

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Stresové faktory působící na pacienty na onkologickém oddělení

Diplomová práce

Jméno autora: Ljuba Brmčevová

Jméno vedoucí práce: Mgr. Alena Bockschneiderová

23. 4. 2007

Anotace (abstrakt) v anglickém jazyce

Stressful factors affecting on patients in oncology ward

The target of the thesis was to map stressful factors which are affecting on patients in oncology ward. First I had to study literature about cancer and what can be stressful for patients.

Cancer is a class of diseases or disorders characterized by uncontrolled division of cells. Cells are spread by direct growth into adjacent tissue through invasion, or by implantation into distant sites by metastasis (where cancer cells are transported through the bloodstream or lymphatic system). Cancer may affect people at all ages, but risk tends to increase with age. It is one of the principal causes of death in developed countries. Sequels of cancer affect bio-psycho-social field of human. Patients have to be operated, have had hard therapy and some of patients have to stay many weeks in oncology ward. Patients go through difficult psychological periods and their families also. For everybody it is stressful term and after treatment patients are feared of relapse cancer. After treatment some of patients go back in their jobs and some of them have disability allowance or old age pension.

After literature review about cancer I started with my research. I was attending oncology ward in the Hospital České Budějovice for 2 months. I talked with patients and assessed stressful factors. I chose 20 patients, 10 men and 10 women all sorts of age. By the results there has been confirmed one hypothesis. Hypothesis 1: Women with neoplasia have more stressful factors than men with neoplasia. Second hypothesis, I could not confirm because in my research, there was a few patients with higher education. Hypotesis 2: By patients with neoplasia, which have lower education, decreasing number of stressful factors. After research I determined Hypothesis 3: By patients with neoplasia, with growing age, decreasing number of stressful factors. I suppose that the target of the thesis has been reached.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Stresové faktory působící na pacienty na onkologickém oddělení vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích 23. 4. 2007

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat za cenné rady a trpělivost při odborném vedení diplomové práce Mgr. Aleně Bocksneiderové. Také bych ráda poděkovala Mgr. Janě Klikové za spolupráci a pomoc při výzkumu na onkologickém oddělení. Doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD. za odborné připomínky. Také bych ráda poděkovala rodičům, kteří mi umožnili studovat vysokou školu a příteli za pochopení a podporu.

Obsah:

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Nádorové onemocnění	10
1.2 Statistika	12
1.3 Onkologická rizika	13
1.3.1 Kouření	15
1.3.2 Alkohol	15
1.3.3 Výživa	15
1.3.3.1 Složky stravy	16
1.3.3.2 Výroba, skladování, uchovávání potravin a příprava stravy	17
1.3.4 Dědičnost	18
1.3.5 Infekce	18
1.3.6 Další onkologická rizika	18
1.3.7 Výživa při nádorovém onemocnění	19
1.4 Diagnostika nádorového onemocnění	20
1.5 Léčba nádorového onemocnění	20
1.5.1 Chirurgická léčba	21
1.5.2 Radioterapeutická léčba	22
1.5.3 Chemoterapie	22
1.5.3.1 Nežádoucí účinky cytostatik	23
1.5.4 Imunoterapie	23
1.5.5 Současný výzkum	24
1.5.6 Komplexní protinádorová péče	24
1.5.7 Psychoterapie a psychologické poradenství	27
1.5.8 Alternativní medicína	29
1.6 Psychické stavy onkologických pacientů	31
1.6.1 Postoje k nemoci	32
1.6.1.1 Odmítnutí nemoci	32

2. Cíle práce a hypotézy	58
3. Metodika	59
4. Výsledky	60
5. Diskuse	92
6. Závěr	103
7. Seznam použitých zdrojů	105
8. Klíčová slova	112
9. Přílohy	113

Úvod

Život, smrt a rakovina spolu velmi úzce souvisejí. V životě přijde mnoho osudových ran, které nám velmi ublíží, a přesto dají novou sílu žít a bojovat. Ať je to ztráta někoho velmi blízkého či závažné onemocnění, každý z nás se s tím musí kousek po kousku vyrovnat. Rakovina je jedním z onemocnění, které může člověku obrátit život naruby. Chtěla jsem se více přiblížit k této problematice a zjistit, jak člověk toto onemocnění prožívá, co ho nejvíce trápí a zároveň jak se s tímto onemocněním vyrovnává. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, jelikož již samotné jméno „rakovina“ v lidech probouzí úzkost a strach. Zajímalo mě, nakolik se člověk rakoviny může bát, kdy je rakovina vyléčitelná a co vše může člověk sám udělat pro to, aby nevznikla.

Při mém studiu na Zdravotně sociální fakultě, jsem se v prvním ročníku účastnila programu „Dobrovolníci v nemocnicích“. Při tomto programu, jsem poprvé hovořila s pacienty na onkologickém oddělení. Tehdy jsme některé pacienty navštěvovali a krátili jim dlouhé chvíle v nemocnici (hraním karet, čtením, povídáním). Tato zkušenost mě také utvrdila v tom, že bych se měla problematikou nádorového onemocnění zabývat hlouběji.

Velkou neznámou pro mě bylo, jak vše prožívá onkologický pacient přímo v době léčby. Pacienti na onkologickém oddělení jsou léčeni většinou pomocí chemoterapie či radioterapie. Dlouhé rozhovory s pacienty mě utvrdily v tom, že každý člověk je individuální a každý člověk nádorové onemocnění prožívá jinak. Ovšem všichni mají něco společného. Každý se musí se svou zdravotní situací nějak vypořádat.

Velkou roli zde hrají sociální vztahy nemocného a práce zdravotnického týmu na onkologickém oddělení. Zároveň zde hraje roli i osobnost člověka, jeho životní hodnoty a zkušenosti. Člověk, který ve svém životě prožije krizovou událost, která ho zasáhne velmi hluboko a překoná ji, je posílen a umí hodnotit. Srovnávat to, co je v životě opravdu důležité a co není. Zároveň může být i oslaben a prožívat další a další krize intenzivněji a citlivěji. V době, kdy je člověku nejhůř, když je na svém dně, vidí svět kolem sebe jinak. Spousta problémů je nicotných a většina lidí svůj život od základu

přehodnotí. Také pozná, kdo je vedle něj opravdový přítel a kdo ho nakonec z toho „dna“ dokázal vytáhnout.

Diagnóza onkologického onemocnění představuje velkou zátěž. Nejen fyzickou – zvládnutí bolesti, operace, vedlejší účinky léčby, ale také zátěž psychickou a sociální. Otázkou je zda bojovat, smířit se, rezignovat či unikat od reality. Rakovina je zátěží i pro okolí nemocného. Procházejí většinou stejnými psychickými fázemi nádorového onemocnění jako nemocný a stává se, že někteří z okolí, jsou na tom mnohdy psychicky hůře než nemocný sám.

Literatura mi poskytla mnoho základních informací, od statistik nádorů počínaje po umírání konče. Nastudovala jsem informace, které jsem i využila. Stávalo se mi na oddělení, že se mě pacienti ptali na spousty věcí, brali mě jako člověka, který problematice rozumí a ptali se na věci, ve kterých neměli jasno. Snažila jsem se vždy odpovědět, ale především pacientům a jejich trápení porozumět.

Doufám, že osvěta o rakovině a jejích rizicích bude v budoucnosti natolik všem známa, že statistické údaje potvrdí klesající úmrtnost na nádorové onemocnění. Mám pocit, že jsem „malá rybka ve velkém oceánu“, jelikož zjišťuji, jak málo lidí je informováno o rizicích nádorového onemocnění a nejen o jeho rizicích. Po nastudování literatury o nádorovém onemocnění se snažím informace o rizicích onemocnění šířit alespoň v mém okolí rodiny a přátel.

1. Současný stav

1.1 Nádorové onemocnění

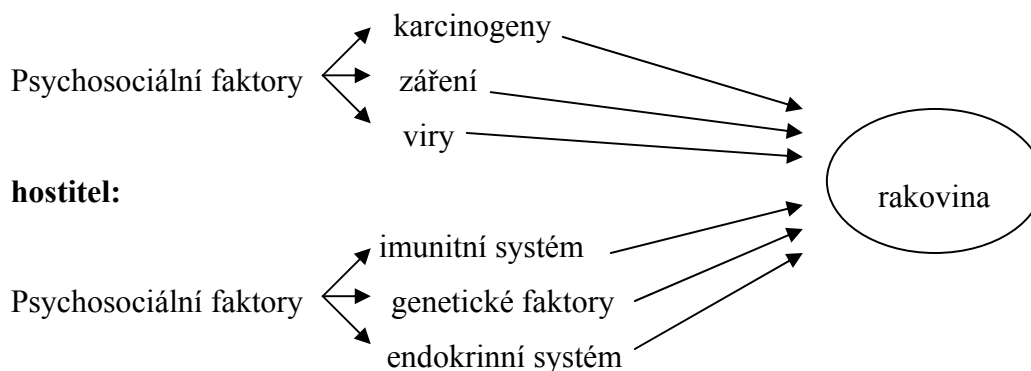
Nádor je patologický útvar tvořený tkání, který roste nezávisle na organismu. Maligní nádor, neboli zhoubný, při svém růstu ničí okolní tkáň, zakládá dceřiná ložiska (metastázy) a má celkové účinky na organismus. Benigní (nezhoubný) nádor roste ohraničeně a metastázy nezakládá, může však utlačovat okolní struktury. Některé nezhoubné nádory se mohou časem zvrhnout v nádory zhoubné v tzv. malignizaci. Nádory nejčastěji vznikají v oblastech, kde dochází ke značnému množení buněk či k jejich stimulaci, např. pohlavními hormony (trávicí ústrojí, prsy, ženské pohlavní ústrojí, prostata apod.) (60).

Dosáhne-li nádor hmotnosti okolo jednoho gramu (1 milion až 1 miliarda buněk), pak je viditelný pro lékařskou diagnostiku. Odpovídající různým buněčným tkáním (nervovým, svalovým, krycím, pojivovým a zárodečným), vyskytuje se pět různých tkání z rakovinných buněk. Nádory pocházející z nervových buněk nazýváme blastomy. Ze svalových a pojivových buněčných tkání vznikají sarkomy a nádory vznikající z krycích buněčných tkání nazýváme karcinomy. Karcinomy jsou nejčastější formou rakoviny (59).

Příčiny vzniku onemocnění v souladu s dnešními vědeckými poznatky je multifaktoriální, kde navzájem neznámým způsobem interaktivně nebo kumulovaně spolupůsobí vlivy životního prostředí, psychosociální faktory (stres, vzorce chování), imunologické, endokrinní a genetické faktory (Hürny, 1996) (53).

Příčiny vzniku onemocnění (Hürny, 1996):

životní prostředí:



Poznání příčin vzniku lidských nádorů je již po desetiletí jedním z hlavních cílů lékařského výzkumu. Výsledky provedených studií jsou téměř nepřehledné; zaplnily mnoho knih a nesčetné články. Přes veškeré pokroky posledních let nemůžeme však být spokojeni s úrovní našich znalostí o vzniku nádorů. Původ většiny nádorů neznáme. Disponujeme pouze více či méně dobře podloženými hypotézami, které je svízelné jak potvrdit, tak vyvrátit.

Potíže spojené s určením příčin lidských nádorů mají dva hlavní zdroje. Zprvé nejde o jednu nemoc, jak už bylo řečeno, ale celé spektrum nemocí, které se zcela určitě liší svým původem. Druhá potíž vyplývá z toho, že žádný zhoubný nádor nevzniká naráz. Jeho vývoj sestává z několika etap, z nichž každá má jiné příčiny. Říkáme proto, že vznik nádorů je proces vícestupňový a vícefaktorový. Poznání jednotlivých příčin (faktorů) velmi znesnadňuje délka přípravné doby, která uplyne od prvního nádorového podnětu k projevům nemoci. Trvá i několik desítek let. Je jasné, že v průběhu tak dlouhé doby dochází k působení mnoha událostí, které mohou vývoj nádoru buď usnadnit, nebo ztížit, poznat je a správně určit jejich působení je nesmírně těžké (56).

1.2 Statistika

V Evropské unii se každoročně vyskytuje 1 200 000 nových onemocnění zhoubnými novotvarami. K tomuto počtu je třeba přidat více než 310 000 onemocnění v severní Evropě a přibližně stejný počet ve střední a východní Evropě (kromě států bývalého SSSR).

Loni zemřelo jen v Evropě na rakovinu 1,7 milionu lidí. Lékaři navíc zaznamenali 3,2 milionu nových případů, tedy o 300 tisíc více než v roce 2005. Vyplývá to ze zprávy Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC). V České republice onemocní rakovinou každý třetí obyvatel a každý čtvrtý na ni zemře.

Na těchto číslech si snad všichni dovedeme představit, jak závažné ekonomické, sociální, zdravotní a psychologické problémy se za nimi skrývají. Lze očekávat zvýšení počtu nově diagnostikovaných onemocnění zhoubnými novotvarami. Např. počet nových onemocnění rakovinou prostaty se v roce 2020 v zemích EU zvýší o 50% v porovnání se současným stavem. Lékaři v České republice každý rok diagnostikují téměř 6000 nových případů rakoviny plic. Ročně jí podlehne 4300 mužů a 1300 žen. Nových případů rakoviny plic podle odborníků v posledních letech celkově mírně přibývá. Onkologické onemocnění se stává závažným celospolečenským problémem (stárnutí populace, ekonomika státu), který se promítá nejen do politiky státu (5, 16, 25).

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bude do roku 2020 ročně přibývat 20 miliónů nových případů onemocnění rakovinou. Sedmdesát procent všech onkologických pacientů bude žít v zemích, které budou mít k dispozici pouze pět procent světových prostředků na zvládnutí rakoviny. V novém miléniu bude i nadále rakovina značně přispívat k celkové zátěži lidstva, a to i přesto, že některým druhům rakoviny lze předejít kontrolováním tabákových výrobků, stravování, infekcí a znečištění. Je doloženo, že infekce, z nichž mnohým lze potenciálně předejít, způsobují 15 procent všech nádorových onemocnění a 22 procent nádorových onemocnění v rozvojových zemích. Obdobně kouření ročně způsobuje milióny nových případů onemocnění rakovinou a úmrtí na rakovinu, a to jak v rozvinutých, tak i rozvojových zemích (50).

Je potřeba vyvíjet takové veřejné strategie, které podporují boj proti rakovině a efektivně využívat současné znalosti a technologie pro prevenci rakoviny a zastavení lavinového nárůstu nemoci.

Rakovina je metlou lidstva, neboť dnešní medicína ještě nezná pro každého nemocného cestu k úspěšnému překonání nemoci bez vedlejších účinků. Čistě medicínsky a statisticky řečeno je léčení asi v padesáti procentech případů úspěšné, druhá polovina pacientů dříve či později zemře. V tomto vědomí tkví hrozba této choroby, hrozba jak pro pacienty tak pro lékaře (59).

1.3 Onkologická rizika

1.3.1 Kouření

Kouření je hlavní jednotlivou preventabilní příčinou zhoubného bujení, přičemž podle odborných hodnocení přispívá 30% k úmrtnosti na rakovinu a má klíčovou úlohu ve stoupající incidenci zhoubných nádorů. Epidemiologické studie ze 40. a 50. let prokázaly, že kouření je odpovědné za dramatický nárůst úmrtnosti na rakovinu plic, další tisíce vědeckých výzkumů potvrdily tyto výsledky a objevily další důkazy o tom, že kouření je příčina mnoha dalších typů rakoviny. Velikost rizika je ovlivněna typem tabáku, množstvím tabáku vykouřeného za den, dobou kouření, způsobem inhalace kouře a individuální vnímavostí. Účinky kouření mohou potencovat další faktory jako je ionizující záření, azbest a alkohol. Alkohol výrazně zvyšuje karcinogenní účinky cigaretového kouře u rakoviny v dutině ústní, hltanu, hrtanu a jícnu. Ohroženými jedinci nejsou jen aktivní kuřáci, ale i pasivní kuřáci. Zakouřené prostředí je jednou z hlavních příčin asi u 30% všech nádorových onemocnění plic u nekuřáků. Jsou též prokázány negativní vlivy zakouřené prostředí na dětský organismus, na časté bronchitidy, záněty plic, astmatické záchvaty, podráždění zažívacího traktu a sníženou funkci respiračních orgánů.

K obecně uznávaným rizikovým faktorům leukémie patří kromě ionizujícího záření, některých léků a průmyslových léků i kouření, které zvyšuje incidenci zejména myeloidních typů. Za hlavní příčinu tohoto vztahu je pokládán benzen, který kuřáci nejen vdechují, ale emitují do svého okolí.

Omezit a postupně zcela vyloučit kouření ze životního stylu je neúčinnější intervencí pro snížení nemocnosti a úmrtnosti na zhoubné nádory. Jedinou efektivní cestou primární prevence a léčby je soustavné omezování epidemie tabakismu. Účinnost programů prevence a léčby se projeví v epidemiologii poklesem morbidit a mortality za 5 – 20 let (u působení na dospělé kuřáky), resp. za 30 až 50 let (u působení na mladistvé nekuřáky) **(15, 22, 23)**.

Velmi znepokojivé jsou posuny začátků pravidelného kouření do stále nižších věkových skupin populace a hrozivý nárůst prevalence kouřících dívek a mladých žen. Například v USA přibližně 80% dospělých kuřáků začalo kouřit před dosažením 18ti let. Každý den přibližně 4000 mladých lidí ve věku nižším 18ti let zkusí svoji první cigaretu. V USA kouří přibližně 7,8 milionu lidí ve 12ti letech a starší **(35)**.

Centrální roli v boji s kouřením musí hrát stát. Snižování prevalence kouření vyžaduje komplexní přístup, založený na vědeckých důkazech o jeho škodlivosti zahrnující výkonnou moc státu, aktivní přístup společnosti, médií, intenzivní trvalé vzdělávání a samozřejmě odpovídající legislativní opatření, o která by se účinný protikuřácký program mohl opřít. Bez splnění těchto podmínek snižování prevalence kouření, a tedy reálný pokles incidence a úmrtnosti u celé řady novotvarů není možný **(4)**.

Změnu svého životního stylu musí každý nejdříve pochopit a pak začít uplatňovat. Nenechat věci dojít tak daleko, až dojde k zápasu o holý život. Křivka nevyléčitelných nemocí stoupá daleko rychleji než dříve. Nezapomeňme, že jediné hlavní cíle v životě jsou poznání a prožívat pocity opravdového štěstí **(42)**.

1.3.2 Alkohol

Jsou přesvědčivé důkazy o tom, že konzumace alkoholu zvyšuje riziko řady nádorů. Nejvýraznější potvrzení se týká ústní dutiny, hrtanu, hltanu, jícnu, jater, přičemž u těchto lokalizací je riziko výrazně potencováno kombinací s kouřením, pravděpodobné je zvýšení rizika u kolorektálního karcinomu, nádorů prsu a plic. Alkoholické nápoje byly klasifikovány jako karcinogeny první třídy. Konzumace alkoholu se nedoporučuje vůbec a pro ty, kdo se přesto rozhodnou alkohol konzumovat se doporučuje méně než 2 dávky/den pro muže a méně než 1 dávku/den pro ženy. Jedna dávka je definována jako 250 ml piva, sklenka 100 ml vína nebo 25 ml lihoviny. Údaje o vlivu alkoholu na nádory jsou částečně konfliktní s údaji o preventivním účinku mírných dávek vzhledem ke kardiovaskulárním nemocím, kdy např. doporučení WHO hovoří o „redukci koronárního rizika při 1 dávce alkoholu ob/den“, proto je akceptování konzumace a stanovení horních limitů považováno za kompromis (22, 23).

1.3.3 Výživa

Význam výživy v souvislosti s nádorovým onemocněním je dnes z obecného hlediska nepochybně široce akceptován. Avšak znalosti konkrétních souvislostí a především jejich praktické využívání jsou celkově na nedostatečné úrovni.

Vlivu výživových faktorů je přisuzován podíl 35% na celkové úmrtnosti způsobené nádorovými onemocněními. Jedná se o složitý komplex poměrně velmi různorodých faktorů, které mají specifické rysy a tím se odlišují od většiny ostatních faktorů. Hlavní specifika:

- univerzálnost expozice – týká se bez výjimky absolutně všech, jelikož jíst musíme všichni,
- mimořádná míra expozice – denně přijímáme řádově kilogramy potravy a litry nápojů,

- variabilita a ovlivnitelnost – výživové zvyklosti různých populačních skupin ale i jednotlivců se velmi liší a jsou obecně velmi modifikovatelné,
- vysoký počet působících faktorů – strava obsahuje tisíce nejrůznějších chemických látek, z nichž mnohé nejsou identifikovány a prozkoumány,
- současné působení rizikových a ochranných faktorů – zatímco v tabákovém kouři jsou pouze škodliviny, ve výživě jde spíš o zajištění dostatečného přívodu látek s ochranným efektem.

Určité prvky stravy, ale rovněž působí rizikově a navíc, nedostatek protektivního faktoru můžeme označit za rizikový. V každém případě je konečný efekt dán vzájemným poměrem rizikových a protektivních faktorů a složitými interakcemi.

Co se týče členění výživových faktorů, kromě obsahu nejrůznějších látek ve stravě je důležitá energetická bilance. Je určována energetickým příjmem a energetickým výdejem (zejména ve smyslu pohybové aktivity). Obezita je považována za vysoce významný rizikový faktor s prokázaným rizikem pro nádory endometria, ledvin, prsu, žlučníku a pro kolorektální karcinom. Například pro nádory endometria je uváděno trojnásobné zvýšení rizika. Vysoký příjem energie se jeví i jako faktor s přímým rizikovým vlivem. Což je dáno zřejmě tím, že nadbytek přívodu energie do buňky může zvýšit pohotovost k replikaci, a tím i nádorové riziko. Vysoký příjem energie v dětství a nízká pohybová aktivita je jednou z příčin rychlého růstu v dětství, vyšší tělesné výšky v dospělosti a časně menarche. Všechny tyto faktory prokazatelně zvyšují riziko nádorů prsu (**22, 23**).

1.3.3.1 Složky stravy

Ovoce a zelenina má významný protektivní efekt, vůči nádorům různých lokalizací. Snižuje riziko pro nádory úst, hltanu, hratnu, jícnu, plic, žaludku tlustého střeva. Poměrně silné jsou důkazy pro nádory prsu, pankreatu, močového měchýře atd. Protektivní efekt mají nejen vitamíny, vláknina či minerální látky, ale jako podstatná se

jeví zejména rozsáhlá skupina fytochemikálií (karotenoidy, polyfenoly, fytoestrogeny, glukosoinoláty atd.). Efekt na snížení rizika byl dokumentován u řady vitamínů, zejména s antioxidačním potenciálem. Např. u betakarotenu je zřejmý vliv na snížení rizika nádorů plic, jícnu, žaludku, kolorekta, prsu a cervixu. Dostatečná konzumace zeleniny a ovoce (alespoň 400 gramů denně) tedy představuje jedno z hlavních doporučení jak v rámci dietních opatření, tak i v prevenci nádorů obecně.

Maso je dnes ve vztahu k nádorovému riziku hodnoceno jako druhé nejvýznamnější z výživových faktorů. Jsou poměrně přesvědčivé důkazy o tom, že vysoká konzumace masa (zejména tzv. červeného) zvyšuje riziko vzniku nádorů tlustého střeva. Jsou určité údaje i o riziku dalších nádorů, jako slinivky břišní, prostaty a ledvin. Oproti tomu konzumace ryb zřejmě riziko snižuje. Konzumace drůbeže není spojena se zvýšením rizika a je možné, že riziko snižuje (22, 23).

1.3.3.2 Výroba, skladování, uchovávání potravin a příprava stravy

V celém řetězci výroby se do potravin dostává určité množství chemických znečišťujících látek z životního prostředí, označovaných jako kontaminanty (např. rezidua pesticidů, herbicidů, těžké kovy atd.). Tyto látky nepřispívají k riziku nádorů. Oproti tomu při nesprávném skladování může dojít ke kontaminaci plísněmi, produkujícími aflatoxiny. Ty jsou prokázány etiologickým faktorem hepatocelulárního karcinomu. Konzervované maso a masné výrobky, zejména uzeniny, jsou spjaty s rizikem nádorů kolorekta. Nejvhodnějším způsobem uchovávání potravin vůbec, se jeví chlazení a zmrazování, které by mělo být využíváno přednostně oproti jiným způsobům konzervace. Zmrazování potravin chrání proti rakovině žaludku. Pravděpodobným mechanismem je redukování potřeby soli jako konzervační látky a zvýšení celoroční dostupnosti zeleniny a ovoce. Potrava s vysokým obsahem soli zvyšuje riziko karcinomu žaludku. Příprava potrawy užitím velmi vysokých teplot, obzvláště v plameni, způsobuje tvorbu karcinogenních látek, jako například heterocyklických aminů. Maso upravené smažením a grilováním zvyšuje riziko

žaludečního a kolorektálního karcinomu. Při přípravě zejména masa a ryb by se měly používat relativně nižší teploty a mělo by být upřednostňováno vaření a dušení před grilováním či smažením (22, 23).

1.3.4 Dědičnost

Většina nádorů jsou nedědičná, sporadicky vzniklá onemocnění. Asi 5-10% nádorů však může být hereditárního původu. V naší republice je ročně léčeno více než 40 tisíc lidí s nádorovým onemocněním. Jestliže 10% z nich může mít dědičnou formu, jedná se o nejméně 4000 případů ročně. U některých typů nádorů je proporce dědičných forem vysoká a může dosahovat více než 10%. Mezi nejčastější dědičné formy patří nádory prsu, vaječníků, prostaty a kolorektální karcinom. U jiných nádorů může být primární genetický faktor poměrně vzácný (22, 23, 10).

1.3.5 Infekce

Infekční agens hrají v etiologii nádorových onemocnění významnou roli. Ve vyspělých zemích je etiologické přispění odhadováno celkově na 5%. Jako reálně nejvýznamnější se ve vyspělých zemích jeví HPV – lidský papilomavirus, *Helicobacter pylori*, viry hepatitidy B a C a Epstein-Barr virus. Těmto agens je přisuzováno více než 80% nádorů asociovaných s infekcemi.

1.3.6 Další onkologická rizika

Další onkologická rizika představují chemické látky v životním prostředí. Mimo jiné 20. století bývá označováno jako století chemie. V roce 1990 bylo definováno deset milionů chemicky definovatelných látek a uvádí se, že každoročně přibývá kolem 700 dalších. Více než půl milionu chemických látek je produkováno každoročně v tunových objemech a s těmi pak přichází do kontaktu většina lidské populace, často v toxikologicky významných dávkách po kumulaci v potravních řetězcích (22, 23).

Mezi prokázanými karcinogeny se dále nově objevuje široké spektrum ultrafialového záření, ať se již jedná o záření produkované sluncem, nebo umělými zdroji, dále dřevný prach produkovaný při řezání, broušení a další povrchové úpravě dřeva, a konečně materiály z niklu a berylia užívané v průmyslu. Mezi prokázané karcinogeny též patří steroidní estrogeny (34).

1.3.7 Výživa při nádorovém onemocnění

V období nemoci stravovací chyby mají negativní dopad na příznivý průběh a léčbu onemocnění. K nejčastějším projevům nádorového onemocnění spojenou s nedostatečnou výživou patří nádorová kachexie, která se vyskytuje přibližně u 70% pacientů. Při nedostatečném přísunu biologicky hodnotné stravy a při zvýšené potřebě energie v průběhu nádorového onemocnění čerpá organismus energii z vlastních tělesných zásob. V tomto případě dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, úbytku svalové i tukové tkáně, snižuje se odolnost organismu proti infekcím, zpomalují se procesy hojení a následná rekonvalescence. Příčinou nedostatečného přísunu živin v období nemoci je nejen vlastní nádorové onemocnění, ale také následná léčba – chirurgická léčba, chemoterapie, radioterapie. Zároveň platí, že vyvážená, plnohodnotná a energeticky dostatečná strava se správným poměrem základních nutričních složek – bílkovin, tuků, sacharidů, je nezbytnou podmínkou optimálního průběhu léčby a významně přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu onkologických pacientů (47).

1.4 Diagnostika nádorového onemocnění

Zásadní roli v minulosti sehrály a v současné době sehrávají stále metody zobrazovací. V první polovině našeho století se zdokonalovalo rentgenové vyšetření použitím nových kontrastních látek a nových metodických postupů. I když základní rentgenové metody jsou stále důležitou součástí vyšetřovacích postupů u nádorových onemocnění, přesnější představu o jejich rozsahu může dát počítačová tomografie, případně magnetická rezonance. Také další neinvazivní metoda – ultrasonografie, může odhalit cystické a solidní útvary v tkáni orgánů či měkkých tkáních, může zjistit zvětšené uzliny, popř. posoudit i velikost sleziny, jater a slinivky.

V diagnostice se začalo využívat i radioaktivního záření pocházejícího z radionuklidů (nestabilních radioaktivních atomů). Podávají se nitrožilně a nazývají se radiofarmaka. Podle zařízení, které měří radioaktivní záření se jednotlivé metody nazývají gamagrafie, scintigrafie.

Významným obohacením diagnostických možností byla pozitronová emisní tomografie (PET). Tato neinvazivní diagnostická metoda umožňuje, narozdíl od výše zmíněných metod, které pouze zobrazují anatomické struktury, ukázat metabolické a biochemické procesy v jednotlivých tkáních a orgánech. V posledních letech nabývají na významu též cytogenetické metody a metody molekulární biologie (61).

1.5 Léčba nádorového onemocnění

Léčba nádorového onemocnění s sebou nese zcela specifickou psychologickou zátěž. Pro pacienta představuje plno nepochopitelných paradoxů. Zatímco v jiných oborech signalizuje pacientovi snižování dávek léků i léčebných procedur, že se stav zlepšuje a léčba pomalu končí, v onkologii je tomu často naopak: např. po základních šesti sériích chemoterapie se pro dobrý stav organismu a po úspěšném zmenšení nádoru přidávají ještě dvě série chemoterapie. V léčbě se totiž lékaři musí zaměřit nejen na likvidaci nádoru, ale i na likvidaci možných mikroskopických zbytků, aby pojistili

výsledný efekt léčby. Zjednodušeně můžeme říci, že čím je stav organismu celkově lepší a čím je pacient mladší, tím je léčba delší a agresivnější. Spolu s léčbou má pacient různé obavy a zakořeněné představy, což může ovlivnit vstupní postoj k léčbě a někdy je i komplikací hladkého průběhu léčby. K léčbě nádorových onemocnění existuje větší počet různých léčebných metod. Tři z nich lze považovat za metody hlavní. Je to chirurgická léčba, radioterapie a chemoterapie (61, 16).

Výsledkem léčby onemocnění závisí především na stadiu onemocnění, v němž byla stanovena diagnóza a na citlivosti nádoru na terapii. Obecně jako u většiny nádorových onemocnění platí, že prognóza nemocných v nižším věku je horší než u starších nemocných. Včasné zachycení nádorového onemocnění představuje větší úspěšnost léčby (51).

1.5.1 Chirurgická léčba

Základní a velmi účinná léčba představuje chirurgické odstranění nádoru s následným histologickým rozbohem odebrané tkáně. Tato metoda byla prakticky jedinou léčebnou metodou na počátku století, postupně doplňovanou ozařováním. Chirurgická léčba v dnešní době má velký význam, přičemž operační techniky se stále zdokonalují. Značný význam má i chirurgie paliativní, zmírňující obtíže nemocného. Nověji se v onkologii stále více uplatňuje i chirurgie rekonstrukční, jejímž cílem je upravit defekty způsobené radikální protinádorovou léčbou. Chirurgická léčba se často kombinuje s dalšími metodami, zejména s radioterapií nebo s chemoterapií.

Nejčastější je před chirurgickým zákrokem obava z anestezie, ztráty vědomí, z toho „že se již neproberu“ a „jak budu vypadat po zákroku“. Osobní kontakt a rozhovor s chirurgem a anesteziologem, je pro pacienta zklidněním a snížením úzkosti. Velmi citlivá problematika se váže k zákrokům, kde dochází ke změně vzhledu. Operace prsu, dělohy a vaječníků, operační zásahy, které vedou k používání kompenzačních pomůcek (operace tlustého střeva, konečníku, močového měchýře, ledvin, hrtanu) (61, 16).

1.5.2 Radioterapeutická léčba

Tato léčba spočívá v ozařování části těla, kde je nebo byl lokalizován nádor. Radioterapie se aplikuje před nebo po operačním zákroku a nebo je možná přímá likvidace nádoru jen zářením. K účinné kurativní nebo paliativní léčbě většiny nádorových onemocnění je zapotřebí vysoko-energetických zdrojů záření, které umožní podat vysokou dávku záření i na nádory uložené v hloubce, při podstatném omezení rizika poškození zdravých tkání. K tomu slouží kobaltová bomba, betatron nebo nejlépe lineární urychlovač. Cesiový ozařovač nebo rentgenové záření se uplatňuje u nádorů uložených povrchově a u některých kožních nádorů. Většinou se dnes ozařuje způsobem, kdy se záření podává v jednotlivých dílčích dávkách, a to buď ve vyšších dávkách podaných méně často či naopak v malých dávkách aplikovaných několikrát denně. Pacienti při této léčbě mají obavy z radioaktivity, o které mohou mít zkreslené informace. Bojí se z ozáření i jiných částí těla, mají obavy z neplodnosti, z popálení pokožky atd. Množství a délka ozařování je stanovena týmem odborníků podle přesně stanovených kritérií s ohledem na stav pacienta, kde platí, že léčba nesmí poškozovat (61, 16).

1.5.3 Chemoterapie

Chemoterapie je léčení pomocí cytostatik. Nádory se v senzitivitě na chemoterapii liší. Některé typy odpovídají výborně a část z nich lze chemoterapií zcela vyléčit. Jiná maligní onemocnění odpovídají na chemoterapii méně, takže chemoterapie zde pomůže jen dočasně. Mezi nádory s minimálním nebo žádným paliativním efektem chemoterapie patří např. karcinom slinivky břišní, jater, žaludku, prostaty, melanom (57).

Léčebné výsledky posílila i kombinace chemoterapie s dalšími léčebnými metodami, hlavně chirurgickými. Cytostatika jsou rozváděny krevní cestou ke všem tkáním v těle, nepůsobí jen na nádorové buňky, ale zasahují i buňky zdravé. Důsledkem je celá řada vedlejších účinků, z nichž nejzávažnější je útlum činnosti buněk kostní

dřeně. V dnešní době se kromě vysoko dávkované chemoterapie používá tzv. myeloablativní chemoterapie, má vyšší protinádorovou účinnost, ale prakticky krvetvornou tkáň zničí. Je možná jen za předpokladu následné transplantace kostní dřeně (61,16).

1.5.3.1 Nežádoucí účinky cytostatik

Při protinádorové chemoterapii jsou nežádoucí účinky pravidlem. Nejčastěji se vyskytující nežádoucí účinky cytostatik jsou vázány na cytotoxický účinek chemoterapie v normálních proliferujících buňkách (kostní dřeň, epitel trávicího ústrojí, buňky vlasového folikulu, zárodečné pohlavní buňky, embryonální tkáň). Výskyt toxicity a intenzita toxických příznaků nezávisí jen na povaze cytostatika, ale zejména na dávce, a to jak na dávce jednotlivé, tak v některých případech na celkové dávce kumulativní. Existují značné individuální rozdíly mezi nemocnými, kdy i při stejných dávkách jsou projevy toxicity značně rozdílné.

- Poškození krvetvorby,
- poruchy hemostázy,
- poškození kůže – změna pigmentace, akné, celulitida, nekróza, alergické kožní reakce, vznik alopecie,
- poruchy trávicího ústrojí – průjem, zácpa, nevolnost, zvracení, suchost v ústech,
- poškození jater, pankreatu, plic, srdce, ledvin, gonád atd. (21).

1.5.4 Imunoterapie

Imunoterapie je nejmladší léčebnou metodou, jejímž cílem je obnovit porušenou funkci protinádorové imunity a zapojit ji do léčby zhoubného onemocnění. Proti záření a chemoterapii má imunoterapie tu přednost, že je schopna většinou ničit nádorové buňky nezávisle na jejich generačním cyklu. Ačkoliv klinické zkušenosti ukázaly, že imunoterapie může být účinná i při větším počtu nádorových buněk, uplatňuje se v praxi jako doplňková metoda v případech, kdy hlavní nádorová masa byla odstraněna

jiným způsobem. Imunoterapie by tak měla přispět k likvidaci tzv. zbytkové nemoci a zaručit trvalé vyléčení.

Dalšími léčebnými metodami jsou hypertermie, fototerapie a fotochemoterapie (21).

1.5.5 Současný výzkum

Léčba nádorových onemocnění se nově ubírá dvěma směry. Na jedné straně je značné úsilí věnováno účinnějším zásahům do chorobných mechanismů nádorového růstu a metastazování, na druhé straně rozvoj genetiky nabízí možnosti zásahu na molekulárně biologické úrovni. Mezi oběma perspektivními cestami neexistuje ostrá hranice. Zkoumá se například účinek různých růstových a regulačních faktorů na buněčné bujení, diferenciaci a zánik buněk, studuje se možnost ovlivnění systému různých intracelulárních signalizačních molekul ("poslů"). Intenzivně se studuje možnost útlumu vzniku nádoru a jeho metastazování. Nadějí pro 21. století se zdá být tzv. genová terapie nádorů, která je založena na přenosu genetické informace. Jde o "vsunutí" nového genetického materiálu do buňky odlišného druhu s odlišnou funkcí. Tímto způsobem se koriguje genetický defekt, který byl příčinou vzniku zhoubného druhu buňky. Genetickou manipulací lze též podpořit lokální i celkové mechanismy protinádorové imunity (tzv. genetická imunomodulace). Kromě různých variant genové terapie se intenzivně studuje možnost potlačení enzymu odpovědného za trvalé buněčné bujení. Aktivace tohoto enzymu byla totiž nalezena u 80 ze 100 buněčných nádorových linií. Jeho zvýšená aktivita působí "nesmrtelnost" buňky (61).

1.5.6 Komplexní protinádorová péče

Komplexní léčbu provádí po vzájemné dohodě tým specialistů. Musí ji koordinovat dostatečně kvalifikovaný odborník – klinický onkolog. Před jejím zahájením i v jejím průběhu je zapotřebí brát v úvahu věk a celkový stav pacienta, biologické vlastnosti nádoru a jeho předpokládaný vývoj, pravděpodobný účinek léčby na nádor, ale i její nepříznivý dopad na pacienta (např. toxické působení cytostatik na

některé orgány) i možnosti zvládnutí akutních komplikací. Komplexní léčba představuje složitý soubor opatření, která na sebe plynule navazují, začínají snahou včas rozpoznat a léčit přednádorové stavy a počáteční stadia nádorových onemocnění, vytvářejí podmínky pro rychlou a správnou diagnostiku, pro zvládnutí nemoci, zvládnutí léčebných komplikací a dlouhodobou, celoživotní kontrolu (dispenzarizaci). Neodmyslitelnou součástí komplexní péče je i péče rehabilitační – tělesná (somatická), psychologická a sociální. Rehabilitační péče by měla provázet vlastní protinádorovou léčbu od jejího samého počátku.

Somatická rehabilitace má za úkol předcházet, je-li to možné, tělesným poškozením anatomickým i funkčním nebo je minimalizovat, a pokud to možné není, najít a zajistit co nejdokonalejší náhradu. Neobejde se bez ní léčba nádorů pohybového ústrojí, zejména stavy po ortopedických operacích. Má nezastupitelný význam při prevenci i léčbě časných i pozdních komplikací vznikajících v plicích. Při mnoha poškozeních nervové soustavy – centrální i periferní, ale i při nápravě ochablé funkce střev a při mnoha dalších komplikujících situacích, o které není při nádorových chorobách, při jejich léčbě a po ní, nouze (26).

Hlavním ohniskem rehabilitačních zájmů a intervencí u onkologických pacientů je pomoc při monitoraci bolesti, terapie lymfedému, maximální obnovení a uchování funkcí v oblasti pohybového systému, edukace a psychická podpora v plánování a prioritách životních aktivit k zajištění optimální kvality života. Rehabilitační tým je postaven do unikátní pozice, v níž může pacientovi poskytnout významnou psychickou podporu a doporučit praktické návrhy ke zlepšení funkce, mobility, nezávislosti a maximální soběstačnosti. Tímto dlouhodobým stimulujícím procesem vedeným od počátku stanovení diagnózy pacientovi nabízí významný stupeň naděje a optimismu v průběhu jeho závažné choroby (52).

Zatímco somatická rehabilitace záleží z největší části na zdravotnících, se kterými musí pacient dobře spolupracovat (jen zčásti může pomáhat i rodina), je psychologická rehabilitace rovnoměrně rozdělenou záležitostí zdravotníků (včetně psychologa), pacienta a lidí z jeho nejbližšího okolí – rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků (26).

Psychologická rehabilitace by měla být zahájena ihned po stanovení diagnózy. Existuje zde mnoho problémů, které terapeut musí řešit a jeho těsnou spoluprací s klinickým psychologem lze považovat za velmi vhodnou. Náročné situace se mohou týkat sdělení diagnózy závažné choroby, získání pacienta pro léčebný plán, udržet onkologickou bdělost i v období tzv. remise. Dalším problémem může být přesvědčení pacienta, že recidiva ještě neznamená nezvratný konec a poskytnutí naděje i v konečných fázích nemoci **(24)**.

Sociální rehabilitace má usnadnit návrat nemocného ke společenským aktivitám, které byly jeho součástí před onemocněním. Do této oblasti lze zahrnout rehabilitaci profesionální, tj. úsilí o umožnění návratu nemocného do zaměstnání. Začlenění nemocného zpět do pracovního procesu, ať již do původního zaměstnání nebo do zaměstnání náhradního (změna pracovního místa u zaměstnavatele, rekvalifikační kurzy pro nové zaměstnání) je základním předpokladem opětovného sebeprosazení se. Zároveň je také realizací v plnohodnotném aktivním životě. Jak řešit problém seberealizace v zaměstnání, jak postupovat v případě změněné pracovní schopnosti řeší nový zákon o zaměstnanosti. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. ze dne 13.5.2004 České republiky, jehož součástí je i komplexní úprava problematiky osob se zdravotním postižením a jejich postavení na trhu práce : 67§ - z hlediska délky 84§ Sb. Pacientům kteří onemocněli onkologickým onemocněním, náleží v době nemoci dávky z nemocenského pojištění nebo pobírají invalidní důchod **(33)**.

1.5.7 Psychoterapie a psychologické poradenství

Psychoterapie pomáhá nemocným netrápit se zbytečně, zorientovat se v nové životní situaci a žít i přes nepříznivou prognózu smysluplný a naplněný život. Ať to zní jakkoli paradoxně (32).

Přiměřený psychoterapeutický přístup ošetrovatelského týmu je potřebný a nevyhnutelný už před stanovením definitivní diagnózy onemocnění. Psychoterapie všeobecně představuje léčebné působení na psychiku pacienta psychologickými prostředky. Psychoterapie zlepšuje postoj pacientů k léčbě, zvyšuje kvalitu jejich života s onemocněním a po ukončení léčby pomáhá pacientům zařadit se zpět do společnosti. Snižuje výskyt anxiety, deprese, únavy a bolesti.

Je nutnou lidskou potřebou dávat faktům smysl, a ten se může v psychoterapeutickém procesu proměňovat. V člověku, jehož jednoznačné a definitivní soudy o sobě a své chorobě byly zrelativizovány takovýmto význam proměňujícím rozhovorem, je pak zpravidla mnohem snadnější, objevit zdroje k vypořádání se s nepříznivými vlivy. Vyrovnání se s faktem vlastní smrtelnosti, s vědomím toho, že to, co má člověk ze života před sebou je jakýmsi způsobem časově ohraničeno, je podmíněno rozpuštěním sebezničujících přesvědčení o nespravedlnosti takového údělu, o vlastní zavinění apod. V tomto smyslu přispívá psychoterapie ke smíření se s nevyhnutelným, současně je však také obrovským příspěvkem ke schopnosti pacienta spolupracovat na léčbě a aktivně se podílet na svém případném uzdravení. Nejen samotným nemocným však choroba komplikuje život. Nepříznivá situace se dotýká všech kolem a nejvíce zpravidla těch nejbližších osob. I oni mají svoje obavy, potřeby a očekávání s chorobou spojená. Zkouše je vystaveno fungování nepsaných pravidel v rodině a nakonec ve všech vztazích. Jelikož se představy o tom, jak by kdo měl v takové situaci vlastně fungovat, u jednotlivých účastníků většinou liší, dochází ke krizím a přehodnocování vztahů zrovna v době, kdy by bylo žádoucí se o ně opřít jako o něco stabilního. Skutečnou pomocí může být v takovýchto chvílích rodinná terapie. I příbuzní nemocných a jejich blízcí mají dobrý důvod a současně příležitost mluvit o

svých emocích a potřebách. Jde o záležitosti citlivé a důležité pro všechny zúčastněné, a tak je psychoterapie šancí i pro ně **(32, 54)**.

Důležitost psychoterapie je nesporná například u gynekologických malignit. Gynekologické malignity vznikají v produktivním věku ženy a zásadním způsobem ovlivní život rodinný, partnerský a společenský. Psychologická problematika se dotýká jednotlivých diagnóz, např. nádory těla a čípku děložního, nádorů vaječníků a s nimi spojené psychické zátěže. Převažují zde akutní poruchy adaptace, strach z léčebných procedur a komplikací, strach z bolesti provázející léčbu, otázky života a smrti, stres z opakovaných návratů do nemocničního prostředí, partnerský vztah, obavy z možné infekční etiologie choroby a další. Dalšími důvody psychotherapeutické intervence jsou tendence k suicidu, apatie nebo naopak agrese k okolí. Specifickou problematikou společnou pro všechny gynekologické diagnózy jsou poruchy sexuálního života plynoucí z předchozí léčby **(18)**.

Z výsledků nové studie vědců z Ohio State University (Comprehensive Cancer Center), která byla uveřejněna v časopise Journal of Clinical Oncology vyplývá, že u žen s nádory prsu, které využívají psychologického poradenství, dochází nejen k redukci stresu a úzkosti, ale mění se i jejich způsob života. Zdravěji se stravují, přestávají kouřit a posiluje se jejich imunitní systém. Výzkum byl zaměřen na vliv stresu na imunitní systém pacientek. Vědci sledovali 2700 žen s rakovinou prsu (ve stadiu 3 a 4) po dobu 10 let, přičemž ženy byly náhodně rozděleny do dvou skupin. Jedné skupině byla poskytována psychologická intervence a druhá skupina absolvovala pouze psychologická vyšetření. Pacientky odpovídaly na otázky týkající se jejich emočního stresu, životosprávy a sociálního fungování. Ženy, kterým bylo poskytováno psychologické poradenství, uváděly v průměru lepší náladu a nižší míru prožívaného stresu. Autoři studie také analyzovali vzorky krve všech účastnic a sledovali hladiny krevních markerů, které souvisejí s imunitním systémem. Ukázalo se, že psychologické poradenství objektivně vedlo k posilování imunitního systému **(39)**.

Cíle psychoterapeutické a psychologické intervence:

- zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří jsou v podobné situaci,
- snížení zoufalství a deprese,
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací,
- zmírnění pocitů izolace, bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými,
- vedení k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení,
- lepší spolupráce s lékařským týmem,
- obecné zlepšení kvality života (53).

1.5.8 Alternativní medicína

Nejprve bychom si měli vymezit, co všechno spadá pod široký pojem alternativní medicína. Je to široké spektrum metod, zahrnující různé fyzické aktivity, dietologická doporučení a potravinové doplňky, z nichž některé vznikají jen na základě individuálních domácích receptur, zatímco jiné jsou již sériově vyráběny a kontrolovány Státním ústavem pro kontrolu léčiv nebo povoleny Státním zdravotním ústavem. Někteří pacienti se k alternativním metodám obracejí na samém počátku onkologické léčby, jiní v průběhu nebo při recidivě onemocnění, a pro některé začínají být alternativní metody aktuální v době paliativní péče. Nejméně třetina všech onkologických pacientů se během konvenční terapie obrací i k alternativním metodám. Je však velmi důležité upozornit na fakt, že tato setkání s sebou přinášejí jak nesporné profity, tak i významná rizika.

Smutným příkladem je situace zoufalého pacienta v období recidivy či progresu onemocnění, který se obrátí na konkrétního představitele alternativní medicíny. Ten využije jeho životní situace a mistrnou manipulací získá jeho důvěru, a i když sám dobře ví, že alternativní terapie pacientovi nijak nepomáhá, léčí pacienta jak nejdéle

může, bez ohledu na bolesti, kachexii, horečky. Onkologický pacient může být právě pro tyto léčitele snadnou kořistí a dobrým zdrojem příjmů.

Dalším aspektem je zde paternalistický model lékařů. Pacienti bývají pasivní a čekají, co s nimi lékař provede. Pacienti se staví do role dítěte, které poslouchá své rodiče (lékaře) a činí je zcela odpovědnými za svůj osud. V těchto případech může být zájem o alternativní metody medicíny iniciačním momentem k aktivnějšímu a odpovědnějšímu přístupu k vlastní terapii. Pacient u představitelů alternativní medicíny zažívá pocit své vlastní individuality a jedinečnosti, který je z hlediska psychologa terapeutický již sám o sobě.

Pacient, který volí vhodné kombinace konvenčních a alternativních metod, často věří, že má něco, co ostatní pacienti nemají, co je „šité jemu na míru“, a proto se bude rychleji a lépe uzdravovat. Úspěšnost metod alternativní medicíny nelze nijak statisticky doložit ani dokázat, ale pacient, který ve své léčbě věří, bude z psychologického hlediska vždy předurčen k významnějšímu terapeutickému úspěchu, bude lépe snášet vedlejší účinky léčby, a nebude podléhat tak často depresím a úzkostem. Z hlediska tzv. holistického či psychosomatického přístupu v medicíně můžeme říci, že takový člověk nezatěžuje svůj biologický organismus negativním prožíváním. Ba naopak spíše posiluje svoje imunitní (zdravé biologické) reakce. Hovoříme zde o tzv. placebo efektu, který může nezanedbatelným způsobem ovlivnit úspěšnost léčby (45).

Největší „kouzlo“ netradičních způsobů léčby rakoviny spočívá nepochybně v tom, že jen minimálně zatěžují pacientův organismus. Situace je dokonce taková, že řada nemocných se k nim uchyluje v podstatě pouze proto, aby se nemusela podrobit tradiční léčbě považované za škodlivou a jedovatou (40).

Na otázku, proč se tolik lidí utíká k alternativní medicíně, uvádí například Rucki (2000) několik postřehů:

„Lidé vnitřně cítí touhu po nové medicíně, která by byla jemnější a ohleduplnější vzhledem k člověku.“

„Často skýtají léčitelé svým pacientům větší psychickou podporu než lékař. Toto má hlavně význam u různých obtíží, které pramení z psychické oblasti člověka, kde

touha po duševní rovnováze, po smyslu života a harmonii se světem i sebou samým stojí v popředí “ (29).

1.6 Psychické stavy onkologických pacientů

Stanovení diagnózy zhoubného nádorového onkologického onemocnění, rakoviny a jiných život ohrožujících chorob, se podobá výbuchu sopky. Diagnóza rozmetá vše, co jsme v životě budovali, k čemu jsme směřovali, o čem jsme snili. Člověk stojí omráčen, zděšen, je bezradný, odmítá uvěřit a přijmout diagnózu. Jsou rozmetány jistoty, člověk stojí obnažený bez opory, zranitelný, je na začátku cesty, o které neví jaká je a kam povede. Pro tuto náročnou životní situaci si každý musí najít svůj kompas, své záchytné body, na kterých může začít stavět. Často si člověk klade otázku, zda má vůbec svou diagnózu sdělit svým nejbližším. Z hlediska léčby a dalšího života je snazší se svěřit s obavami než je skrývat. Navíc pak platí, že cesta je méně bolestná, jelikož naši nejbližší vidí situaci jinak, chtějí pomoci a podpořit. Někteří z nich však neunesou závažnost sdělení, jelikož bolest a utrpení blízkého člověka staví každého z nás před rozpoznání vlastních hranic a možností, před uvědomování si vlastních limitů, ne/schopnosti a ne každý je na tuto přímou konfrontaci dostatečně připraven a vybaven, někdo takovou situaci prostě neunes. Nemoc mění vidění světa, nejen nemocného, ale i jeho blízkých. Nakonec se objeví zdroje a reálné opory i tam, kde bychom je ani nečekali (16).

To jak člověk zaujme přístup ke své nemoci, závisí na mnoha faktorech. Každý má určitý temperament, povahové vlastnosti, inteligenci, názory na život, vzdělání, zkušenosti, uznává nějaké hodnoty a zvládá překážky sobě vlastním, zčásti vrozeným, zčásti naučným způsobem. Dalším faktorem je sociální stránka, zázemí, spokojenost či nespokojenost v zaměstnání, finanční situace. Další nemalou roli zde hraje osobnost (cholerik, sangvinik, melancholik, flegmatik). Nejzranitelnější bývají labilní melancholici. Už Hippokrates označil melancholické ženy za nejčastější nositelky rakoviny prsu (16).

1.6.1 Postoje k nemoci

1.6.1.1 Odmítnutí nemoci

Představuje aktivní boj proti nemoci. Klient nemoc bere reálně, chová se k ní jako k vetřelci, který se do něj nastěhoval a nedá se vypudit. Klient využívá všech dostupných možností, jak se vetřelce zbavit. Důležité je, že klient neztrácí sebedůvěru a neopovrhne vlastním tělem. Cítí se úplným celkem a ztrátu nějaké části těla operací posuzuje jako válečník, který jí se ctí ztratil v boji s nepřítelem.

1.6.1.2 Přijetí nemoci

Klient přijímá nemoc jako něco, s čím se musí vyrovnat. Přijímá ji jako osudovou nutnost. Snaží se využít co nejlépe prostoru, který mu při jeho onemocnění ještě zbývá a kupodivu zjišťuje, že je ještě dost velký. Začíná si všimnout maličkostí, které pro něj dříve byly samozřejmostí. Přehodnocuje své postoje k různým věcem v životě, snaží se pochopit smysl života a své nemoci. Mnohem více si užívá běžných radostí a hodnotí vše méně materialisticky. Člověk může pochopit svou nemoc jako kus cesty k životu. Nemoc může být obrozením. Poskytuje čas k přemýšlení o tom, co je v našem životě důležité a co nedůležité. A teprve v nemoci se mnoho lidí naučí milovat život a žít jej plněji. Pro mnoho nemocných se jaksí život „zhušťuje“. Časový úsek, který jim zbývá, prožívají uvědoměleji, jejich pojetí času je jiné. Tito lidé nemyslí v letech, ale v okamžicích a dnech (8).

Frankl: „O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu.“

1.6.1.3 Ignorování nemoci

Tento postoj neznamena, že klient nepřipouští realitu existence nemoci, naopak dobře o ní ví, ale zakazuje si na ni myslet. Léčbu prodělavá raději ambulantně, pokud to jde, jelikož hospitalizace je pro něj největší svízel. Vedlejší účinky léčby ignoruje, chová se, jakoby dostal chřipku. Na nic moc se neptá, nesnáší hovory s pacienty o chorobách, o pomoc nežádá. Je to velice individualistický člověk, který projevuje značnou dávku samostatnosti. Je velice skeptický ke své budoucnosti, rozhodl se žít, jak se mu líbí. Ví, že nemoc ignorovat může, dokud je soběstačný a samostatnost si snaží zachovat co nejdéle. Své pocity z onemocnění tají, nefilozofuje, bývá odmítavý k lidem, kteří mu chtějí nápadně pomáhat.

1.6.1.4 Přetvoření nemoci

Tento postoj zaujímají většinou klienti umělecky zaměření. Tito lidé buď už dříve tvůrčí činnost provozovali a snaží se ji provozovat ještě intenzivněji než dřív, nebo ji začnou provozovat teprve, když si uvědomí, že už nemohou déle otálet. Klient se ponoří do své činnosti tak, že s ní jakoby splývá. Vše kolem něj je nedůležité, i jeho vlastní tělo a nemoc. Prožívá pocit sjednocení s milovanou prací a jeho čas ubíhá jinak, než cítí-li se sám sebou. Dalším postojem k nemoci patří tzv. rezignace. Některé slovníky ji popisují jako trpnou odevzdanost. Nebo také laicky řečeno „hození flinty do žita“, kdy pacient přestane bojovat (8).

1.6.2 Reakce na vznik onemocnění

I když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jedince, určité zákonitosti zde jsou.

Dr. Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala jednotlivé fáze, jimiž prochází pacient i jeho nejbližší. Tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Některé z nich se opakovaně vracejí a střídají nebo se mohou prolínat.

- negace – šok, popírání,
- agrese – hněv, vzpoura,
- smlouvání – vyjednávání,
- deprese – smutek,
- smíření – souhlas (49).

Psychické stavy nemocných jsou ovlivněny především premorbidní osobností nemocného. Psychické reakce na nemoc mají charakteristický ráz podle jednotlivých období vývoje maligního onemocnění, k nimž patří:

- bezpříznakové období,
- období prvních příznaků,
- období rozvinutých příznaků,
- období léčby,
- období zlepšení nebo remise choroby, popř. období progresu choroby (9).

1.6.2.1 Bezpříznakové období

První fáze onemocnění, kdy choroba zůstává ještě nedetekovatelná, může trvat od několika měsíců do několika let. U nemocného existuje pouze určitý názor na to, co je zhoubný nádor. Tento názor je ovlivněn základním laděním jedince, jeho vzděláním, úrovní informovanosti o daném problému a obecnými oficiálními a neoficiálními názory a také tím, zda se s tímto onemocněním setkal, či zda pochází z rodiny, kde je nebo není jeho familiární výskyt. Pokud je jeho názor pouze obecný a pacient nemá sklon k hypochondrii, problematika se ho příliš nedotýká, má k ní odtažitý vztah. Pokud

však měl bližší vztahy k pacientům, kteří byli nevyлéčitelně nemocní rakovinou, existuje v jeho vědomí registrace této události již emočně podbarvená. U některých lidí jsou náznaky fobie či kancerofobie tzn. chorobný strach před rakovinou (9).

1.6.2.2 Období prvních příznaků

Pouze určitá část onemocnění má náhlý a překvapivě dramatický začátek. Většina patologických stavů se nejen postupně vyvíjí v určitém čase, ale dává “o sobě vědět”. Nemoc prostě určitým způsobem svůj příchod ohlašuje. Člověk má chvíli pocit, že není ve své kůži, cítí nevolnost, bolest, která přejde a dostaví se opět pocit plného zdraví, který je střídán znovu obtížemi. Pacient při nevýrazných atakách nemoci váhá, je zneklidněn a jeho úvahy se pohybují ve značných oscilacích. “To nic není, to přejde“, uklidňuje člověk sám sebe. Tato fáze váhání je významná a dosud není odborně zmapována. Objevuje se zde častý fenomén pozdního vyhledání odborné pomoci. Pacient zkrátka přijde k lékaři pozdě a tato skutečnost je zarážející zejména u těch maligních onemocnění, které skutečně nelze přehlédnout (12).

Příznaky mohou být objektivní nebo subjektivní. Objektivní příznaky se projevují např. mírnou příměsí krve ve sputu, v moči či stolici nebo něčím nezvyklým na povrchu těla, tedy symptomy, které samy o sobě nepředstavují nic určitého a doprovázejí i celou řadu nenádorových onemocnění. Dalšími příznaky mohou být otoky nohou, pocit kyselosti žaludku, zácpa, bolesti hlavy, zvracení atd. Také subjektivní příznaky v této fázi bývají zcela chudé nebo vůbec žádné. Bolesti u zhoubných nádorů jsou příznakem poměrně pozdním. Také hubnutí signalizuje onemocnění již poměrně rozvinuté. V této fázi reaguje nemocný podle preformovaného názoru, stupně informovanosti a inteligence, ale také podle svých interpersonálních vztahů, sebekoncepce a motivací. K léčbě se v této fázi nejspíše dostávají náhodně podchycení nemocní nebo nemocní šokovaní z vědomého podezření na rakovinu (9, 3).

1.6.2.3 Období rozvinutých příznaků

V tomto období přicházejí nemocní z vlastního zanedbání nebo vinou lékařské vědy či zdravotníků. V této fázi jsou zjevné obtěžující příznaky. Může se objevit bolest, nechutenství, zvracení, potíže při trávení atd. Úzkost a strach nemocných bývají zjevné, jen u malého počtu nemocných bývá apatie. Všichni, kteří mají jasné vědomí a průměrnou inteligenci, si uvědomují ohrožení svých hodnot, i když často nepřipustí, že mají karcinom (9).

Během stanovení diagnózy – od podezření k potvrzení a potom od potvrzení diagnózy do zahájení léčení – prožívají lidé největší období nejistoty. Většina z nich tuší, jak výsledek dopadne. Stojí na hranici, mezi světem, který včera fungoval, v němž plnili svou životní roli, kde vše mělo své místo, a v němž měli pocit, že jej ovládají. Ztráta jistoty a nedostatek víry v budoucnost působí depresivně. Člověk sám není schopen v této chvíli ani požádat o pomoc, která ovšem existuje. Může to být psycholog, kdo dokáže rozluštit, jak pacient reaguje v nejistotách, a upozorní jej na slabé stránky jeho psychiky, o nichž třeba předtím ani nevěděl nebo si je neuvědomoval. I když strach má pro člověka ochranný význam, aby nedělal to, na co nestačí, aby neohrožoval svůj život, přece jenom se někdy může stát (jako v případě život ohrožující nemoci), že strach člověka paralyzuje a bere mu poslední sílu, kterou by mohl využít ke skoku, k zásadnímu obratu, k sebeobraně. Je proto vhodné pacientovi pomoci různými metodami, podle toho jakou psychiku má. Někdy stačí slovo – psychoterapie, jindy je vhodnější podat lék, který strach „rozpustí“ (např. anxiolytika – léky, které odstraňují úzkost, strach, napětí). Člověk se necítí tak svázán.

Člověk v ohrožení potřebuje značnou pomoc. Často neví, že by pomoc mohl žádat, často neví, kde lze pomoc získat. Je proto žádoucí, aby zdravotnický personál měl přehled o službách v místě bydliště nemocného, aby dokázal člověka na tuto pomoc napojit. Důležitou okolností na straně pacienta je naučit se pomoc přijímat (55).

Potvrzení diagnózy nádorového onemocnění ve většině případů u nemocných vyvolá šok a strach. Šok se může projevat různými způsoby, tato reakce bývá hysterická, paranoidní, depresivní či logická. Nemocný si klade otázky typu „Proč se to stalo?“, „Proč právě mně?“, „Proč právě teď?“ atd. Objevuje se zde konfrontace s vlastní smrtelností a s tím spojenými existenciálními otázkami příčiny stresu, strachu, deprese a hledání smyslu života. Což je u některých pacientů spojeno také se spirituálními aspekty. Mimo jiné právě v období šoku, kdy se pacient dozví diagnózu, reaguje nejčastěji odmítáním pravdy, plačtivými reakcemi až znehybňující ohromeností. Toto vše sestra vnímá, často nejen z profesionálního pohledu, ale i z pohledu ženy, dcery, matky. Napadají ji otázky typu: „Co kdyby se toto stalo v mé rodině?“ (46).

Etapa šoku přechází do fáze popírání a stáhnutí se do izolace. Nemocný si namlouvá, že to nemůže být pravda, že jde o omyl, který se vysvětlí. Následuje fáze zlosti a nenávisti, velmi náročná nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Pacient prochází životní krizí, dominuje pocit křivdy a nespravedlnosti (17, 53).

Pacient z důvodů společenské konvence nebo s ohledem na tradice nedává průchod podstatným a mysl zaměřujícím myšlenkám „Vy všichni se máte, protože jste zdraví“, nýbrž v instrumentální rovině toho zdravého, ať je to kdokoliv, napadne. Vždyť situace, do níž se nemocný dostal je „vrcholně nespravedlivá“. Je nesmírně důležité zvládnout tyto reakce a nevzít výtky osobně (12).

Zanedlouho dochází k fázi bagatelizování, kdy si nemocný vytyčuje často časově omezené malé cíle a přání, které ho však pozitivně motivují (17).

Přichází období nazývané Kübler-Rossovou jako „smlouvání“. „Třeba se dožiji ještě léta“, „...kéž bych se dočkal promoce syna“. Tady závisí na individuálních hodnotách a cílech nemocného, který v otázkách a sdělovaných formulacích zdůrazňuje časově budoucnostně omezené přání toho, co z hlediska vlastní hierarchie hodnot považuje za prioritní, podstatné a nutné (12). Toto období je vystřídáno fází deprese, která je logickou reakcí na příchod a rozvoj vážné choroby. Hloubka deprese kolísá v závislosti na somatickém stavu. Zvládnutí tohoto období je předpokladem smíření a akceptace choroby (viz dále odstavec Fáze smíření) (17).

1.6.2.4 Období léčby

Během počátků léčby pacienti prožívají silný všeobecný strach, smutek, depresi, ztrátu kontroly, pocity bezmoci a beznaděje, vztek a pocity viny. Pacienti, kteří se musí podrobit operaci, prožívají smutek na základě očekávané změny těla, někdy se pokoušejí stále znovu odsouvat termín operace a hledají neoperativní alternativy, nebo se u nich vyskytují postoperativní deprese. Pacienti, kteří musí podstoupit léčbu ozařováním, se obávají ozařovacího přístroje, marnosti celé léčby a někdy se u nich projevují vjemy a halucinace podobné psychóze (53).

Léčebné zásahy jsou u nemocných s nádorovou chorobou jednak velmi náročné a některé z nich zmrzačující. Je nezbytné provést operace, které deformují, například amputaci prsu, amputaci konečnicku s kolostomií apod. Takovéto operace bývají obvykle dalším šokem pro nemocné, kteří většinou utrpěli již první šok při uvědomění si existence choroby. Objevuje se zde negativní emoční stereotyp jako důsledek nepříznivých událostí, v nichž je pacient nucen žít (hospitalizace nebo pravidelné docházení na léčbu, nevolnost, ztráta vlasů, odpor k vlastnímu tělu, zákaz jet na dovolenou, nemožnost plánovat si něco dopředu, cítí se izolován, vyřazen ze společnosti, není spokojen ani doma). Celé zdravotnictví ho trápí a obtěžuje. Nemocný má depresi a špatnou anticipaci budoucnosti (9).

Chemoterapie je nemocnými považována za nejhorší zkušenost v léčbě zhoubného nádoru. Opakování léčby v cyklech nebere konce. Člověk se nedokáže ani na chvíli zotavit. Jakmile je mu již trochu lépe, začíná nový cyklus. A tak to jde šestkrát za sebou, osmkrát, anebo ještě vícekrát. Někteří lidé nevydrží toto utrpení, jehož účinnost se měří pravděpodobností, že snad bude lépe. V období chemoterapie je pro ostatní a celý svět jakoby „v hrobě“. Nic jej nebaví, nic se mu nechce. Trpí bolestmi, nejistotou, únavou, slabostí, nedostatkem energie. Nechce s nikým být, utíká sám před sebou, nesnáší pohled na sebe v zrcadle. A tak slabost, odmítání lidské přítomnosti, ošklivení se nad sebou samým, nechutenství atd. vytváří bariéru, obranný krunýř proti

světu. Jenže i po každé noci, i té nejhlubší přijde den. Třeba zatažený a plačtivý, ale den. A to je naděje. Naděje, že i peklo skončí. Že utrpení bude překonáno životem (55).

1.6.2.5 Období zlepšení nebo remise choroby

V tomto období ještě dlouho přetrvává deprese, ale pomalu se pacientovi vrací naděje (9).

Po ukončení léčby všechny strany (pacient, rodina a psychologický personál) předpokládají, případně doufají, že nyní by mohlo být již všechno za nimi. Naneštěstí je to ale tak, že existuje mnoho dalších problémů a zvládnutí rakoviny může být celoživotním fenoménem, i když je pacient tělesně zdrav. Téměř každý pacient se zabývá tím, že by se u něho rakovina mohla objevit znovu. Vyskytuje se u nich zvýšená náklonnost pro vnímání a prožívání všech možných vnějších vlivů působících na jejich každodenní činnosti, takže mnoho pacientů má problémy přizpůsobit se omezením v soukromém nebo pracovním životě. Proto je život mnoha pacientů narušován opakovaným strachem a reaktivní depresí (53).

Po ukončení léčby je pacient celoživotně sledován v některé z onkologických ambulancí. Prohlídky se konají podle určitých schémat, vytvořených pro jednotlivá onkologická onemocnění. V prvních letech po ukončení léčby se konají 4x až 6x za rok, později se jejich frekvence snižuje. Po 5 letech se omezují na frekvenci jedenkrát za rok. Náplně prohlídek se liší podle onemocnění.

Řada nemocných udává, že jsou před každou prohlídkou nervózní. Že se jejich obavy zvyšují s blížícím se datem prohlídky, a že i když si myslí, že je jejich onemocnění stále vyléčeno, strach z odhalení možné recidivy se vždy objevuje. Prohlídka s konstatováním, že se nic nového neděje, že onemocnění není aktivní, se potom stává uklidňující a pacienti toto konstatování vděčně přijímají (55).

1.6.2.6 Případný nástup recidivy

Všichni pacienti, kteří prožijí recidivu nebo potřebují další léčbu, vykazují stejné reakce jako v době zjištění diagnózy, ovšem ještě intenzivnější. Často utrpí šok a reagují způsobem „to nemůže být pravda“, úplným nebo částečně disociovaným popřením, velkým strachem, vztekem a zoufalstvím či hlubokou depresí. Psychické přizpůsobení se situaci je v tomto okamžiku mnohem těžší (53).

1.6.2.7 Fáze smíření, přijetí nemoci

Přijetí, je nutno odlišit od rezignace („házení flinty do žita“). Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje dr. Kübler-Rossová takto:

„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“ (49).

Fáze smíření je také charakterizována nalezením vztahu, který pacientovi dává vnitřní sílu dívat se na sebe sama, pakliže se sám s sebou zabývat chce, a nemyslet na to, co se stalo, jestliže na to myslet nechce. Nejen to, ukazuje se, že pacient se často radikálně mění při tomto dozrávání. Dochází k prohlubování duševního i duchovního života. Psychologové zde hovoří o možnosti dozrát jako člověk (30).

Člověk, který se rozhodne a přijme svou 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. Přijetí nemoci neznamena rezignaci, ale uznání stavu, uznání skutečnosti, rozdání karet (třebaže nedobrych) a současně uchování energie k tvorbě strategie, jak překonat těžkou překážku. Jak podat dobrý lidský výkon, jak využít všech možností, které ještě má. Rozumové přijetí nemoci znamená žít dnes,

když mohu. Znamená to nezatěžovat svou mysl, srdce, duši i vztahy přílišnými obavami o zítřek. O zítřku nic nevím, tak proč si kazit dnešek spoustou obav a dalších zítřejších strachů, když na zítřek nemám sebemenší vliv. Přijmout nemoc znamená děkovat za každý prožitý den, za každou maličkost, která vzbudí radost. Přijmout nemoc znamená přijmout přátele, kteří přišli s upřímným přáním (55).

1.6.2.8 Délka, intenzita a variabilita období

Délka, intenzita a variabilita jednotlivých období (negace, agrese, smlouvání, deprese, smíření) se v závislosti na patofyziologickém obrazu nemoci mění. Obecně je třeba konstatovat, že fáze šoku je obdobím poměrně časově omezeným, je to interval několika málo dnů. Podobně stadium popření a stažení se do izolace je období relativně krátké, avšak mimořádně důležité. Velká intenzita prožitku popření je podle některých autorů příznivá pro následnou adaptaci na situaci nemoci. Chybí-li tato fáze, což je výjimečné, nebo je-li málo plastická, což nebývá vzácností, pacient je sice hodnocen jako klidný až spolupracující, avšak své situaci nouze častěji podlehne a svůj životní boj s nemocí doslova a fakticky vzdá. Možná, že tento psychický stav je jednou z příčin rychlejší progresse nemoci. Relativně delší časový úsek vykazuje období zloby a hněvu. Tato fáze bývá markantní. Komplikuje vztahy s bezprostředními členy rodiny i s ošetřujícím personálem. S dalšími fázemi psychického prožívání příchodu a rozvoje nemoci to není již tak jednoduché a není možné ani rámcově vymezit jejich přibližné trvání v čase (12).

Ukazuje se, že fázemi negativní psychické odezvy na chorobu projdou víceméně všichni onkologičtí pacienti. Při bližším zkoumání ale zjišťujeme, že fáze psychických propadů nemusejí probíhat u všech pacientů přesně podle daných schémat, že u jednotlivců pozorujeme vynechání některých fází, jakou je třeba agrese. Jsou však i pacienti, kteří dokáží projít fázemi negativní odezvy velmi rychle, začnou vnímat reálnou situaci choroby a léčení pragmaticky a přijmou nemoc jako výzvu svého života, začnou se aktivně bránit ortelu nemoci a zkázy. Intenzivně hledají informace, ptají se lékařů, čtou a poslouchají příběhy podobně nemocných lidí, dotazují se na alternativní

formy léčby. Tito lidé již většinou dokázali v životě překonat nepřízeň osudu a poučit se, že být aktivní a motivovaní se jim vyplácí. Mají ve své osobnostní výbavě sílu vůle, dostatek naděje ve své schopnosti a velkou míru racionálního uvažování, mají v sobě tzv. bojového ducha. Jako pravděpodobné se jeví, že právě takoví pacienti mají reálně větší šanci na uzdravení. Složitě ovšem je, objektivně změřit míru bojového ducha a ani pro něj neexistuje standardizovaná testová baterie pro měření tohoto fenoménu. Ukazuje se, že dobrým východiskem a pomocníkem při podpoře bojového ducha, a tedy i zvýšení naděje pro více pacientů je práce podpůrného týmu. Úzce zde spolupracují ošetřující lékař, psycholog, zdravotní sestra, ke které má pacient důvěru, případně sociální pracovník, všichni v úzké součinnosti s pacientovi blízkými lidmi, který si on sám zvolí (19).

Helena Růžičková byla člověkem s bojovným duchem, proto zde uvádím příspěvek z její knihy Deník mezi životem a smrtí II (41).

„Nikdo mi nikdy neřekl, že rakoviny se člověk už nezbaví. Když má velké štěstí, zažene ji do kouta, ale úplně vystřadit ji nedokáže. Pořád někde v koutku duše číhá obava, aby se urputná lasička zase někde nevysmekla a nezačala si zase rejdit v těle svými starými cestičkami. Kdo se jednou s touhle nemocí důvěrně pozná, už s tou známostí žije navěky. Není třeba nemocný, nemá problémy, ale má se na pozoru. Víc se sleduje, musí častěji vyhledávat lékaře, už nikdy není jeho spánek tak bezstarostný jako býval kdysi. Já jsem si na rakovinu zvykla. Neudělala jsem z ní nepřítel, ale sokyni, nad kterou musím zvítězit. Povedlo se mi to, ale neuvědomila jsem si, že tahle sokyně je zákeřná potvora, kterou si musím pořád hlídat, protože nikdy nedá pokoj. Vím, že jakmile bych si jí přestala všimnout, bez skrupulí by obsadila své dřívější pozice. A to jí nechci dovolit.“

„Ano, je to neustálý boj, je to permanentní válečný stav a nemohu si dělat plány, že to někdy skončí. Tak jen doufám, že se mi brzy podaří vyvěsit aspoň bílý prapor příměří. Čeká mě další chemoterapie...“(41).

Poznání a přijetí pravdy je vždy výsledkem velkého zápasu. Opravdového, tvrdého, nelehkého. Co však bude dál? Před nemocným člověkem se otevírá paleta

možností: rezignovat, bojovat, odevzdat se v důstojném klidu smíření se stavem, všechno popřít, marně doufat. Co si z toho nemocný vybere, nezáleží pouze na něm samotném, ale také na všech ostatních, ať již profesionálně či laicky zúčastněných osobách. Proto je potřeba ptát se po možnostech lidské pomoci. Člověk v nouzi, ať již mu “dovolíme“ rezignovat, či mu umožníme prostor k životu, bude se vždy obracet k fenoménu naděje. Je to problematická neznámá, zvláště, když jí upřeme vlastnosti zbožné víry (12).

Nemocní, kteří projdou celou léčbou, projdou svým strachem o život, jinými slovy, projdou-li si tuto kalvárii, velmi často mění svůj názor na život. Tvrdí, že žijí jaksi podstatněji. Mění pořadí svých hodnot. Zkrátka změní svůj život i svoje názory na řadu věcí. Tvrdí, že rakovina jim dala jiné vnímání světa. Více si váží vztahů. Vědí, že život není samozřejmostí, ale že stojí za to o něj bojovat. U mnoha z nich dochází ke změnám spirituality. Uznávají, že musí existovat autorita mimo náš život. Někteří říkají, že je to Bůh. Jiní nevědí, jak to nazvat, ale věří, že člověk není sám, že má někoho, na koho se může denně obracet. A ještě existuje menšina lidí, kteří přestanou v cokoliv věřit. Tvrdí, že kdyby Bůh byl, nikdy by takto nemuseli trpět.

Všichni nemocní se neuzdraví. Někteří po určité době nemoci umírají. Během doby života s nemocí projdou popsany úsek cesty. S nadějí i bez ní, ve strachu i s radostmi, že se něco podařilo. Na jejím konci mohou stát, jak jsme to již řekli, smíření a vyrovnání, anebo zahořklí, plni strachu, zloby, obviňování žijících i světa kolem sebe. Nezvládli tento nejtěžší úkol svého života. I když je těžké to přiznat, tento úkol nezvládli ovšem ani zdravotníci, ani rodina, ani kněz, ani nikdo jiný z blízkých nemocného. Nenašel se nikdo, kdo by dokázal nemocnému podstatně pomoci. Stojíme tedy před úkolem. Kromě všech technologických postupů a uplatnění všech znalostí, léků, přístrojů musíme se naučit uplatnit své lidství. Dokázat doprovázet, dokázat zůstat s nemocnými, neopustit je, i když je tzv. vše ztraceno. Zůstat s ním třeba v mlčení, ale v blízkosti duše, v oddanosti lásky. Je to náročný úkol, těžký. Nelze jej zaplatit penězi. Nelze jej vymáhat žádnou vyhláškou, pracovním nařízením, příkazem, ředitele nebo metodickým opatřením ministra zdravotnictví. Přesto většina zdravotníků a lidí v

pomáhajících profesích cítí, že k jejich povolání patří úkol doprovázet, být nablízku v utrpení (55).

1.6.3 Rodina pacienta po sdělení onkologické diagnózy

Stejně jako pacient i nejbližší jsou po sdělení onkologické diagnózy v ohrožení svého psychického zdraví a trpí velmi podobnou psychickou zátěží. Přijetí sdělované diagnózy je těžkým, z psychologického hlediska zásadním obdobím. Určuje, jak jedinec zvládne léčbu a jak na ni bude reagovat. Prohlubující se osamělost a nevědomost zvyšují tendenci k úzkostlivosti a přecitlivělosti, nemocný se tak stává pro své okolí nesrozumitelným. Stav nevědomé izolace ho vzdaluje sobě samému i jeho okolí a tím se může ohrozit i zdárný průběh léčby. Naopak sdělování, svěřování, přibližování a otevření se, vytváří most nejen k pochopení, ale i ke zvládnutí léčby. Období sdělování a sdílení diagnózy si zaslouží zvýšenou pozornost, protože onemocní-li jeden člen rodiny, svým způsobem onemocní celý rodinný systém (27, 20).

Pokud s tím pacient souhlasí, jeho blízcí by měli mít možnost se průběžně informovat o jeho zdravotním stavu. Je důležité poskytovat návštěvám nemocného intimní prostředí k povídání. Pokud je to žádoucí, nechat rodinu na delší dobu u pacienta. Přímá pomoc nejbližších je v systému podpůrné péče tou nejvíce žádanou (20).

Psychologické problémy, zátěž sociálního okolí a to, co od něj pacienti s rakovinou očekávají (Příloha 4).

1.6.4 Pojetí nádorového onemocnění podle věkových kategorií

Časná dospělost (20 – 31 let)

Mladý člověk v tomto věku naprosto nepočítá s možností zhoubného onemocnění. Je pro něj samozřejmou představa dlouhého, zdravého života a pocit fyzické nezranitelnosti (Steger 1977). Stěžejní starostí je zde ohrožení vztahu s partnerem opačného pohlaví. Zdravý jedinec není totiž připraven na stres spojený se

zhoubným onemocněním v blízkém vztahu, a ne každý je schopen v takovém vztahu vydržet. V manželství se význam nemocnělého partnera snižuje, protože povinnosti a finanční starosti přechází na zdravého partnera. Role a význam pro rodinu se zaměřují s nimi. Nemocný jedinec se cítí ostrčen, protože zdravý partner, zvláště žena, investuje více energie do dětí, popř. může s předstihem reinvestovat do jiného partnera. Je to tím spíše možné, že v tomto věku a při obrovské zátěži, která spočívá na jeho bedrech, má zdravý partner zvýšenou potřebu se někde odreagovat a uvolnit. Svobodný pacient má sice méně zátěží se sociálními povinnostmi, je však ohrožen ve své plánované životní dráze a více pociťuje svou osamělost. Mnohdy se musí vrátit zpět k rodičům, které právě opustil, ve snaze se osamostatnit. To je velká zátěž pro jeho touhu nezávislosti.

Střední věk (31 – 49 let)

Období je charakterizováno zakotveností v zaměstnání, kdy jedinec dosáhl určitého postavení, vlastním životním stylem a standardem. V této době je jedinec již lépe vybaven k přijetí jiné zátěže. Střední věk však klade náročné požadavky na emoční rovnováhu. Děti dorostly a chystají se opustit nebo již opustily „rodinné hnízdo“. Úspěšná adaptace tohoto jedince vyžaduje emoční reinvestici do lidí a aktivit mimo rodinu. Tito lidé se snaží obklopit úzkým kruhem přátel nebo uzavírají přátelství i s osobami, které znají z pracovních činností. Nemá-li individuum dostatek takových příležitostí, vytvoří se pocit izolace a ztráty uplynulého života, který nebyl naplněn. Lidé, kteří mají dostatek zájmů a aktivit a jsou soustředěni na profesionální vývoj, mají větší naději na zvládnutí choroby (9).

Starší věk (nad 50 let)

V tomto období by měl člověk počítat s dohledným koncem svého života. Tito lidé bývají již v důchodu. Důchod je vnímán jako citelná ztráta určité hodnoty, společenské role. Ztráta však nemusí být tak bolestná, pracuje-li důchodce dále nebo má smysluplné a hodnotné koníčky. Také starost o vnoučata mu může poskytnout plné zadostiučinění. Staří lidé se buď zabývají lítostivým sledováním svých „zchátralých těl“, nebo se této myšlence vyhýbají a hledají uspokojení v lidských vztazích a jiných

aktivitách. Překračují svůj nerovný zápas s neúprosným časem, který nahlodává jejich těla. Zhoubný nádor zde nadále komplikuje tělesný stav, který zpravidla bývá narušen i jinými chorobami (9).

1.6.5 Psychosociální zátěž

Nemocní rakovinou jsou konfrontováni s velkou zátěží. Zatímco zdraví lidé mohou myšlenku na smrt někam zasunout, nemocný rakovinou je donucen se touto myšlenkou intenzivně zabývat. V jeho případě je zpochybněna přirozená samozřejmost života. Zdraví lidé mohou tomuto změněnému duševnímu stavu pouze těžko porozumět, protože většinou nevědí, jaké to je, pociťovat strach ze smrti. K tomu se ještě připojuje zátěž způsobená tělesnými projevy nemoci jako je únava, slabost, nechut' k jídlu a vedlejší účinky aplikovaných léčebných metod. Také nemocniční léčba vyžaduje přizpůsobení se dané situaci. Pacienti do značné míry prožívají svou závislost na svém ošetřujícím lékaři, musí důvěřovat jeho rozhodnutí o použití léčebných metod. Kromě toho si musí za daných okolností zvyknout, že se o ně budou starat ostatní ať již v nemocnici, nebo doma. Někdy mají pocit, že již nemohou určovat průběh svého vlastního života, například tehdy, pokud jde o jejich základní životní funkce závislé na určité léčebné metodě. To může mít za následek dvojí reakci – odpor a vzpouru, nebo na druhé straně velmi úlevný pocit úplného a důvěřivého odevzdání se do rukou lékařů. I život mimo stěny nemocnice se změní. Zpočátku a někdy i trvale již není možné vykonávat běžné každodenní činnosti. Objevují se existenční otázky: „Budu se moci ještě někdy vrátit do svého zaměstnání?“ „Co se stane s mou rodinou?“ Starosti, smutek, strach, zlost a otázka „Proč zrovna já?“ jsou nejčastějšími reakcemi při zpracování nemoci. Nemocnému mohou velmi pomoci jeho nejbližší, pokud sami dokážou překonat svou předpojatost a jsou připraveni otevřeně o těchto pocitech hovořit. Zároveň se ale musí naučit respektovat, že nemocný s nimi o svém strachu nechce vždy hovořit. K tomu, aby nemocní rakovinou mohli tuto zátěž zvládnout, potřebují především čas a neustálou nevtíravou pomoc (53).

1.6.6 Potřeby pacientů v nemocnici

Klienti na onkologickém oddělení jsou různou dobu hospitalizováni v nemocnici.

Potřeby pacientů můžeme rozdělit na tělesné, psychické a sociální. Tělesné potřeby mají vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici a přímo ovlivňují psychickou stránku člověka. Pacienti nejčastěji pociťují absenci čerstvého vzduchu, mívají problémy s vyměšováním a osobní hygienou, mnozí nemocní špatně spí a stěžují si, že jsou zbytečně ráno brzo buzeni, a pak „nekonečně dlouho čekají“. Psychické potřeby se u hospitalizovaných lidí týkají především jistoty obecně, pocitu, že jsou personálem a spolu-pacienty akceptováni a pozitivně hodnoceni. Pacienti potřebují mít soukromí a zároveň se necítit osamělí. Podle zdravotního stavu potřebují podněty a aktivitu (pohyb). Nežádoucím opakem předchozího je senzoričká a informační subdeprivace. Důležitou je přehled a orientace v životě na oddělení, stejně jako pochopení vlastní hospitalizace a všeho, co zde pacient musí „vytrpět“ jako nutné a smysluplné. Sociální potřeby se psychickými překrývají a řadíme mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu (sdělování, sdílení) vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Pacient se nesmí dostat do izolace vzhledem k domovu a přátelům, proto, čím více má návštěv, tím lépe. Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně emočně a vztahově náročný. Lékař se musí zajímat o psychický stav nemocného včetně jeho prožívání, zdravotnický personál musí vstupovat do osobního kontaktu s pacientem, uplatňuje se zde partnerský model. Pacienta je třeba o všem informovat, projevovat zájem o jeho prožívání, obavy atd. Míra a kvalita uspokojování – či neuspokojování všech potřeb pacienta pak utvářejí kvalitu života pacienta, na kterou nutno myslet a dbát po celou dobu hospitalizace. Nemocný člověk by měl být v co největším možném tělesném komfortu a netrpět bolestmi. Důležitou součástí kvality života nemocného je, dokáže-li se alespoň částečně obsloužit a může-li se, byť omezeně, pohybovat a dosahovat různé úrovně soběstačnosti (58).

1.6.7 Kvalita života onkologicky nemocných

Kvalita života je ryze subjektivní veličinou a lze ji definovat jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Její definice vychází z koncepčního modelu daného čtyřmi doménami plnohodnotného života jedince.

- fyzický stav,
- psychický stav a psychologické aspekty,
- sociální stav,
- spirituální aspekty.

Kvalita života je velmi důležitou proměnnou mající vliv na průběh a výsledek léčby. Přímou ovlivňuje spolupráci pacienta a podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobnostní faktory, jež souvisejí s funkcí imunitního systému. Dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta (58).

V současné době se ve světě využívá stále více toho systému zjišťování kvality života pacienta, který vychází z nezákladnějších životních cílů pacienta. Hodnotitelem není lékař, sestra ani psycholog, ale pacient sám. Ten uvádí (např. u systému nazvaného SEIQL) u každého z pěti pro něho osobně nejdůležitějších životních cílů, do jaké míry se on sám domnívá, že se mu daří toho kterého cíle dosahovat. Výsledkem je pak číselně vyjádřená míra pacientovy spokojenosti se životem (28).

Nemocný, jehož svět se zhroutil, jehož životní hodnoty přestaly platit, jenž je zahlcen pocitem vlastního selhání, bezcennosti, zbytečnosti, nedůstojnosti, nemocný, který vše ztratil, ale dostal „cejch“, „znamení malo-mocných“, a co hůře, vůbec nemocných. Známi se na něho začínají dívat skrze prsty, s předsudky a nemocný najednou poznává cenu skutečného přátelství a nezištné pomoci. Nemocný, jehož svět ztratil pravidla hry, jemuž se život vymkl ze zdánlivé kontroly (protože kdypak ji měl, co vlastně mohl ovlivnit?), najednou zjistí, že mezi všemi, kdo by měl a mohl pomoci, mezi všemi, kteří v něm vidí jen další „případ“, se objevil někdo, komu na něm záleží. Je to někdo, kdo se nebojí říci pravdu (třeba krutou), ale kdo se snaží skutečně pomoci, kdo začíná sdílet jeho strachy, kdo je mu nablízku, aby jej podpořil, podržel za ruku

během bolestivého vyšetření, anebo jen zpřijemnil jen dlouhé chvíle čekání v nemocnici.

Lidé, kteří nejsou v nemoci sami, se lépe uzdravují, přežívají déle, když onemocní rakovinou. Nemocní mající své doprovazeče jsou na tom po nemoci lépe než opuštění. Nemocný by neměl být sám, protože přítomnost přítele je velmi účinným lékem, spolehlivou ochrannou před dalšími zbytečnými stresy, další paměť (paměť nemocného nefunguje dobře, mysl je zaměřena stále někam jinam), oporou v samotě, povzbuzením v malomyslnosti.

Není jednoduché pomoc poskytovat. Není jednoduché pomoc přijímat. Obojímu je třeba se učit. Ale člověk je nadán k poskytování i přijímání nemoci. Učení jde snáze, děje-li se v lásce. Ano tam, kde je láska, není nutné učení se lidské sounáležitosti. Alespoň malý čin z lásky pro nemocného „rozmnoží dobro“, které, jak se ukazuje, může přemoci i nemoc.

Nemocní se sdružují a vytvářejí kluby nemocných, v nichž si vyměňují zkušenosti. Brzy zjistí, že jim návštěvy a setkání se stejně nemocnými pomáhají dostat se nad věc. Vždy se najdou lidé, kteří trpí stejně, anebo dokonce více. Z nich si mohou vzít příklad. Ano, vím, že Bible poukazuje na mnohé možnosti, jak překonat bolesti a utrpení. Jenže vidět někoho tady a teď, jak se vyrovnává s utrpením, to je silný příklad. Vidět někoho, kdo již podstoupil a prošel „martyriem“, na jehož prahu se nacházím, někoho, kdo již zvládl to, co stojí přede mnou, a vyšel posílen. Nalezl smysl svého života i utrpení, zachoval si tvář, jeho vlastní sebepojetí mu dává další sílu, to je naděje, že to lze zvládnout, překonat a žít (55).

1.6.8 Stres a vliv stresu na rakovinu

Stres bývá definován jako událost z bezprostředního okolí, která je charakterizována tím, že přesahuje individuální možnosti zvládnání vzhledem k adekvátnímu překonání nemoci. Míra stresu a kvalita zdraví jsou vzájemně propojeny. V oblasti nádorových onemocnění však tyto vztahy ještě nejsou objasněny (53).

Vědecký koncept stresu je primárně biologický. Pod pojmem stres rozumíme zatížení, poruchu nebo přetížení stability organického systému podněty a situacemi. Vyvolané stresové reakce jsou nouzovými a obrannými reakcemi a mají tendenci znovu obnovit stabilitu systému. Zatěžující podněty nazýváme stresory. Jsou to vnější nebo vnitřní podněty, které mohou škodit (noxy) nebo jenom přesahovat normální míru.

Význam psychosociálních stresorů byl stanoven Levim jako „tlak výkonu, strach z výkonu, strach ze selhání, zkušenosti strachu v odcizeném prostředí, sociální konflikty, izolace, zážitky, ztráty“. K tomu, aby se zátěžová situace stala stresorem, je vždy důležité osobní hodnocení zátěžové situace (11).

Stres nebo-li psychická zátěž se prolíná trvale životem každého jednotlivce. Pocit ukřivděnosti v dětství, násilná výchova, sváry rodičů, přetěžování ve škole, špatný učitel, studijní nebo pracovní nadměrná zátěž, volba povolání, manželství, rodinné svazky, vlastní děti a ekonomické zabezpečení rodiny jsou více či méně stresující činitelé, které poznal v různé míře každý z nás. Vyrovnává se s nimi lépe ten, kdo žije v rodinném harmonickém prostředí, ekonomicky zabezpečen. Takový jedinec se vyrovnává rychleji a bez větších problémů i s mimořádnými situacemi včetně akutní nemoci. Jeho okolí, rodiče, životní partner jsou mu oporou. Mnohem dramatičtěji ovlivní psychiku jednotlivce nadměrný stres, jakým je např. úmrtí v rodině, manželský rozchod, ztráta zaměstnání, invalidita, chronická nemoc. Takový člověk potřebuje porozumění a citlivou péči svého bezprostředního okolí, ale i svých spolupracovníků, nadřízených, případně i lékařů a dalších zdravotníků. Musí se vnitřně s nově vzniklou situací vyrovnat. Nemoc navenek pacienta většinou příliš nezmění, neboť vlasy dorostou, váha se upraví, obtíže vymizí, ale duševní trauma bude dlouho přetrvávat. Nemoc, a rakovina obzvlášť je psychosomatické onemocnění. Od začátku choroby je třeba léčit i psychickou stránku. Tato skutečnost je u nás značně opomíjena (7).

U velké skupiny interních, jakož i jiných onemocnění však dosud větší či menší účast psychosociálních nebo duchovních faktorů nemohla být prokázána. Integrativní psychosomatika však zahrnuje tyto pacienty mezi svou potenciální klientelu, protože lze předpokládat patologické průběhy, jejichž kořeny sahají daleko do oblasti „psychosociální“ nebo protože si tito nemocní ze svého „primárního“ somatického

onemocnění sekundárně vyvinuli psychické poruchy, které zase ve své podstatě působí psychosomatické problémy a otázky. Jako příklad onemocnění mezi jinými jsou právě zhoubné nádory (6).

Vliv stresových životních změn na vývoj rakoviny zkoumaly dvě prospektivní studie. Forsén (1991) vedl v nemocnici rozhovory s osmdesáti šesti pacientkami s rakovinou prsu, které byly po operaci. Rozhovor se týkal stresujících životních událostí, které pacientky prožily během 12ti měsíců před operací, a dále zkoumal zdravotní dokumentaci pacientek po 7–9 letech po operaci. U žen, které uváděly více stresujících životních událostí, se vyskytovalo zvýšené riziko recidivy, a dokonce zvýšené riziko úmrtí na rakovinu. Dalším významným predikátorem recidivy a úmrtí na rakovinu byla příslušnost k určité sociální vrstvě. Příslušnost k nižší sociální vrstvě byla spojena s nižším počtem intervalů bez nemoci a nižším počtem těch, které přežily. Stres pravděpodobně negativně koreluje s přežitím, i když není jasné, zda je tím přežití přímo ovlivněno, nebo zda je stres pouze následek agresivního vývoje rakoviny. Přestože zmíněné výzkumy nedokazují jasný vztah mezi intrapsychickými proměnnými a progresí rakoviny, údaje přece jen hovoří pro to, že velký výskyt stresu, zejména z důvodu somatických symptomů, může do určité míry předpovídat úmrtnost. Vliv smutku na průběh rakoviny je sice nejasný, ale jeho vliv na imunitní systém je zcela zjevný.

1.6.8.1 Druhotné příčiny stresu v souvislosti s rakovinou

Závažné stresující události obecně způsobují i větší výskyt méně významných událostí, nepříjemností nebo každodenních problémů, se kterými je třeba se rovněž vyrovnávat (A.M.Nezu, Roman, 1985). Kromě zjevných zdravotních potíží může onemocnění rakovinou vyústit v nesčetné množství závažných vedlejších problémů, jako jsou finanční potíže, pocity izolace, osamělosti, deprese, úzkost nebo potíže v práci. Jak poznamenali Schag, Heinrich, Aadland a Ganz (1990), „pacienti po léčbě žijí ještě dlouho, a proto jsou nuceni se vypořádat se s vysilujícími chronickými

důsledky rakoviny a její léčby, které postihují všechny oblasti jejich života (tělesnou, duševní, sociální i pracovní oblast). Pacienti s rakovinou mívají různé druhy každodenních problémů a rehabilitačních potřeb“. Výzkum prokázal, že méně závažné životní události nebo problémy jsou spjaty s psychologickou symptomatologií snad ještě větší měrou než závažné životní události (Monroe, 1983; A.M Nezu, Ronan,1985). Jak závažné negativní události v životě, tak každodenní problémy proto mohou přinášet distres a zhoršovat kvalitu života. Distres je intenzivně prožívaný, na organismus negativně působící, metaforicky nazývaný „zlý“ stres. Opakem distresu je eustres. Je mírně intenzivní, budící pozitivní odpověď organismu, metaforicky je označován jako „dobrý“ stres (36).

V literatuře však také existují zprávy o tom, že pacienti uvádějí i pozitivní efekty svého onemocnění a léčby. Pacienti s leukémií, kteří přežili po transplantaci kostní dřeně, sami spontánně hovořili o výrazně pozitivních vlivech prožité velké zátěže způsobené zjištěním diagnózy a léčbou. Jednalo se zejména o vědomější prožívání okamžiku ve srovnání s dobou před onemocněním, intenzivnější vnímání barev a přírody, vědomější prožívání štěstí z toho, že jsou v tuto chvíli zdraví (53).

1.6.9 „In finem“

Umírání je stav mezi životem a smrtí, je to různě dlouhé období, v němž člověk už nereaguje na žádné podněty z vnějšího světa, objektivně nemůže a subjektivně už třeba ani nechce. Jsou to chvíle, v nichž umírající ztrácí a vzdává jakoukoliv vůli cokoliv změnit, cokoliv ovlivnit a ocitá se zcela sám, ve smyslu svého údělu, na své poslední cestě. Takový člověk ještě je a už vlastně není, filozoficky vzato, z lidského hlediska je umírající člověk stále ještě žijící člověk a na to se u nás zapomíná. Toto období se nazývá „in finem“ a vede bezprostředně k smrti.

Umírání je mezní situací, v níž život končí. S nevyhnutelností vlastní smrti se každý člověk musí vyrovnat. Přesto však v naší době existuje výrazná tendence smrt popírat a vytěšňovat ji z vědomí. Zatímco mladší lidé pohlízejí na smrt spíše neutrálně a není pro ně příliš aktuální, ve středním věku se smrt dalekosáhle popírá. Teprve starší

lidé si ji uvědomují zase silněji. Vedle postojů, které smrt akceptují, nalézáme ještě i nyní sklon smrt popírat a vyhýbat se tématům, která s ní souvisejí (11).

V dřívějších dobách smrt nebyla takovým tabu. Staří lidé umírali většinou doma v péči svých příbuzných a trávili s umírajícím poslední chvíle jejich života.

V současné posttotalitní době bude nutné problematiku umírání a smrti systematicky a kvalifikovaně detabuizovat. A to jak na úrovni odborné, tak i laické. Zdravotnickou osvětu čekají přednášky nejen o vážných onemocněních, ale i o filosofii a smyslu života, včetně otázek nábožensky fundovaných. Patrně nejnáročnějším úkolem bude psychologický trénink zaměřený na přijetí vlastní finality s cílem překonat největší psychologické bariéry v nás samotných, iracionální víry ve vlastní biologickou nesmrtelnost. Je nutné respektovat empirické poznatky o chování lékařů v mezních situacích. Jedině takový lékař či zdravotník, který se alespoň částečně vypořádal s konečností vlastního života, je schopen poskytnout adekvátní psychologickou pomoc svému pacientovi v nouzi (1).

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“

Elisabeth Kübler-Rossová

Tělesná smrt je obdobou zrození motýla z kukly. Kukla představuje pomíjivé lidské tělo, jakmile je kukla porušena, uvolní motýla – duši (31).

1.7 Otázka pravdivosti v komunikaci lékař – nemocný, příbuzní

V České republice je lékař povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče (43).

Povinností lékaře je nezamlčovat závažné onemocnění a pacienta přiměřeně informovat. Problém vhodné komunikace s cílem ku prospěchu nemocného, není možné

transformovat jen na otázku, či pravdu sdělit nebo pravdu nesdělit. Otázku není vhodné stavět do extrémních poloh. Jedním extrémem je tzv. dogma pravdy (okamžitá a úplná informace o nemoci), druhý extrém představuje tzv. dogma „milosrdné lži“. Otázkou spíše je, komu, kdy a jak pravdu povědět.

Z praktického hlediska v souvislosti se vznikem, průběhem a vývojem léčby je možné rozlišovat pravdu diagnostickou, terapeutickou a prognostickou. Je dobré, když pacient zná postup a cíl jednotlivých diagnostických a léčebných kroků, vytvoří se tak předpoklad na racionální zhodnocení situace a prognózy. Dospělému psychicky zralému a vyrovnanému člověku je třeba povědět pravdu o situaci, v které se nachází.

Pravda by se měla sdělit včas, zejména pokud je onemocnění evidentně manifestní a vyžaduje primární chirurgickou léčbu – jde tedy o terapeutickou pravdu. Komunikace musí být rozšířená o informace o případné další léčbě a prognóze. Při méně jasnějších diagnózách je možné zaujmout zdrženlivější přístup, je však nepřijatelné pacienta dlouho nechávat v nejistotě. Jestli má spolu s lékařem onemocnění čelit, musí být informovaný. Samozřejmě pacient ve stádiu šoku, popírání nemoci, deprese není schopný informaci přijmout a zpracovat. Společným překonáním těchto stádií se vytvoří atmosféra pro otevřenou komunikaci.

Při analýze otázky jak a v jaké míře nemocnému sdělit pravdu si musíme uvědomit nedělitelnost pravdy. Neexistuje dvojí morálka – jedna, nedovolující laikovi klamat a druhá dovolující lékaři klamat. To, co lékař sdělí, musí být pravda, nemusí to však být celá pravda. Pravda je shoda tvrzení se skutečností. V zemích Evropské unie a v USA se sděluje ze sociálně-existenčních příčin celá pravda i s odhadem prognózy.

Důležité pro tento druh komunikace je vytvoření atmosféry důvěrného rozhovoru, který nemusí být zbytečně dlouhý, zahlcující nemocného informacemi. Když hovoříme zbytečně dlouze, pacient to vnímá jako projev naší nejistoty a úzkosti. Pacient musí být přesvědčený, že má k lékaři „dveře otevřené“, že s nemocí není a nebude sám. Důležité je, aby se všichni členové zdravotnického kolektivu chovali vůči nemocnému jednotně.

Zdánlivě jednodušší je problematika pravdivosti směrem k příbuzným nemocného. S příbuznými obvykle komunikujeme až po rozhovoru s pacientem a

zdůrazňujeme, aby v jejich chování vůči nemocnému nedošlo k zásadní změně, mohlo by to prohloubit jeho obavy a nejistotu. Optimální je, když se podaří s příbuznými vytvořit dobře fungující společenství ve prospěch nemocného (17).

Psychickou alterací nemocných s nádorovým onemocněním je dáno, že pro ně je každé slovo vyřčené lékařem či ošetřujícím personálem neobyčejně významným signálem, že téměř na každém slovu přímo visí, nehledě na to, že jako nezadatelné signály působí i projevy neverbální. Dobře víme, jak značná část nemocných s různými druhy nádorových onemocnění přichází vlastním zanedbáním pozdě, přitom informace o důležitosti včasného podchycení a léčení nádorového onemocnění se lékaři snaží veřejnosti servírovat takříkajíc „horem dolem“. Jsou případy žen, které nebyly 30 let u gynekologa, což by se snad dnes už stávat nemělo. Proč u těchto pacientů, jak se na pracovištích různých oborů též dosud děje, imputovat či zvyšovat pocit viny, beznaděje atd. vyjádřením: „Pane(i), pročpak jste tu nemoc tak zanedbal(a), „přicházíte už opravdu značně pozdě“ apod. I když prognostické faktory objektivně ukazují na nepříznivé vyústění onemocnění, laskavé přijetí do péče a slova povzbuzení místo výčitek a deprimujících prognóz nemocného psychicky podepřou, možná že stimulují i obranné síly organismu proti nádoru namířené (2, 38).

1.8 Práva pacienta a eutanázie

Tradičním obsahem pojmu eutanázie, je dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý, thanatos – smrt). Ekvivalentem je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku. V současné době je pojem používán pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé (14).

V České republice v nynější trestněprávní praxi je eutanázie zpravidla kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1 trestního zákoníku.

Základním pilířem moderního ošetřovatelství je respekt k právům pacienta. Zdravotní sestra je pro pacienta garantem těchto práv také vůči lékaři. Jeden z prvních

modelů ošetrovatelské péče, formulovaný v roce 1859 Florence Nightingalovou, považoval za cíl péče „uvést pacienta do co nejlepšího stavu tak, aby na něm dále příroda konat své dílo“. Základní východiska a modely ošetrovatelské péče od té doby doznaly podstatné proměny. Stále větší důležitost je přikládána pacientově autonomii, respektu k jeho právům. Až do 70. let minulého století určoval vztah mezi lékařem a pacientem paternalistický model. Tento model předpokládal na straně pacienta plnou důvěru v lékaře.

Na straně lékaře byla ponechána volba, aby pacienta podle svého nejlepšího vědomí a uvážení informoval o diagnóze, výsledcích léčby a také o prognóze. Důležitá rozhodnutí o léčbě dělal lékař obvykle sám (bez pacienta). V posledních desetiletích jsme ve společnosti svědky významných posunů v názorech a hodnotách. Media významně přispěla k popularizaci vědeckého a lékařského poznání. Občané bojují za svá práva vůči institucím. Boj žen za uznání práva na rozhodnutí o ukončení těhotenství, který byl ve většině evropských zemí úspěšný, je dobrým příkladem těchto tendencí. Pro některé občany je nedílnou součástí moderního pojetí práva na sebeurčení možnost určovat okolnosti a průběh svého života. V Belgii má občan právo, za určitých přesně zákonem definovaných podmínek rozhodnout, zda si přeje svůj život ukončit.

Medicína přestává být více vnímána jako „umění“ a naopak stále více převažuje pojetí medicíny jako „exaktní vědy“. Tou ale medicína ve skutečnosti není! Lékaři se stále více „stahují“ za moderní technologie a stále méně důvěřují své klinické zkušenosti a intuici. Celkově ve společnosti významně klesá ochota nést riziko. Existuje snaha převést všechna rozhodnutí spojená s rizikem do podoby formálního rozhodování podle přesně definovaných směrnic, často za spoluúčasti pojišťovacích ústavů pro případ chybných rozhodnutí.

Tváří v tvář těmto společenským tendencím se belgičtí zákonodárci snažili formulovat zákony garantující práva pacienta v otázkách eutanázie. Zákonodárci zde vyšli vstříc požadavku belgické společnosti. Proces tvorby zákona dal široký prostor všem aktérům a zájmovým skupinám zdůvodnit svá často velmi protikladná stanoviska. Někteří mohou konečnou podobu zákona považovat za velmi neúplnou a neuspokojivou. Přesto považujeme za velmi pozitivní samotný fakt, že zákon vznikl. V

otázkách eutanázie tak byla ustanovena komise, která bude pečlivě dohlížet na přísné dodržování zákonných podmínek (62).

2. Cíle práce a hypotézy

Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapovat stresové faktory onkologicky nemocných pacientů hospitalizovaných na oddělení onkologie.

Hypotézy

1. U onkologicky nemocných žen se vyskytuje více stresových faktorů než u onkologicky nemocných mužů.
2. U onkologicky nemocných pacientů s nižším vzděláním se snižuje počet stresových faktorů.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Výzkum byl prováděn kombinací metod kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Základní metodou kvalitativního výzkumu byl položený rozhovor. Ke kvantitativnímu výzkumu byla použita tabulka se škálovitým ohodnocením stresových faktorů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti onkologického oddělení, kteří jsou hospitalizováni s diagnózou nádorového onemocnění. Celkem bylo osloveno 20 pacientů v Nemocnici České Budějovice, z toho 10 mužů a 10 žen. Všichni pacienti vyplnili tabulku se škálovitým ohodnocením stresových faktorů.

4. Výsledky

Tabulka 1: V rámci výzkumu byly provedeny rozhovory, přičemž 50% respondentů byli muži a 50% ženy. Výzkumný soubor tvořilo dohromady 20 pacientů onkologického oddělení.

Tabulka 1:

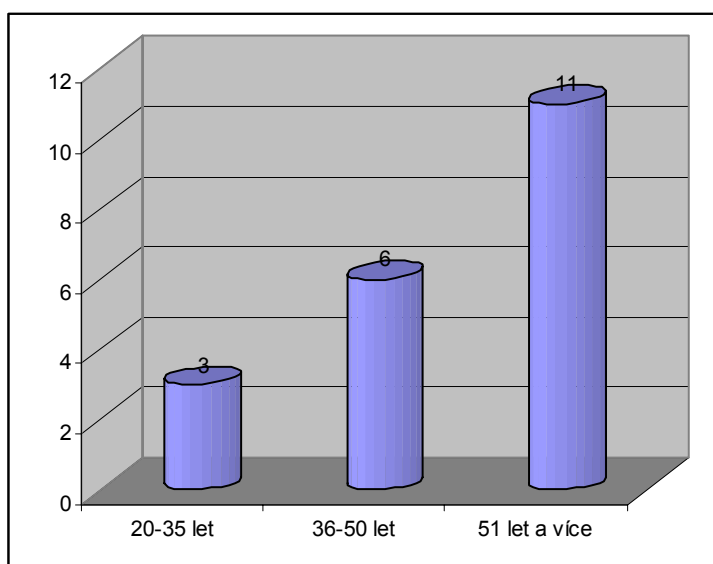
Pacienti	
celkový počet	20
muži	10
ženy	10

Tabulka 2:

Věk	muži	ženy	celkem
20-35 let	3	0	3
36-50 let	1	5	6
51 let a více	7	4	11

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1: Věk.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2, Graf 1: Pacienty, jsem rozdělila do tří věkových kategorií. Mezi 20 – 35 lety jsou tři muži. Ve věku 36 – 50 let je pět žen a jeden muž, celkem šest pacientů. Ve věkové kategorii nad 51 let a více je sedm mužů a čtyři ženy, celkem jedenáct pacientů.

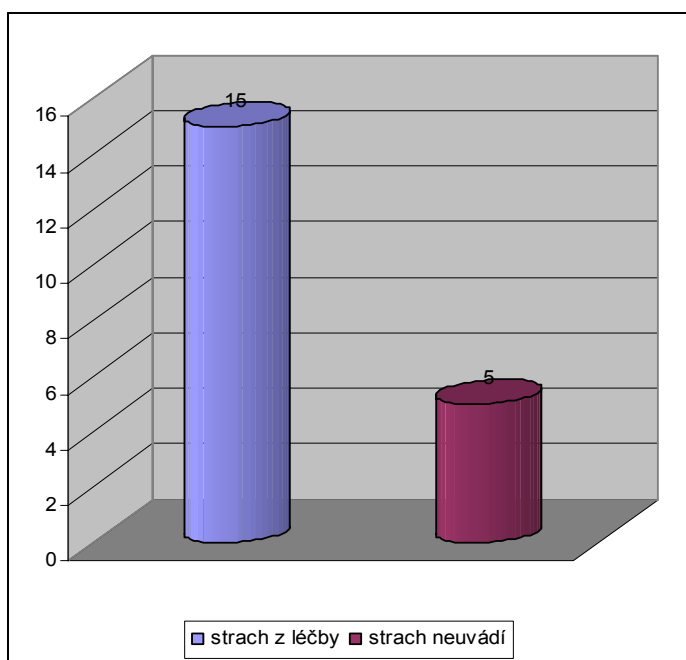
Tabulka 3:

Vzdělání	muži	ženy	celkem
ZŠ	2	4	6
SOU	4	4	8
SŠ	2	1	3
VŠ	2	1	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3: Při rozhovorech jsem také zjišťovala vzdělání pacientů. Základního vzdělání dosáhlo šest pacientů. Vzdělání v učebním oboru mělo osm pacientů. Středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných pacientů byl stejný počet respondentů, tedy 3.

Graf 2: Strach z léčby.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4:

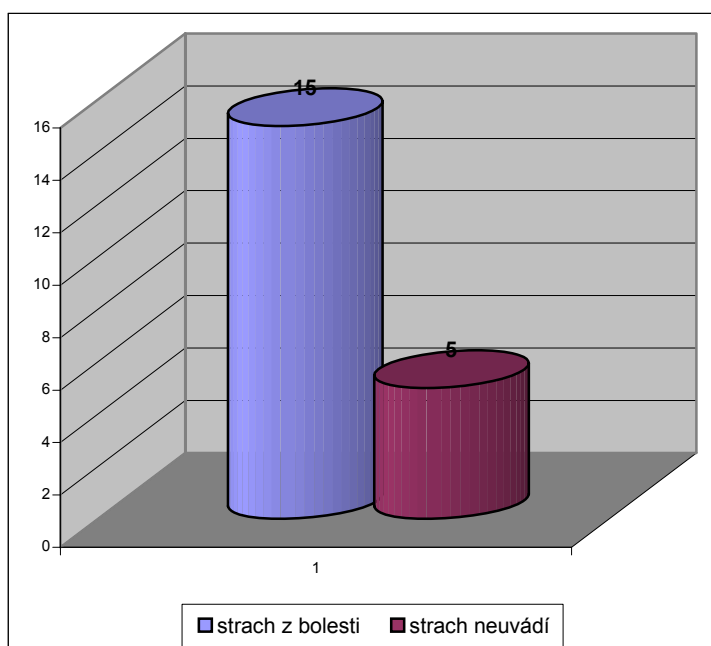
Strach z léčby	
muži	7
ženy	8
celkem	15

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2, Tabulka 4: Dle vyplněných tabulek od pacientů, jsem zjistila, že strach z léčby má 15 pacientů. Z toho 7 mužů, 8 žen. Pět pacientů žádný strach z léčby nepocítuje. V souvislosti s touto otázkou, jsem provedla také záznam velikosti zátěže strachu na

škále, od mírné po vysokou zátěž. Ženy strach z léčby řadily mezi střední a vysokou zátěž a muži mezi mírnou a střední zátěž (Příloha 2).

Graf 3: Strach z bolesti.



Zdroj: vlastní výzkum

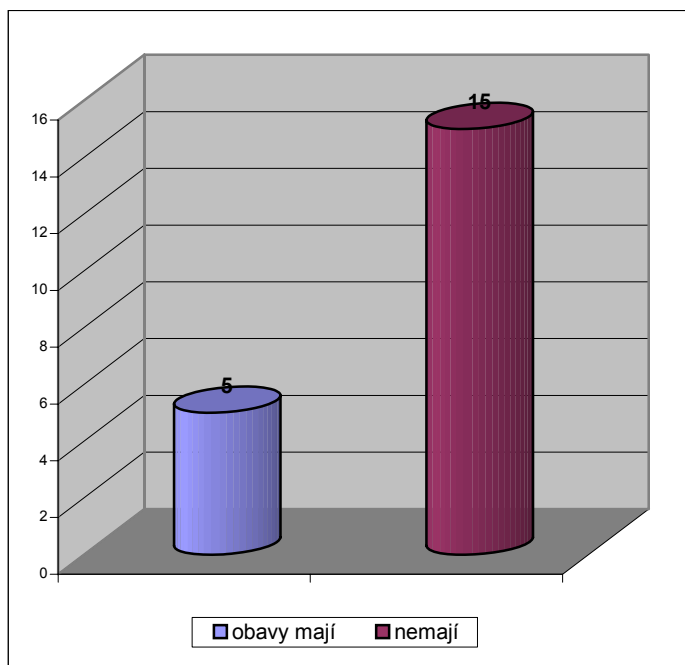
Tabulka 5:

Strach z bolesti	
muži	6
ženy	9
celkem	15

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3, Tabulka 5: Dle vyplněných tabulek od pacientů, jsem zjistila, že strach z bolesti má 15 pacientů. Z toho 9 žen, 6 mužů. Pět pacientů strach z bolesti nemá.

Graf 4: Budoucí společenské uplatnění.



Zdroj: vlastní výzkum

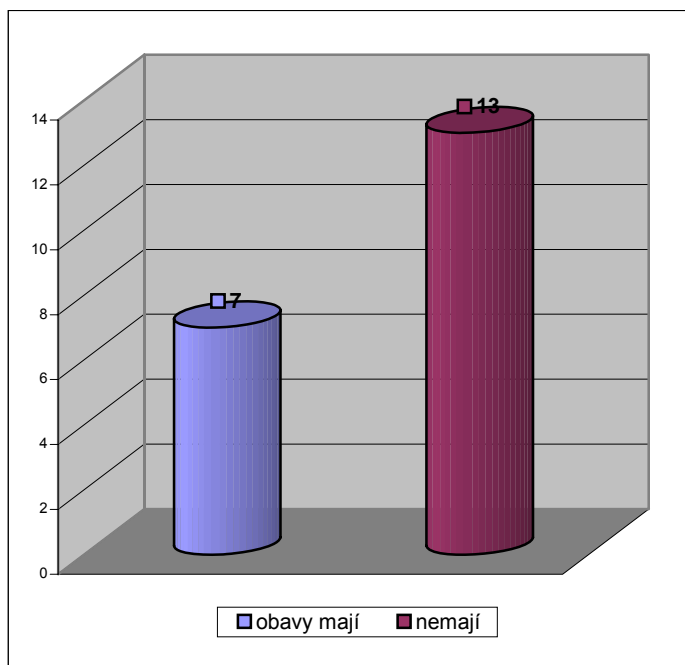
Tabulka 6:

Budoucí společenské uplatnění	
muži	3
ženy	2
celkem	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4, Tabulka 6: Z celkového počtu 20ti pacientů, má 5 pacientů obavy z budoucího společenského uplatnění. Patnáct pacientů tyto obavy nepociťuje. Obavy z budoucího společenského uplatnění mají 3 ženy a 2 muži.

Graf 5: Ztráta a oslabení pracovních jistot.



Zdroj: vlastní výzkum

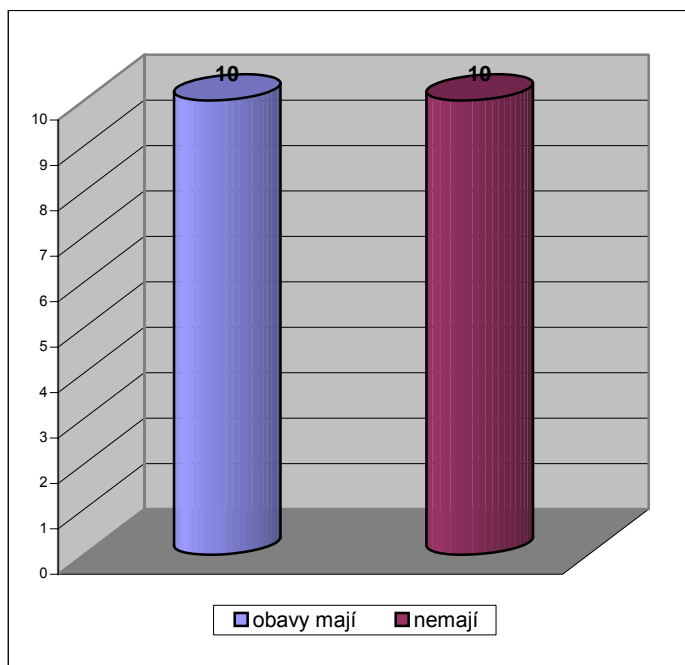
Tabulka 7:

Ztráta a oslabení pracovních jistot	
muži	2
ženy	5
celkem	7

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5, Tabulka 7: Sedm pacientů má obavy ze ztráty a oslabení pracovních jistot, přičemž z toho je 5 žen a 2 muži. Třináct pacientů obavy ze ztráty a oslabení pracovních jistot neudává.

Graf 6: Budoucí cíle a plány.



Zdroj: vlastní výzkum

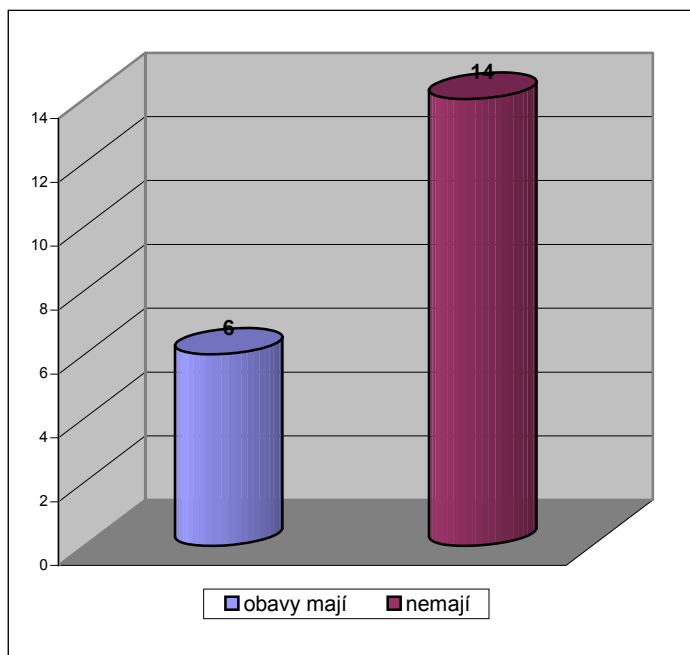
Tabulka 8:

Budoucí cíle a plány	
muži	3
ženy	7
celkem	10

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6, Tabulka 8: Z celkového počtu pacientů uvádí 10 pacientů obavy ze splnění svých cílů a plánů, z toho jsou 3 muži a 7 žen. Deset pacientů obavy ze splněných cílů a plánů neuvádí.

Graf 7: Obavy o výchovu dětí.



Zdroj: vlastní výzkum

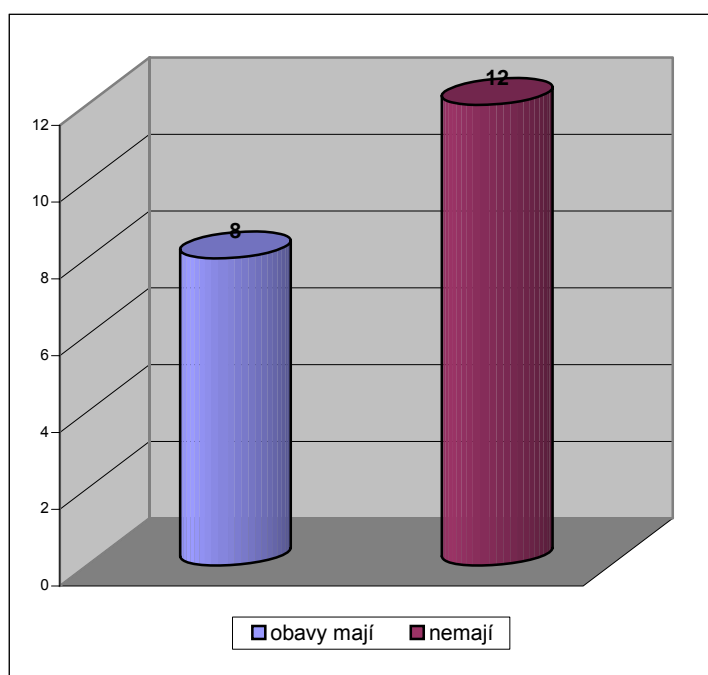
Tabulka 9:

Obavy o výchovu dětí	
muži	2
ženy	4
celkem	6

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7, Tabulka 9: Šest pacientů má obavy o výchovu svých dětí, z toho jsou 4 ženy a 2 muži. Zbýlých 14 pacientů obavy o výchovu svých dětí neuvádí.

Graf 8: Obavy o partnerský vztah.



Zdroj: vlastní výzkum

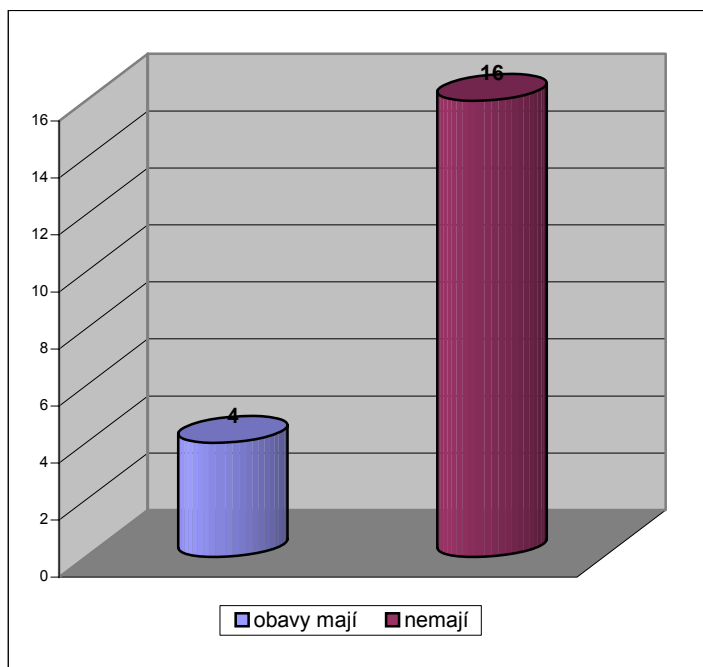
Tabulka 10:

Obavy o partnerský vztah	
muži	4
ženy	4
celkem	8

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8, Tabulka 10: Jedním z dalších stresových faktorů jsou obavy z budoucího partnerského vztahu. Osm pacientů má obavy o svůj partnerský vztah. Tyto obavy mají 4 muži a 4 ženy. Dalších 12 pacientů obavy o partnerský vztah nemá.

Graf 9: Strach z návratu mezi zdravé lidi.



Zdroj: vlastní výzkum

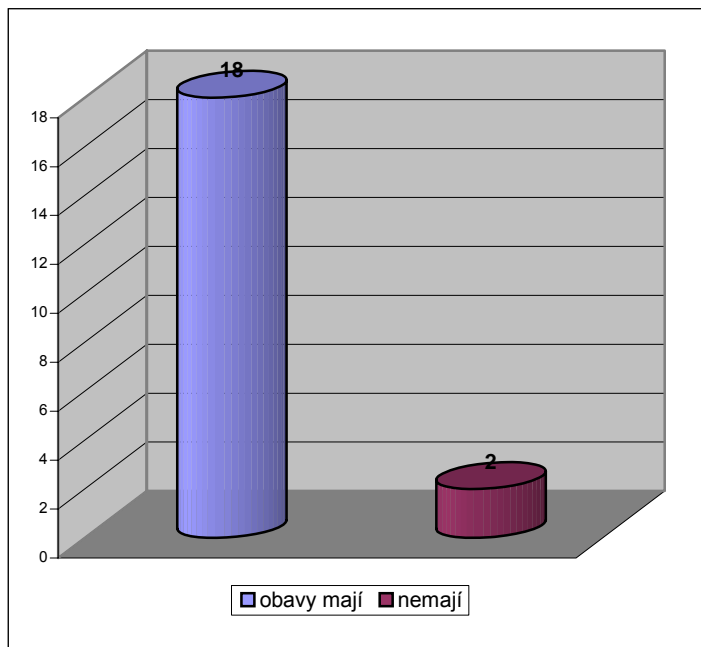
Tabulka 11:

Strach z návratu mezi zdravé lidi	
muži	1
ženy	3
celkem	4

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9, Tabulka 11: Čtyři pacienti uvádějí strach z návratu mezi zdravé lidi, z toho 1 muž a 3 ženy. Ostatních 16 pacientů strach z návratu mezi zdravé lidi neuvádí.

Graf 10: Strach z opakovaných návratů do nemocnice.



Zdroj: vlastní výzkum

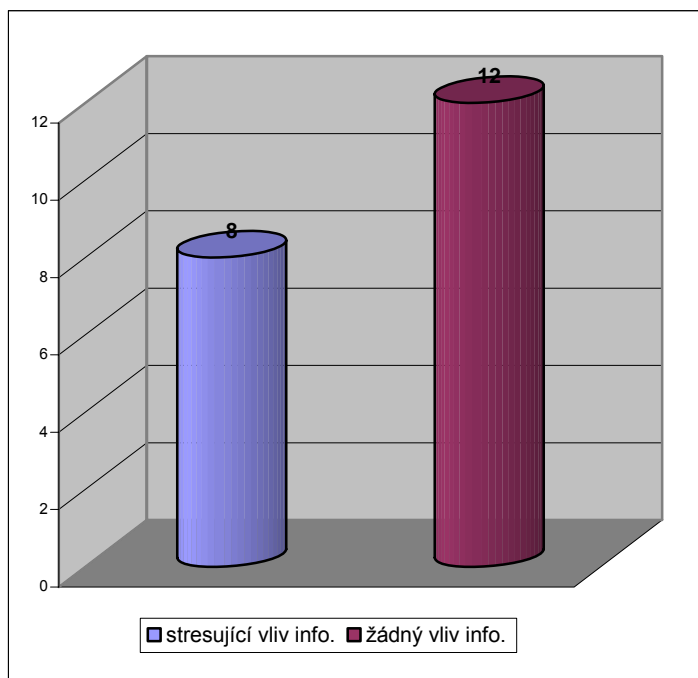
Tabulka 12:

Strach z opakovaných návratů do nemocnice	
muži	9
ženy	9
celkem	18

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10, Tabulka 12: Osmnáct pacientů má strach z opakovaných návratů do nemocnice. Devět žen a devět mužů strach pocítují s rozdílem, že ženy tento strach vnímají ve střední a vysoké zátěži a muži v mírné a střední zátěži (Příloha 2). Dva pacienti se strachu z opakovaných návratů do nemocnice neobávají.

Graf 11: Vliv informací z okolí.



Zdroj: vlastní výzkum

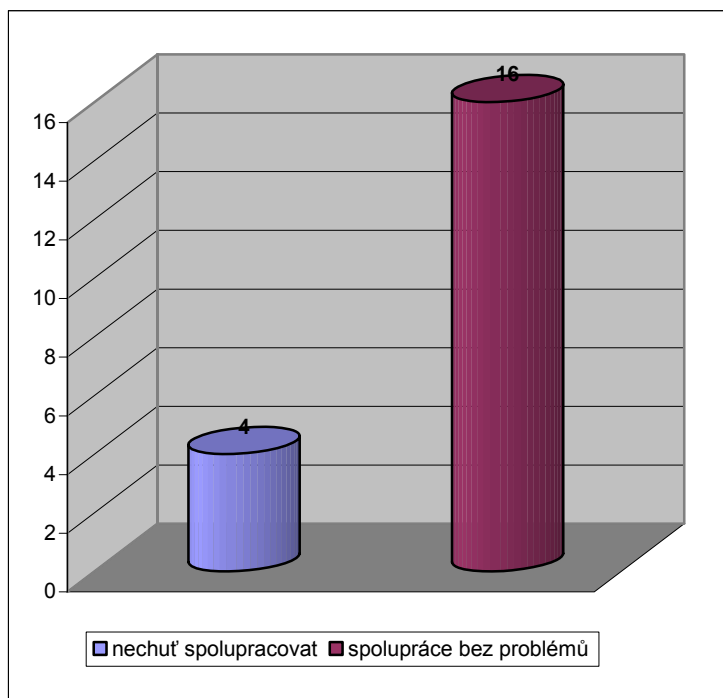
Tabulka 13:

Vliv informací z okolí	
muži	4
ženy	4
celkem	8

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11, Tabulka 13: Osm pacientů uvádí stresující vliv informací o nádorovém onemocnění z okolí, a to 4 muži a 4 ženy. Dvanáct pacientů, stresující vliv informací z okolí neuvádí.

Graf 12: Spolupráce s ošetřujícím personálem.



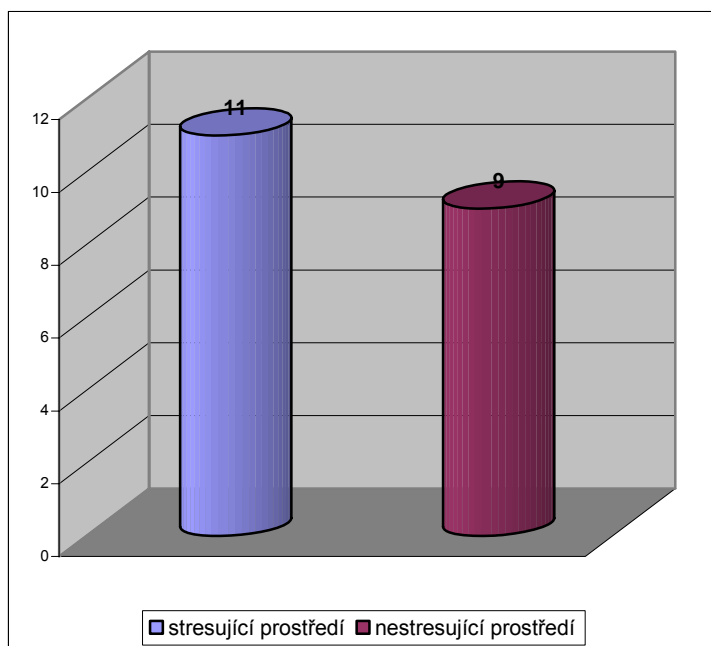
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 14:

Spolupráce s ošetřujícím personálem	
muži	2
ženy	2
celkem	4

Graf 12, Tabulka 14: Z celkového počtu 20ti pacientů pociťují 4 pacienti nechuť spolupracovat s ošetřujícím personálem, z toho jsou 2 ženy a 2 muži. Šestnáct pacientů spolupracuje s ošetřujícím personálem bez problémů. Důvody uvádím v diskusi.

Graf 13: Prostředí nemocnice.



Zdroj: vlastní výzkum

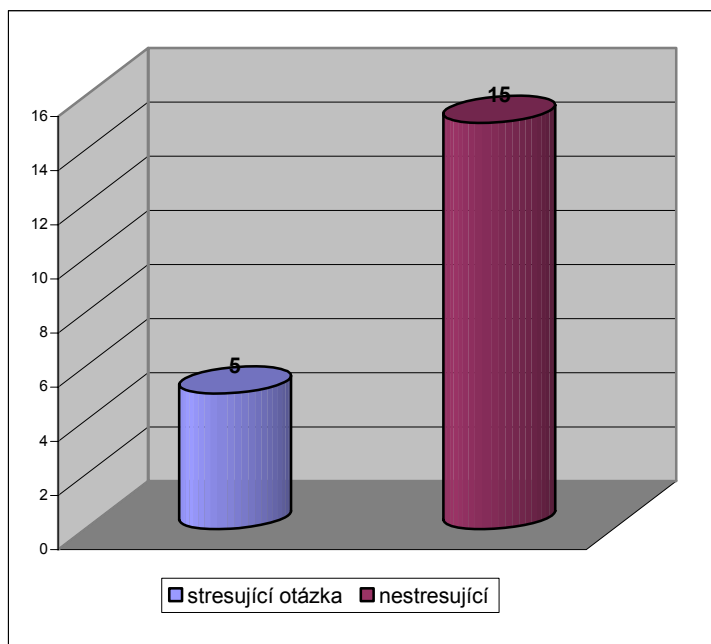
Tabulka 15:

Prostředí nemocnice	
muži	5
ženy	6
celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13, Tabulka 15: Jedenáct pacientů vnímá nemocnici jako stresující prostředí, z toho 5 mužů a 6 žen. Devět pacientů nevnímá nemocnici jako stresující prostředí.

Graf 14: Otázka života a smrti.



Zdroj: vlastní výzkum

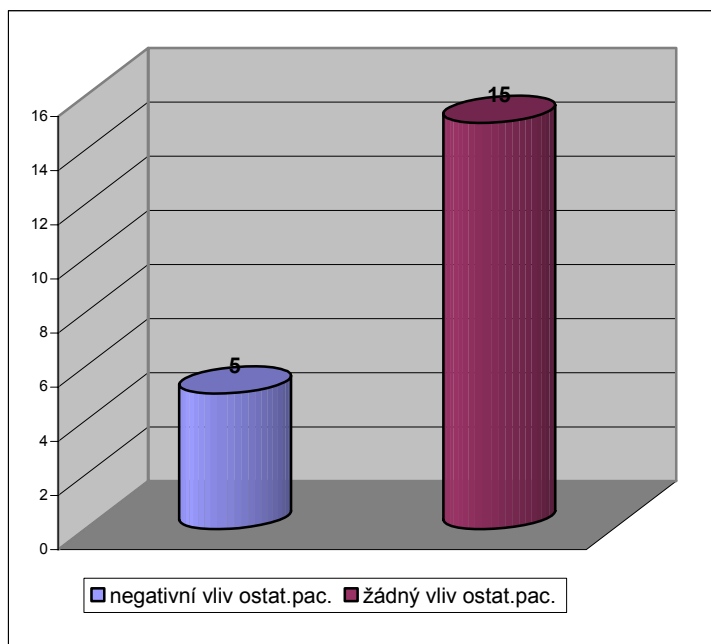
Tabulka 16:

Otázka života a smrti	
muži	5
ženy	6
celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14, Tabulka 16: Otázkou života a smrti se zabývá 5 pacientů a vnímá ji jako stresující. Otázku života a smrti jako stresující faktor uvádí 5 mužů a 6 žen. Patnáct pacientů tyto otázky nepovažuje za stresové.

Graf 15: Negativní vliv ostatních pacientů.



Zdroj: vlastní výzkum

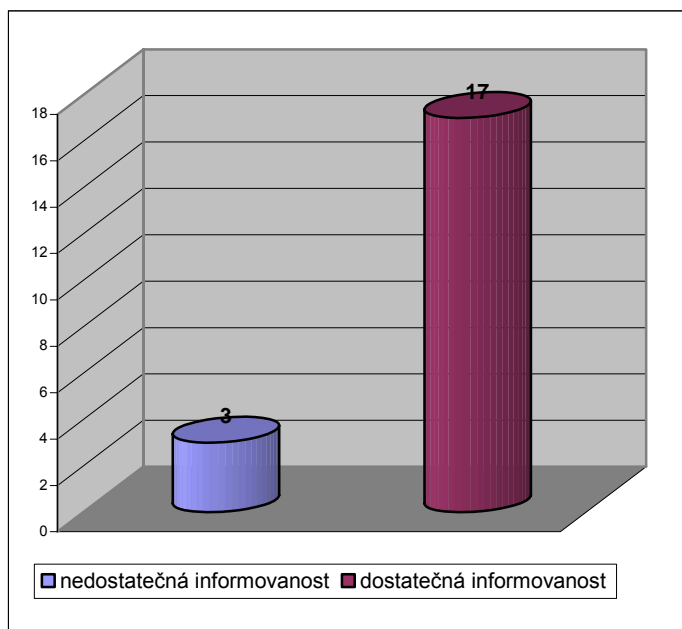
Tabulka 17:

Negativní vliv ostatních pacientů	
muži	3
ženy	2
celkem	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15, Tabulka 17: Dalším faktorem byl zkoumán negativní vliv ostatních pacientů. Pět pacientů jako stresový faktor uvádí své spolupacienty, přičemž z toho jsou 2 ženy a 3 muži. Patnáct pacientů nemá se spolupacienty žádný problém.

Graf 16: Informovanost o onemocnění.



Zdroj: vlastní výzkum

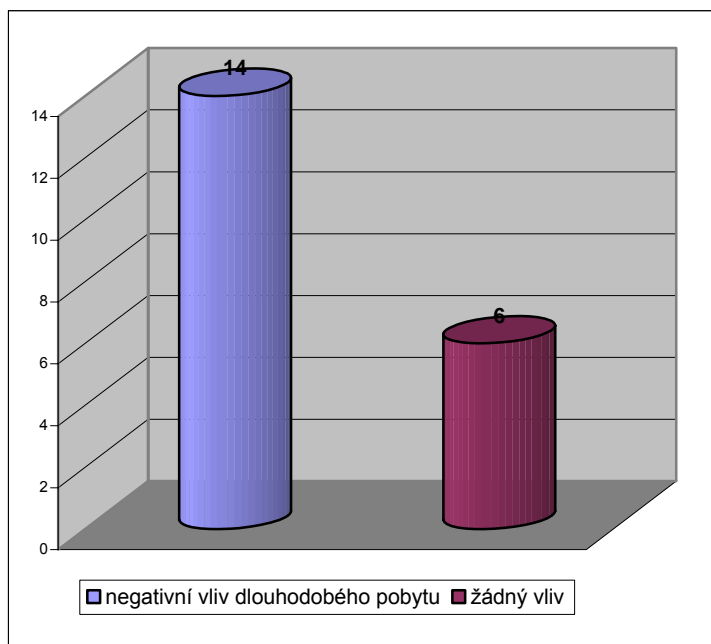
Tabulka 18:

Informovanost o onemocnění	
muži	2
ženy	1
celkem	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16, Tabulka 18: Z výsledků vyplynulo, že 17 pacientů je dostatečně informováno o svém onemocnění. Tři pacienti se domnívají, že jsou nedostatečně informováni.

Graf 17: Dlouhodobý pobyt na lůžku.



Zdroj: vlastní výzkum

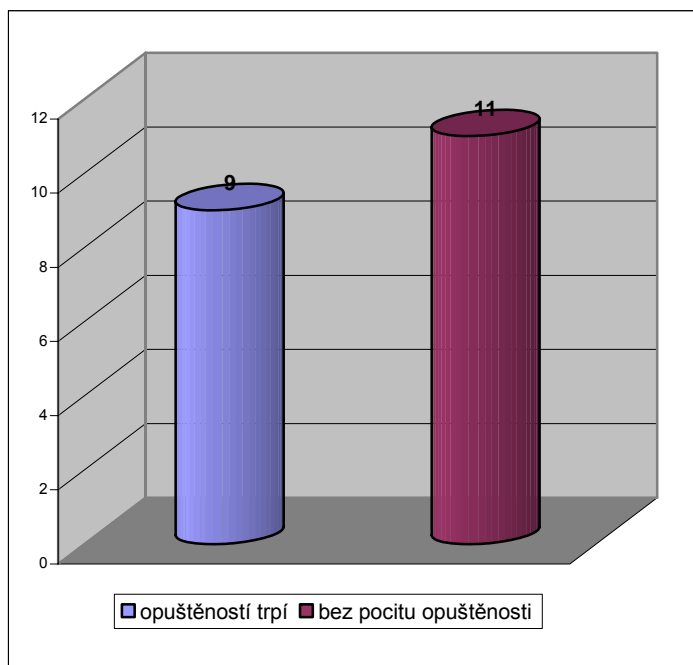
Tabulka 19:

Dlouhodobý pobyt na lůžku	
muži	7
ženy	7
celkem	14

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17, Tabulka 19: Sedm žen a sedm mužů, tedy 14 pacientů uvádí jako stresový faktor dlouhodobý pobyt na lůžku. Pro šest pacientů dlouhodobý pobyt na lůžku stresovým faktorem není.

Graf 18: Pocit opuštěnosti.



Zdroj: vlastní výzkum

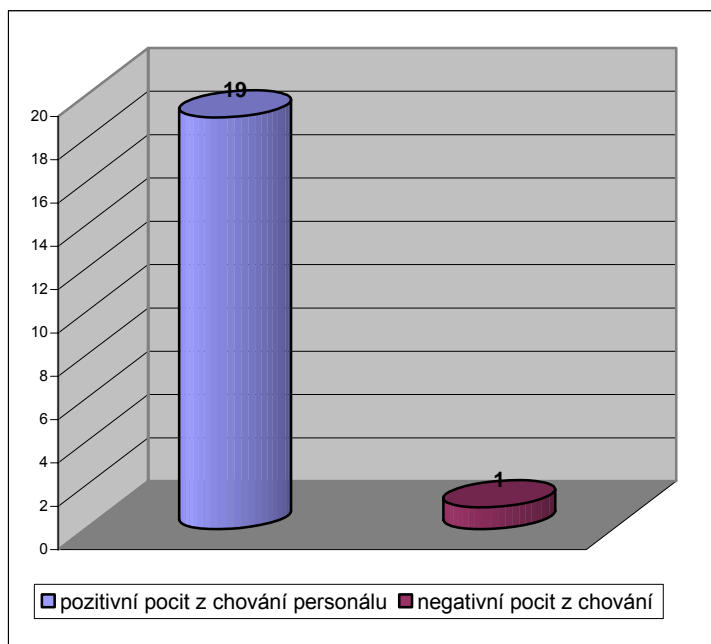
Tabulka 20:

Pocit opuštěnosti	
muži	4
ženy	5
celkem	9

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18, Tabulka 20: Z výsledků vyplynulo, že 11 pacientů se necítí opuštěno. Čtyři muži a pět žen, tedy devět pacientů se cítí opuštěno.

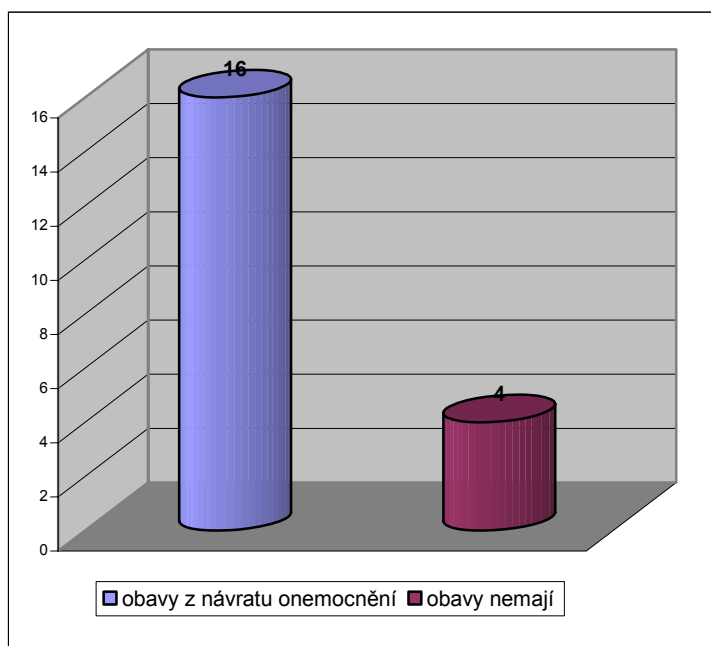
Graf 19: Zdravotnický personál.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19: Pouze 1 pacient uvádí chování personálu jako stresový faktor a 19 pacientů je s chováním personálu spokojeno. Důvod uvádím ve výsledcích z polořízených rozhovorů.

Graf 20: Návrat onemocnění (recidivy).



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 21:

Návrat onemocnění (recidivy)	
muži	8
ženy	8
celkem	16

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20, Tabulka 21: Šestnáct pacientů má obavy z návratu nádorového onemocnění. Stejný počet mužů a žen, tedy 8, se obává návratu onemocnění. Čtyři pacienti obavy z návratu onemocnění nemají.

Výsledky z polořízených rozhovorů

První dva rozhovory s pacienty proběhly v psychologické poradně u paní Mgr. Klikové. Paní Mgr. Kliková vedla rozhovor s pacientem, do kterého jsem se snažila zapojit a pochytit, jak nejlépe s pacienty komunikovat. Mgr. Kliková pracuje jako psycholog na onkologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice. Požádala jsem ji zda, by mi mohla pro začátek pomoci tím, že rozhovor bude probíhat s její spoluprací. Po té jsem na onkologické oddělení chodila sama a trávila chvíle mezi pacienty. Někdy jsem s pacienty hovořila jen mezi čtyřma očima, někdy na pokojích se všemi dohromady a jindy jsem byla na chodbě na lavičce mezi skupinkou pacientů, kteří se občas sešli a povídali si. Protože jsem tyto záznamy nemohla nahrávat na diktafon, z důvodu nevhodnosti takovéto techniky v oblasti tak citlivé, zapsala jsem si některé úvahy a části z rozhovorů. Pro zajímavost uvádím některé z nich.

Rozhovor ženy (přibližně 60 let), s mužem 58 let: (Dále jen Ž:žena, M:muž)

Autorka diplomové práce, dále jen A:

A: „Jak přijímáte své onemocnění?“

M: „Asi je to osud... mít rakovinu.“

Ž: „Myslím si, že horší to mají ti, co třeba musí žít s kolostomií.“

M: „To není pravda, kolostomie je také východisko... Hlavně, že žijeme!“

Na onkologickém oddělení je hodně lidí, kteří vás dokáží rozesmát, podpořit, nedělají z ničeho problém a s rakovinou, dovoluji si říct, jsou smířeni. Ačkoliv si většina lidí může myslet, že na onkologickém oddělení jsou jen smutní lidé a nešťastní ze své diagnózy, není tomu tak. Výše zmíněný 58letý muž, byl vždy optimistický, všem rozdával naději a ujišťoval spolupacienty, že důležité je, že dokud vás rakovina nepoloží úplně, života bychom si měli užívat.

Žena 63 let, při vyplňování tabulky stresových faktorů se vyjádřila o své nemoci:

Ž: „Já jsem pesimistická, skeptická...“

„Moc tomu nevěřím, že se vyléčím. Rakovina je rakovina, ať si každý říká, co chce.“

„Diagnózu mi oznámili před Vánoci, tak to byl takový pěkný dáreček.“

A: „Máte nějaké obavy o manželství?“

Ž: „To teda nemám, vždyť už jsem s dědkem přes 40 let.“

A: „Máte nějaké koníčky?“

Ž: „Mám přes 20 000 sbírek, sbírám všechno možné. Nálepky z krabiček od sirek, pohlednice, ale nejraději sbírám prasátka, už to ani nemám kam dávat. Nejvíce práce je s tím, když musím utírat prach.“

Pacientka opravdu nevěřila tomu, že se vyléčí. Ale postřehla jsem v jejím hlase malou naději, když mi sdělila, že její tchýně dokázala žít s rakovinou 20 let. Její kolegyně na pokoji byla více optimistická, přestože se léčí 4 roky s rakovinou prsu. Psychicky jí stále podporovala. V průběhu mých návštěv na onkologii jsem se přesvědčila o tom, jak moc důležité je mít vedle sebe pacienta, který si dokáže o rakovině povídat, a který je optimistický.

Muž 31 let (dále jen M)

A: „Vyprávějte mi, jak to vše začalo...“

M: „Asi tak před 5 lety mi našli nádor v oku, špatně jsem viděl. Zavedli mi do oka tělísko, které mi nádor ozařoval. Nádor v oku vyléčili. Pak jsem měl jezdit na kontroly. Ale nejedil jsem.“

A: „Proč jste nejedil na kontroly?“

M: „Neměl jsem čas. Měl jsem finanční problémy a jezdit do Prahy mě stálo moc peněz. Také jsem měl manželské problémy, měl jsem sám se sebou co dělat. Po roce jsem šel na prohlídku a našli mi četné metastázy, v ledvinách, slezině, játrech, močovém měchýři...“

„Chtěl bych udělat klub nemocných, aby si všichni mohli vzájemně o onemocnění povídat a povídat si i se zdravými. Vy zdraví se na nás díváte skrz prsty, jako kdybychom byli prašiví.“

S výše zmíněným pacientem jsem se sešla vícekrát. První náš rozhovor proběhl v poradně paní Mgr. Klikové a další většinou v soukromí na nemocničním pokoji. Tento pacient byl psychicky vyčerpaný, a právě proto také začal chodit k paní Mgr. Klikové do psychologické poradny. Jeho rodinná situace nebyla z mého pohledu vůbec příznivá. Byl rozvedený, žil sám a jediné co ho drželo nad vodou, jak sám říkal, byly jeho děti. S dětmi se mohl scházet minimálně, jelikož bývalá manželka často bránila návštěvám dětí u zmíněného pacienta. Na jeho příběhu jsem viděla, jak moc je důležité mít dobré rodinné zázemí. Tento pacient žil sám a byl z toho zoufalý. Zároveň měl obavy o další partnerský vztah, jelikož věděl, že je vážně nemocný, ale nechtěl zůstat sám. Během mých návštěv na onkologii se jeho psychický stav zlepšil, vytvořil si ke mně přátelský vztah, mé rozhovory s ním mu velmi pomáhaly. Nakonec chodil sám si s pacienty povídat. Domnívám se, že pokud má člověk rozsáhlé metastázy a nepříznivou prognózu, je to pro něj situace mnohem horší. Je zde malá naděje, že se vyléčí nebo v případě tohoto pacienta snad žádná. Měl své cíle, kterých ještě chtěl dosáhnout, a ty mu dávali velkou sílu a chuť do života.

Muž 65 let:

M: „Učím se žít se skutečností, že jsem nemocný a s návratem onemocnění rovnou počítám.“

„Ve smrti je každý sám. Na všechno je člověk nakonec sám. Je dobré se na opuštěnost připravit.“

A: „ Proč ještě kouříte, když máte rakovinu jícnu?“

M: „Doktoři mi řekli, když jsem se zeptal, jestli mám přestat kouřit, ať si raději užiji.“

„Nemá se házet flinta do žita. Kolega z pokoje mě přesvědčil, abych podstoupil další léčbu. Už jsem se léčit nechtěl, je to zbytečné.“

„Nakonec, každé ráno je krásné...“

A: „Co vaše žena? Povídate si s ní o tom?“

M: „Má žena je ženská do kočáru i do vozu, jestli mi rozumíte. Oba sice víme, že jsem nemocný, ale nechci, abychom o tom mluvili.“

Tento pacient na mě navenek působil tak, že opravdu rezignoval. Povídal si o rakovině tak, jako by ho to moc nezajímalo, tabulku stresových faktorů vyplnil rychle a o všem se vyjádřil, tak, že už nemá smysl bojovat, byl si jistý o nevléčitelnosti choroby. Faktem je, že si zadal ještě cíle, kterých chce dosáhnout. Sdělil mi, že si koupil auto, a že chce s manželkou cestovat. Jeho kolegové na pokoji bylo 31 let a léčí se 5 let. Přesvědčil ho o nutnosti další léčby, o tom, že nemá smysl „házet flintu do žita“, přestože sám byl rakovinou a všemi léčbami unavený.

Žena 47 let:

A: „Máte oporu v rodině? Co Vaše okolí?“

Ž: „Všichni jsou mi velkou oporou. Mám skvělého manžela, děti za mnou přiletěli z Anglie. Kolegové z práce mi posílají květiny, volají, jak se mám. Sestřičky a doktoři mají skvělý přístup. Diagnózu mi sdělili jemně a citlivě, upřímně. Jsem o všem velmi dobře informovaná.“

„Člověk pochopí, že hodnoty jsou úplně někde jinde, než si myslel.“

„Ihned po operaci (nádor v hlavě) jsem si zkoušela skloňovat podstatná jména v pádech. Měla jsem problémy s vyjadřováním, dělaly mi problémy dlouhá slova, ale teď už je to dobré.“

„Než jsem odešla na léčbu, dcera u mě byla celý týden s dětmi, byl to dobrý psychologický tah, doma bylo stále živo a já neměla čas přemýšlet.“

S pacientkou jsem si velmi ráda povídala. Zase jsem se přesvědčila o tom, jak je důležité mít kolem sebe lidi, kteří vás podpoří. Na jedinou věc si tato pacientka stěžovala a to byly vedlejší účinky chemoterapie. Ráno jí bývalo na zvracení a měla špatný pocit z toho, že nebude mít na části hlavy vlasy. Pro ženy je to opravdu takový „trest“, přijít po záření nebo chemoterapii o vlasy. Faktem je, že po chemoterapii

dorostou, ale když vám hlavu ozařují, tak v daném místě již vlasy nikdy neporostou. Jedna klientka si ze své kolegyně dělala srandu, že to bude nosit jako přehazovačku, jako kdysi herečka Jirásková. Snažila se situaci zlehčit a spolupacientku rozesmát a myslím, že se jí to dařilo.

Muž 62 let:

„Člověk se s tím musí smířit...“

A: „Vypadáte jako spokojený člověk.“

M: „Nic mi tu nechybí, jídla je tu dost, sestřičky hodné...“

A: „Trápily Vás nějaké zdravotní potíže před návštěvou u doktora?“

M: „Ne, přišli mi na to náhodou. Když člověk přijde, až když ho to někde bolí, tak už většinou bývá pozdě.“

„Když se řekne rakovina, tak se každý hned bojí, přitom je to nemoc jako každá jiná.

Dříve rakovina byla tabu, dnes o ní máme spousty informací.“

„Když si člověk zlomí ruku, tak je to vidět nebo má infarkt, tak se to pozná, ale rakovina je taková tichá, plíživá, nevíte o ní.“

Žena 76 let:

A: „Měla jste strach z léčby?“

Ž: „Já už nemám strach z ničeho, pochovala jsem syna, dceru, manžela i přítele.“

Člověk ve stáří má v životě za sebou tolik událostí, že se může stát, že ho rakovina ani nepřekvapí. Pacientku jsem zastihla při ukončené léčbě, kdy čekala na odvoz do svého penzionu, kde bydlela. Na pokoji dlouhé chvíle trávila tím, že sestřičkám pomáhala vyrábět vatové štětičky. Sdělila mi, že stále musí něco dělat, být aktivní, aby si zkrátila dlouhé chvíle a to i v penzionu. Byla to taková hodná babička, jako z pohádky.

Muž 21 let:

„Myslím si, že si za onemocnění můžu sám. Měl jsem jíst brokolici, květák a míň pít.“

„Paní, která ležela naproti, umřela, bylo to kolem půl čtvrté ráno, od té doby jsem nespál a jen brečel.“

„V Praze v nemocnici mi řekli, že léky na útlum bolesti moc stojí, tak jsem dostával 5x denně Paralen.“

„Já se ani tak netrápím, ale co moji rodiče, ty se trápí mnohem víc.“

„Mysleli si o mě, že jsem skinhead a feťák. Mám přece holou hlavu a rozpíchané ruce. Jsem nemocný.“

„Chodím k léčitelům. Musím umět pozitivně myslet. Mám si opakovat tuhle větu: Mé bílé krvinky jsou jak dravé rybky, které proudí krevním řečištěm, až doplují k místu, kde se nachází nádor, tam z něj pomalinku ukusují, až nádor mizí.“

Ukázala jsem pacientovi knihu Diagnóza nádor a co dál, řekl: „Nádor, to je hrozné slovo, ale je to zajímavá kniha.“

A: „Ty věříš v Boha?“

M: „A ty nejsi věřící? A kdo si myslíš, že nás stvořil? Něco určitě.“

A: „Povídáš si s ostatními pacienty?“

M: „Nebaví mě poslouchat problémy jiných pacientů, sám toho mám dost.“

S tímto pacientem jsem strávila celé dopoledne. Byl mladý a vyprávěl mi toho mnoho. Rodinné zázemí neměl tak dobré, rodiče byli rozvedeni a otec pil. Měl pocit, že si za onemocnění může sám a stále hledal příčinu toho, proč onemocněl. Pověděla jsem mu, že se domnívám, že přece tak mladý si stravou nebo příležitostným pitím nemohl způsobit rakovinu. Nejhorší je, když si člověk dává vinu sám sobě, ubírá si tím tak spousty sil. Zde v Českých Budějovicích byl spokojenější než v Praze, ale přesto na všem hledal chyby. Velký vliv na to měla špatná zkušenost z Jednotky intenzivní péče (JIP), kde naproti němu zemřela pacientka. Byl jediným pacientem, který uvedl v hodnocení stresových faktorů chování personálu. Někteří pacienti vám sdělí, že jsou rádi, když si mohou s jinými povídat. V tomto případě tomu bylo naopak a možná to

bylo i tím špatným zážitkem z JIP. Mimo chemoterapie vyhledával on i jeho maminka léčitele a platili jim vysoké finanční částky. Jak mi sdělila jedna z pacientek, když se vyjadřovala o léčbě u léčitelů: „To víte, tonoucí se stébla chytá. Známi za doplněk stravy Ovosan dali 50 tisíc a nepomohlo to.“

Doporučila jsem pacientovi návštěvu psycholožky, měla jsem pocit, že by mu to opravdu pomohlo. V tabulce stresových faktorů u všech bodů uvedl střední a vysokou stresovou zátěž. Ve stejný den jsem také hovořila s pacientem, kterému bylo 23 let. Působil naprosto vyrovnaně, přičemž v tabulce stresových faktorů uvedl faktory jen 3 a, to v mírné a střední zátěži.

Muž 23let:

A: „Jak se cítíte tady na JIP?“

M: „Tady v Nemocnici v Českých Budějovicích je to lepší, v Praze se s námi doktoři sotva bavili. Tady máme více informací, ale člověk se musí na něco pořád ptát. V Praze jsem si s pacienty povídal, je fajn, když si o tom máte s kým pokecat, tady na JIP to moc nejde.“

A: „Máte obavy ze své budoucnosti?“

M: „Nemám, léčbu končím v červnu a pak se vrátím do práce.“

„Když mi sdělili diagnózu a postupy léčby, žádný problém jsem v tom neviděl, vyléčím se. Ale moje přítelkyně byla špatná, tak jsem si myslel, že má problémy doma, ale bylo to kvůli mně, kvůli mé nemoci. Tak jsme si o tom promluvili a je to dobré. Mamka je z toho špatná neustále, je starostlivá.“

Tento pacient byl naprosto smířený s tím, že je nemocný, ale věřil, že je to dočasné, proto se ničím netrápil. Měla jsem pocit, jakoby si šel lehnout do nemocnice se zlomenou nohou. Jeho psychická pohoda mě překvapovala, diagnózou nebyl zaskočen a měla jsem pocit, že mu tabulku se stresovými faktory snad ani dávat nemusím. Už dopředu jsem věděla, že bude vnímat minimum stresových faktorů. Velkou roli v jeho případě hraje dobré rodinné zázemí a dobrý vztah s přítelkyní. Má oporu ze všech stran. Podobné to bylo s prvním klientem, se kterým jsme si povíдали v poradně paní

psycholožky. Klientovi bylo 43 let a paní Mgr. Kliková mi po jeho odchodu sdělila, že se domnívá, že u tohoto pacienta ani neproběhly fáze šoku, izolace atd. tak, jak to popisuje Kübler - Rossová. Klient měl největší obavy z impotence, ale naštěstí už měl dvě děti, což bylo v jeho případě velmi pozitivní. Jiní mladí muži tento problém mohou vyřešit uložením spermií ve spermabance před zahájením terapie, za které se platí měsíčním paušálem. Muži na onkologickém oddělení fakt, že budou impotentní, přijímají velice těžko.

Žena 45 let:

A: „Jak dlouho trvá Vaše léčba?“

Ž: „Lčím se už 10 let, nevěřím, že se vylčím. Doktoři mi řekli, že už se toho nezbavím.“

A: „Co Vás nejvíce baví, čím se dobře odreagujete?“

„U nás ve Volarech máme výtvarnou dílnu, kam chodím. Když jsem ve výtvarné dílně, úplně na nemoc a všechny starosti zapomenu. Ráda kreslím a vytvářím různé předměty.“

Ž: „Myslíte, že může rakovinu způsobit stres?“

A: „Může to být jeden z rizikových faktorů, ale úplné důkazy a studie na potvrzení nejsou.“

Ž: „V 18 ti letech se se mnou rozešel přítel, chtěla jsem spáchat sebevraždu.“

Na konci rozhovoru mi pacientka sdělila: „Dnes jsem měla zvláštní pocit, že přijde zajímavý člověk. A přišla jste vy.“

Za touto klientkou jsem také chodila pravidelně. Náš první rozhovor byl pro mě velice náročný. Pacientka byla hodně úzkostlivá a velmi brečela. Ani jsem jí nechtěla tabulku se stresovými faktory dávat, abych ji zbytečně nezatěžovala. Měla také poruchu řeči. Následkem nádoru v hlavě trpěla i epileptickými záchvaty. Těžko se vyjadřovala, ale byla velmi ráda, že se může někomu svěřit. Cítila se velmi osamocená. Doma už o své chorobě nechtěla s manželem mluvit, aby ho nezatěžovala. Prý už toho na něj bylo moc. Pacientka měla tři děti a naše rozhovory jsem se snažila směřovat tam, kde by se jí

povídalo trochu lépe, aby se uvolnila. Také jsem jí doporučila návštěvu paní psychologičky Mgr. Klikové, se kterou se následující týdny scházela. Paní Mgr. Kliková mi sdělila, že si myslí, že po 10 letech léčby a nevratné diagnózy je pacientka velmi vyčerpaná a terapie byla na místě.

Žena 57 let:

„Léčili mě několik let na atopický ekzém a já jsem měla rakovinu kůže.“

„Nemocnice v Praze a Českých Budějovicích, to je jako nebe a dudy.“

„Už je to tu moc dlouhé, ležím tu už přes měsíc.“

Rakovinu kůže jsem viděla v podstatě poprvé a opravdu se na první pohled jevila jako atopický ekzém. Otázkou je, kde doktoři udělali chybu, že na diagnózu nádorového onemocnění přišli až po letech. Po několika návštěvách na oddělení jsem viděla viditelné zlepšení kůže po ozařování, sama pacientka byla velmi šťastná, že kůže vypadá lépe.

Žena 56 let:

„Když mi oznámili, že mi vypadají vlasy natrvalo, tak jsem řekla svému muži, že pochopím, když se se mnou bude chtít rozvést. Řekl mi, že jsem se asi zbláznila.“

„Budu si ještě na jednoho doktora stěžovat. Měla jsem problémy s pamětí, s vyjadřováním, byla jsem unavená a on mě léčil na depresi, a když jsem vyhledala svou kamarádku doktorku na psychiatrii, okamžitě mě poslala na CT a tam mi zjistili nádor v hlavě jako kachní vejce. Teď jsem po operaci a chemoterapii dostávám v kapslích a chodím ještě na ozařování hlavy.“

„Manželovi jsem řekla, že jestli se po operaci neprobudím, aby si našel novou ženu, dokonce jsem mu nějaké už vyhlížela.“

Pacientka byla velmi nazlobená na doktora, který ani po 3 měsících léčby nedokázal odhalit příčinu jejích problémů. Nicméně byla ráda, že se nakonec vysvětlilo,

z jakého důvodu má zdravotní komplikace a léčbu snášela dobře. Její spolupacientka byla po operaci nádoru prsu a podstupovala také ozařování a chemoterapii. Obě pacientky, po každé kdykoliv jsem přišla, byly pozitivně naladěné. Na všem se snažily hledat pozitiva a dokonce mi pacientka sdělila, že je teda našťvaná, když jí začaly dorůstat i chloupky na nohou, že se znova bude muset holit. Obě ženy měly na hlavě „ježka“ a nosily slušivé čepičky. Podporovaly se navzájem a bylo vidět, že jsou tzv. „nad věci“. Dlouhé hodiny jsem si s nimi povídala, mimo jiné i o výživě. Přinesla jsem pacientkám knížky, ve kterých se mohly dočíst jak se správně stravovat. Největší obavy měly z toho, že se nemoc může vrátit a dle mých výsledků měli obavy z recidivy onemocnění opravdu všichni pacienti, byl to pro ně velký „strašák“.

Na těchto částech rozhovorů jsem alespoň chtěla přiblížit problémy pacientů. Problémy se opravdu liší s věkem a zároveň s diagnózou. Návštěvy na onkologii pro mě byly mnohdy psychicky náročné. Zároveň jsem měla pocit, že v období, kdy v nemocnici byly zakázané návštěvy z důvodu chřipkové epidemie, pacienti vždy mou návštěvu uvítali. Mnohdy jsem od pacientek měla připravené kafe a čokoládu, pro jiné jsem byla prý takové sluníčko... Více o stresových faktorech uvádím v diskusi.

5. Diskuse

Statistiky nádorových onemocnění vypovídají o tom, že nádorových onemocnění stále přibývá. Při studiu onkologických rizik, jsem pochopila, s kolika množstvím karcinogenů přijdeme denně do styku a jaké jsou nedostatky našich znalostí ohledně jejich působení.

Elizabeth Kübler-Rossová popisuje různé fáze reakcí na onemocnění (viz teoretická část). Při mých návštěvách na onkologii jsem se setkala s pacienty, kteří byli v depresi, jedna z pacientek byla v šoku a agresivní, jeden z pacientů rezignoval, ale většina se snažila s onemocněním vyrovnat a přijmout je. Velice důležité je opravdu rodinné zázemí a lidé, kteří dokáží podpořit, jak uvádí Vodvářka. Mimo jiné při konzultaci s paní Mgr. Klikovou jsem se dozvěděla, že z psychologického hlediska je lepší, když si pacient projde všemi fázemi, jak je popisuje Elizabeth Kübler-Rossová. V případě, že se onemocnění vrátí, se pacient snáze vyrovná s recidivou onemocnění.

Jaro Křivohlavý a celá řada dalších autorů se zmiňují o tom, že rakovina umožní pacientovi zcela jiné vnímání světa. Ze svých zkušeností na onkologickém oddělení mohu jen potvrdit, že tato tvrzení jsou pravdivá. Většina pacientů mi sdělila, že přehodnotili svůj žebříček hodnot. Váží si více vztahů, mají radost z maličkostí a jsou šťastní za každý nový den. Mění své plány někdy i zaměstnání. Velice záleží na tom, v jakém věku je stanovena diagnóza nádorového onemocnění. Olga Dostálová popisuje souvislosti psychického prožívání nádorového onemocnění s věkem pacientů. Na základě zkušeností souhlasím, že mladí lidé naprosto nepočítají s možností zhoubného nádoru a jsou velmi zaskočení. Laicky řečeno mají život před sebou a s onemocněním se velmi těžko vyrovnávají. Lidé ve středním věku, pokud mají dostatek zájmů a aktivit, mají větší naději na zvládnutí choroby. Z mých zkušeností na onkologii se s onemocněním snáze vypořádávají staří lidé.

Diskuse ke kvantitativnímu výzkumu

Díky nastudované literatuře jsem získala mnoho informací o rakovině. Bez těchto informací bych nemohla odpovídat na časté otázky, kterými jsem byla „zahlcována“ od pacientů z různých směrů. Teorie je ovšem jedna věc a bezprostřední zkušenost s pacienty věc druhá. Snáze člověk pochopí a porozumí pacientům, pokud s nimi hovoří. Zároveň je může podpořit a vyslechnout jejich radosti či starosti.

Onkologické onemocnění představuje pro pacienty jak psychickou tak fyzickou zátěž. Nejen, že jsou unavení po chemoterapiích či ozařování, ale jsou unaveni i samotným stanovením diagnózy nádorového onemocnění. Někteří pacienti o svém onemocnění nechtějí mluvit. Všimla jsem si pacientů, kteří se izolují a uzavírají se do sebe. Je těžké pacienty přesvědčit o tom, že je lepší se otevřít a o všem si popovídat. Na doporučení sester z oddělení jsem navštěvovala pacienty, kteří byli sdílní, a nevadilo jim o nemoci hovořit. Dvacet pacientů je malý vzorek pro kvantitativní výzkum, proto jsem se pokusila o hlubší sondáž do problematiky díky několika rozhovorům a doplnila tak výzkum kvalitativní metodou.

Dalším faktem je, že pacienti se příliš na oddělení neobměňují, jelikož na chemoterapie docházejí v určitých fázích (třeba po třech týdnech), anebo na onkologii zůstávají ležet pár týdnů. Většinou z finančních důvodů, jelikož je náročné dojíždět, pokud je kupříkladu pacient ze severních Čech a dalším důvodem je somatická náročnost chemoterapie a její vedlejší účinky, které jsou u některých pacientů velmi výrazné. Na oddělení jsou převážně pacienti starší 50 let, což potvrzuje to, že s přibývajícím věkem onemocnění rakovinou stoupá.

Po nastudování literatury a konzultacích s vedoucí práce paní Mgr. Bockschneiderovou a psychologem paní Mgr. Klikovou, jsem v diplomové práci stanovila okruh stresových faktorů. Sestavila jsem tyto faktory do tabulky se škálovitým ohodnocením 1 – mírná zátěž, 2 – střední zátěž, 3 – vysoká zátěž. Jinými slovy, co pacienti považují za stresující či nepříjemné a do jaké míry (Příloha 1). Pacienty jsem vždy při rozhovoru požádala, zda by mi mohli uvedené tabulky vyplnit. Nejen, že jsem měla pro pacienty připravenou tabulku s negativními stresovými faktory,

ale také jsem sestavila tabulku s pozitivními faktory. Připravila jsem si tabulku s faktory, které pacientům pomáhají nejvíce se onemocněním vyrovnat (Příloha 1). Vyhodnocení uvádím jen okrajově v diskusi a v přílohách, jelikož zpracování dalších faktorů je velice rozsáhlé.

Stresovým faktorem jakou je léčba a bolest uvedlo 15 pacientů z 20. Pacienti mají strach z operací, z následků operace, z vedlejších účinků chemoterapie, ze záření. Ženy vždy uvádějí tuto stresovou zátěž ve střední a vysoké zátěži a muži v mírné a střední zátěži, přičemž tuto zátěž uvádí více žen než mužů (Graf 2, 3, Tabulka 4, 5). Z těchto škálovitých ohodnocení stresových faktorů se také potvrzuje hypotéza, že u žen je více stresových faktorů než u mužů. Ženy jsou citlivější a dá se říci, že léčbu a bolest prožívají intenzivněji.

Dalším stresovým faktorem byly zkoumány obavy z budoucího společenského uplatnění a ztráta a oslabení pracovních jistot (Graf 4, 5, Tabulka 6, 7). Jelikož 13 pacientů bylo v invalidním či starobním důchodu, převážila zde většina pacientů bez obav o budoucí společenské uplatnění. Sedm pacientů tyto obavy mělo, přičemž zde byla převaha mladších pacientů. Pacient, který je pouze v pracovní neschopnosti a je živitelem rodiny, má tyto obavy odůvodněné. Ovšem pacienti v invalidním důchodu či starobním důchodu, již takové obavy nemají, pracovní kariéru mají již za sebou.

Jiným stresovým faktorem bylo zkoumáno, zda pacienti mají obavy ze splnění svých cílů a plánů (Graf 6, Tabulka 8). Přesně polovina pacientů tyto obavy měla a opět převážná většina žen. Ženy měly také větší obavy o výchovu svých dětí (Graf 7, tabulka 9). Pacientky, které měly malé děti, situaci zvládaly hůře. Jelikož ve výzkumu byli převážně pacienti starší, jejich děti většinou byly velké či už měly své rodiny. Pacient, kterému bylo 31 let, měl obavy o výchovu dětí velmi výrazné, jelikož je měla v péči bývalá manželka a žila s druhem, který je alkoholik. Jeho velkým přáním bylo zvládnout dalších 5 let nemoci, aby dostal alespoň syna do péče.

Mezi další stresový faktor jsem zařadila obavy o partnerský vztah (Graf 8, Tabulka 10). Jelikož rakovina má velké dopady v oblasti sociální, může se stát, že partner tuto situaci nezvládne. Lidé nad 50 let, kteří strávili s partnerem přes půl života, žádný problém v partnerství nepopisovali. Obavy zde měli mladší ročníky pacientů.

Nejen z důvodu impotence či neplodnosti u žen. Záleží také na tom, jak velké jsou zásahy operace, zda například ženám odejmou jen část prsu či celý prs nebo zda je člověk odkázán žít se stomií. Jiný problém je diagnóza rakoviny v pokročilém stadiu. Jeden z mladých pacientů měl rozsáhlé metastázy a věděl, že mu zbývá jen pár let. Nechtěl si najít partnerku, aby ji nezatěžoval, ale sám zůstat nechtěl, byl plný rozporů. Je to velmi těžké rozhodování zůstat či nezůstat sám, když člověk ví, že nemoc je v takové fázi, kdy se nedá vyléčit. Přirovnala bych to jako, když je člověk nemocný HIV, myslím, že si zde pokládá podobné otázky. Mezi další stresový faktor jsem zařadila strach z návratu mezi zdravé lidi. Jak jsem uvedla ve výsledcích z položených rozhovorů v kvalitativním výzkumu, jeden z pacientů se vyjádřil, že my „zdraví“, se díváme na nemocné s rakovinou skrz prsty, jakoby byli „prašiví“. Bylo to pro mě zvláštní zjištění těchto pocitů pacienta. Snažila jsem se toto tvrzení vyvrátit, ale byla jsem tehdy neúspěšná.

Strach z návratu mezi zdravé lidi měla menšina pacientů, pouze 4 pacienti, přičemž zde převážil opět počet žen (Graf 9, Tabulka 11). Domnívám se, že tento strach plynul z možných negativních reakcí svého sociálního okolí. Dalším stresovým faktorem, byl zkoumán strach pacientů z opakovaných návratů do nemocnice (Graf 10, Tabulka). Tento stresový faktor se projevil jako velký „strašák“. Osmnáct pacientů potvrdilo obavy z opakovaných návratů do nemocnice. Domnívám se, že velkou souvislost, zde pociťují pacienti s recidivou onemocnění, ze které mají také obrovský strach. Dále byl zkoumán, jaký vliv mají na pacienty informace o rakovině přicházející z okolí (médiá, známí...). Zde byl poměr také zajímavý, na 8 pacientů informace působily negativně a 12 pacientů jim nepřikládalo žádný význam.

Nedílnou součástí léčebné terapie a velký význam má i ošetřující personál. Ve většině případů, pacienti spolupracovali s personálem bez problémů, byli velice spokojeni (Graf 12, Tabulka 14). Čtyři pacienti pociťovali nechuť spolupracovat, ale domnívám se, že tyto pocity plynuly z psychické nepohody těchto pacientů. Za podstatný stresový faktor jsem zařadila prostředí nemocnice (Graf 13, Tabulka 15). Někteří pacienti prostředí nemocnice nevnímali tolik negativně. Kupříkladu se vyjadřovali: „To víte, nemocnice, je nemocnice.“ Jiní reagovali více negativně:

„Prostředí nemocnice mi velmi vadí, stále cítíte desinfekci, nemáte tu žádné soukromí, večere nestojí za nic.“ Dohromady 11 pacientů považovalo prostředí nemocnice za stresující a tuto zátěž ve většině případů uváděli ve střední zátěži (Příloha 2).

Nádorové onemocnění je spojeno s řadou mýtů a u lidí vyvolává strach. Především strach z toho, že s rakovinou se konec života nezadržitelně blíží. Zajímalo mne tedy, do jaké míry se pacienti zabývají otázkou života a smrti (Graf 14, Tabulka 16). Pět pacientů uvedlo, že se těmito otázkami zabývají a jsou pro ně stresovým faktorem. Byli to zde převážně pacienti mladšího věku, pacienti přibližně nad 50 let byli zřejmě s příchodem své smrti smířenější, tudíž se otázkami smrti tolik nezabývali. Několikrát jsem zaslechla věty typu: „Na něco umřít musíme.“

Pacienti na onkologickém oddělení sdílejí většinou jeden pokoj po třech. Pokud neleží na JIP. Nejednou jsem se přesvědčila o tom, že velmi záleží, kdo s vámi pokoj sdílí. Zda je to člověk s pozitivním myšlením, vyrovnaný, či úzkostlivý a plačtivý. Domnívám se, že všechny tyto pocity druhého pacienta vás snadno ovlivní a jakoby se na vás přenáší. Při jedné z mých návštěv jsem byla svědkem šoku u pacientky ze sdělení diagnózy. Pacientku přivedly sestry do pokoje, ve kterém byly pozitivně naladěné pacientky. Všechny jsme byli tak trochu mimo a snažili jsme se pacientku nijak nezatěžovat, uklidnit ji, ale po dlouhém pláči této pacientky, jedné z nich došla trpělivost a odvětila: „Ale tady se nebrečí, tady jsme všichni na jedné lodi, všichni máme rakovinu!“ Pacientku jsem se snažila uklidnit, objala jsem jí, dlouze plakala, ale pláč se střídal se vztekem a nadávkami na doktory. Sdělila mi, že její problém nikdy nemohu pochopit, když jsem zdravá. Stěžovala si na to, že doktoři její diagnózu neodhalili včas, ale po třech měsících. Nikdy nemůžeme vědět na čí straně je chyba, pokud neznáme vyjádření obou. Když se vrátíme zpátky k pacientům (spolupacientům), kteří na psychiku působí pozitivně a negativně, v mém výzkumu bylo 15 pacientů, kteří žádný problém s ostatními pacienty neměli (Graf 15, Tabulka 17).

Nádorové onemocnění s sebou přináší mnoho otázek. Zajímalo mne, do jaké míry jsou pacienti o svém onemocnění informováni (Graf 16, Tabulka 18). Také jsem se ptala, zda jim diagnóza byla sdělena citlivě a jak jsou se spoluprací lékaře spokojeni. Pouze tři pacienti měli pocit, že nejsou dostatečně informováni. Převážná většina

pacientů sdělovala, že pokud něco neví, tak se zeptají, byli se spoluprací se svým lékařem spokojeni.

Mezi další stresový faktor jsem zařadila dlouhodobý pobyt na lůžku (Graf 17, Tabulka 19). Čtrnáct pacientů potvrdilo, že cítí velké omezení být tak dlouho v nemocnici. Někteří jezdili alespoň na víkendy domů. Chemoterapie či ozařování v některých případech trvá i více jak měsíc a domnívám se, že pacienti jsou mnohdy znechuceni a znuděni délkou léčby. Pacienti mi vždy hlásili, kolikáté záření nebo chemoterapii mají za sebou, obzvláště na mě negativně působilo, když někteří pacienti na oddělení leželi několik týdnů. Při představě, že bych měla strávit v nemocnici dva nebo tři měsíce ve mně vyvolává pocit, jako bych ten čas měla trávit ve vězení.

V době zákazu návštěv v nemocnici jak už jsem psala výše, pacienti alespoň nějaké popovídání a rozptýlení uvítali. Faktem je, že ženy se cítily většinou více osamoceny než muži. A také všechny ženy pocit z opuštěnosti uvedly ve vysoké zátěži škálovitého ohodnocení (Příloha 2). Dohromady devět pacientů pocituje opuštěnost (Graf 18, Tabulka 20).

Na závěr bylo zkoumáno, zda mají pacienti obavy z recidivy onemocnění (Graf 19). Šestnáct pacientů uvedlo, že z recidivy mají velké obavy. Tyto obavy ženy hodnotily ve střední škále zátěži a muži ve vysoké zátěži. Každý, kdo onemocnění rakovinou a věří, že se vyléčí, má strach aby se onemocnění nevrátilo. Je to přirozené. Každý se s onemocněním a léčbou musí nějak vypořádat, ale všichni mají velké obavy z toho, že to vše přijde znovu.

Diskuse ke kvalitativnímu výzkumu

Kvantitativní výzkum má své výhody a nevýhody, proto jsem zvolila techniku obou výzkumů, abych lépe pronikla do dané problematiky. Kombinace obou metod je možná. Strauss Anselm uvádí, že tyto dva přístupy se mohou efektivně použít ve stejném výzkumném projektu. Kvantitativní údaje můžeme použít k částečnému ověření svých závěrů získaných kvalitativní analýzou a naopak (48).

Problematiku nádorového onemocnění a její důsledky člověk lépe pochopí, pokud se ocitne na onkologickém oddělení mezi pacienty. Jak uvádí Jan Hendl, práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu. Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců (13).

V delším časovém úseku jsem navštěvovala onkologické oddělení a hovořila s pacienty. Pacienti byli předem seznámeni, že části našich rozhovorů a vyplněné tabulky stresových faktorů budou použity k výzkumu pro diplomovou práci.

V kvalitativním výzkumu se vyjadřuji, ke každému rozhovoru zvlášť. Nebylo by jednoduché všechny rozhovory zaznamenat přesně tak, jak probíhaly (např. s diktafonem jak se u některých kvalitativních výzkumů radí) a navíc, by to nebylo vhodné ani přípustné. Proto jsem po odchodu z oddělení zaznamenávala věty, které mi nejvíce utkvěly v paměti, a které vystihovaly problém pacienta či jeho největší trápení. Naše témata rozhovorů byla po každé různorodá, ale především si pacienti chtěli povídat o své nemoci. Potřebovali někomu sdělit své pocity, otázky, které je trápily, cítila jsem, že potřebují někoho, kdo je z té tvrdé reality na chvíli „vytáhne“ či podpoří nebo poradí. Pravdou je, že jsem mnohdy odcházela z oddělení naprosto psychicky vyčerpaná, ale těch „světlych chviliek“ s pacienty bylo mnohem více a to mi dávalo sílu k dalším rozhovorům.

Domnívám se, že ženy těžko přijímaly svou ztrátu vlasů po chemoterapii. Jak Silver M. uvádí, vypadávání vlasů je známkou toho, že chemoterapie dělá to, co dělat má. Po rozhovorech s desítkami žen začal chápat, že pro mnoho z nich je nejméně milosrdným řezem, ztráta kadeří. Dále se zmiňuje o tom, že když vidíte holohlavou ženu, můžete se skoro vsadit, že je pacientkou na chemoterapii. Je to zkrátka dvojitý průšvih: žena nebude vypadat nijak skvěle a navíc každý bude vědět, že má rakovinu. Autor Marc Silver ve své knížce radí ženám i jejich manželům, že dobrá cesta je preventivní oholení hlavy. Místo, aby čekala žena na nevyhnutelné, bude ona sama rozhodovat o okamžiku, kdy zvolí image „G. I. Jane“ ze stejnojmenného filmu s Demi

Moorovou. Musí se ale rozhodnout rychle. Dále uvádí, že rakovina ženu připraví o moc nad jejím vlastním životem, přičemž preventivní oholení hlavy jí dá část té moci zpátky (44). Je to velmi zajímavá rada a proto jí uvádím v diskusi. Jiným řešením tohoto problému může být koupě paruky. Zjistila jsem, že pacientky na paruky dostávají slevu od pojišťovny. Některé ženy, se zmiňovaly o tom, že paruky svědí, že je nosit nechtějí. Většina žen nosila na hlavě šátky, háčkované čepičky, kšiltovky a jiné pokrývky hlavy. Muži naopak ztrátu vlasů tolik neřešili, nakonec hodnotili, že vypadají mladší a pokud některého pacienta ztráta vlasů trápila, tak jsem se ho snažila utvrdit v tom, že opravdu mladší vypadat bude, což jim velmi lichotilo. Jeden z pacientů (23 let), ztrátu vlasů nesl těžko, jelikož měl pocit, že si o něm myslí okolí, že je skinhead, sdělil mi, že prý Rómové se na něj zvláště dívají. Každý ztrátu vlasů prožívá jinak, stejně jako vyrovnání se s onemocněním.

Dalším „trápením“ pro pacienty byla chemoterapie a ozařování. Byla jsem na pokoji s pacientem, který zvracel skoro každé dvě minuty, bylo to úporné. Měl spálený jícen a obličej z ozařování a nemohl se ani najíst. Dostával nitrožilně výživu. Řekl mi, že by si se mnou rád popovídal, ale že ho to strašně bolí, když mluví. V tu chvíli se člověk cítí bezmocně. Chvíli jsme si povídali, ale ne dlouho, byl vyčerpaný. Léčba ozařováním je pro některé pacienty velmi náročná. Jedna z pacientek měla rakovinu kůže po celém těle, a tudíž ji ozařovali celé tělo. Její pokožka byla rudá, stěžovala si na svědění a pálení. V noci nemohla dobře spát a o vlasy přišla natrvalo. Ujistila jsem ji při poslední návštěvě, kdy její ozařování bylo u konce, že její pokožka, přestože je rudá vypadá mnohem lépe než na začátku, což jsme viděly obě.

Bolesti, nevolnost, průjem, zvracení, nechut' k jídlu, sucho v ústech, to vše doprovází léčbu chemoterapií. Pacienti mohou dostávat léky na tlumení těchto vedlejších příznaků. Musejí také dodržovat pitný režim a někteří z nich kontrolovat výdej moči. Jeden z pacientů se mi přiznal, že vypil během půl dne šest litrů vody a měl lehký kolaps. Zřejmě dostal neúplnou informaci o pitném režimu nebo si ji sám přeformuloval. Nic se nemá přehánět, jak se říká a je dobré se držet rad lékařů.

Na onkologickém oddělení si pacienti krátili čas různým způsobem. Většinou si četli, luštili křížovky, poslouchali rádio nebo se dívali na televizi. Nelíbil se mi systém, jakým

probíhala radioterapie. Pacienti museli čekat na pokoji a nikdy nevěděli, v kolik jejich ozařování bude probíhat. Čekali na jedno pár minutové ozáření kupříkladu do večera a měli strach si dojet i na nákup, či na procházku, aby náhodou ozařování nepromeškali. Jedna z pacientek mi sdělila, že nemůže jít k psychologu, jelikož neví, kdy půjde na ozáření, a přitom tato pacientka potřebovala psychologa ze všeho nejvíce. Proto jsem jí sdělila, že není problém, aby ji psychologka navštívila na pokoji. Pacienti nebyli vůbec informováni o tom, že na téže patře má poradnu psycholog. Někteří psychologickou pomoc opravdu potřebovali, třem pacientům jsem návštěvu v poradně paní Mgr. Klikové doporučila. Domnívám se, že by na oddělení měla být velká informační nástěnka, kde by tato možnost o pomoci byla umístěna. V jídelně nástěnka byla umístěna, ale malá, zastrčená, nikdo si jí ani moc nevěšoval a byly na ní staré informace. Pacienti se rádi procházejí po chodbě a myslím, že umístit nástěnku, aby byla přímo na očích, není špatným nápadem. Ačkoliv Mgr. Jana Kliková se účastnila všech vizit na onkologickém oddělení, pacienti, kteří psychologickou pomoc potřebovali, se ve svém rozhovoru či chování tolik neprojevovali, tudíž jim možná pomoc nemohla být nabídnuta. V jídelně byla možnost si zapůjčit literaturu. Jednalo se o romány, beletrii, časopisy. Hledala jsem knihy o rakovině, říkala jsem si, zda by tu byl nějaký zdroj, ale na nic jsem nenarazila. Napadlo mě, že knihy o nádorovém onemocnění zde nejsou z důvodu, že nemocnice nemá dostatek financí nebo kvůli tomu, aby pacienti přišli na jiné myšlenky. Na oddělení jsem pár knih nosila vždy u sebe a některým pacientům jsem knihy půjčovala, aby se dočetli, o čem potřebují. Domnívám se, že v knihovně by mohlo být určité množství knih přímo o rakovině. Určitě by to mnohým z nich pomohlo.

Na závěr v diskusi ke kvalitativnímu výzkumu bych se ráda zmínila o tom, co nebo kdo pacientům pomáhal nejvíce se s onemocněním vyrovnat. Podrobněji jsem výsledky zaznamenala v příloze 3. Pacienti dostali tabulku se škálovitým hodnocením od 1 do 3, přičemž číslo 3 odpovídalo tomu, co nebo kdo pacientům pomáhá ze všeho nejvíce (Příloha 1). Zajímavé je, že převážná většina pacientů, vyplnila tabulky s největším počtem faktorů ve sloupci 3. Nejvíce pacientům ve vyrovnání se s onemocněním, pomáhali jejich současní partneři. V příloze 5 uvádím studii Dunkel-Schettera pro představu sociální opory. Všichni pacienti kromě dvou, kteří ještě děti

neměli, uváděli své děti jako další obrovskou oporu a pomoc. Podstatně malou roli zde hráli příbuzní pacientů, kteří mnohdy o jejich onemocnění nevěděli nebo se jim pacienti nechtěli svěřovat. Naopak přátelé pacientů všem velmi pomáhali. Dále všichni pacienti uvedli velkou víru v sebe (opět ve 3. sloupci hodnocení), neboli „Boj s nemocí vyhraji!“, naději v uzdravení a také vůli dál žít. Koníčky, zájmy či práce zde zaujímala druhotné postavení, ale některým z nich pomáhala ve velké míře se odreagovat a zapomenout na starosti, které jim onemocnění přináší. A v neposlední řadě bych měla uvést pomoc zdravotnického personálu, jako výraznou oporu (Příloha 3).

Diskuse k oběma výzkumům, k hypotézám

Ve většině případů jsem s pacienty začínala rozhovorem. Je to podstatně jednodušší se seznámit, přiblížit se k člověku, strávit s ním nějaký čas než přijít s tabulkou stresových faktorů a žádat pacienty o vyplnění. Domnívám se, že by zde metoda použití dotazníku byla nevhodná a pro pacienty spíše zatěžující. Z toho důvodu jsem se také nejprve s pacienty seznamovala a na závěr nebo při našem rozhovoru pacienti vyplnili tabulky k výzkumu. Po několika rozhovorech jsem již dokázala odhadnout, jak bude v závěru tabulka vypadat ještě předtím, než ji pacient vyplnil. Domnívám se, že do tabulek se promítla psychická pohoda či nepohoda, vyrovnanost či nevyrovnanost s onemocněním, úzkosti, deprese. Pacienti, kteří byli úzkostliví, nešťastní nad svým osudem přiřazovali ke stresovým faktorům nejčastěji druhý a třetí stupeň zátěže. Převážili zde ženy a mladší ročníky pacientů. Z výsledků kvantitativního výzkumu a z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že ženy uvádějí větší počet stresových faktorů. **Výše uvedené potvrzuje hypotézu 1: U onkologicky nemocných žen se vyskytuje více stresových faktorů než u onkologicky nemocných mužů.** Zároveň škálovité ohodnocení pacientům pomohlo vyjádřit, do jaké míry je různý stresový faktor zatěžuje (strach z bolesti, návrat onemocnění atd.), do jaké míry nad nimi kupříkladu přemýšlí a trápí je. Při hodnocení tabulek pacienti přicházeli na různé další stresové faktory, které jsem uvedené ve výběru neměla a ve výsledcích je neuvádím. Kupříkladu velký strach z operace a z toho, jestli se po operaci pacient probudí nebo jaký bude jeho

vzhled po operaci, stresující pocit z impotence, budoucí sexuální potíže atd. Rozhovory a vyplňování tabulek pacientům pomohly o svém onemocnění se lépe vyjádřit a mně, především porozumět pacientům, jejich stresovým faktorům a nádorovému onemocnění vůbec. V době, kdy jsem navštěvovala onkologické oddělení, jsem hovořila s více pacienty, než uvádím ve výzkumu. Jak jsem již psala výše, na onkologickém oddělení jsou převážně starší pacienti (od 50 let a výše). **Z výsledků obou výzkumů vyplynula hypotéza, že se zvyšujícím se věkem onkologicky nemocných pacientů se počet stresových faktorů snižuje.** Staří lidé vyžadují pozornost, rádi si povídají a potřebují rozptýlení. Vzpomínají na mládí, a pokud zůstali již sami, potřebují oporu a někoho, kdo jim bude naslouchat. Seniorům nad 70 let jsem většinou tabulku stresových faktorů již nedávala, z jejich rozhovorů vyplynulo, že jsou smířeni, vyrovnaní nejen s onemocněním, ale i s dohledným koncem svého života.

Na začátku mé práce jsem si stanovila dvě hypotézy. Hypotézu 2 – U onkologicky nemocných pacientů s nižším vzděláním se snižuje počet stresových faktorů, nemohu potvrdit, jelikož vzorek vysokoškolsky vzdělaných pacientů je velmi malý. **Hypotéza 2 nemohla být potvrzena.** Pacienti byli v převážné většině vyučeni. Z mého pohledu bych řekla, že vzdělanější lidé si spíše hledají mnoho informací o nemoci a mají i více koníčků či zájmů, což jim velmi pomáhá se s onemocněním rychleji vyrovnat.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat stresové faktory u onkologicky nemocných pacientů hospitalizovaných na oddělení onkologie. Domnívám se, že cíl výzkumu byl splněn. Hypotéza 1 byla potvrzena a Hypotéza 2 nemohla být potvrzena. Z výsledků vyplynula Hypotéza 3 (viz výše v diskusi).

Problematika nádorového onemocnění je velice rozsáhlá. Pacienti na onkologickém oddělení mají nelehký úkol. Zvládnout, překonat léčbu a smířit se s diagnózou nádorového onemocnění. Diplomová práce má název Stresové faktory působící na pacienty na onkologickém oddělení. Po pravdě řečeno, stresových faktorů, které na pacienty působí je celá řada. Stresovým faktorem jsem označila pojem či oblast, která pacienty trápí, zatěžuje a má negativní dopad na jejich psychiku. V době mých návštěv onkologického oddělení byla celá řada pacientů, kteří úspěšně svoji nemoc zvládali. Někteří pacienti se velmi trápili, byli v depresích a potřebovali pomoc psychologa. V těchto případech jsem pacientům pomoc psychologa doporučila a někteří z nich jej i navštívili. Domnívám se, že jediný psycholog na oddělení onkologie opravdu nestačí. Psycholog pracuje s ambulantními klienty a na oddělení onkologie jsou další dvě poschodí, kde je přibližně 60 pacientů. Práci psychologa by mohli alespoň z části zastat dobrovolníci (viz níže).

Pacienti se zdravotnickým personálem byli velmi spokojeni, ale často jim chyběla možnost si déle s někým povídat. Myslím si, že tato diplomová práce přispěje k zamyšlení studentů Zdravotně sociální fakulty a mým přáním je, aby studenti využili možnosti dobrovolnického programu a znovu navštěvovali onkologické oddělení. Mohou tak předat pacientům cenné rady a především je psychicky podpořit. A nejen to. Studenti by tak měli možnost se podílet na spolupráci s psychologem a předávat informace o pacientech, u kterých se domnívají, že je psychologická pomoc nutná. Dále by se mohla na oddělení umístit velká informační nástěnka, kde by pacienti, studenti i zdravotnický personál dávali různé letáky, dotazy a odpovědi v souvislosti s nádorovým

onemocněním, tipy, kde si pořídit paruku a také informaci o tom, že na oddělení je psychologická poradna, kterou mohou pacienti navštívit.

Domnívám se, že by bylo vhodné přidat do knihovny na oddělení onkologie alespoň pár knih o onkologickém onemocnění. Knihy, kde pacienti najdou různé psychologické rady, doporučení jak se s onemocněním vyrovnat nebo různé deníky napsané pacienty, kteří také onemocněli nádorovým onemocněním (např. od Heleny Růžičkové). Myslím si, že náklady na koupi knih, by nebyly tak vysoké a v případě že ano, nabízí se zde možnost knihy zkopírovat. Doufám, že zjištěné nedostatky povedou k zamyšlení všech a uvedené podněty pro jejich zlepšení budou využity.

Diplomová práce může posloužit také zdravotnickému personálu a přispět tak ke zlepšení odborné práce s onkologickými pacienty.

7. Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÝ, J. – KÜMPEL, Q. – VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 317 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BEK, V. *Onkolog vzpomíná: Česká onkologie 1945 - 2003*. Praha: Galén, 2005. 308 s. ISBN 80-7262-286-2.
3. COATES, N. – JOLLYMAN, N. *Jde o život*. 2. vydání. Praha: Erika, 1994. 291 s. ISBN 80-85612-55-0.
4. ČELKO, A. M. *Epidemiologie v onkologii*. 1.vydání. Praha: Triton, 1999. 63 s. ISBN 80-7254-040-8.
5. ČTK. *Idnes.cz*. [online]. 7.2.2007 [cit. 2007-02-20]. Dostupné z: http://zdravi.idnes.cz/pacientu-s-rakovinou-v-evrope-neustale-pribyva-f5d-/zdravi.asp?c=A070207_074935_zdravi_rez.
6. DANZER, G. *Psychosomatika: celostní pohled na zdraví těla i duše*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-456-7.
7. DIENSTBIER, Z. *Rakovina (co o ní víme a jak s ní žít)*. Praha: Victoria Publishing, 1994. 64 s. ISBN 80-85605-91-0.
8. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6.
9. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1.vydání. Praha: Avicenum, 1986. 208 s. ISBN 08-022-86.

10. FAYED, L. *About: cancer* [online]. [cit. 2007-03-20]. Dostupné z:
<http://cancer.about.com/od/causes/a/geneticcancer.htm>.
11. FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1994. 205 s. ISBN 80-85605-67-8.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991. 319 s.
13. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. *Hospice.cz* [online]. [cit. 2007-03-16]. Dostupné z:
<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2#17>.
15. HRUBÁ, M. – FORETOVÁ, L. – VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X .
16. CHOVANCOVÁ, Z. – VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor a co dál*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-668-4.
17. JURGA, L. a kolektiv, *Klinická onkológia a rádioterapia*. 1. vydání. Bratislava: SAP-Slovak Academic Press, 2000. 1030 s. ISBN 80-88908-71-X.
18. KALÁBOVÁ, R. – ROMANÁKOVÁ, M. Postavení psychoterapie v léčbě gynekoonkologických pacientek In *IX. Jihočeské onkologické dny*. 1. vydání. Český Krumlov: 2002. 49 s. ISBN 80-239-1325-5.

19. KALVODOVÁ, L. Bojový duch jako psychologický fenomén onkologických pacientů. *Onkologická péče*, 2006, roč. X, č. 1, s. 21.
20. KALVODOVÁ, L. Psychologické aspekty nádorových onemocnění. *Příloha postgraduální medicíny*, 2003, roč. 5, č. 6, s. 58.
21. KLENER, P. *Protinádorová chemoterapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1996. 614 s. ISBN 80-85824-36-1.
22. KOLEKTIV AUTORŮ, *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*. 1. vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002. 94 s. ISBN 80-238-9513-3.
23. KOLEKTIV AUTORŮ, *Onkologická rizika*. 1. vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 96 s. ISBN 80-238-7620-1.
24. KONOPÁSEK, B. – PETRUŽELKA, L. *Karcinom prsu*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 125 s. ISBN 80-85824-66-3.
25. KOREC, J. *Prameny zdraví*. [online]. 22.6.2006 [cit. 2007-02-25]. Dostupné z: <http://rakovina.pramenyzdravi.cz/1278/Rocne-onemocni-v-Cesku-rakovinou-plic-temer-6000-osob.php>.
26. KOUTECKÝ, J – KONOPÁSEK, B. *Nevhodné slovo rakovina*. 1. vydání. Praha: Makropolus, 1999. 143 s. ISBN 80-86003-29-9.
27. KRTIČKOVÁ, K. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. *Onkologická péče*, 2004, roč. 8, č. 4, s. 16-19.

28. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologické aspekty terminální fáze onkologicky nemocných. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 3, s. 34-35.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1989. 108 s.
31. KÜBLER- ROSSOVÁ, E. *Život a umírání*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1991. 22 s.
32. KUNERTOVÁ, O. *Psychoterapie pro onkologicky nemocné* [online]. [cit. 2007-03-16]. Dostupné z: <http://www.gaudia.org/spolecne/teorie/clanky/psychoterapie-pro-onkologicky-nemocne/>.
33. *Masarykův onkologický ústav* [online]. [cit. 2007-02-15]. Dostupné z: http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=901|903|916|904|1107|1108&selIdDoc=614.
34. MEDICLUB. *Zpráva o karcinogenech* [online]. 2.2.2006 [cit. 2007-03-16]. Dostupné z: <http://www.mediclub.cz/club/6577/more?id=13240&uid=353f0577adfa9c2bc55ba6c33c068add>.
35. *National Cancer Institute* [online]. 31.10.2005 [cit. 2007-03-15]. Dostupné z: <http://www.cancer.gov/cancertopics/tobacco/statisticssnapshot>.

36. NEZU, A. M. at al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, 1. vydání, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004, 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
37. PAUL, J. *Britské listy* [online]. 5.4.2005 [cit. 2007-04-09]. Dostupné z: <http://www.blisty.cz/art/22735.html>.
38. PIRNOSOVÁ, B. Rakovina – mýty a fakta, stigma a strach. *Českobudějovické listy*. 22. 3. 2000. s. 3.
39. *Portál* [online]. Praha: Portál [cit. 2007-02-25]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/modules/fulltext/fulltxt.php?searchtext=psychologick%E9+poradenstv%ED&publid=4&datefrom=&dateto=&Action=Hledat>.
40. RON FALCONE, *Ucelený přehled alternativních způsobů léčby rakoviny: co potřebujete znát, chcete-li rozhodnout o vlastní léčbě*. 1. vydání, Ostrava: Oldag, 1997, 288 s. ISBN 80-85954-23-0.
41. RŮŽIČKOVÁ, H. *Deník mezi životem a smrtí II., Pokus o návrat*. 1. vydání, Praha, 2003, 174 s. ISBN 80-86718-06-9.
42. RYDVAL, V. *Chcete se ubránit rakovině?*. Praha: Gill, 1996. 43 s. ISBN 80-900133-6-8.
43. Sběrka zákonů, zákon č.20/1966 Sb., Zákon o péči a zdraví lidu, par 23,odst. 1.
44. SILVER, M. *Moje žena má rakovinu prsu: Jak společně zvládnout těžké období diagnózy a léčby a být partnerce oporou při návratu do života*. 1. vydání. Praha: Reader's Digest Výběr, 2006. 320 s. ISBN 80-86880-19-2.

45. SPURNÁ, Z. Alternativní medicína pohledem psychologa. *Onkologická péče*, 2006, roč. X, č. 4, s. 13.
46. SPURNÁ, O. Sestra a pacient po sdělení onkologické diagnózy. *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 7-8, s. 64.
47. STARNOVSKÁ, T. at al. *Výživa při nádorovém onemocnění: praktická příručka pro acienty*. Praha: 2006.
48. STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Brno: Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
49. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
50. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice.cz: Pařížská charta proti rakovině* [online]. 11.10.2001 [cit. 2007-03-08]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=94>.
51. ŠEFR, R. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 10.10.2006 [cit. 2007-04-09]. Dostupné z: http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=984&selIdDoc=191.
52. TRÁVNÍČKOVÁ – KITTLEROVÁ, O. – HRADIL, V. – VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vydání. Praha: Triton, 2004. 96 s. ISBN 80-7254-485-3.
53. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.

54. TVRDÁ, G. Psychoterapeutické přístupy k onkologickému pacientovi. *Sestra*, 2006, roč. 5., č. 7-8, s.48.
55. VODVÁŘKA, P. *Křížová cesta nemocného rakovinou*. 1. vydání. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2004. 112 s. ISBN 80-7266-168-X.
56. VONKA, V. *Klub žen s nádorovým onemocněním prsu* [online]. 19.6.2006 [cit. 2007-04-05]. Dostupné z:
http://www.klubzap.cz/cz/clanky/priciny_vzniku_nadorovych_onemocneni/r32.
57. VORLÍČEK, J. et.al. *Praktická onkologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 344 s. ISBN 80-7169-974-8.
58. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
59. WALTER, W. *Umění žít s rakovinou*. 1. vydání. Plzeň: Mustang, 1996. 147 s. ISBN 80-7191-090-2.
60. *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. [cit. 2007-02-25]. Dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1dor>.
61. WILDOVÁ, O. *Medicina.cz*. [online]. 13.2.2001 [cit. 2007-02-18]. Dostupné z:
http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2221&s_rub=202&s_sv=1&s_ts=39125,6758564815.
62. ŽALOUĐÍK, J. Práva pacientů, eutanázie a dva nové belgické zákony In *Edukační sborník: XXVII. Brněnské onkologické dny a XVII. Konference pro sestry a laboranty* Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003. 236 s. ISBN 80-239-0175-3.

8. Klíčová slova

Stresové faktory

Onkologicky nemocný pacient

Onkologické oddělení

Nádorové onemocnění

9. Přílohy

Příloha 1: Polořízený rozhovor

tabulka stresových faktorů

tabulka faktorů, které pomáhají pacientům se s onemocněním vyrovnat

Příloha 2: Vyhodnocené tabulky:

tabulka negativních stresových faktorů – pohlaví: muži

tabulka negativních stresových faktorů – pohlaví: ženy

Příloha 3: Vyhodnocené tabulky:

tabulka faktorů, kt. pomáhají pacientům se s on. vyrovnat – pohlaví: muži

tabulka faktorů, kt. pomáhají pacientům se s on. vyrovnat – pohlaví: ženy

Příloha 4: Psychické problémy, zátěž sociálního okolí a to, co od něj pacienti

s rakovinou očekávají (53)

Příloha 5: Sociální opora poskytovaná prostřednictvím vztahových osob, na základě

studie Dunkel-Schettera (1984) a jejího srovnání s aktuální studií (53)

Příloha 1

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání + informovanost o onemocnění
4. Profese
5. Víra
6. Stav
7. Rodina, vztahy v rodině
8. Životní styl, koníčky
9. Nastala v těchto předchozích bodech nějaká změna po sdělení diagnózy? K horšímu, lepšímu a v čem...
10. Jak dlouho trvá Vaše léčba?
11. Jak se nyní cítíte?
12. Z čeho jste měla největší strach po sdělení diagnózy?
13. Ohodnoťte škálu - sloupec 3 - nejvíce stresující, nepříjemné, působící největší bolest či strach

	1	2	3
Strach z léčby			
Strach z bolesti			
Budoucí společenské uplatnění			
Ztráta a oslabení pracovních jistot			
Obava ze splnění mých cílů a plánů			
Výchova mých dětí			
Partnerský vztah			
Strach z návratu mezi zdravé lidi			
Strach z opakovaných návratů do nemocnice			
Vliv informací z okolí			
Nechuť spolupracovat s ošetř. personálem			
Prostředí nemocnice			
Otázka života a smrti			
Ostatní pacienti			

Nedostatečná informovanost o onemocnění			
Dlouhodobý pobyt na lůžku			
Opuštěnost			
Chování personálu			
Návrat onemocnění (recidivy)			

Ohodnoťte prosím tuto škálu: Co vám pomáhá ve vyrovnání se s onemocněním?
 č.3 – pomáhá nejvíce, nejvíce pozitivní

	1	2	3
Partner			
Děti			
Příbuzní			
Přátelé			
Víra v sebe („Boj s nemocí vyhraji.“)			
Víra (v Boha..)			
Koníčky, zájmy			
Práce			
Kultura			
Naděje v uzdravení			
Nalézání jiných životních hodnot			
Radost z maličkostí			
Aktivita v přetváření vlastní osobnosti			
Dobrá informovanost o onemocnění			
Lékař, ošetř. personál			
Kontakt, rozhovory s onkologic. pacienty			
Skupinové terapie			
Individuální terapie (psycholog)			
Vůle dál žít			
Relaxace, relax. techniky			
Nalezení nového smyslu života			

Vysvětlivky:

Vz: Dosažené vzdělání

SoU – Střední odborné učiliště

SŠ – Střední škola

VŠ – Vysoká škola

D/PN: současný stav – důchod nebo pracovní neschopnost

A: Strach z léčby

B: Strach z bolesti

C: Budoucí společenské uplatnění

D: Ztráta a oslabení pracovních jistot

E: Obava ze splnění mých cílů a plánů

F: Výchova mých dětí

G: Partnerský vztah

H: Strach z návratu mezi zdravé lidi

I: Strach z opakovaných návratů do nemocnice

J: Vliv informací z okolí

K: Nechuť spolupracovat s ošetř. personálem

L: Prostředí nemocnice

M: Otázka života a smrti

N: Ostatní pacienti

O: Nedostatečná informovanost o onemocnění

P: Dlouhodobý pobyt na lůžku

Q: Opuštěnost

R: Chování personálu

S: Návrat onemocnění (recidivy)

Vysvětlivky:

Vz: Dosažené vzdělání

SoU – Střední odborné učiliště

SŠ – Střední škola

VŠ – Vysoká škola

D/PN: současný stav – důchod nebo pracovní neschopnost

A: Partner

B: Děti

C: Příbuzní

D: Přátelé

E: Víra v sebe („Boj s nemocí vyhraji.“)

F: Víra (v Boha..)

G: Koníčky, zájmy

H: Práce

I: Kultura

J: Naděje v uzdravení

K: Nalézání jiných životních hodnot

L: Radost z maličkostí

M: Aktivita v přetváření vlastní osobnosti

N: Dobrá informovanost o onemocnění

O: Lékař, ošetř. personál

P: Kontakt, rozhovory s onkologic. pacienty

Q: Skupinové terapie

R: Individuální terapie (psycholog)

S: Vůle dál žít

T: Relaxace, relax. techniky

U: Nalezení nového smyslu života

Příloha 4

Tab. 3.4

Psychické problémy, zátěž sociálního okolí a to, co od něj pacienti s rakovinou očekávají (Krischke et al., 1999)

Partnerství	Děti	Přátelé, známí, kolegové
<ul style="list-style-type: none"> ■ Liebermann, 1982 ■ Peters-Golden, 1982 ■ Buddeberg et al., 1986 ■ Murcia a Steward, 1990 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beutel, 1988 ■ Murcia a Steward, 1990 ■ Schaft, 1984 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tausch, 1981
Problémy partnerů	Problémy dětí	Problémy přátel, známých a kolegů
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zoufalství, deprese, pocity viny, potíže s akceptováním nádorového onemocnění ■ Změna rolí je prožívána jako zatěžující. ■ Narušení komunikace a sexuálního života ■ Redukce společenských aktivit a sociálních kontaktů 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Následky rakoviny jsou prožívány jako obtěžující a špatně pochopitelné. ■ Nepochopení snížené dostupnosti a pozornosti rodičů ■ Poruchy chování, problémy ve škole ■ Přetížení v důsledku úkolů navíc a zesíleného pocitu zodpovědnosti ■ Stažení se ze skupiny vrstevníků a zvýšená agresivita 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Strach a stažení se ■ Strach projevit náklonnost ■ Strach z konfrontace s nádorovým onemocněním ■ Uzavřenost, neznalost
Očekávání od partnera	Positivní zacházení s dětmi	Očekávání od přátel, známých a kolegů
<ul style="list-style-type: none"> ■ Porozumění, útěcha, postavení se krizové situaci, přijetí partnera s nádorovým onemocněním, bezpečí, jistota ■ Manželská spokojenost ■ Nezměnná láska, kontakt ■ Návštěvy, pozornost, chápavost ■ Plány do budoucna, odvaha ke změnám 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Odbourání strachu prostřednictvím činnosti a informací ■ Zamezení iracionálním pocitem viny ■ Využití příležitostí a nechat děti klást otázky ■ Pokud mohou děti pomáhat přiměřeně svému věku, jsou na to pyšné a posiluje to jejich sebevědomí. ■ Důvěra, porozumění, otevřenost ■ Předpokládat určitou míru zatížitelnosti 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Náklonnost projevovaná návštěvami, květinami, namluvenými kazetami, telefonáty, dopisy ■ Společné učení se, jak zacházet s nádorovým onemocněním, příprava na život po léčbě ■ Rozhovory, ochota pomoci
Strach související s rakovinou a týkající se partnera	Strach pacientů s rakovinou týkající se dětí	Strach týkající se přátel, známých a kolegů
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ztráta důvěry, nemilovanost, emocionální stažení se, distanc, ztráta porozumění, osamělost 	<ul style="list-style-type: none"> ■ U dětí samých strach z toho, že by samy mohly nádorové onemocnění způsobit. ■ Přetěžování, stažení se do sebe, ztráta porozumění 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stažení se, redukce sociálních kontaktů, strach z opuštěnosti, neporozumění, bagatelizace onemocnění

Příloha 5

Tab. 3.5 Sociální opora poskytovaná prostřednictvím vztahových osob, na základě studie Dunkel-Schettera (1984) a jejího srovnání s aktuální studií

Rozdělení sociální opory (Dunkel-Schetter, 1984)		Osoby, které vám doposud významně nebo velmi významně pomohly při zvládnání nádorového onemocnění		Který člověk je pro vás vzhledem k nádorovému onemocnění nejdůležitější?	
manželský partner, děti, sourozenci	34,0%	manželský partner	77,8%	přítel, přítelkyně	96,1%
lékaři, zdravotní sestry	30,0%	děti	64,4%	dítě	86,4%
přátelé	16,0%	přítel, přítelkyně	61,7%	partner, partnerka	52,4%
jiní pacienti s rakovinou	9,0%	přátelé, známí	60,2%	matka	9,7%
nadřízený, kolegové	6,0%	ošetřující personál	47,7%	otec	5,8%
ostatní	5,0%	příbuzní	47,1%		
		kolegové v zaměstnání	22,2%		
		rodiče	34,3%		
		psychoterapeut	13,5%		

V aktuální studii bylo možné uvést několik odpovědí, takže procentuální údaje nelze bezprostředně porovnávat. (Krischke et al., 1999)