

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Martina Jetelinová

**Změny v prožívání a chování během nemoci
u onkologických pacientů**

Bakalářská práce

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

Olomouc 2013

ANOTACE

Název práce:

Změny v prožívání a chování během nemoci u onkologických pacientů

Název práce v AJ:

Changes in Living and Behaviour at Oncological Patients during Their Illness

Datum zadání:

2012-11-23

Datum odevzdání:

2013-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Jetelinová Martina

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zformována na základě informací získaných z dosud publikovaných odborných periodik, které se zabývají tématem změn v prožívání a chování během nemoci u onkologických pacientů. Zaměřuje se na tři konkrétní oblasti odpovídající stanoveným cílům. Obsah celé práce tvoří dohledané údaje týkající se problematiky psychiky onkologického pacienta. Nedílnou součástí tvoří oblast, která se zaměřuje na sociální oporu a psychoterapii u pacientů s onkologickým onemocněním.

Abstrakt v AJ:

My bachelor dissertation has been created based on information obtained from specialized magazines, which have been issued up to now and which deal with the topic regarding to changes in the life and behaviour of oncologic patients during their illness. This dissertation is aimed at three particular fields complying with the determined targets. The contents of the whole dissertation consist of found data dealing with the psyche of an oncologic patient. The inseparable part is represented by the field aimed at the social support and psychotherapy at patients suffering from an oncologic illness.

Klíčová slova v ČJ:

autoplastický obraz, coping, fáze nemoci, nemoc a změny chování, onkologie, psychoonkologie, psychoterapie, sociální opora.

Klíčová slova v AJ:

autoplastic image, coping, illness phase, illness and behaviour changes, oncology, psychooncology, psychotherapy, social support.

Rozsah: 40 s., 0 příl.

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

Olomouc 2013

.....

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad, které přispěly ke zhotovení konečné verze mé práce. Bakalářská práce je dedikována projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci FZV_2012_002 "Edukace onkologicky nemocných v pregraduální přípravě všeobecných sester FZV UP v Olomouci“.

OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	7
1 Nádorové onemocnění, příčiny a jeho léčba.....	10
2 Psychoonkologie.....	12
2.1 Prožívání onkologické nemoci.....	13
2.2 Osobnostní charakteristiky onkologicky nemocných.....	20
2.3 Reakce na sdělení pravdy	21
2.4 Psychické následky nemoci	24
2.5 Psychoterapie v onkologii.....	25
3 Sociální opora jako podpůrný faktor léčby.....	27
ZÁVĚR.....	32
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ	34

ÚVOD

Přehledová bakalářská práce je zaměřena na problematiku prožívání onkologické nemoci a jejího vlivu na chování jedince a jeho okolí.

Zkoumaný problém byl specifikován v podobě otázky: „Jaké byly dosud publikovány poznatky o prožívání onkologické nemoci, jejího vlivu na jedince i celou společnost?“
Můžeme říct, že onkologické onemocnění je nejen velkou fyzickou zátěží, ale také zátěží psychickou. Jedná se o diagnózu, je psychicky zničující a vyvolává mnoho negativních pocitů.

Za účelem tvorby přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Předložit poznatky o psychoonkologických souvislostech.

Cíl 2: Předložit poznatky o nejnovějších trendech v péči onkologicky nemocných.

Cíl 3: Předložit poznatky o vlivu sociální opory pacienta s onkologickou nemocí.

V úvodu byla prostudována vstupní literatura:

1. ANGENENDT, Gabriele, SCHUTZE-REILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker.
Psychoonkologie v praxi. Praha: Portál, 2010. 328s. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-551-2.
4. MAREŠ, Jiří. VACHKOVÁ, Eva a kol. *Pacientovo pojetí III*. Brno: MSD, 2011. 122s. ISBN 978-80-7392-191-0.
5. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostravská univerzita, 2011. 108s. ISBN 978-80-7368-951-1.
6. MOORE, Thomas. *Kniha o duši: pohled hlubinné psychologie a spirituálních tradic na problémy všedního života*. Praha: Portál, 1997. 304s. ISBN 80-7178-126-6.

7. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 216s. ISBN 80-7178-826-0.

Po prostudování výše uvedené literatury a stanovení cílů byla dohledána odborná periodika.

Rešeršní strategie byla uskutečněna pomocí:

- databází:
 - a) Bibliographia Medica Čechoslovana (<http://www.medvik.cz/bmc/>, BMČ) s použitím portálu MEDVIK (<http://www.medvik.cz/medvik/>).
 - b) Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP, (<http://www.cls.cz/casopisy-clsjep>).
- vyhledávačů: Google, Google Scholar
- prohledáním konkrétních periodik na internetu:
 - a) Profese on - line – recenzovaný časopis pro zdravotnické obory, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (<http://profeseonline.upol.cz/>).
 - b) E - psychologie – elektronický odborný časopis pro zájemce o psychologii, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydáván Českomoravskou psychologickou společností (<http://e-psycholog.eu/>).
 - c) Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích et al. (<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>)
 - d) Československá psychologie – časopis pro psychologickou teorii a praxi, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydává redakce v Praze (<http://cspsyh.psu.cas.cz/redakce.html>).

Rešeršní strategie probíhala následovně:

Nejprve byla stanovena kritéria pro výběr odborných recenzovaných plnotextů ke zpracování přehledové bakalářské práce. Jednalo se o dohledání odborných článků vydaných v českém, slovenském, anglickém a německém jazyce od roku 2002 do roku 2013.

Následně byla použita klíčová slova, která sloužila k vyhledávání ve výše uvedených databázích, vyhledávačích a elektronických periodikách.

Základní klíčová slova tvoří: autoplastický obraz, coping, nemoc a změny chování, onkologie, psychoonkologie, psychoterapie, sociální opora.

Celkem bylo nalezeno a prostudováno 85 článků. Pro zpracování bakalářské práce bylo po utřídění odborných článků použito 51 článků. 40 článků je v českém jazyce, 3 články jsou ve slovenském jazyce, 6 článků je v jazyce anglickém a 2 články jsou v jazyce německém. Zbylé články nebyly použity z důvodů nepoužitelnosti informací vzhledem ke zvoleným cílům, nebo se informace dotýkaly tématu jen okrajově.

Byla rovněž provedena rešerše v odborné knihovně Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Převážná většina výsledků se však shodovala s již nalezenými odkazy v internetových databázích a vyhledávačích.

1 Nádorové onemocnění, příčiny a jeho léčba

Šolcová a Kebza uvádějí: „Jediným možným přístupem k pochopení zdraví a nemoci je komplexní zkoumání vzájemného propojení systémů a procesů, které se podílejí na fungování člověka jako celku, včetně kontextů, které spoluvytvářejí jeho život v tomto světě“ (Šolcová, Kebza, 1999, s. 1). Je důležité chápat jedince jako neustálou interakci činností somatických struktur, psychických pochodů a ovlivňování vnějším prostředím (Kantorová, Pokorová, 2010, s. 8). Ke zdraví se přisuzují kladné pocity: jistota, bezpečí, pohoda, spokojenost a touha po aktivitě. Při onemocnění nastávají v těchto fenoménech změny, pozorujeme jejich výrazný pokles. Bolest, která je velmi častým symptomem nemoci, přidružuje strach z nemoci, její komplikace, nutnou léčbu, nově vznikající a provázející těžkosti a v nejhorším strach ze smrti. Začíná se měnit žebříček hodnot a zdraví se přesouvá na první místo. Někdy člověka trápí pocit viny, popřípadě výčitky, pokud se sám podílel na ohrožení této hodnoty. Je těžké předvídat, jak bude onkologickou nemoc klient prožívat, co bude mít vliv na jeho rozhodování nebo jak novou chorobu přijme, či se ji bude snažit odmítat. Je nutné si uvědomit, že každá nemoc mění běžný způsob života jedince, nutí přizpůsobit se nové situaci a klade vyšší nároky na adaptační mechanismy (Gulášová, 2005, s. 239).

Obecný název rakovina zahrnuje přes 200 různých onemocnění. Medicína používá různá pojmenování pro tuto nemoc, hovoří o nádorech, novotvarech, tumorech, o onkologické nemoci. Jde o patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymyká kontrole organismu a roste na něm nezávisle. Nádorové bujení může postihnout kteroukoliv tkáň (orgán) člověka a je děleno do skupin benigních (nezhoubných) a maligních (zhoubných) nádorů. Benigní nádory zůstávají obvykle na stálém místě, kdežto maligní často metastazují do okolí a dalších orgánů. Společným znakem pro maligní nádory je nekontrolovatelný, autonomní a neúčelný růst, při kterém se množení nádorových buněk vymklo všem regulačním vlivům zdravého organismu a řídí se vlastními mechanismy (Bělešová, 2007, s. 231-234). Nádorové onemocnění je souhrnně, ale nepřesně, nazýváno jako rakovina (Bělešová, 2007, s. 352). Pojem rakovina byl znám již v dávnověku. Objevovala se tvrzení, že rakovina je tvořena „černou žlučí“ nebo „melancholií“ (Zemanová, 2008, s. 249). Hippokrates se touto nemocí také zabýval a své poznatky předával svým žákům, Galenos jí dal název tumor (Křivohlavý, 2002, s. 122). Rovněž Švarcová (2008, s. 6) vidí onkologickou nemoc

jako patologický stav těla nebo mysli, projevující se změnou funkcí a morfologickým poškozením. Naopak Matějek popisuje onkologickou nemoc jako vpád do života jedince, který modifikuje jeho budoucnost a vyhlídky. Člověk získává nové zkušenosti, které nemoc přináší. Přichází do zdravotního zařízení, protože očekává, že mu pomůžeme opět naplnit smysl jeho života (Matějek, 2011, s. 51). Podle Kantorové a Pokorové onkologické onemocnění vyvolává v pacientovi zpravidla stále ještě strach a obavy. Před několika stoletími byla tato nemoc chápána jako jasný rozsudek smrti, dnes je řazena mezi chronická onemocnění a zvyšuje se počet jedinců, pro které se rakovina stává dokonce vyléčitelnou (Kantorová, Pokorová, 2010, s. 9). Také Raudenská společně s Javůrkovou si představují nemoc a následnou hospitalizaci jako určitou zátěž pro jedince, která je doprovázena životními změnami. Upozorňují, že každá nemoc narušuje vztahy s lidmi, mezi nimiž klient žije, a málokterá z nich zasahuje do těchto vztahů tak výrazným a specifickým způsobem jako právě onkologické onemocnění (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 12). Stejně tak Ježorská, Tomanová a Schwetzová podotýkají, že toto vážné onemocnění probíhá dlouhodobě, často i celoživotně a ovlivňuje další životní cestu jedince. Člověk, který onemocněl zhoubným či nezhoubným nádorem musí přehodnotit životní cíle, musí se adaptovat na nově vzniklou skutečnost (Ježorská, Tomanová, Schwetzová, 2011, s. 1-2).

Snahu o nalezení příčin vzniku nádorového bujení nacházíme v několika teoriích. Například Raudenská (2011, s. 244) uvádí dnes nejčastěji zveřejňované negativní faktory, které mohou mít za následek růst nádorových buněk, např. viry, fyzikální a chemické vlivy a také vlivy dědičné. Oproti tomu Křivohlavý píše o tak zvaném multideterminovaném jevu. Nachází příčinu vzniku nádorové buňky a její růst v negativních zvyklostech a návycích, např. v kouření, požívání lihovin a nesprávném stravování (Křivohlavý, 2002, s. 122). Také Tschuschke se přiklání k jiné teorii. Hovoří spíše o různých psychogenních vlivech pro vznik tohoto onemocnění (Tschuschke, 2004, s. 12).

Léčba onkologické nemoci se zásadně liší od ostatních léčebných postupů. Pacient je vystaven větší zátěži. Léčba nádorů je zaměřena proti jeho vlastním buňkám, které se bohužel transformovaly v nádorové buňky. Proto při likvidaci těchto patologických útvarů dochází často i k ničení či poškození zdravých lidských buněk a tkání. Vlivem agresivní léčby dochází k mnoha vedlejším účinkům, a tím i ke zhoršení kvality života (Adam, Vorlíček, Tomáška, 2005, s. 5). Podle Raudenské v současnosti ke klasickým

léčebným metodám nádorového onemocnění, za které je považována chirurgická léčba, radioterapie, chemoterapie a radiochemoterapie, se prosazuje hormonální léčba, imunoterapie a fotodynamická terapie. Proto si autorka dovolí tvrdit, že léčba v onkologii by měla být multidisciplinárně zaměřena (Raudenská, 2011, s. 246). Vorlíček, Hájek a Adam (2005, s. neuvedena) vidí budoucnost onkologické léčby vložím naděje do genové terapie.

Závěrem je tedy možno konstatovat, že byly předloženy poznatky o psychoonkologických souvislostech a cíl č. 1 byl splněn.

2 Psychoonkologie

Problematiku psychoonkologie většina naší společnosti vnímá jako velmi citlivé téma. Téma, které je s postupem vyvíjejícího se času stále aktuálnější. Pojmy psychoonkologie, psychoneuroimunologie a kvalita života se v medicíně etablovaly skoro současně ve druhé polovině 70. let a jejich prvky se prolínají. Ze starší literatury zaznamenáváme názor, že psychoonkologie je interdisciplinární obor medicíny, zabývající se psychosomatickými, somatopsychickými a psychosociálními aspekty onkologické nemoci (Kappauf, Dietz, 1996, p. 1-32). Jiný názor předkládá Tschuschke (2004, s. 11), ten pohlíží na psychoonkologii jako na stále nepřesně vyhraněný obor, který se přednostně zabývá komplexními vztahy mezi neuroimunologickými, neuroendokrinnologickými a psychosociálními faktory v rámci vývoje jakéhokoliv nádoru. Opět jiný pohled na psychoonkologii má Raudenská (2011, s. 245), která se přiklání k potřebě sledovat vztahy mezi nemocemi a pozorovat jejich dopad na celý život jednotlivců i blízkého okolí, tedy podle biopsychosociálního modelu. Další zajímavý názor předkládá Vymětalík. Podle něho je psychoonkologie interdisciplinární obor, který se navzájem proplétá s psychologií, psychoterapií a onkologií. Současně poukazuje na další vědní disciplíny, z kterých je nutno čerpat, a to: z biologické psychoonkologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie, atd. (Vymětalík in Tschuschke, 2004, s. 11). Stejně tak Kohoutek (2009, s. neuvedena) píše o psychoonkologii jako o interdisciplinárním oboru, který se zabývá psychologickými a sociálními aspekty prevence, vzniku a zvládání onkologického onemocnění. Teprve nedávno se odborná komunita zabývající se zdravím a duševním zdravím specifikovala

na psychosociální potřeby onkologických pacientů. Narůstající informovanost o závažných problémech, které onkologičtí pacienti a jejich rodiny prožívají, jak prožité chvíle mohou ovlivňovat jejich zdraví, kvalitu života nebo výsledný zdravotní stav pacienta, dala podnět k vytvoření oboru psychologická onkologie neboli psychoonkologie (Tschuschke, 2004, s. 185).

Kořán rozdělil úkoly psychoonkologie:

- k nemocnému přistupujeme jako k celku (bio-psycho-sociální jednotu),
- psychologická a sociální pomoc může ovlivnit průběh nemoci,
- optimalizovat působení tak, abychom dosáhli pozitivních účinků v průběhu nemoci,
- onkologickou péči pravidelně provádět a používat jako rutinní péči (Kořán, 2009, s. 25).

Cílem psychoonkologie podle Weise (2012, pp. 10-12) je zkoumání možného dopadu onkologického onemocnění na samotnou osobu a jeho rodinu, orientuje se na péči a podporu pacienta.

2.1 Prožívání onkologické nemoci

V okamžiku stanovení a sdělení onkologické diagnózy je pacient silně otřesen, později se u něho rozvíjí značné množství psychických traumat a obtíží. Často je zasažen pocitem strachu, beznaděje, nejistoty. Stádia vyrovnávání člověka s faktem vlastního letálního onemocnění popsala jako první Elisabeth Kübler-Rossová. Tato stádia se mohou vzájemně překrývat a nemocný se do nich může znovu vracet nebo jimi naopak nemusí projít vůbec. Prochází jimi nejen sám nemocný, ale i jeho blízcí:

1. **Šok-** pacient se po sdělení nepříznivé zprávy ocitá ve fázi patologické panické ataky, pláče, těžce dýchá, je překvapený, ptá se: Proč zrovna já? Proč právě teď? V hlavě mu proběhne mnoho myšlenek, jedna se však objevuje nejčastěji: rakovina - ohrožení - bolest - smrt.
2. **Odmítání, popření-** nemocný se brání přesile výsledků vyšetření a lékařských doporučení. Dokáže snést mnoho argumentů, proč nemůže být nemocný, nebo hledá příčiny vzniku choroby u sebe i svého okolí.
3. **Agrese-** jedinec se ocitá v emoční pasti, prožívá hluboký odpor vůči své nemoci, bezmocnosti, vůči zdravým lidem kolem sebe, vůči léčebným úkonům.

Tato fáze je psychicky nebezpečná a někteří pacienti v ní dokáží zůstat po celou dobu léčby.

4. **Smlouvání-** pacient smlouvá o svůj život, o čas s autoritami nebeskými i pozemskými. Slibuje, prosí, přitom se tímto jednáním regreduje nevědomky do dětského věku, aby mohl vládnout magickým myšlením.
5. **Deprese-** člověk se může dostat za dobu léčby několikrát do stavu patologické deprese. Je to stav velmi vážně ohrožující duševní zdraví a pacientův život vůbec.
6. **Smíření-** fáze psychického uvolnění, vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacient je schopen komunikovat přiléhavě o svém zdravotním stavu, participovat na léčbu s lékaři i všeobecnými sestrami. Dokáže přijímat zprávy a racionálně je zpracovávat. Předchozí fáze odmítání, agrese, deprese, smlouvání pominuly, ale nejsou zcela zažehnány, mohou se kdykoliv při zhoršení fyzického stavu vrátit (Kübler-Rossová in Zacharová, 2010, s. 106).

Shontze se částečně ztotožňuje s teorií Elisabeth Kübler-Rossové, popisuje ji následovně:

1. **Šok-** v první fázi psychické ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Psychologové danému stavu říkají psychické odpoutání se od reality (ducha-nepřítomnost).
2. **Usebrání-** zde nastává pomyslný návrat do skutečnosti. Psychika nemocného je často změněna neuspořádaným myšlením, objevují se výrazné negativní emoce (smutek, zloba, strach, beznaděj). Pacient je obzvláště vnímavý a citlivý.
3. **Stažení se ze hry-** vědomý únik do psychické izolace a popření všeho co souvisí s onemocněním, tím nastává u nemocného úleva od duševní tíhy. Postupně získává snahu o náhled a orientaci v nové situaci a snaží se danou situaci zvládat.
4. **Tvorba programu k řešení krize-** pacient řeší problémy v oblasti biologické (např. nastávající bolest, únavu, vypadávání vlasů), psychické (např. udržení si vyrovnaného citového stavu a důstojného obrazu vlastní osobnosti) a sociální (např. udržení si opory nejbližších lidí, řešení problémů, které pravděpodobně nastanou v průběhu léčby-zvládání pracovních nebo rodinných úkolů) (Shontze in Křivohlavý, 2002, s. 36-37).

Autoři Parkes, Relfová, Couldricková uvádějí, že vyrovnávání se s onkologickou

nemocí je postupný proces. Spouštěč pro jednotlivé kroky je zhoršující se zdravotní stav a následný dopad špatných zpráv. Pacient se v tomto období smutku vyrovnává s novou a náročnou životní situací (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, p. 184). Gulášová vidí většinu pacientů spíše se sklonem k vyhýbání a uzavření se do sebe. Podle toho, jak se nemocný dokáže vyrovnat se vzniklou změnou, hovoří autorka o přiměřené nebo nepřiměřené adaptaci. Schopnost vyrovnat se s měnícími se podmínkami v životě, nazývá Gulášová adaptačním procesem, ten dále dělí na aktivní (jedinec se přizpůsobuje podmínkám) a pasivní (obtížné přizpůsobení jedince). Tím poukazuje na Royové adaptační model (Gulášová, 2005, s. 240). Obdobně vidí Zacharová reakci na těžkou životní situaci, kam rakovina jistě patří. Reakci dělí buď na adaptivní (normální) nebo maladaptivní (zvýšené sledování tělesných symptomů a nepřiměřené očekávání výsledků vyšetření), přijetí či nepřijetí situace, z čehož pak vyplývá způsob komunikace nemocného s okolím. Komunikace nemocného závisí na mnoha dalších okolnostech. Avšak zjistit, proč každý člověk reaguje na danou skutečnost odlišně, jakým způsobem ji prožívá a jakými mechanismy vznikají, není lehké. Je dokazatelné, že vedle vrozených dispozic se také uplatňují životní a společenské prožitky. Dále Zacharová uvádí, že v průběhu života jedince se zocelují obranné mechanismy, které se stále opakují, a které mohou být kladně posilovány (Zacharová, 2010, s. 106). Podobně vysvětluje Raudenská maladaptivní reakci. Přiklání se k teorii úplného popření vážné nemoci, odmítání léčby, depresivní prožívání a neakceptování hrozícího fatálního konce (Raudenská, 2011, s. 245). Oproti tomu se Parkes řadí k jinému názoru, a to je rozdělit onkologické pacienty do dvou skupin. Do první skupiny zařadit nemocné lidi, kteří jsou spíše rozumově a citově založeni a do druhé skupiny zařadit osoby vzdorující a vyhýbající se skutečnosti (Parkes et al., 2007, p. 85). Gulášová také jako Parkes dělí pacienty do dvou skupin, ale její dělení probíhá podle adaptačních schopností organismu a přizpůsobení se nemoci. Rozdělení vidí buď v přiměřené nebo nepřiměřené adaptaci. (Gulášová, 2005, s. 240). Z jiného pohledu si tohoto tématu všímá Křivohlavý. Pozastavuje se především nad časem, který nemocný potřebuje k vstřebání negativních informací a učí se zvládat svou úzkost, izolaci a jiné špatné pocity či myšlenky. K tomu podotýká, že vážné onemocnění, které snižuje kvalitu našeho života, je náročnou a svízelnou situací a současně poukazuje na duševní stránku pacienta, která je velmi důležitou složkou, a od které se odvíjí průběh nemoci (Křivohlavý, 1988, s. 612-615). Také

odborníci z dřívější literatury (Jobánková, Bouchal, Másková) se přiklánějí spíše k časovému prožívání:

1. **Premedicínská fáze-** nastupuje jako první. Objevují se primární příznaky, pocit nejistoty. U některých dochází ke změně sociálních rolí- např. pracovní neschopnost. Zvyšuje se pocit nejistoty a obavy.
2. **Aktivní adaptace-** přizpůsobení se dané chvíli, vidina naděje a uzdravení.
3. **Psychická dekompenzace-** nedojde ke správné adaptaci.
4. **Pasivní adaptace-** jedinec si zvyká na nepříznivou situaci, izoluje se a přestává bojovat. Tato fáze většinou nastává při dlouhodobém a vyčerpávajícím období (Jobánková, Bouchal, Másková, 1992, s. 46-60).

Bouchal dále téma podrobněji rozvíjí a představuje další způsoby prožívání závažné diagnózy, jejich vliv na nemocného a blízké okolí:

- smíření a vyrovnání,
 - pasivní rezignace,
 - únik do vzpomínek (jaké to v minulosti bylo),
 - únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti,
 - pozitivní kompenzace (snaha o dokončení rozdělaného díla),
 - negativní kompenzace (alkohol, drogy, nezdravý životní styl atd.)
- (Bouchal in Křivohlavý, 2002, s. 155).

Stejně tak i Klimeš se zabýval myšlenkou prožívání onkologické nemoci. Prožití někdy až fatální nemoci dělí do dvou základních skupin, které podrobněji rozkládá do pěti fází:

1. **Nemocní, kteří zatím o své nemoci nevědí-** zde nenachází žádné poruchy přizpůsobení a šokové fáze. V této fázi někteří lékaři či příbuzní, převážně u starších lidí, přemýšlejí o skutečnosti neříkat pravdu.
2. **Nemocní, kteří se o své nemoci dozvěděli nedávno-** tato skutečnost spouští podobné fáze jako uvádí již dříve zmíněná E. Kübler-Rossová. Klimeš zde popisuje drobné odchylky:
 - a) *Fáze šoku/popření-* pacient je „omráčen“, často reaguje psychickým šokem.
 - b) *Fáze nespecifických obran-* agrese, zklidňující manévry (nadměrné zaměstnávání se, odvádění pozornosti- např. uklízením), reakce zvětšující vzdálenost (vyhýbání se, stažení se), naopak reakce

zmenšující vzdálenost (závislé chování, potřeba tělesné blízkosti).

- c) *Fáze specifických obran-* zklidňující fáze. Nyní může pacient podlehnout hledání pomoci u léčitelů a nových technik.
- d) *Fáze reaktivní deprese-* pocit bezmoci, vyčerpání. Nemocný mění své životní plány a cíle.
- e) *Fáze přijetí nové identity-* vyhasnutí nefunkčních a samoúčelných obranných reakcí.

Klimeš dále dodává k uvedeným skupinám a fázím, že nemocný se může opakovaně vracet do již prožitých fází a opět v nich pobývat různé časové období. První prožití je silnějšího rázu, následné prožívání v budoucnu může být již mírnější (Klimeš, 2009, s. neuvedena). Podle Slezákové procházejí nemocní jednotlivými fázemi časově nezávisle, záleží na osobnosti či fyzické kondici v průběhu léčby. Pokud se nemocný cítí fyzicky dobře, odráží se spokojený pocit v jeho náladě, ale pokud se v léčbě nedaří, pacient rychleji upadá do deprese, bezmoci a beznaděje (Slezáková et al., 2007, s. 214). Oproti tomu Tschuschke společně s Angenendtem a Schutze-Kreilkampem vidí život s onkologickou nemocí v důležitosti zaměřit se na speciální potřeby psychosociální péče. Svou teorii dělí na čtyři fáze:

1. Ve fázi sdělení diagnózy a sdělování informací často dochází k psychickým komplikacím.
2. Ve fázi časné lékařské terapie se objevuje úzkost a strach z léčby a z jejích vedlejších účinků.
3. Ve fázi zotavení se mohou objevovat deprese, úzkosti, zoufalství a někdy dokonce sebevražedné tendence.
4. Ve fázi pokračování nemoci se během recidivy nebo při diagnostikování metastáz objevují pocity zoufalství a traumatizace (Tschuschke, Angenendtem, Schutze-Kreilkampem, 2010, s. 102-113).

Faller upřednostňuje a vyzdvihuje problémy prožití v oblasti tělesné, psychické a sociální, které jsou spojeny s diagnózou rakoviny a s její léčbou:

1. **Hrozba smrti-** diagnóza rakovina je stále ještě spojována s nevyhnutelnou smrtí a umíráním a je chápána jako „rozsudek smrti“.
2. **Ztráta tělesné nedotknutelnosti-** pocit nezranitelnosti je přirozený a normální, zdravý člověk v zásadě nikdy nemyslí na to, že by jeho organismus jednou mohl přestat fungovat.

3. **Ztráta autonomie-** pocit sebeurčení a řízení vlastního osudu je v základech otřesen a ztracen.
4. **Ztráta aktivit-** vykonávání běžných aktivit je částečně nebo zcela znemožněno.
5. **Sociální izolace, strach ze stigmatizace-** změny v obvyklých sociálních vztazích na základě změněných reakcí nemocného vůči svému okolí, a naopak. Často se vyskytují subtilní formy sociálního odstupu v rámci relevantních sociálních vlivů okolí.
6. **Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty** (Faller in Tschuschke, 2004, s. 37).

Raudenská (2011, s. 245) taktéž souhlasí s názorem ostatních autorů (Faller, Tschuschke, Bouchal), že onkologičtí pacienti se v průběhu nemoci musí vyrovnávat s novými a často pro ně neznámými pocity: izolací, přehlížení, stigmatizací. Další zajímavou teorií také předkládají následující autoři Hozák a Kurzová. Navazují na dřívější literaturu, kde je předložen model prožití a vyrovnání se s nemocí podle Horowitza a na jeho podkladě rozvíjí a zveřejňují svou teorii. Fázi smíření autoři (Hozák, Kurzová) charakterizují jako „postavení se nad věc“. Nemocný vnímá danou obtížnou situaci, myslí na ni, ale pokud chce, vytěsni ji ze své mysli. Naopak definují pojem zvaný intruze, který vyjadřuje vtíravé nutkání neustále myslet na zjištěnou nemoc. Nemocný vyhledává blízké, aby s nimi mohl o svých představách, tíživých myšlenkách a pocitech hovořit (Hozák, Kurzová, 2001, s. 221 -223). Také Dukel-Schetterová se zabývala strategií zvládnutí onemocnění a přispěla k tomuto zajímavému tématu. Uvádí, že si povšimla tak zvaného „zkratového“ řešení. Vedle běžného vypořádání se s nemocí, za které považuje například- pokusy nemyslet na nemoc, tak za zkratové jednání považuje přejídání se, požívání drog či alkoholu (Dukel-Schetterová in Křivohlavý, 2002, s. 131). Caplan zase zformuloval tzv. krizovou teorii, která se vyvíjí ve čtyřech fázích:

1. **Fáze srážky, expozice-** osoba je konfrontována se skutečností vážné nemoci, vnímá situaci jako neřešitelnou a cítí neschopnost ji zvládnout.
2. **Fáze pokusných řešení-** nemocný vzdoruje, hledá cesty, hledá laickou pomoc, někdy volí i nevhodné pomocné prostředky (alkohol, drogy).
3. **Fáze mobilizace vnitřních a vnějších zdrojů-** ustupuje pocit tísně a bezmoci, jedinec si uvědomuje nové získané poznatky.

4. **Fáze rezoluce-** dochází k překonání krize, nastupuje vnitřní rovnováha, vytváří si nový pohled (Caplan in Peška, 2004, s. 140-141).

Tschuschke vyjadřuje opět jiný názor, že onkologičtí pacienti zvládají nemoc podle své dané naděje na uzdravení. První skupina se předem vzdá naděje, ale druhá se aktivně podílí na léčbě (Tschuschke, 2004, s. 39). Dalšími faktory ovlivňující prožívání nemoci se řadí věk, pohlaví, délka léčby, premorbidní osobnost atd. (Ježorská, Tomanová, Schwetzová, 2011, s. 4).

Subjektivní prožívání a hodnocení onkologické nemoci samotným pacientem, kterým se zabývá Kohoutek, má pro ošetrovatelskou péči také svůj význam. Postoj k nemoci je individuální, což znamená, že různí lidé prožívají stejnou nemoc různými způsoby.

Poměr pacienta k nemoci autor člení na tyto skupiny:

1. **Normální postoj k nemoci-** pacient se přiměřeně adaptuje.
2. **Bagatelizující postoj-** nemocný svou nemoc podceňuje, nedodržuje léčebný režim.
3. **Repudiační postoj-** neboli zapuzení nemoci, pacient nevědomě disimuluje.
4. **Disimilační postoj-** osoba vědomě zkresluje své potíže, zdravotnímu personálu předává nepravdivé informace.
5. **Nozofobní postoj-** nemocný nechce věřit, opakovaně žádá vyšetření.
6. **Hypochondrický postoj-** podléhá svým potížím, domnívá se, že je vážně nemocen.
7. **Nozofilní postoj-** „užívá si nemoci“, nemusí plnit své povinnosti.
8. **Účelový postoj-** vystupňovaný nozofilní stav, nemocný se může projevovat prvky: agrese (přehánění), simulace (vědomé předstírání) a repudiacie (nevědomá disimulace) (Kohoutek, 2009, s. neuvedena).

Křivohlavý vyjmenovává nejčastější chmurné myšlenky, kterých se onkologický pacient děsí:

- strach z neznámého,
- strach ze ztráty určité části těla a strach z deformace,
- strach z osamělosti,
- strach ze ztráty vědomí a uvědomování,
- strach z regrese – chování „pod lidskou důstojnost“,
- strach ze ztráty vlastní identity- „to už nebudu já“ (Křivohlavý, 2002, s. 127-128).

Autoři (Klimeš, Shontze, Křivohlavý) uvedení v předešlých odkazech spíše vycházejí z předloženého modelu americké psycholožky Kübler-Rossové. Ve světě nacházíme názory, zabývající se touto tematikou a model americké psycholožky vyvracejí. Mezi takové autory se řadí Bonanna (2011), Maciejewski (2007), Zhang (2007) a další. Každý autor, který deklaruje možné druhy prožívání vážné diagnózy, ve svých publikacích uvádí, že tyto fáze mohou probíhat periodicky, paralelně a některé se nevyskytnou vůbec. Ošetřující personál by se měl individuálně přizpůsobovat nemocnému klientovi dle jeho stádia prožívání (Zacharová, 2010, s. 106). Správně pečovat o pacienty s vážným onemocněním znamená mu porozumět (Matějek, 2011, s. 52). Zacharová (2011, s. 19) poukazuje na komplexní ošetrovatelskou péči, u které je velmi důležité správné pochopení nemocného, mít zájem vyhledat a předat dostatek adekvátních informací o průběhu nemoci a léčebných postupech.

2.2 Osobnostní charakteristiky onkologicky nemocných

V odborné literatuře se setkáváme s názorem existence určitého vztahu mezi povahou osobnosti a vznikem nádorové nemoci. Podle některých autorů (Baštecký, 1993, s. 315, Křivohlavý, 2002, s. 126) existuje typ osobnosti C (podle slova carcinomatosus, cancer personality) neboli „rakovinová osobnost“, jež predisponuje ke karcinogenezi. Tito lidé jsou racionální, reální, altruističtí. Mezi další charakteristiky chování typu C patří potlačení nebo popření deprese, zlosti a hostility, hyperadaptovanost, neprosazující se chování, pasivita, spolupráce a harmonizující chování. Souvislosti lidí řazených do typu C nacházíme také ve fyziologickém korelátu, např.: snížení biogenních aminů v hypotalamu, patologii ve funkci mikrofágů, útlum systému DNA (deoxyribonukleové kyseliny), změny v imunitním systému (Kantorová, Pokorná, 2010, s. 9). Ze starší literatury se dozvídáme, že osobnost typu C mezi prvními definoval Temoshok ve své studii s pacientem postiženým melanomem a je předkládána veřejnosti již půl století (Temoshok, 1984, p. 258-287). Stejně tak Eysenck předkládá dva druhy osobnosti typu C:

1. Osoba s tendencí potlačovat/popírat emoce (úzkost, zlost) a prezentovat se klidným a vyrovnaným chováním.
2. Osoba s problémem vyrovnávat se svým stresem, pocitem bezmoci a beznaděje s následnou depresí (Eysenck in Blatný, Adam, 2008, s. 639-640).

Také Blatný a Adam si všímali a zkoumali souvislost mezi osobnostní a onkologickou nemocí. Svou teorii rozvětvili do časových období:

1. Na počátku 90. let minulého století byly výsledky zkoumané osobnosti typu C uváděny ve prospěch dané osoby.
2. V současnosti se od tohoto názoru odklání a je uváděna teorie spíše negativního vlivu osobnosti typu C na onkologickou osobnost. Je potřeba si více všimnout osobnosti nemocného a nelze ho zaškatulkovat do jednoho charakterového typu (Blatný, Adam, 2008, s. 640).

S názorem Blatného a Adama se shoduje Kalvodová, která také potvrdila, že nejnovější výzkumy na poli experimentální psychologie a mnohé praktické zkušenosti poukazují na složitější charakteristiku osobnosti onkologického pacienta. Proto se v modernější osobnostní typologii od označení C typu osobnosti ustupuje (Kalvodová, 2010, s. 572 - 574).

Další osobnost, u které nalézáme prvky vztahující se k predispozici vzniku nádorového onemocnění je depresivní osobnost (D personality). Zmiňovaná osobnost pochází z rodiny připomínající „velkou chladnou místnost“. Tento jedinec neumí projevovat vzájemnost vztahů, je nepozorný k potřebám druhých. Nestěžuje si okolí, potlačuje, až vytěšňuje afekty a impulsy a v tom vidí Dattore možnou ventilaci vnitřního napětí a zdroj pro vznik nádorového bujení (Dattore in Kantorová, Pokorná, 2010, s. 9).

Dále jen okrajově zmíníme další osobnostní charakteristiky podle Kalvodové, jako jsou například přítomnost alexithymie či hardiness. Jedinec, u kterého nalézáme alexithymii, je specifický tím, že nedokáže vyjádřit své city a emoční pohnutky. Zdá se širokému okolí necitlivý a nevšimavý. Jinou významnou charakteristikou onkologického pacienta je nižší hladina nezdolnosti neboli hardiness. Míra nezdolnosti pomáhá nemocnému překonat těžké chvíle. V dnešní moderní době se do popředí dostává fenomén zvaný bojový duch (fighting spirit), který je pro pacienta velmi prospěšný činitel (Kalvodová, 2010, s. 573 - 576).

2.3 Reakce na sdělení pravdy

V současnosti se stále častěji prosazuje názor sdělení pravdivé diagnózy a respektování všech důsledků, které má taková zpráva pro pacienta. Sdělování pravdy u takto závažného onemocnění je velmi obtížné téma. Dopad zprávy, že trpíte vy či váš

nejbližší onkologickou nemocí, i s myšlenkou infaustní prognózy, má vliv na dosavadní život člověka. Pacient je konfrontován s pocitem vlastní smrtelnosti, a tím je vystaven akutnímu stresu (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 12). Také Zacharová vidí situaci, kdy se jedinec dozví, že onemocněl rakovinou, jako velmi významnou chvíli v jeho životě. Většina klientů uváděla, že se jim celý svět zhroutil a všechny jejich myšlenky byly spojeny se smrtí. Naštěstí, v efektivní léčbě onkologické nemoci došlo k velkému pokroku a v mnohé odborné literatuře nalézáme zmínky o snížení počtu úmrtí takto nemocných. Diagnózu sděluje lékař, ale všeobecná sestra je členkou ošetrovatelského týmu a pomáhá nemocnému zvládnout těžkou situaci. Podle Zacharové při oznámení špatných zpráv o vážné nemoci všeobecná sestra má dbát na dodržení určitých pravidel, které mohou zmírnit dopad informací na pacienta:

- zvolit klidné prostředí, časový prostor,
- pacienta na rozhovor pozvat, pozvání působí jako předinformace, může pomoci k psychické přípravě a mírní emoce,
- nebrat naději, ta vzbuzuje optimismus,
- umožnit přítomnost blízké osoby,
- vyvarovat se slov jako umírání a smrt,
- používat neverbální komunikaci, například pohlazení, úsměv, podání ruky,
- přistupovat individuálně ke každému pacientovi,
- nechat čas na rozhodnutí,
- uplatnit profesionální empatii,
- všimnout si fyzického či psychického trápení pacienta,
- respektovat jeho vůli (Zacharová, 2010, s. 106).

Také Gulášová (2005, s. 240) vidí všeobecnou sestru jako podporovatele pacientova adaptačního mechanismu, kdy je mu sdělena onkologická nemoc a je potřeba pozitivní spolupráce v následném období. Shodně Slamková, Poledníková, Čižmáriková poukazují na důležitost všeobecné sestry v procesu rozhodování, která musí být schopná ne rozhodnout za pacienta, ale poradit mu, aby sám našel řešení / rozhodnutí, se kterým bude spokojený. Takovým přístupem posílí jeho sebevědomí a soběstačnost (Slamková, Poledníková, Čižmáriková, 2009, s. 226). Zacharová dále doporučuje připravit se na chvíli sdělení onkologické diagnózy, správnou připraveností se vyvarujeme pochybení v tomto, pro pacienta, významném čase. Špatným načasováním či špatně položenou větou může dojít k negativnímu ovlivnění nemocného při další

spolupráci (Zacharová, 2010, s. 106-107). Shodně s výše uvedenou autorkou (Zacharovou) také Gulášová rázně poukazuje na špatné chování některých zdravotníků, kteří si neuvědomují, že pacient nestojí o to - být jen pasivním objektem zdravotní péče. Ale chce se aktivně zapojovat a mít jistotu, že respektujeme jeho názor (Gulášová, 2005, s. 242). Onkologický pacient potřebuje mít jistotu v podpoře ošetrovatelského personálu. Při sdělení je potřeba navodit ovzduší důvěry, které působí na pacienta uspokojivě (Zacharová, 2011, s. 20). Podle Hrstky základní potřebou nemocného po sdělení vážné až smrtelné diagnózy je mít naději a důvěru v obecném smyslu. Je velmi kladně hodnocena přítomnost blízkého člena rodiny a pacient se v danou chvíli necítí sám. Nemocný musí brát zřetel na to, že se musí aktivně podílet a dlouhodobě spolupracovat při překonávání nemoci (Hrstka, 2011, s. 1- 2). Matějek dodává, že péče o pacienty tkví v porozumění jeho samotného. Je důležité pochopit, jak konkrétní nemoc v životě konkrétního pacienta má význam. Můžeme si zde povšimnout různorodosti. Člověk rozhoduje o své následné léčbě a nepochopení může mít negativní dopad (Matějek, 2011, s. 52). Nezu poukazuje na rozdíly chápání sdělené diagnózy a následné prožívání závažné nemoci. Na jedné straně pacient tuto onkologickou diagnózu popírá, nesouhlasí s myšlenou, že trpí závažnou chorobou. Na druhé straně tento fakt přijme, ale může popírat důsledky nemoci, které z ní plynou (Nezu, 2006, s. 312). Krivohlavý (2002, s. 74) vidí způsob sdělení diagnózy v přiměřeném chápání pacienta, tedy pokud formulujeme sdělení v odborné medicínské řeči, nemocný nám nebude rozumět. Další názor předkládá Zemanová. Uvádí, že pacienti stanovení diagnózy vnímají jako rozsudek. I když podvědomě tuší závažnost nemoci, do poslední chvíle si nepřipouští tuto skutečnost. V době zjištění přesné diagnózy jsou paralyzováni a často nejsou schopni si zapamatovat cokoli je nyní řečeno. V hlavě jim běží jediná myšlenka - smrt. Proto bude zapotřebí opakovaně promlouvat s nemocným a odpovídat na jeho dotazy (Zemanová, 2008, s. 249). Haškovcová poukazuje na základní předpoklad pozitivní reakce na sdělenou pravdu a tím je klientova znalost skutečného zdravotního stavu. Pacient se následně lépe dokáže vyrovnat se závažným onemocněním, pokud je pravdivě informován. Při pravdivém zjištění, jak to s ním je, jaké jsou vidiny jeho další existence, se mohou naučit žít se svou chorobou a kvalitně naplnit čas, který jim zbývá. A v tuto dobu nastává čas pro jedinou podmínku, která musí být splněna, nemá-li se náplní tohoto období života s nemocí stát jen strach a zoufalství, je neponechat nemocného v informační izolaci,

vedoucí k úzkosti a strachu. Nemocný má trvale potřebu hovořit o své situaci, o své nemoci a o svém strachu. Mlčení je bolestivé a to, že se o problémech nehovoří, neznamená, že nejsou. Je důležité umožnit, aby potřeba nemocných mluvit o své situaci byla pokryta (Haškovcová, 2010, s. neuvedena).

Empatie neboli vcítění označujeme pochopení emocí a motivů druhého člověka. Je důležité odložit vlastní předsudky a sdílet s nemocným vážnou situaci, snažit se vcítit do jeho nitra (Válková, 2008, s. 27).

2.4 Psychické následky nemoci

Dle Taylorové si můžeme povšimnout mnoha závažných a problematických psychologických následků. Nejčastěji se vyskytují deprese, děsivé obavy, úzkost a beznaděj. Mezi méně časté se řadí nervozita a porucha spánku (Taylorová In Křivohlavý, 2002, s. 130). Také Faller uvádí, že rakovina je psychicky i fyzicky zničující nemoc a často vyvolává silné negativní pocity, například strach, smutek a zlost. Mezi nejčastější emocionální reakce patří úzkost, deprese, chronická bezmocnost, potlačování pocitů, poruchy v sexuálním životě, snižuje pocit vlastní hodnoty, postihuje kognitivní schopnosti, sociální vztahy a pracovní kapacity (Faller in Tschuschke, 2004, s. 16). Shodně Blatný a Adam potvrdili vztah mezi depresemi a onkologickým onemocněním. U onkologicky nemocných nacházejí vyšší míru deprese než u jiných onemocnění (Blatný, Adam, 2008, s. 640). S tímto názorem se ztotožňuje mnoho dalších. Mezi takové patří Koutecký (1988), Dunkel- Schetterová (in Křivohlavý, 2002), Nezu (2006), Honzák (2012), kteří za nejběžnější psychické potíže, jako následek sdělené diagnózy či náročné a zdlouhavé onkologické léčby, uvádí na prvních místech depresi a úzkost. Ve své publikaci Honzák doplňuje výše uvedenou teorii. Komorbiditu depresivní poruchy považuje za nejčastější komplikaci onkologických pacientů. Zjištění depresivní poruchy jedince a její kladné řešení dává správný směr při další spolupráci. Za depresi nemůže být považována jen špatná nálada, je to daleko složitější proces. Dochází k rozvratu řídicích systémů, včetně imunitního, což má negativní vliv na průběh léčby a prognózu. U nemocných se zhoršuje komunikace, izolují se a dochází ke zhoršování spolupráce s ošetřujícím personálem. Honzák upozorňuje na nutnost všimnout si únavy, která může být základním příznakem depresivní poruchy. Pacient ji popisuje jako nepřekonatelnou, neobvyklou,

excesivní, nezávislou na předchozí aktivitě a po odpočinku neustupující (Honzák, 2012, s. 35-37). Stejně tak Kantorová a Pokorová (2010, s. 9) někdy uvádí depresi jako spouštěcí faktor nádorového onemocnění, někdy spíše naopak jako následek onemocnění. Raudenská (2011, s. 245-246) vykazuje po sobě následující možné prožitky, které onkologickou nemoc ovlivní: úzkost, skleslost, alexithymie, poruchy přizpůsobení, deprese a úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, organické duševní poruchy a tím dává podnět negativnímu maladaptivnímu zvládání. Na obě strany vyvážená psychika podle Kořána (2009, s. 16) hraje velmi důležitou roli jako kvalitní medikamenty, profesionální ošetrovatelský personál, vyvážená strava či dostatek pohybu. Blumenthal-Barby podotýká, že i přes snahu ošetrovatelského personálu, který pomáhá pacientovi zvládat onkologickou nemoc, existuje vždy možnost neúspěchu. V terminálních stádiích onkologické nemoci mají pacienti až pětadvacetkrát zvýšené riziko suicidia nebo žádosti o urychlení smrti než ostatní populace. Prevalence úzkostných poruch se v terminálním čase pohybuje mezi 15-28%. Všichni, kteří se o takto nemocné starají, musí podle Blumenthal-Barby splňovat pět základních podmínek:

1. Kdo pečuje o vážně nemocné a umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě.
2. Péče o smrtelně nemocné a umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti.
3. Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový, umět vnímat pocity během ošetrovatelské péče, naučit se s nimi zacházet.
4. Kdo chce pomáhat lidem s fatálním onemocněním, musí umět být pravdivý – informovat nemocného o jeho osudu, dá-li najevo, že si to přeje.
5. Kdo chce pečovat o nemocného, kterému zbývá časově krátká doba v životě, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, tolerovat i jeho negativní stránky a přijmout jeho způsoby prožívání a reakce (Blumenthal-Barby In Raudenská, 2011, s. 244 - 246).

2.5 Psychoterapie v onkologii

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky například: rozhovor, sugesce, učení, vytvoření psychoterapeutického vztahu. Úkolem a cílem této léčby je zbavit nemocného obtíží, které ho tíží. Naučit se využívat možností, které má a nezaměřovat se na cíle, kterých nemůže dosáhnout. Naučit se žít s nemocí a dokázat obtíže

přicházející s touto nemocí lépe snášet (Andrllová, Škrobánková, Capoušková, 2001, s. neuvedena). Stejně tak Zemanová považuje psychoterapii za nástroj, který umožňuje emoční podporu pacienta, pomáhá nemocnému adaptovat se na změny přinášené nemocí a podporuje integraci změn v rodinném a sociálním systému jedince. Tím dochází ke zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Je proto zcela na místě nabídnout nemocnému tuto pomoc. Profesionalita psychoterapie spočívá v navázání kladného vztahu s pacientem. Nemocný ventiluje své pocity, zkoumá svoji osobní situaci, uvědomuje si změny, které nemocí nastaly (Zemanová, 2008, s. 251). Také Gulášová se připojuje k tomuto tématu. V rámci psychoterapie vidí důležitost pacientovi projevovat uznání jeho lidské hodnoty, najít způsob naplnění potřeby seberealizace v jeho nové identitě. Psychoterapie v psychoonkologii se nejčastěji věnuje metodám racionální a kognitivní psychoterapie. Racionální psychoterapie apeluje na logiku a myšlení pacienta, tedy vysvětlení a objasnění charakteru onkologické nemoci, její přijetí a nutnost spolupráce. Kognitivní psychoterapie koriguje nesprávné myšlení převážně v době stádia šoku, deprese a úzkosti (Gulášová, 2004, s. 70-143). Stejně tak Fawza shrnul cíle terapeutické intervence:

- zmírnit pocit osamění,
- redukovat strach z léčby,
- snížit pocit zoufalství a deprese,
- objasňovat nedorozumění vlivem chybné informovanosti,
- zmírnit pocit izolace, bezmoci a beznaděje,
- podporovat lepší spolupráci,
- obecně zlepšovat kvalitu života (Fawza in Zemanová, 2008, s. 251).

Reakce jednotlivců na zjištěnou onkologickou diagnózu je podle Zacharové odlišná od reakcí na zjištění jiného druhu onemocnění. Proto se od psychoterapie vyžaduje vysoká profesionalita (Zacharová, 2011, s. 19). Psychoterapie u onkologických pacientů a její dodržování je dle Zemanové určováno zdravotním stavem jedince. Při této nemoci je uvedená terapie flexibilnější a variabilnější. V psychoterapii onkologicky nemocných můžeme využít různých relaxačních a imaginativních metod (Zemanová, 2008, s. 251). Bohužel se také dnes setkáváme s odmítavým postojem k psychoterapii. Klient s onkologickou nemocí přijímá psychologickou pomoc jako potupu a vlastní selhání (Andrllová, Škrobánková, Capoušková, 2001, s. neuvedena).

Podle Tesařové (2009, s. neuvedena) by se péče o nemocné s onkologickou nemocí měla v budoucnu více přizpůsobovat konkrétnímu pacientovi.

Závěrem je tedy možno konstatovat, že byly předloženy poznatky o nejnovějších trendech v péči o onkologicky nemocné a stanovený cíl č. 2 byl splněn.

3 Sociální opora jako podpůrný faktor léčby

Otázkou, kterou si klade sám pacient či odborník zabývající se touto problematikou, je možnost ovlivnění šance na přežití. Dnes již s jistotou můžeme říci, že psychická zátěž spojená s diagnózou a průběhem nemoci výrazně ovlivňuje onemocnění. První zmínky zabývající se sociální oporou nalézáme od autorů Bašteckého, Havlíka a Šimka. Tyto prvotní zmínky pojednávaly o dnes již nepoužívaném termínu sociální „podpora“ (Baštecký, Havlík, Šimek in Krpoun, 2012, s. 45). Další autoři starší literatury Kappauf a Dietz (1996, p. 1-32) dodávají, že maligní onemocnění je pro nemocné a jejich blízké velkou psychosociální zátěží. Problematickou zvládacích strategií neboli coping strategies se ve svých publikacích intenzivně věnoval Tschuschke. Ten ve svých názorech předkládá, že v mnoha případech je možné pozorovat, jak nemocný danou situaci prožívá, do jaké míry ho citově zasáhne a jak je průběhem nemoci ovlivňován. Pro nemocného je důležitá sociální a emocionální opora, která také vážnou nemoc pozitivně nebo negativně ovlivňuje (Tschuschke, 2004, s. 9-10). Sociální opora („social support“) byla identifikována jako faktor, moderující vliv nepříznivě prožitých událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Vliv tohoto faktoru potvrzují i následující autoři Šolcová a Kebza, ale současně dodávají, že přesná shoda v pojetí struktury sociální opory a pochopení podstaty jejího účinku nebyla nalezena (Šolcová, Kebza, 1999, s. 1). Jedinec vystupuje ve svém životě v mnoha rolích, které musí plnit s ohledem na ostatní. Tyto role se dozajista vlivem času mění a mohou zanechat i trvalé následky. Někdy jsme do určitých rolí vsazení díky tlaku jiných osob, nemoci a společnosti (Válková, 2008, s. 27). Gulášová také poukazuje na náhlé změny u lidí, kteří se ocitají v novém společenském postavení- v roli nemocného. Pacient má určitá práva a povinnosti, výhody a nevýhody. Hospitalizovaný pacient je izolovaný od domácího prostředí i od lidí, kteří jsou mu blízcí. Zdravého jedince vidí Gulášová v tak zvané sociální síti své rodiny, přátel,

spolupracovníků a známých. Při příchodu nemoci a následné hospitalizace se může tato síť přetrhat (Gulášová, 2005, s. 241- 244). Stejně tak Zacharová uvádí porušení sociálních a mezilidských vztahů vlivem onkologické nemoci jako podklad pro sociální izolaci. Nemocný ztrácí některé životní jistoty, postupem času se stává sociálně závislým a potřebuje pomocnou ruku (Zacharová, 2011, s. 20). Adaptace na onemocnění bez ohledu na dané stádium nemoci a tělesné poškození je podle Šolcové a Kebzy závislá především na sociální opoře z okolí. Dále uvádějí, že z mnoha zveřejněných prací vyplývá, jak pocit osobní pohody významně ovlivňuje sociální kontakty, a to jak z kvantitativního, tak i kvalitativního hlediska. Úzká souvislost se zde nabízí s koncepcí sociální opory. Začlenění jedince do sociální struktury je velmi významný faktor pro jeho psychickou pohodu a zdraví. Z této struktury neboli fondu může čerpat dle potřeby a tím dosáhnout svých cílů (Šolcová, Kebza, 2012, s. 7). Dále Šolcová a Kebza navázali na Bruhna a Philipse a poukázali na sociální oporu jako na komplexní jev:

1. Sociální opora je dynamický proces, měnící se časem.
2. Sociální opora je kvalitativní i kvantitativní a navzájem se respektuje.
3. Důležitými faktory sociální opory jsou dosažitelnost a potřebnost.
4. Setkáváme se s ní v každodenním životě.
5. Její potřeba je ovlivněna podle životní situace a prožívaného stresu.
6. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou fyzické, duševní a sociální mechanismy.
7. Odezva sociální opory může být pozitivní, ale i negativní (Šolcová, Kebza, 1999, s. 7).

Také Krpoun píše o tématu sociální opory a snaží se ji vymezit jako důležitou pomoc nebo podporu, která je čerpána v situacích tomu určených. Tyto situace se mohou nacházet nejen při významných zátěžích, ale i v každodenním životě. Sociální opora se čerpá ze sociálních sítí, v rámci ní navazujeme sociální vazby a interakce, a tím ji podporujeme. Taková síť má různou strukturu, je charakterizována hustotou, reciprocitou, složením dle věku, pohlavím, profesí, koníčky atd. Člověk potřebuje mít jistotu, že se bude mít na koho obrátit (Krpoun, 2012, s. 42-43). Shodně také Svatošová (in Gulášová, 2005, s. 243) posuzuje sociální oporu a vidí ji jako správnou cestu v týmové spolupráci, do níž spadá i pacient a jeho rodina. Jedinci s rozvinutými sociálními vazbami přežívají delší časové období a vykazují lepší fyzické a duševní zdraví. Pokud je jim tato opora odmítnuta, častěji upadají do depresí (Ježorská,

Tomanová, Schwetzová, 2011, s. 2). I další autoři Hrstka společně se Zacharovou vidí důležitost v přítomnosti a informovanosti blízké rodiny. Podle Hrstky (2011, s. 2) se pacient necítí sám a hledá pomoc v kvalitním rodinném zázemí. Zacharová (2011, s. 19) zase uvádí, že nemocný a rodina musí věřit, že ošetrovatelský personál dělá pro ně to nejlepší k dosažení vytýčených cílů léčby, a pak nenalézáme problémy ve spolupráci a případné komunikaci. Jinak vnímá sociální oporu Levická a to jako účinný nárazník, který stojí proti stresu a tím ho tlumí. Existenci sociální opory vidí ve vzájemné provázanosti dvou aktivit:

1. Dávání, anebo poskytování sociální opory.
2. Přijímání této opory (Levická, 2005, s. 266-269).

Oproti tomu Křivohlavý vidí druhy sociální opory v širším vymezení, například naslouchání člověku, poskytnutí materiální pomoci, povzbuzení jedince, emocionální opoře a jiné (Křivohlavý in Krpoun, 2012, s. 44). Opět s jiným názorem přichází Levická, která píše, že každá sociální pomoc je především rozdílná a záleží na konkrétním jednotlivci. Ke zdrojům sociální opory řadí:

- přirozené zdroje (rodina, přátelé),
- komunitní zdroje (instituce, sdružení, hnutí,...).

Dále Levická dělí sociální oporu na tři typy:

1. **Emoční opora**- především jde o citovou oporu, empatie, povzbuzování.
2. **Informační opora**- poskytování informací a rad.
3. **Instrumentální neboli věcná opora**- poskytování materiální pomoci (finance, rehabilitační pomůcky) (Levická, 2005, s. 266-269).

Bakala zase navrhuje rozlišit účinky sociální opory na dva modely:

1. **Nárazníkový (buffering) model**- zaměřený na stres.
2. **Model přímého či hlavního účinku**- projektivní účinek bez ohledu na stres (Bakala in Šolcová, Kebza, 1999, s. 2).

Naopak Vymětalík si povšimnul psychosociálních krizí, které každý jedinec může prožívat během svého života, kde zajisté vážné onemocnění patří a kategorizoval je do dvou základních typů:

1. **Traumatická krize**- náhle přicházející situace, která ohrožuje psychiku, sociální identitu, jistotu nebo uspokojování základních životních potřeb jedince.
2. **Krize z životních změn**- jsou ovlivněny prožitými událostmi v životě:

- *krize manifestní*- člověk rozpozná a uvědomí si danou krizi a hledá pomoc,
- *krize latentní*- jedinec si situaci nepřipouští, odmítá připustit její význam.

Dále Vymětalík dodává, že jedinec při zvládání krize vlastními silami mobilizuje četné obranné mechanismy: popření, vytěsnění, bagatelizace, racionalizace, intelektualizaci, únik do nemoci. Při izolaci nemocný může přítomnou situaci špatně vyhodnotit a přemýšlí o suicidálním jednání. Tento pokus vidí jako jediné možné řešení a důsledkem sebevražedné myšlenky dochází k navázání kontaktu se sociálním prostředím a odbornou pomocí (Vymětalík in Peška, 2004, s. 142). Škála poskytování sociální opory je velmi obsáhlá a je vázána na sociální potřeby jednotlivce. V dalším názoru Levické se dozvídáme, že sociální opora, která je poskytována blízkými, může být i zdrojem konfliktů, jestliže se jedná o tyto formy:

- nabízená pomoc nereaguje na potřeby příjemce opory,
- pomoc je nabízena výměnou za něco (pomůžu Ti, ale...),
- poskytovatel pomoci má nepřiměřené očekávání od toho, komu je opora poskytována (Levická, 2005, s. 266-269).

Odborníci Bergman a Breslow tvrdí, že čím více má vážně nemocný pacient opory ze strany rodiny, přátel a ošetřujícího personálu, tím dříve a efektivněji dokáže aktivovat svoji strategii zvládání a tím lépe přijme svou roli. Od toho se odvíjí i kvalita jeho života (Bergman, Breslow in Šolcová, Kebza, 1999, s. 2). Pacient je při takovém onemocnění a léčbě velmi vyčerpan, dochází k vyčerpání intrapsychických zdrojů. Možnost čerpání energie z přirozeného a blízkého okolí pomáhá k obnovení těchto zdrojů, které mohou být k dispozici v dalším průběhu náročné onkologické léčby (Spurná, Brančíková, Katolická, 2009, s. 297). Vědomí blížící se smrti může vést podle Johnstonové také k rezignaci života, kdy se pacienti začnou postupně a dlouhodoběji stahovat z každodenních sociálních vztahů a vyvazovat se ze společenských rolí, tedy rezignují na svou roli vůči jiným lidem. Tento jev je pozorován zejména u starších lidí, kteří se mohou záměrně vzdávat svého sociálního statusu, aby se připravili na definitivní odchod (Johnstonová, 2007, s. 377–379). Gulášová za velmi důležitou součást sociální opory vidí všeobecnou sestru, která dokáže pacienta do prostředí nemocnice uvést a „udomácnit ho“. Základním prvkem vztahu všeobecné sestry a pacienta vidí důvěru a porozumění (Gulášová, 2005, s. 243). Hlavním cílem poskytované opory je podle Levické (2005, s. 266-269) ulehčení při zvládání konkrétní nemoci. Peška také shrnul obecné cíle každé sociální opory, tedy

zaměřit se na podporování pacientovy vlastní terapeutické snahy a kontinuálně ho podporovat v náročném období. Je důležité zajistit, aby nemocný neunikal od reality a tím nedocházelo ke špatným deformacím prožívání a sociálním vztahům (Peška, 2004, s. 141). Tschuschke společně s Angenendtem a Schutze-Kreilkampem se zabírají terminálně-paliativní fází, kdy by psychosociální doprovázení mělo pomoci pacientovi vyrovnat se s blížící se smrtí a zabránit jeho izolaci. Ničeho se nemocný ve fatální fázi tolik nebojí, jako izolace od ostatních. Konečným odloučením bude smrt – a odloučení a izolace během posledních dnů života by pro pacienty představovaly předčasnou smrt. Během tohoto období se Tschuschke, Angenendt a Schulze-Kreilkampa zaměřují zejména na kvalitu života a pomoc dosáhnout skutečného zvládnutí přicházející smrti, přijetí nevyhnutelného a také vědomého rozloučení se (Angenendt, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 60-63).

Závěrem je tedy možno konstatovat, že byly předloženy poznatky o vlivu sociální opory pacienta s onkologickou nemocí, cíl č. 3 byl splněn.

ZÁVĚR

Stěžejním tématem pro zpracování bakalářské práce bylo shrnutí současného stavu poznatků o vlivu onkologické nemoci na prožívání, zvládání a chování pacienta ovlivněné touto vážnou nemocí na základě publikovaných informací v odborné literatuře (tištěné i elektronické) za posledních 11 let dostupných v českém, slovenském, anglickém a německém jazyce.

K podrobnější analýze byly formulovány tři dílčí cíle.

Prvním cílem bylo shromáždit poznatky o psychoonkologických souvislostech.

Je zajímavé nacházet v historii onkologie, kterou se zabýval Mackay, že nádorové onemocnění se vyskytovalo již před milióny let, např. v živočišné říši (dinosauři), u egyptských mumií. Rovněž Egypťané znali rakovinu prsu, žaludku a dalších orgánů. O nádorovém onemocnění se také zmiňovali ve starověké Číně, Indii a Řecku (Mackay in Žaloudíková, 2009, s. 38). Dnes je nádorové onemocnění nemoc jako každá jiná. Bohužel je podle Raudenské a Javůrkové často opředená mnohými mýty a předsudky. Přitom existují i jiné vážné nemoci, jejichž prognóza je infaustní a často vedou prvenství v úmrtí ve světě. Pokud je pacientovi diagnostikováno onkologické onemocnění, vyvstává v jeho mysli mnoho otázek, na které právě v danou chvíli nemůže znát odpověď. Jedinec pocítí ohrožení svého dosavadního života. Uvědomuje si svou smrtelnost a ohroženost. Tím dochází ke stresovým situacím a závažným stavům v psychice nemocného. Hloubka postižení závisí na závažnosti, stádiu nemoci a léčebné fázi onkologického onemocnění (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 12).

Druhým cílem bylo předložit poznatky o nejnovějších trendech v péči onkologicky nemocných.

Mnoho lékařů a vědců (např. Hippokrates, Galén) v minulosti studovali onkologickou nemoc a vše, co bylo s tímto onemocněním spojeno a dali podklad pro vznik nového interdisciplinárního oboru zvaný psychoonkologie. Vznikla až koncem 80. let minulého století. Je to nový, rozvíjející se obor a využívání jeho výsledků už nesporně patří ke komplexní péči o onkologického pacienta. Věnuje se psychologickým a

sociálním aspektům prevence, vzniku a zvládání onkologického onemocnění. Pozoruje onkologickou (karcinogenní) osobnost a její okolí neboli sociální prostředí (Kohoutek, 2006, s. neuvedena). Nové metody v péči a léčbě onkologické nemoci viditelně zvýšily šanci na přežití a zařadily rakovinu do chronického onemocnění. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na kvalitu jejich života. Snaží se omezit negativní důsledky nemoci, např. pocíťovanou bolest, ztrátu energie a možnost provádění každodenních aktivit (Vaďurová, 2008, s. 67). Podle Zacharové nároky na kvalitu ošetrovatelské péče u onkologických pacientů jsou spojovány s osobností všeobecných sester. Záleží na jejich lidských, morálních, odborných a psychologických schopnostech, které nemocnému napomáhají zvládat tyto těžké životní chvíle a udržovat psychickou rovnováhu (Zacharová, 2011, s. 19). U pacientů s nádorovým onemocněním má být dle Honzáka (2012, s. 35) kladen důraz na psychoterapii, která musí být specifikována na konkrétního pacienta podle jeho potřeb sociálních, psychologických a spirituálních, také se zaměřením na členy rodiny.

Třetím cílem bylo dohledat a předložit poznatky o vlivu sociální opory pacienta s onkologickou nemocí.

Kromě osob nejbližších, tedy členů rodiny, se zde uplatňují i osoby z blízkého okolí (sousedé, známí, spolupracovníci). Tito výše uvedení mohou poskytnout nemocnému jedinci akceptující prostředí a přijetí. Je důležité pro klienty, jak píše Peška, nezůstávat osamoceni, ale mít možnost se svěřit a hovořit o problémech, které vážnou nemocí vyvstaly. Tyto důležité vztahy jsou bezpochyby brány za kladný prvek v prožívání onkologické nemoci (Peška, 2004, s. 141 – 142). Krpoun zase uvádí, že během našeho života se potýkáme s překážkami, které nám brání dosáhnout daných cílů, uspokojování vnitřních tužeb, zotavení se z nemoci, tedy si vychutnat prožívanou chvíli. O těžké břemeno nesoucí na svých bedrech je lépe se podělit s blízkými. V takovém případě se dotýkáme sociální opory (angl. social support) (Krpoun, 2012, s. 42). Pomoc onkologickému pacientovi nesmí být podle Zacharové zaměřena jen na odbornou léčbu, ale musí zahrnovat pomoc psychickou i sociální. Vlivem onkologické nemoci a její komplikované léčby vznikají nové sociální problémy, od kterých se odvíjí ošetrovatelská péče. Pomoc se musí věnovat jak pacientovi, tak i jeho blízkým. Psychosociální oporou se snažíme dosáhnout u pacienta i jeho okolí prožití reálného a kvalitního života (Zacharová, 2011, s. 20 – 21).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

ADAM, Zdeněk., VORLÍČEK, Jiří., TOMÍŠKA, Miroslav. Obecné principy léčby nádorové nemoci a problémy rozhodování o léčbě cytostatiky u biologicky starších chorob. *Česká geriatrická revue*. 2005, roč. 3(2), s. 3 – 57. ISSN 1214-0732. [cit. 2012 – 11 – 18]. Dostupné na WWW: <http://www.muni.cz/research/publications/573471>

ANDRLOVÁ, Lia., ŠKROBÁNKOVÁ, Alexandra., CAPOUŠKOVÁ, Silvie. Možnosti a meze psychoterapie v hematologii. *Zdravotnické noviny*. 2001. [cit. 2012 – 11 – 18]. Dostupné na WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/moznosti-a-meze-psychoterapie-v-hematoonkologii-132966>

ANGENENDT, Gabriele., SCHUTZE- KREILKAMP, Ursula., TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie v praxi. Praha: Portál, 2010. 328s. ISBN 978-80-7367-781-7.

BAŠTECKÝ, J. a kol. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum, 1993. 363 s., ISBN 80-7169-031-7 Dostupné na WWW: <http://www.ulozto.net/xfwr9pX/bastecky-j-a-kol-psychosomaticka-medicina-kniha-zip>

BĚLEŠOVÁ, Marika. Úloha praktického lékaře v onkologické prevenci. *Medicina pro praxi*. 2007, roč. 4(9), s. 352 – 357. [cit. 2012 – 10 – 30]. Dostupné na WWW: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/06.pdf>

BLATNÝ, M., ADAM, Z. Osobnost typu C: Současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství*. 2008, 54(6), s. 638 – 645. [cit. 2012 – 12 – 15]. Dostupné na WWW: http://www.vnitrnilekarstvi.cz/vnitri-lekarstvi-clanek?ida=4904&confirm_rules=1

COYNE, C. James. Psychotherapy and Survival in Cancer: The Conflict Between Hope and Evidence. *Psychological Bulletin*. 2007, vol. 133, No. 3, pp. 367–394. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupné na WWW: <http://cancercontrolplanet.cancer.gov/documents/meta-analysis-psychotherapy->

[survival.pdf](#)

GULÁŠOVÁ, Ivica. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu. *Kontakt*. 2005, roč. 3 – 4, s. 239 – 246. ISSN 1212 – 4117. [cit. 2012 – 11 – 20]. Dostupné na WWW: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1-2~2005/301-adaptacia-pacienta-na-zmeneny-zdravotny-stav-a-na-hospitalizaciju>

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Vnitřní lékařství. Praha: Havlíček Brain Team 2010, s. 365. ISBN 978-80-87109-19-9. [cit. 2012 – 10 – 12]. Dostupné na WWW: http://www.vnitrnilekarstvi.cz/vnitрни-lekarstvi-clanek/haskovcova-h-fenomen-stari-vydani-druhe-podstatne-prepracovane-a-doplnene-praha-havlicek-brain-team-2010-365-35587?confirm_rules=1

HONZÁK, Radkin. Deprese u onkologických pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13(1), s. 35 – 37. ISSN: 1803-5272. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupné na WWW: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=901149>

HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. První pomoc při psychických traumatech. *Praktický lékař*. Praha: 2001, č. 4, s. 221 - 223. [cit. 2012 – 11 – 10]. Dostupné na WWW: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/prvni-pomoc-pri-psychickych-traumatech-24994>

HRSTKA, Zdeněk. Akceptace potřeb onkologických pacientů. *Moje medicína*. 2011 – 04 - 28, s. 1 - 6. [cit. 2012 – 10 – 13]. Dostupné na WWW: <http://www.mojemedicina.cz/psychologie-a-komunikace/akceptace-potreb-onkologickych-pacientu/>

JEŽORSKÁ, Šárka. TOMANOVÁ, Danuše. SCHWETZOVÁ, Denisa. Vybrané psychosociální faktory u pacientů s chronickým onemocněním. *Profese on – line*. 2011, roč. IV/2, s. 1 – 5. ISSN 1803 – 4330. [cit. 2012 – 11 – 22]. Dostupné na WWW: <http://profeseonline.upol.cz/vybrane-psychosocialni-factory-u-pacientu-s-chronickym-onemocnenim/>

JOBÁNKOVÁ, M. et al. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. s. 214. ISBN 80-7013-127-6. [cit. 2012 – 11 – 15]. Dostupné na WWW:

<http://uloz.to/xLTa8A/vybrane-problemy-psychologie-jobankova-pdf>

zdravotnicke-cinnosti-

KALVODOVÁ, Libuše. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. 2010, 56(6), s. 570 – 581. ISSN: 1801–7592. [cit. 2012 – 11 -08]. Dostupné na WWW: http://www.vnitrnilekarstvi.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologickych-pacientu-a-osetrujiciho-tymu-34569?confirm_rules=1

KANTOROVÁ, Zuzana., POKOROVÁ, Andrea. Biobehaviorální přístup k chápání onkologického onemocnění. *Florence*. 2010, roč. 7 – 8, s. 8 – 11. [cit. 2012 – 11 – 09]. Dostupné na WWW: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv/2010/7/>

KAPPAUF, H. DIETZ, R. Psychische Betreuung von Krebskranken (Psychoonkologie). *Klinik der Gegenwart* 1996; XII, 6: 1-32. 24. [cit. 2012 – 10 – 11]. Dostupné na WWW: <http://books.google.cz/books?id=jweY7Hmd6qIC&pg=PA139&lpg=PA139&dq=Kappauf,+Dietz&source=bl&ots=cn2NnyU8VE&sig=F73IJAtGqpyzqrrXXfy4yob-bvc&hl=cs&sa=X&ei=3qHRUOrjM8nbsgb3tYGgCQ&sqi=2&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=Kappauf%20Dietz&f=false>

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, roč. XLIII, č. 1, s. 1 – 17. ISSN 0009-062X. [cit. 2012 - 12- 8]. Dostupné na WWW: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=147&to=147>

KLIMEŠ, Jeroným. Psychika a typologie onkologických pacientů. 2009. Dostupné na WWW: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/onkologicky_pacient.htm

KOHOUTEK, Rudolf. Pojem psychoonkologie. *ABZ-slovník cizích slov*. 2006, s. neuvedena. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupný na WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/psychoonkologie>

KOHOUTEK, Rudolf. Psychologie, pedagogika a sociologie zdraví. *Psychologie v teorii a praxi*. 2009, s. neuvedena. [cit. 2012 – 10 – 30]. Dostupné na WWW: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/>

KONIGSBERG, Ruth Davis. New Ways to Think About Grief . *Time*, 2011-01-29, [cit. 2012 – 12 – 05]. Dostupné na WWW: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,2042372-2,00.html>

KOŘÁN, Martin. Význam psychologické podpory při onkologickém onemocnění. 2009, s. 1 – 41. [cit. 2012 – 10 – 29]. Dostupné na WWW: http://www.breastcancer.cz/pub/att/projekty/vyrocní-konference/prezentace_koran.pdf

KRPOUN, Zdeněk. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti-nadané děti. *E-psychologie*. 2012, roč. 6 (1), s. 42 – 50. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupné na WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Adaptace a zvládání nadlimitních zátěží. *Časopis lékařů českých*. 1988, roč. 127, č. 20, s. 612 – 615. ISSN: 0008-7335. [cit. 2012 – 10 – 09]. Dostupné na WWW: <http://www.medvik.cz/link/bmc88012722>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci, Grada Publishing. 2002, s. 200, ISBN 80-247-0179-0

LEVICKÁ, Jana. Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. *Kontakt*. 2005, roč. 3 - 4 , s. 266 – 269. ISSN 1212-4117. [cit. 2012 – 12 – 18]. Dostupné na WWW: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-4~2005/306-vyznam-socialnej-opory-vo-vztahu-k-zdravotnemu-stavu-klienta>

MACIEJEWSKI, Paul K., ZHANG, Baohui, BLOCK, Susan D., PRIGERSON, Holly G. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *The Journal of the American Medical Association*. 2007, roč. 297, čís. 7. [cit. 2012 – 12 -05]. Dostupné na WWW: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205661>

MATĚJEK, Jaromír. Co je nemoc a proč si pacienti na nás pořád stěžují. *Pediatric pro praxi*. 2011, roč. 12(1), s. 51 – 52. ISSN: 1213-0494. [cit. 2012 – 11 – 22]. Dostupné na WWW: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=832399>

NEZU, M. Artur. et al. Pomoc pacientům při zvládání rakoviny. *Moje medicína*. Praha: Galén. 2006, s. 312. ISBN 80-7364-000-7. [cit. 2012 – 11 – 30]. Dostupné na WWW: <http://www.mojemedicina.cz/katalog-knih/pomoc-pacientum-pri-zvladani-rakoviny/>

PARKES, Colin Murray., RELFOVÁ, Marilyn., COULDRICKOVÁ, Ann. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, pp. 184. ISBN 978-80-87029-23-7. [cit. 2012 – 10 – 15]. Dostupné na WWW: <http://katalog.upce.cz/autorita/404018;jsessionid=4CE490BBC4BD98250FF11167634A44DD>

PEŠKA, Ivan. Jak můžeme pomoci lidem v psychické krizi. *Interní medicína pro praxi*. 2004, roč. 3, s. 140 - 143. [cit. 2012 – 10 – 15]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/03/08.pdf>

RAUDENSKÁ, Jaroslava. Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *Onkologie*. 2011, roč. 5 (4), s. 244 – 246. ISSN: 1802-4475. [cit. 2012 – 11 – 20]. Dostupné na WWW: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=884896&language=cs>

RAUDENSKÁ, Jaroslava., JAVURKOVÁ, Alena. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Solen*. 2011, roč. 4(1), s. 12 – 15. [cit. 2012 – 10 – 31]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=home>

SLAMKOVÁ, Alica., POLEDNÍKOVÁ, Ľubica., ČIŽMÁRIKOVÁ, Andrea. Sestra v procese rozhodovania onkologického pacienta. *Profese on-line*. 2009, roč. II/4, s. 223 – 233. ISSN 1803-4330. [cit. 2012 – 10 – 28]. Dostupné na WWW: <http://www.pouzp.cz/text/cs/sestra-v-procese-rozhodovania-onkologickeho-pacienta.aspx>

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III. Praha: Grada, 2007. s. 214. ISBN 978-80-247-2270-2. [cit. 2012 – 10 – 25]. Dostupné na WWW: http://www.grada.cz/osetrovatelstvi-pro-zdravotnicke-asistenty-iii_4926/kniha/katalog/

SPURNÁ, Zuzana., BRANČÍKOVÁ, Dagmar., KATOLICKÁ, Jana. Kvalita života pacienta při podávání perorální onkologické léčby. *Interní medicína pro praxi*. 2009,

roč. 11(6), s. 294 – 298. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupné na WWW:
<http://www.muni.cz/research/publications/839731/>

STIX, Gary. The Neuroscience of True Grit . *Scientific American*, 2011-02-15, [cit. 2012 – 12 – 05]. Dostupné na WWW:
<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=the-neuroscience-of-true-grit>

ŠVARCOVÁ, Eva. Zdraví a nemoc. Hradec Králové: Gaudemus, 2008, s. 111. ISBN 978-80-7041-418-7.[cit. 2012 – 10 – 15]. Dostupné na WWW:
<http://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=predmet&kod=OPVC14015>

TEMOSHOK, L., FOX B. H. Doping styles and other psychological factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In: Fox B. H. and Newberry B. H. *Impact of psychoendocrine Systeme on Cancor and Imunity*. 1984, pp. 258 – 287. [cit. 2012 – 10 – 05].

TESAŘOVÁ, Petra. Onkologičtí pacienti – individuální léčba. *Zdravotnické noviny*. 2009, s. neuvedena. [cit. 2012 – 10 – 18]. Dostupné na WWW:
<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/onkologicti-pacienti-individualni-lecba>

TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004, s. 216. ISBN 80-7178-826-0

VÁLKOVÁ, Monika. Pohled do nitra člověka s nádorovým onemocněním. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, s. 27. ISSN: 1801-1349. [cit. 2012 – 09 – 18]. Dostupné na WWW: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=636978&language=cs>

VAĎUROVÁ, Helena. Vliv nelékařských služeb na kvalitu života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním. *Pedagogická orientace* 2. 2008, s. 67 – 80. [cit. 2012 – 11-25]. Dostupné na WWW:
http://www.ped.muni.cz/pedor/archiv/2008/Pedor08_2_VlivNelekarskychSluzebNaKvalituZivota_Vadurova.pdf

VORLÍČEK, Jiří., HÁJEK, Roman., ADAM, Zdeněk. et al. Cílená léčba v onkologii. *Remedia online*. 2005, roč. 2005 (4-5), s. neuvedena. [cit. 2012 – 10 – 30]. Dostupné na

WWW: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2005/4-5-2005/Cilena-lecba-v-onkologii/e-9n-9M-aZ.magarticle.aspx>

WEIS, Joachim. Psychoonkologie in Forschung und Praxi. 2012, pp. 1 – 54. [cit. 2012 -12-16]. Dostupné na WWW:

http://www.blickinsbuch.de/center/cm/cm_cm.php?djMxNTY9NTcxMDM2MDEwOSZ2NzM3Nj05NzgZnzk0NTI4MjQwJnY4MzEyPUZsYXNoY292ZXI=

ZACHAROVÁ, Eva. Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta. *Časopis Sestra*, 2011 – 05 – 11, s. 1 – 76. ISSN: 1212-0404. [cit. 2012 – 11 – 12]. Dostupné na WWW: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1172.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva. Sdělování pravdy o zdravotním stavu. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11 (2), s. 106-107. ISSN – 1803-5299. [cit. 2012 – 11 – 25]. Dostupné na WWW: <http://www.urologiepropraxi.cz/magno/uro/2010/mn2.php>

ZEMANOVÁ, Marie. Psychoterapie v onkologii, *Onkologie*. 2008, roč. 2(4), s. 249 – 252. [cit.2012 – 28 – 11]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/artkey/xon-200804-0010.php>

ŽALOUDÍKOVÁ, Iva. Podpora zdraví a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole. Disertační práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy university, 2009, s. 202. Školitel disertační práce Doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc. [cit. 2013 – 01 – 15]. Dostupné na WWW: http://is.muni.cz/th/23671/pedf_d/DISERTACKA_konec.pdf