² LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl : Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno : Cesta, 1998. s. 18.

přijetí utrpení v jakékoli podobě, přijetí utrpení jako výzvy.²⁴³ Jedna z vlastností, kterou se vyznačují lidé, kteří dokázali dlouhodobě přežít s onkologickým onemocněním je pocit, že stojí pro co žít, že život má smysl – ne navzdory nemoci, ale právě pro ni. Postavit se rakovině je samo o sobě důvodem k životu.²⁴⁴

6.5 Důstojnost

Lidská důstojnost je termín v současné době velmi často používaný a odkazovaný. Je zakotven v Listině základních a práv a svobod i v zákoně o sociálních službách. Lidská důstojnost je mimo jiné založena na sebehodnocení. Z toho vyplývá, že jakýkoli zásah do života, který nás sráží v očích nás samých je atakem proti důstojnosti. Neschopnost pozitivně vnímat sám sebe, neschopnost mít se rád, přijmout změnu zdravotního stavu a fyzického vzhledu je velkou překážkou.²⁴⁵

Obavy ze ztráty lidské důstojnosti se objevují v momentech, kdy se snižuje schopnost postarat se o sebe, soběstačnost a s přítomností změny vzhledu jako je ztráta vlasů nebo kolostomie. Člověk se může za své tělo stydět nebo mít strach z přítěže po ostatní. Závislost na ostatních při zajištění základních potřeb může vést k pocitům beznaděje a viny. Z výzkumů bylo také zjištěno, že obavy ze ztráty lidské důstojnosti jsou nedílnou součástí obav a stresů, které jsou přítomny u umírajících pacientů.²⁴⁶ Onkologické onemocnění má řadu důsledku od nevolnosti po těžkou únavu a zvládání některých běžných požadavků okolního prostředí a každodenních úkolů vyžaduje pomoc druhých, tzn. objevuje se závislost na ostatních lidech.²⁴⁷

V těchto okamžicích je nezbytné informovat nemocného o tom, že důstojnost je věcí neodpiratelnou a je možné naleznout smysl a důstojnost života v každé zátěžové situaci. Toto učení rozvíjí teorie smyslu existence - logoterapie, která může onkologickému pacientovi pomoci v radosti se ze života. Dát nemocnému prostor pro rozhodování, dát mu vědomí toho, že přes všechna omezení způsobená nemocí je

²⁴³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha : Návrat domů, 1994. s. 84.

²⁴⁴ Srov. MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha : TALPRESS, 1996. s. 50.

²⁴⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 54 – 58.

²⁴⁶ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 50.

²⁴⁷ Srov. NEZU, A., et al. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 24.

člověk schopen alespoň částečné kontroly nad svým životem je velmi významným faktorem pro to, aby člověk i konec svého života vnímal jako něco významného a hodnotného.

6.6 Naděje

„Prostě jsem zjistil, že máme všichni očekávání. Čekáme na to, až budeme dospělí, doděláme školu, založíme úspěšnou firmu, doděláme zakázku, produkt, čekáme, až se narodí dítě, vychodí školu, vdá se, narodí se vnoučata – očekáváme. V tom je rakovina záludná, bere nám naději a očekávání.“²⁴⁸

Naděje vede člověka, orientuje ho, je zdrojem pozitivních emocí při přijetí a dosažení cíle, který je vždy individuální. Naděje u rakoviny tlustého střeva konečnicku je nezbytná, je nutno ji podporovat. Boyd hovoří o nutnosti udržování naděje těžce nemocných pacientů, protože lékaři nedokážou určit termín smrti a pacienti se často přežijí a také v souvislosti s vývojem medicíny a možnostmi naleznout nový lék.²⁴⁹

Pravými hrdiny života nejsou vítězové, kteří s jásotem slaví, ale ti poražení, kteří si ještě v nejvyšší nouzi sami na sobě vynutí slovo naděje. Pacienti, kteří se se svojí vlastní slabostí či nemocí smíří pozitivním či dokonce humorným způsobem nám ukazují, co člověk může dokázat, čeho je schopen.²⁵⁰

Pro křesťana je silou a nadějí povědomí, že není sám, že po jeho pravici stojí ten, který je pánem života a smrti. Křesťan cítí, že ho má Bůh rád, že ho neopustí a bude s ním na každém kroku – i třeba na tom posledním.²⁵¹

²⁴⁸ ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* Praha : MAXDORF, 2008. s. 94.

²⁴⁹ PROKOP, J. Spiritualita umírajících pacientů. In FIALOVÁ, L, KOUBA, P, ŠPAČEK, M. *Medicína v kontextu západního myšlení.* Praha : Galén, 2008. s. 227.

²⁵⁰ Srov. RUCKL, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení.* Praha : Návrat domů, 2007. s. 72.

²⁵¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné.* Praha : Advent, 1991. s. 26.

6.7 Umírání a smrt

U nemoci jako je rakovina, pokud se ji nepodaří zvládnout léčením, dochází k postupnému oslabování organismu, růstu nádoru místně i v metastatických ložiskách. Dostaví se nechutenství, úbytek hmotnosti a sil, podlomená imunita zvyšuje riziko infekcí, vyčerpává se krvetvorba a postupující chudokrevnost snižuje zásobení organismu kyslíkem. Objevuje se dušnost, otoky dolních končetin a celkové vysílení.²⁵² Oslabuje potřeba verbální komunikace. Do popředí se dostává potřeba paliativní péče, psychická podpora nemocného a uspokojení spirituální tužeb. Velmi častá je potřeba usmíření. „*Někdo si uvědomuje, že se potřebuje smířit s Bohem nebo se svým bližním.*“²⁵³ Život se nezadržitelně chýlí ke konci, člověk se nachází v terminální fázi života, ve fázi umírání.

Umírání je definováno jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů vedoucí ke smrti jedince.²⁵⁴ Délka fáze umírání je velmi odlišná, může trvat pár dnů, ale i let. Tento časově ohraničený proces umírání bývá také označován odborným pojmem *in finem*. Umírání neodlučitelně patří k životu a je stejně důležité jako předchozí fáze. Nejběžnějším symptomem umírajícího člověka je slabost a únava. Přestože je fáze umírání prožívána každým člověkem individuálně a pojí se sní různé symptomy je vytvořen model umírání. Model slouží jako pomůcka při ošetrovatelské a psychické péči o nemocného. Proces umírání v sobě zahrnuje tři po sobě jdoucí fáze: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

1. Fáze *pre finem* – období začíná sdělením závažné onkologické diagnózy a může trvat několik měsíců nebo let než nastoupí další fáze. Období je charakteristické změnou životního stylu a často i hodnot nemocného člověka. Člověk v procesu vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí prochází stádií popsanými Elizabeth Kübler-Rossovou.²⁵⁵ Nemocný potřebuje citlivou pomoc, pravdu a otevřenost od zdravotnického týmu a psychickou podporu a doprovázení ze strany rodiny.

²⁵² Srov. DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha : Grada Publishing, 2003. s. 92 – 93.

²⁵³ CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. Praha : Vyšehrad, 2005. s. 125.

²⁵⁴ Srov. ADAM, Z., et al. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 369.

²⁵⁵ V této práci popsáno na str. 41 – 44.

2. Fáze in finem - pacient se nachází v terminálním stádiu svého života. Jedná se tedy o samotný proces umírání v užším slova smyslu. Z etického i praktického hlediska se zde otevírají dvě problémové otázky rytualizace smrti a to především v podmínkách hospitalizace a problematika eutanázie, která je v posledních letech dosti diskutovaným tématem.

3. Fáze post finem - zahrnuje péči o mrtvé tělo a o pozůstalé. Pozůstalí potřebují péči a podporu. Proces prožívaného zármutku a žalu je zcela přirozenou reakcí na hluboce prožívanou ztrátu blízkého člověka. Pro pozůstalé je smrt blízkého člověka krizovou životní situací a někdy je vhodné poskytnutí psychologické intervence na pomoc vyrovnání se smutkem a adaptace na tuto skutečnost.

V posledních letech je ve vědeckých kruzích všeobecně pozorován fenomén **popírání faktu smrti**. Bolest, utrpení, smrt a další aspekty spojené s koncem života jsou vytěsňovány z lidské mysli a komunikace. Lidé si odmítají připustit, že tyto situace jsou přirozenou a nevyhnutelnou součástí lidského života stejně jako narození nebo svatba. Smrt v současné době se dostala „na okraj lidského zájmu a pozornosti.“²⁵⁶ Na smrt je nahlíženo jako na zvláštní věc a pro umírajícího je mnohem složitější se s tímto přístupem vyrovnat. S představou blízké smrti se pojí strach, který nemocného paralyzuje a nedovolí mu o smrti hovořit. Stejně neradi o smrti hovoří příbuzní nemocného, a tak v konečném důsledku trpí obě strany. V tomto kontextu mluví Tschuschke o nutnosti přímé konfrontace s tématem umírání a smrti, tzv. „*oddémonizování smrti*.“²⁵⁷ Umírající člověk totiž může svým blízkým poskytnout poučení i útěchu a jeho blízcí mu na oplátku mohou přinést pokoj a pomoc při pochopení smyslu života.²⁵⁸

Fialová hovoří o tom, že dříve byly zaběhnuty určité rituály, které umírajícímu člověku poskytovaly jistotu, že jeho život bude oceněn a uctěn. Dnes se však tyto pevné rituální rámce rozpadají (např. rodiny nechtějí dělat rozloučení ze zemřelým, pohřby jsou bez místních tradičních rituálů, atd.).²⁵⁹ Pryč jsou doby, kdy nemocný umíral v kruhu svých nejbližších v bezpečném prostředí domova. Naprostá většina

²⁵⁶ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada, 2005. s. 9.

²⁵⁷ Srov. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha : Portál, 2004. s. 138 – 139.

²⁵⁸ Srov. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary.* Praha : Vyšehrad, 2005. s. 21.

²⁵⁹ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů.* Brno : Masarykova univerzita, 2006. s. 26.

nemocných umírá v nemocnici, kdyby si však mohli vybrat bylo by tomu jinak. „*Nikdo by neměl umírat sám a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu.*“²⁶⁰ V případech, kdy není uspokojena některá z oblastí lidského žití, objevují se přání po předčasném konci života, přání o euthanasii. Rotter hovoří o tom, že většina nemocných i když trpí bolestí a jejich nemoc je nevléčitelná, nechce o urychlení smrti slyšet. Poukazuje na výjimku malé skupiny pacientů, kteří se cítí izolovaní, lidsky opuštění, bez smyslu života a jejich přání euthanasie je často spíše výkřikem o pomoc v životě.²⁶¹ Tuto problematiku v České republice zpracovala podrobněji Marta Munzarová a Marie Svatošová. Smrt je vyvrcholením života a má být důstojným uzavřením působení na tomto světě.

²⁶⁰ ADAM, Z., et al. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 371.

²⁶¹ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha : Vyšehrad, 1999. s. 97.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zachycení a popsání základních změn v životě onkologicky nemocného člověka. Pokusila jsem se shromáždit různé názory v oblasti důsledků rakoviny. Přínosem práce je souhrnné zpracování důsledků rakoviny tlustého střeva a konečníku, které zohledňuje všechny stránky lidské osoby v souladu s holistickým přístupem k člověku. Komplexní uvažování o jednotě člověka může přinést kladné výsledky při sociální práci s onkologicky nemocnými klienty.

První kapitola vymezuje pojmy důležité pro další část práce. Zabývá se pojetím člověka, rozlišením zdraví a nemoci, důsledků a potřeb nemocného člověka.

V druhé kapitole je charakterizována rakovina tlustého střeva a konečníku. Jsou zde naznačeny možnosti léčby, možné příčiny a příznaky tohoto onemocnění.

Třetí kapitola pojmenovává nejčastější fyzické komplikace spojené s rakovinou tlustého střeva a konečníku a léčbou nemoci.

Čtvrtá kapitola zachycuje psychické útrapy onkologicky nemocného člověka. Popisuje fáze prožívání nemoci a pocity a stavy spojené s onkologickým onemocněním.

V páté kapitole je popsán socio – ekonomický důsledek nemoci. Pozornost je věnována především sociální opoře nemocného.

Šestá kapitola pojednává o základních spirituálních otázkách a změnách v životě onkologicky nemocného člověka. Zamýšlí se nad podstatou a smyslem života, procesem umírání a smrti.

Jsem potěšena, že v této době je kladen větší důraz na duchovní stránku jedince. Stále častěji se objevují publikace s tematikou spirituálního prožívání člověka. Spirituální oblast člověka by sama vystačila na několik obsáhlých knih. Bylo by přínosné, kdyby se v budoucnu této otázce nadále věnovala pozornost.

Je nutné pamatovat na to, že práce je jen teoretickým podkladem k pochopení základních proměn v životě onkologicky nemocného člověka a proto je vždy nutné brát v potaz jedinečnost každého člověka, jeho potřeb a požadavků.

Největšího užitku této práce by mohlo být dosaženo propojením s Absolventskou prací, která se zaměřuje na konkrétní možnosti sociální práce s onkologicky nemocnými lidmi a nabízí možná řešení ke zlepšení životní situace.

V práci není popsáno období po vyléčení kolorektálního karcinomu. Protože se možnost přežití a úplného uzdravení stále zvyšuje, poukazují na prostor pro zachycení specifických důsledků a změn v životě člověka, který „přežil“ rakovinu.

Vzhledem rozsahu práce a v podstatě nulovým zkušenostem s výzkumnými metodami jsem nezařadila do obsahu práce výzkum. Obávám se, že oblast zkoumání důsledků rakoviny je tak široká, že pro podrobnější zkoumání by bylo nutno zpracovat dílčí úseky a ztratila by se idea celistvého pojetí člověka. Přesto se domnívám, že jakékoli provedení výzkumu v oblasti psychoonkologie je přínosné a užitečné a může poukázat na zcela nové aspekty této problematiky.

Anotace

Diplomová práce „Důsledky rakoviny tlustého střeva a konečníku aneb základní změny ve fyzické, psychické, sociální a spirituální stránce onkologicky nemocného člověka“ pojednává o změnách v životě onkologicky nemocného člověka a jeho blízkých. Popsání těchto důsledků může pomoci zorientovat se v nové životní situaci, zmírnit psychickou zátěž a podpořit proces uzdravování. Práce obsahuje základní informace o celkovém působení rakoviny tlustého střeva a konečníku na člověka. V celé práci je zdůrazňován holistický přístup k člověku a jeho stránkám.

Annotation

Diploma thesis “The consequences of colon and rectum cancer or principal changes in physical, psychical, social and spiritual aspect of an oncologically ill person” deals about changes in life of oncologically ill person and close relatives. The description of these consequences can help to better orientation in a new life situation, can reduce a psychical stress and can support the process of curing. This thesis constains basic informations about general impact of colorectal cancer on human being. There is emphasized a holistic approach to aspect of a person.

Klíčová slova

Člověk, holistický přístup, potřeby, důsledky, kvalita života, nemoc, fyzické změny, hospitalizace, sociální opora, smysl života, smrt

Key words

Human being, holistic approach, needs, consequences, quality of life, ill, fysical changes, hospitalization, social reliance, sense of life, death

Literatura a prameny

- ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBLÍKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 2. vyd. Praha : Triton, 2000. 20 s. ISBN: 80-7254-133-1.
- ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN: 80-7169-437-1.
- ADAM, Z., VORLÍČEK, J. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2002. 542 s. ISBN 80-210-2826-2.
- ASTL, J., VANĚČEK, M. *Hovory R aneb jak jsem měl rakovinu a co vy na to, doktore?* 1. vyd. Praha : MAXDORF, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7345-147-9.
- BABYRÁDOVÁ, H., HAVLÍČEK, J. (Eds.) *Spiritualita : fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců : sborník transdisciplinárních esejů s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 542 s. ISBN: 80-210-4206-0.
- BÁRTLOVÁ, S. *Některé sociologické aspekty pacienta : Učební texty pro pomaturitní specializační studium SZP*. 2. přeprac. vyd. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. 1982. 44 s. Tirážní znak: 57-859-82.
- BEZDĚK, C. *Etikoterapie : záhada nemoci a smrti*. 5. opr. a rozš. vyd., Olomouc : Fontána, 2007. 293 s. ISBN 978-80-7336-370-3.
- BRUGGER, W. *Filosofický slovník*. Z něm. or. Philosophisches Wörterbuch, přel. Ladislav Benyovszky. 1. vyd. Praha : Naše vojsko, 2006. 640 s. Přel. z: ISBN 80-206-0820-6.
- CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. Z ang. or. Final Gifts, přel. Vlasta Hesounová a Alžběta Slavíková Hesounová. 1. vyd. Praha : Vyšehrad : Cesta domů, 2005. 221 s. ISBN: 80-7021-819-3.
- DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Co bychom měli vědět o rakovině*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. 52 s.
- DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 96 s. ISBN 80-7169-303-0.
- DIENSTBIER, Z. *Rakovina a sex*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. 12. s.

- DOČKAL, J. *Člověk v současném světě : než začneme studovat sociální práci*. 1. vyd. Středokluky : Zdeněk Susa, 2008. 158 s. ISBN 978-80-86057-53-8.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha : Grada Avicenum, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6.
- FIALOVÁ, L., KOUBA, P., ŠPAČEK, M. (Eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení*. 1. vyd. Praha : Galén : Karolinum, 2008. 247 s. ISBN: 978-80-7262-513-0.
- FILKA, J. *Metodika tvorby diplomové práce : praktická pomůcka pro studenty vysokých škol*. 1. vyd. Brno : Knihař, 2002. 223 s. ISBN: 80-86292-05-3.
- FRANKEL, V. *Lékařská péče o duši : základy logoterapie a existenciální analýzy*. Z něm. or. přel. Vladimír Jochmann. Brno : Cesta, 1995. 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
- HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1. vyd. Brno : Cesta, 1991. 57 s. ISBN 80-85319-07-01.
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vyd. Praha. 1985.
- HLADÍK, P. *Scintigraficky navigované operace kolorektálního karcinomu*. 1. vyd. Hradec Králové : RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK, 2006. 69 s. ISBN 80-87009-09-6.
- HOLUBEC, L. *Kolorektální karcinom : současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 175 s. ISBN 80-247-0636-9.
- HORÁK, L., SKŘIČKA, T. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. 1. vyd. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2008. 180 s. ISBN 978-80-86703-27-5.
- CHOVANCOVÁ, Z., VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor a co dál.. : průvodce životem nemocného rakovinou*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 104 s. ISBN: 80-7169-668- 4.
- JAKOUBKOVÁ, J. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 125 s. ISBN: 80-85824-78-7.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN: 80-7254-329-6.
- JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita

- v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- JESENSKÝ, J., JANIŠ, K., et al. *Malý slovník pomáhajících profesí*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2004. 145 s. ISBN 80-7041-126-0.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KOL. AUTORŮ. *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha : Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. 79 s. ISBN: 978-80-87023-03-7.
- KOMÁREK, L. et al. *Národní program zdraví : Projekty podpory zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 35 s. ISBN: 80-7071-205-8.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. 4., rozš. vyd. Praha : Portál, 2005. 255 s. ISBN: 80-7367-048-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha : Grada, 1994. 190 s. ISBN: 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha : Advent, 1991. 123 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha : Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0197-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence : Otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KUBEŠOVÁ, H., HOLÍK, J., MAREK, V. (Eds.) *Praktický lékař a psychosomatická medicína*. 1. vyd. Podolí u Brna : Protis, 2006. 32 s. ISBN: 80-903674-1-0.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl : Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno : Cesta, 1998. 188 s. ISBN 80-85319-79-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

- MCFARLAND, J.R. *Od té doby co mám rakovinu : Úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují.* 1. vyd. Praha : TALPRESS, 1996. 269 s. ISBN 80-85609-64-9.
- MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres! Z or. Sin estrés!* Přel. Milan Hlouch. 2.vyd. Praha : Advent-Orion, 2004. 190 s. ISBN 80-7172-624-9.
- MOJŽÍŠOVÁ, A. (Ed.) *Kapitoly sociální práce v praxi.* 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4.
- MORRIS, D. *Lidský živočich : Osobní pohled na lidský druh.* Z org. The Human Animal - A Personal View of the Human Species přel. Petr Provázek. 1. vyd. Praha : Knižní klub, 1997. 223 s. ISBN 80-7176-529-5.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN: 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazi aneb Být, či nebýt?* 1. vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce.* 1. vyd. Praha : Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* 1.vyd. Praha : Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie.* 1.vyd. Praha: Academia, 2004, 590 s. ISBN 80-200-1290-7.
- NEZU, A., et al. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny.* Z ang. or. Helping cancer patients cope přel. Tomáš Kohoutek a Marcela Uhrová, 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
- NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením.* 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.
- Občasník české myelinové skupiny.* Česká myelinová skupina. 2007- , roč. V, č. 5- . Brno : Zdeněk Novotný. s. 13.
- OCKENFELS, W. *Katolická sociální nauka.* Z něm. or. přel. Ludmila Martinková, 1. vyd. Praha : Zvon, 1994. 125 s. ISBN 80-7113-081-8.

- O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů. Z ang. or. Palliative care nursing - a guide to practice*, přeložila Jana Heřmanová 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- OPATRŇÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2004. 31 s. ISBN 80-7192-347-8.
- OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha : Galén, 2006,. 53 s. ISBN 80-7262-432-6.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. (Eds.) *Paliativní péče : principy a praxe. Z ang. or. Palliative care nursing*. přel. Ivo Lukáš, 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN: 978-80-87029-25-1.
- PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. *Metodika závěrečné práce pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2004. 38 s. ISBN 80-7083-791-8.
- PFEIFFER, J. et al. *Rehabilitace : Léčebné, pracovní a sociální aspekty*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 1982. 176 s.
- PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
- ROTTER, H. *Důstojnost lidského života : Základní otázky lékařské etiky. Z něm. or. Die Würde des Lebend*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
- RUCKI, Š. *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. 1. vyd. Praha : Návrat domů, 2007. 202 s. ISBN 978-80-7255-159-0.
- RŮŽIČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 72 s. ISBN 80-7041-139-2.
- SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha : Liga proti rakovině, 2004. 12 s. ISBN: 80-239-3605-0.
- SKALA, E. *Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?* Praha : Liga proti rakovině , 2007. 24 s. ISBN: 978-80-254-2969-3.
- SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.

- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.
- SOCIOLOGICKÉ POJMOSLOVÍ. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1994. 116 s. ISBN 80-85850-03-6.
- Spirituální aspekty bolesti. *Občasník české myelinové skupiny*. Říjen 2007, roč. V, č. 5, s. 13.
- STOFF, G. *Síla na cestu : Rozhovory o víře s nemocnými a umírajícími*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1995. 127 s. ISBN: 80-85527-83-9.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha : ECCE HOMO, 1999. 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
- ŠLAMPA, P., et al. *Radiační onkologie*. Praha : Galén, 2007. s. 457 s. ISBN 978-80-7262-469-0
- TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. z něm. or. Psychoonkologie. přel. Lucie Simonová, 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.
- Úzkost a její zvládnutí. *Onko okno*. Říjen 2004, č. 5, s. 4-5.
- VAĎUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. 148 s. ISBN 80-86633-60-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN80-247-1262-8.
- VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. 1. vyd. Olomouc : Matice cyrilometodějská, 2004. 111 s. ISBN 80-7266-168-X .
- VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psychosociální problematice onkologie*. 1.vyd. Ostrava : Repronis, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.
- VODVÁŘKA , P. *Třiadvacet dialogů o rakovině : Strastiplná cesta po dlouhém, úzkém mostě aneb jak překonat rakovinu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 337 s. ISBN 80-7262-086-X.
- VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., et al (Eds.) *Paliativní medicína. 2.*,
přepřac. a dopl. vyd., Praha : Grada, 2004. 537 s. ISBN: 80-247-0279-7.
- VYKOPALOVÁ, H. *Krize a psychosociální pomoc. 1. vyd.* Zlín : Univerzita Tomáše
Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2007. 84 s. ISBN 978-80-7318-621-0.
- VYSLOUŽIL, K. *Komplexní léčba nádorů rektu. 1. vyd.* Praha : Grada, 2005. 196 s.
ISBN: 80-247-0628-8.
- VYZULA, R., ŽALOUĐÍK, J., et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku : Vybrané
kapitoly. 1. vyd.* Praha : MAXDORF, 2007. 288 s. ISBN: 80-7345-140-9.
- XIII. dny profesora Vladimíra Staška : sborník témat a přednášek : pořadatel
Onkologická klinika VFN a 1. LF UK, Komplexní onkologická skupina Praha a
Středočeský kraj, Praha : We Make Media, 2008. 96 s. ISBN:
978-80-254-1284-8.*
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie :
Teorie a praktická cvičení. 1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN
978-80-247-2068-5.
- ŽALOUDEK, P. *Myšlenky během ozařovací terapie. 1. vyd.* Brno : Gloria, 2004.
121 s. ISBN 80-86760-08-1.
- ŽALOUĐÍK, J., VYZULA, R. (Eds.) *Edukační sborník : XXX. brněnské onkologické
dny s XX. konferencí pro sestry a laboranty. Brno : Masarykův onkologický
ústav, 2006. 320 s. ISBN: 80-86793-06-0.*
- ŽALOUĐÍK, J. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého.
1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2008. 189 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Internetové zdroje

BRYCHTA, M. *Arcus onko centrum : Únava a anémie u onkologických pacientů*
[online]. 2005-2008 [cit. 2009-03-08]. Dostupný z WWW: <<http://arcus-oc.org/aktivity-edukace-unava-anemie.php>>.

Jak dál po léčbě rakoviny? Onko okno. Říjen 2006, č. 5, s. 5 – 6. Dostupný z WWW:
<<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

- KALVODOVÁ, L. *Psychika onkologicky nemocných a jejich blízkých* [online]. 2006 [cit. 2009-03-04]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_r1.php>.
- Liga proti rakovině Brno* [online]. 2009 [cit. 2009-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.
- MACHÁŇOVÁ, M. Radioterapie nádorů konečnicku. *Onkologická péče* [online]. 2008, roč. XII, č. 3 [cit. 2009-01-26], s. 11-13. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/vzdelavani/onko_pece.php>.
- MARIŇÁKOVÁ, A. Historie a současnost péče o pacienty se stomií. *Onkologická péče*. 2008, č. 3, s. 18. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/vzdelavani/onko_pece.php>.
- Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-01-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/jak-dal-po-lecbe-rakoviny/article.html?id=50>>.
- Masarykův onkologický ústav* [online]. 2009 [cit. 2009-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/psychologicky-pruvodce-pro-onkologicky-nemocne/article.html?id=63>>.
- Život se stomií. *Onko okno*. Říjen 2003, č. 5, s. 18. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/onko-okno/>>.

Seznam obrázků

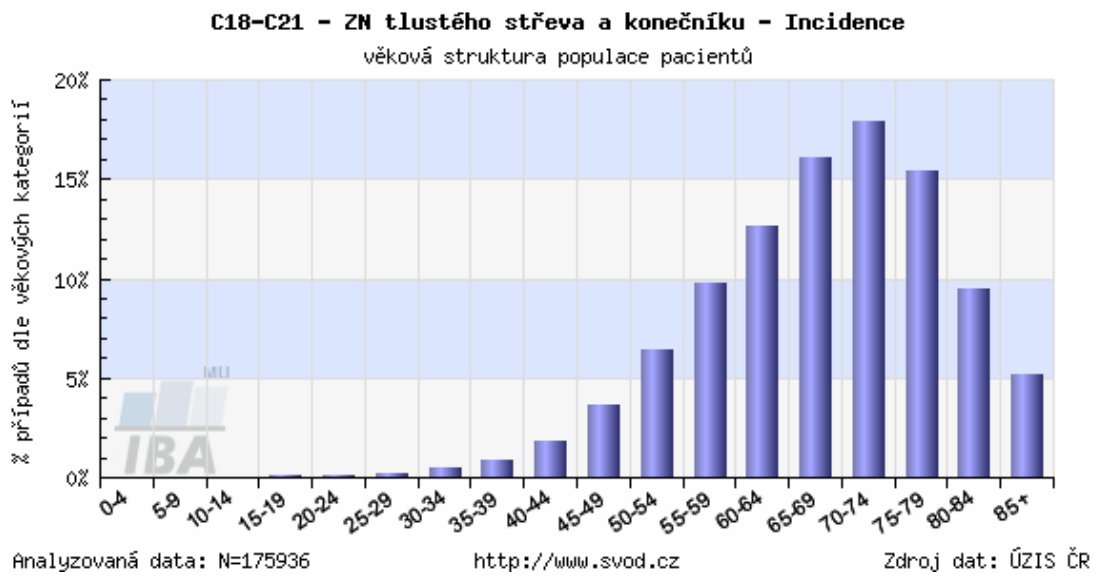
Obr. 1: Propojenost čtyř stránek člověka.....	10
Obr. 2: Trakt tlustého střeva	22
Obr. 3: Kolostomie I	37
Obr. 4: Kolostomie II.....	37

Seznam příloh

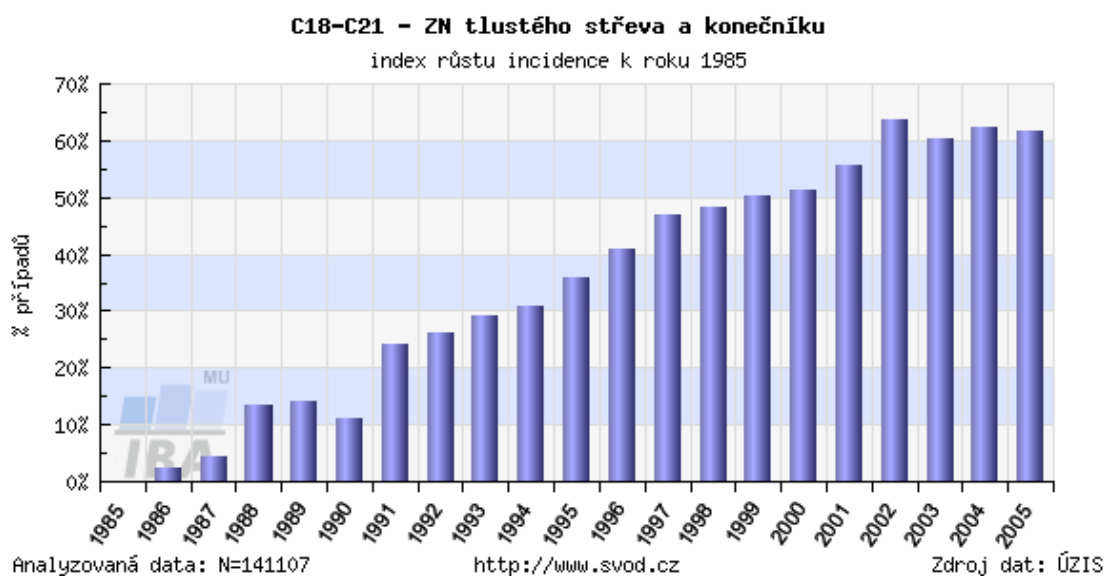
Příl. 1: Maslowova pyramida potřeb.....	84
Příl. 2: Věková struktura populace pacientů KK	85
Příl. 3: Index růstu incidence KK od roku 1985	86
Příl. 4: Celková incidence a mortalita KK	87
Příl. 5: Incidence a mortalita mužů nad 50 let s KK.....	88
Příl. 6: Incidence a mortalita žen nad 50 let s KK	89
Příl. 7: Mapa psychoonkologické péče	90



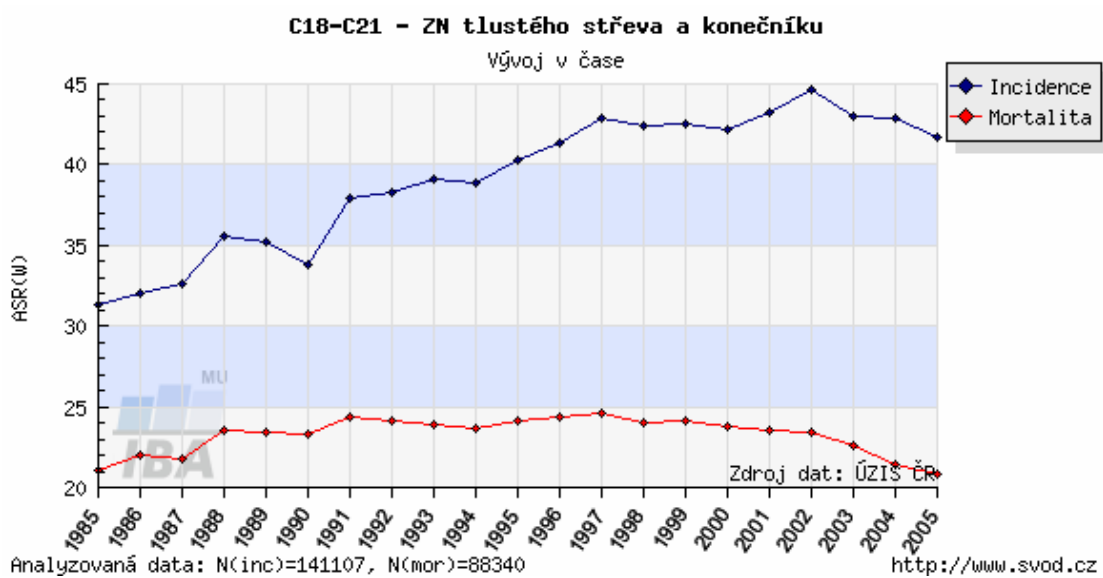
Příl. 1: Maslowova pyramida potřeb



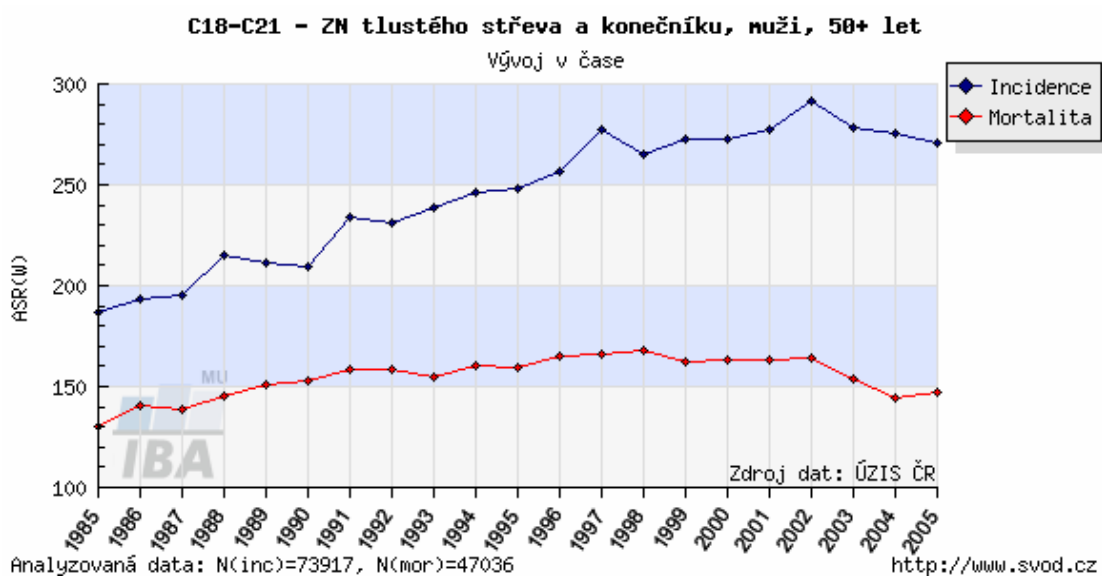
Příl. 2: Věková struktura populace pacientů kolorektálního karcinomu



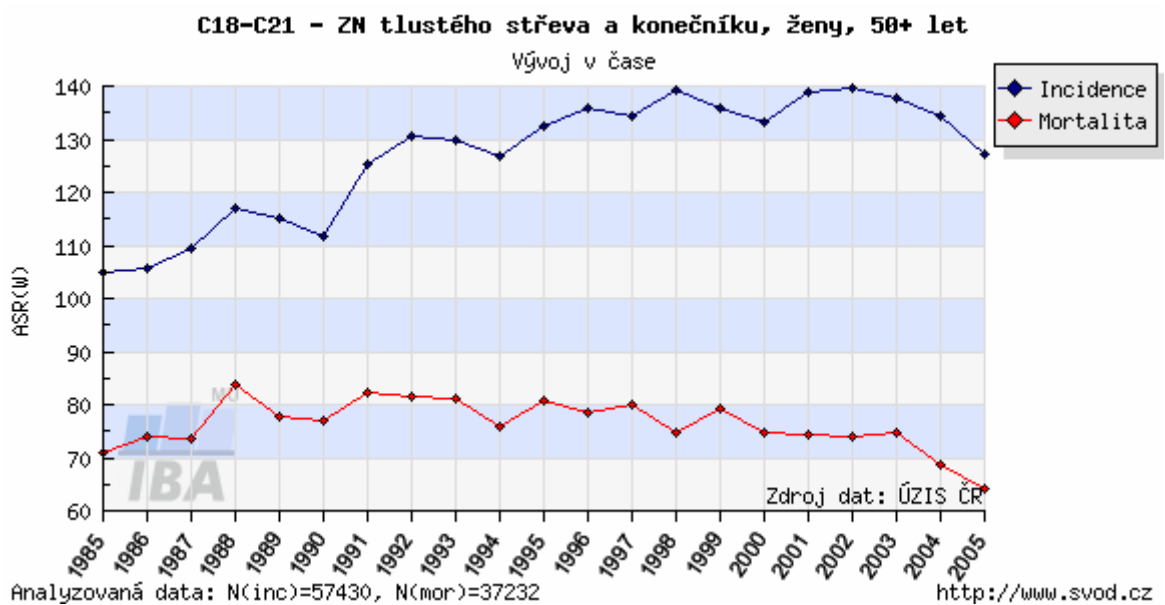
Příl. 3: Index růstu incidence kolorektálního karcinomu od roku 1985



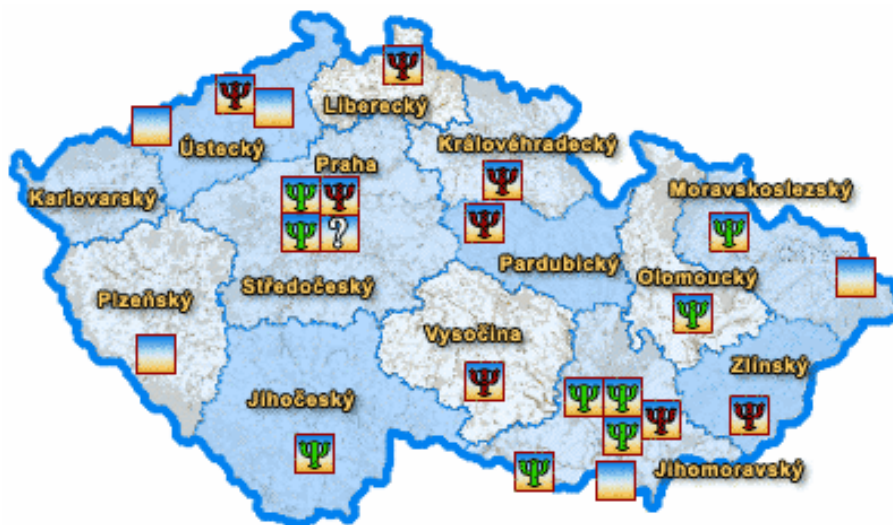
Příl. 4: Incidence a mortalita kolorektálního karcinomu







Příl. 5: Incidence a mortalita mužů nad 50 let s kolorektálním karcinomem



Příl. 6: Incidence a mortalita žen nad 50 let s kolorektálním karcinomem



Příloha č. 7 Mapa psychoonkologické péče

-  psycholog na plný úvazek
-  psycholog dochází z jiného klinického centra jako nebo psycholog na částečný úvazek
-  centra bez psychoonkologické péče
-  ...stav není znám

Česká onkologická společnost [online]. 2006 [2009-03-24]. Dostupný z WWW:
 <<http://www.linkos.cz/pacienti/psycholog.php?a=3>>