

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Zuzana Kantorová

Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Olomouc 2010

Univerzita Palackého v Olomouci - Fakulta zdravotnických věd

Anotace diplomové práce

Název práce v ČJ: Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných.

Název práce v AJ: Disease in light of psychosomatic medicine from patients point of view

Datum zadání: 2009-01-08

Datum odevzdání: 2010-05-03

Ústav a vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Zuzana Kantorová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Hlavním tématem předkládané práce je psychosomatická medicína, zejména oblast psychoonkologie. Práce je rozdělena na teoretický úvod, který je zaměřen na historii, koncepci psychosomatické medicíny a část psychoonkologickou, v níž jsou popsány psychosociální faktory nádorových nemocí, psychosociální prožitky a průběh nemoci včetně dopadu nemoci na oblast interpersonálních vztahů a pracovní výkonnost. Empirická část je orientována na zhodnocení vlivu psychogenních (psychosociálních) faktorů ve vztahu k onkologickému onemocnění, determinant životních událostí, zhodnocení projevů osobnostních charakteristik a posouzení determinujících vlivů změny kvality života sledovaných osob ve zkoumaném vzorku populace žen. Vzhledem k citlivosti tématu a k povaze předmětu zkoumání byl zvolen kvalitativní přístup, realizován pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, a postup následné fenomenologické analýzy. Výzkum je zaměřen na tři oblasti: stav před nemocí, období posledních tří měsíců života a ovlivnění života aktuálním fyzickým a psychickým stavem v důsledku nemoci.

Abstrakt v AJ: The topic of this thesis is psychosomatic medicine and psycho-oncology issue. The thesis is divided into an introduction focused on history, the concept of psychosomatic medicine and part of psycho-oncology, which describes the psychosocial factors of tumor diseases, psychosocial experiences and progression of the disease including the impact of illness on interpersonal relations and work performance. The empirical part is aimed at assessing the impact of psychogenic (psychosocial) factors in relation to the oncological diseases, determinants of life events, expressions of appreciation of personal characteristics Determining and assessing the effects of changes in quality of life observed individuals in the study population of women. Due to sensitivity of the topic and the nature of the subject of inquiry a qualitative approach was chosen, implemented by using a structured interview with open ended questions and phenomenological analysis. Research is focused on three areas: the state of disease, the last three months of life and affecting the life of the current physical and mental condition due to illness.

Klíčová slova v ČJ: psychoonkologie, psychosomatická medicína, nádorová osobnost, depresivní osobnost, truchlení, stres

Klíčová slova v AJ: psychoonkology, psychosomatic medicine, cancer personality, depressive personality, mourning, stress

Rozsah: 110 stran

Prohlašuji, že jsem diplomovou „*Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných*“ práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 20. dubna 2010

Děkuji PhDr. Andree Pokorné, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, podněty, připomínky a příjemnou spolupráci. Děkuji pacientkám a také zdravotnickým pracovníkům Masarykova onkologického ústavu v Brně za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření, za ochotu a spolupráci.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 HISTORICKÝ NÁSTIN PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY	9
2 KONCEPCE A TEORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY.....	12
2.2 Kortikoviscerální koncepce	14
2.3 Koncepce psychického stresu.....	15
2.5 Koncepce životních událostí	20
2.6 Koncepce syndromu Hopelessness - helplessness (syndrom beznaděje a bezmoci).....	24
3 PSYCHOONKOLOGIE	25
3.1 Biobehaviorální přístup k nádorovým onemocněním.....	26
3.1.1 Psychosociální rizikové faktory.....	26
3.1.1.1 Osobnostní charakteristiky onkologicky nemocných.....	27
3.1.2 Psychosociální prožitky a průběh nemoci u pacientů s nádorovým onemocněním.....	34
3.1.2.1 Způsob zpracování onkologické diagnózy nemocným	35
3.1.2.3 Emoční reakce onkologicky nemocných	37
3.1.3 Psychosociální důsledky nádorového onemocnění.....	41
3.1.3.1 Interpersonální potíže	41
3.1.3.2 Pracovní výkonnost osob s onkologickým onemocněním.....	42
3.1.3.3 Sexuální oblast osob s onkologickým onemocněním.....	42
4 EMPIRICKÁ ČÁST	43
4.1 Předmět výzkumu	43
4.2 Výzkumné otázky	43
4.3 Metodika výzkumu	44
4.3.1 Kriteriaální parametry pro cílovou populaci šetření (výzkumný vzorek).....	44
4.3.2 Metodika sběru dat.....	45
4.5 Kvalitativní výzkum.....	46
4.6 Analýza získaných dat	47
4.6.1 Rozhovor s paní B. (101).....	47
4.6.2 Rozhovor s paní C. (102).....	55
4.6.3 Rozhovor s paní D. (103)	58
4.6.4 Rozhovor s paní E. (104).....	63
4.6.5 Rozhovor s paní F. (105).....	66
4.6.6 Rozhovor s paní G. (106)	70

4.6.7 Rozhovor s paní H. (107)	73
4.6.8 Rozhovor s paní I. (108).....	76
4.6.9 Rozhovor s paní J. (109).....	80
4.6.10 Rozhovor s paní K. (110)	83
4.7 Shrnutí analýz získaných dat	86
4.7.1 Vyhodnocení škál v oblasti života před nemocí	87
4.7.2 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 1: Stav před nemocí	90
4.7.3 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 2: Současné prožívání	91
4.7.4 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 3: Ovlivnění života aktuálním stavem	92
5 DISKUSE.....	93
6 DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI.....	97
ZÁVĚR	99
SEZNAM LITERATURY	101
SEZNAM ZKRATEK	108
SEZNAM TABULEK	109
SEZNAM PŘÍLOH	110

ÚVOD

V současné době stále, v procesu poskytování péče, převládá tzv. biomedicínský model, ve kterém jsou lidé považováni za biologické jednotky, tvořené buňkami, které tvoří tkáň, pak orgány a celý systém. Důraz je kladen na biologickou homeostázu, ta je považována za zdraví. V modelu nezbývá dostatek místa pro další neméně důležité, psychologické, sociální či duchovní faktory lidské existence. Z tohoto důvodu model ve svém důsledku může vést k nepochopení dalších nebiologických aspektů nemoci, širších souvislostí či schopnosti empatie, které nebývají vždy samozřejmou součástí poskytované zdravotní péče.

S holistickým přístupem, který je filozofií celku (celistvosti) zahrnující součást biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální i duchovní se setkáváme více v oboru ošetrovatelství, pro které je holismus základní filozofií. Přesto do „klasické medicíny“ je holistický přístup integrován velmi pozvolna a s obtížemi.¹

Bio-psycho-sociální model, propagovaný již delší dobu s představou celostněji pojaté medicíny, je častěji citovaný v odborné literatuře než realizovaný v klinické praxi. Potřeba holistického přístupu a uplatnění bio-psycho-sociálního modelu je pak akcentována zejména v oblasti péče o onkologicky nemocné a rozvíjí se zejména v nové mezioborové oblasti zvané psychoonkologie. Z bio-psycho-sociálního modelu vychází tzv. biobehaviorální přístup, který nahlíží na onkologická onemocnění jako na nemoci, jež nemají pouze organické či psychosociální příčiny, ale jsou charakterizované multifaktoriální etiologií a patogenezi, kde mohou významnou úlohu hrát zejména psychosociální faktory, převážně u predisponovaných jedinců.

Předkládaná práce je zaměřena na psychosomatickou medicínu, zejména na oblast psychoonkologie. Teoretická část práce je členěna do tří kapitol, v první je popsán historický nástin psychosomatické medicíny, druhá kapitola je pro snadnější pochopení celé problematiky orientována na koncepce a teorie psychosomatiky. Třetí kapitola podrobně popisuje oblast psychoonkologie, kde jsou vyličené psychosociální faktory nádorových nemocí, psychosociální prožitky a průběh nemoci včetně dopadu nemoci na oblast interpersonálních vztahů a pracovní výkonnost.

¹ Srov. PAVLÍKOVÁ S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, s. 35.

Srov. SKORUNKA D., (2009) *Medikalizace našeho života*,

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/skorunka.htm

V praktické části je hlavním předmětem průzkumu zhodnocení vlivu psychogenních (psychosociálních) faktorů ve vztahu k onkologickému onemocnění. Pro realizaci je použit kvalitativní výzkum realizovaný pomocí rozhovorů s deseti pacientkami s onkologickým onemocněním.

1 HISTORICKÝ NÁSTIN PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Psychosomatický přístup k člověku je minimálně tak starý jako naše kultura. K moderní psychosomatické medicíně a psychoterapii přispělo hned několik antických myslitelů. Danzer² uvádí, jak již Herakleitos ve fragmentu o hranicích duše píše, že i kdybychom prošli všechny cesty, nejsme schopni duši za chůze vypátrat, tak hluboko leží naše mysl. Lidskou duši také přirovnává k pavouku, která stejně jako on neprodleně opravuje vlákno své sítě, duše putuje ihned tam, kde došlo k poranění libovolné části těla, znepokojená poraněním těla, s nímž je pevně svázána v určitém vztahu. Platon, který ve spise „Kritiás“ od lékaře požaduje, aby stejně jako tělo léčil také i duši, protože péče se musí zaměřovat na celek. Pro nejstaršího „otce evropské medicíny“ Hippokrata, nepředstavuje dualita těla a duše žádné problémy. Požadoval, aby lékař dříve, než začne léčit pacienta, poznal celou přírodu, znal dobře osobnost pacienta a jeho temperament, věděl o vlivech čtyř ročních dob a klimatu a v neposlední řadě dbal na správnou životosprávu. Hippokratovská medicína byla celostní medicínou a její pacient byl nedílnou součástí přírody, jež sama měla rovněž léčivou sílu. Také známý arabský lékař Íbn Siná (Avicenna), vnesl do komplexu tehdejších lékařských poznatků především v ucelené formě empirii medicíny blízkého a středního Východu. Jeho Kanón lékařství byl učebnicí medicíny až do 17. století. Avicenna provozoval potulnou praxi. V jedné z jeho slavných kazuistik popisuje případ mladého muže, kterého našel v jednom městě v bezvědomí „a blízkého smrti“. K jeho lůžku si nechal povolat jednoho z místních a požádal ho, aby vyjmenoval všechny ulice; mladíkův tep se při jedné z nich nápadně zrychlil. Proto nechal vyjmenovat všechny majitele domů v této ulici; znova jedno jméno vyvolalo mladíkovo zrychlení tepu. Poté byli vyjmenováni všichni členové žijící v tomto domě a při jméně dcery majitele mladíkův tep „bil jako na poplach“. To vedlo Avicenna k nalezení lékařského prostředku: nechal zavolat dotyčnou osobu, když se dostavila k jeho lůžku, mladík se uzdravil. Diagnóza zněla: šílený láskou, dnes by byla nejspíš použita diagnóza disociativní poruchy.³

Termín „psychosomatika“ byl poprvé použit v roce 1818 německým lékařem Heinrothem, při popisu spánkových poruch, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy a náladami. Přesto trvalo skoro ještě celé století, než tento pojem začal

² Srov. DANZER, G., *Psychosomatika*, s. 13.

³ Tamtéž, s. 13.

Srov. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, s. 15 -16.

postupně získávat určitý postoj v medicíně a zcela jedinečný způsob diagnostiky a terapie lidských onemocnění.⁴

Vývojová etapa psychosomatické medicíny je označována jako psychosomatické hnutí. Vzniklo jako reakce na krizi evropského lékařství koncem 19. a začátkem 20. století. Lékařství bylo do té doby orientováno především na hledání organických a infekčních příčin nemocí a jejich patologickoanatomického substrátu. Uplatňoval se v něm vliv Wirchovovy patologickoanatomické školy a velký rozvoj bakteriologie ve druhé polovině 19. století. Postupně převládalo schéma, podle kterého jsou patogenní agens (zpravidla jediné) a výsledná nemoc v jednoduché příčinné souvislosti, což odpovídalo filozofickému modelu lineární kauzality. V tomto směru lékařství byla téměř zcela opomíjena osobnost nemocného, jednota organismu s prostředím a nebyly akceptovány příčinné vztahy mezi somatikou a psychikou. Bylo to v rozporu s evropským lékařstvím 17. a 18. století, kde se naopak přeceňoval vliv psychických činitelů jako např. negativních emocí na zdraví a nemoc. Někteří lékaři té doby zastávali názor, že psychické příčiny samy o sobě mohou být etiologickým činitelem nemocí dokonce i tak závažných jako jsou zhoubné nádory.

Psychosomatické hnutí znovu oživilo tento směr, což se projevilo rozpracováním koncepce psychogeneze, která představuje jeden z významných zdrojů a je součástí moderně pojaté psychosomatické medicíny.

Psychosomatická medicína byla do konce 40. let 20. století pokládána převážně za studium vzájemných psychologických a fyziologických aspektů tělesných funkcí v normě a patologii. Používala se jak somatoterapie tak psychoterapie. Z toho plyne, že psychosomatická medicína je jak vědeckou disciplínou, tak přístupem k léčení. Avšak nehovoří o vztazích mezi studovanými jevy a nebere v úvahu vliv zevního prostředí. I přes tyto nedostatky mělo psychosomatické hnutí velký přínos pro lékařství, které v té době prožívalo krizi. Předmětem výzkumu se staly psychosomatické a somatopsychické vztahy. Člověk se dostal do středu pozornosti lékařství, byla zdůrazněna jeho celistvost a jednota psychického a somatického a jedinec se stal pro lékařství bytostí společenskou, žijící v určitém sociokulturním prostředí. Byly prokazovány těsné vzájemné vztahy somatického a psychického ve zdraví a nemoci. Hnutí zdůrazňovalo význam vzájemného působení patogenních činitelů pro vznik a rozvoj nemoci ve srovnání s dřívějším zdůrazňováním pouze jednoho patologického agens. Rovněž v pojetí a rozpracování psychogeneze znamenalo hnutí

⁴ Srov. TRESS, W. a kol., *Základní psychosomatická péče*, s. 37.

velký přínos, a to v tom směru, že základním teoretickým předpokladem je, že psychologické pochody nejsou zásadně odlišné od jiných pochodů v organismu.⁵

Ve 30. letech 20. století dochází k rozvoji psychosomatické medicíny na teoretickém základě tzv. psychobiologie, (vypracována Mayerem, spoluvůrcem holistické koncepce v USA). Třetím východiskem psychosomatiky byla psychofyziologie, která rozpracovávala zejména učení o podmíněných reflexech Pavlova, Cannonovou teorii homeostázy a učení o emocích a koncepci stresu Seleyho.⁶

Ve 40. letech 20. století se vývoj psychosomatické medicíny ubíral dvěma směry. Na jedné straně se rozvíjela koncepce psychoanalytická (specifická) a na straně druhé koncepce nespecifická (neanalytická). Moderně koncipovaná psychosomatická medicína měla tři východiska, kterými je psychoanalýza, behaviorální směry a kortikoviscerální koncepce.

V současném pojetí psychosomatické medicíny jsou dle Lipowského tři historické zdroje psychosomatiky, a to v koncepci psychogeneze, v celostním přístupu a v systémovém pojetí. Psychosomatickou medicínu chápe jako vědeckou a klinickou disciplínu, zabývající se studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi. Studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými činiteli v etiologii, začátku příznaků, průběhu a vyústění nemocí. V péči o nemocné zdůrazňuje bio-psycho-sociální přístup. V prevenci, terapii a rehabilitaci nemocí aplikuje psychiatrické a behaviorální léčebné metody.⁷

⁵ Srov. TRESS, W. a kol., *Základní psychosomatická péče*, s. 37.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 27.

⁶ Srov. TRESS, W. a kol., *Základní psychosomatická péče*, s. 37.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 27.

⁷ Tamtéž, s. 27.

Srov. HONZÁK, R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, s. 15.

2 KONCEPCE A TEORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Psychosomatické onemocnění můžeme vymežit v několika podmínkách, které zároveň umožňují předpokládat u každého somatického onemocnění i tzv. psychosomatické mechanismy nebo psychosomatickou komponentu.

Za psychosomatické onemocnění lze pokládat takové, které splňuje jednu ze čtyř následujících podmínek:

- etiologie nemoci může být vztažena k psychické události, která nemoc předchází;
- průběh nemoci nezávisle na její etiologii je významně ovlivněn psychickými proměnnými;
- primární příznak je v přímém vztahu k jedinému psychologickému faktoru;
- příznaky jsou nepřiměřeně protrahované nebo neúměrně intenzivní a manifestují se v kontextu somatického onemocnění.⁸

Baštecký uvádí, že podle Šimka je psychosomatické onemocnění takové, při jehož vzniku se ve značné míře uplatňují psychosociální faktory, a psychosomaticky nemocný je ten, u něž lze předpokládat, že jeho nemoc je ve vztahu s jeho psychosociální poruchou, bez ohledu na diagnózu.⁹

Spojovacím článkem všech psychosomatických koncepcí je uvědomění si multifaktoriality a multikauzality většiny onemocnění. Koncepce a teorie v oblasti psychosomatiky jsou následující: psychoanalytické teorie, kortikoviscerální koncepce, koncepce psychického stresu, koncepce alexitymie, koncepce životních událostí, koncepce syndromu Hopelessness-helplessness a teorie rodiny.

První etapy vývoje psychoanalýzy jsou spojeny se Sigmundem Freudem, jakožto jejím zakladatelem. Ten po úvodních, prepsychoanalytických fázích, ve kterých formuloval např. traumatický model vzniku neuróz, vytvořil topografický model lidské duše, kde rozlišuje *nevědomí* (oblast neverbálních procesů zachytitelných v přáních, reflektovaných v pudových potřebách, snech, neurotických příznacích, chybných výkonech), *předvědomí* (přechodná oblast, jejíž obsahy jsou vědomí za některých okolností přístupné, za některých ne) a *vědomí*

⁸ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 32.

⁹ Tamtéž, s. 37

(vnímá a kontroluje psychickou a motorickou aktivitu). Od 20. let minulého století buduje Freud strukturní model *psyché*, ve kterém rozlišuje různé funkční struktury, v nichž vznikají a jsou zpracovány pudové a emoční síly. Rozděluje je do tří struktur majících vědomé i nevědomé složky. **Ono (Id)** představuje zdroj pudových impulsů, **Nadjá (Super-ego)** je silou bránící nekontrolovatelnému uplatnění pudových přání, obsahuje morální ideály a normy, **Já (Ego)** je zodpovědné za koordinaci všech vnitřních a vnějších tlaků.

Velkou pozornost věnoval Freud koncepci, ve které rozpracoval vývoj pudových sil v prvních šesti letech života člověka do tří období – *orálního* – od první poloviny druhého roku věku, *análního* – druhá polovina druhého roku a třetí rok a *genitálního* – čtvrtý až šestý rok. Pro psychosomatiku jsou nejdůležitější první dvě období, kdy se budují definitivnější vzorce fyziologických reakcí. V prvních dvou životních fázích je nalézáno mnoho podnětů pro teoretické vysvětlení pozorovaných poruch i pro klinickou práci. Z narušeného vývoje v prvních šesti letech života lze, dle Freudova názoru, vysvětlit mnohou psychopatologii.

Ve 30. a 40. letech řada psychosomaticky orientovaných psychanalytiků nastupuje se svými zkušenostmi a teoriemi. Každý z nich přichází s poněkud odlišnými obrazy znázorňujícími daná emoční dění, nelze je však chápat jako rozporná tvrzení, nýbrž o různé obrazy zvolené k popisu určitého emočního stavu nebo popisu tzv. intrapsychického konfliktu.

Některé odborné zdroje uvádí, že Ruesch si všiml, že všechny psychoanalytické výklady psychosomatických poruch mají jeden společný rys: nalezená patologie se vždy týká nejranějších vývojových období, známých jako orální, nebo anální období. V průběhu prvních dvou let života vznikají a upevňují se základní fyziologické reakční vzorce, a je zde nejlepší příležitost k jejich propojení s paralelně se utvářejícími základy emoční reaktivity. Propojení může mít různý charakter, z toho důvodu pro somatickou poruchu lze nalézt u různých nemocných různé výklady, což jen ukazuje pestrost a nejednotnost psychoanalytických teorií.¹⁰

Alexander ve svých teoretických představách vychází z popisů intrapsychických konfliktů, z větší části nevědomých, týkající se obvykle různých forem závislých potřeb. Tyto konflikty jsou specifické pro různá onemocnění a těsně souvisejí s patogenezí chorob. Alexander¹¹ považuje za zprostředkující mechanismy vegetativní nervový systém i hormony centrálně řízené na ose hypotalamus-hypofýza-endokrinní žláza. Podle dělení vegetativního nervstva člení patogenetické mechanismy na ty, které souvisejí s přípravou na boj či útěk

¹⁰ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 37.

Srov. FREUD, S., *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*, s. 305.

¹¹ Srov. ALEXANDER, F., *Psychosomatic medicine*; s. 232.

(sympatikus), a ty, které mají vztah k příjmu potravy a anabolickým pochodům (parasympatikus). Existenci intrapsychického konfliktu nepovažuje za dostatečnou podmínku vzniku somatického onemocnění. Předpokládá vnější noxu i vnitřní faktory (vrozená zranitelnost orgánů). Připouští možnost, že jím pozorované intrapsychické konflikty nemusí být nezávislou příčinou chorob, ale že mohou vznikat v interakci s existujícím patofyziologickým dějem.

V dalším vývoji se i v psychoanalytickém kruhu v psychosomatice přijímají zásady multifaktorové patogeneze chorob, nehovoří se již o příčinách, ale zavádí se pojem predisponující faktor. Již nevznikají převratné teorie, psychoanalytická teorie však zůstává součástí moderní psychosomatiky obohacené o mnohé poznatky a jejich využití v klinické praxi.

Z okruhů psychoanalytické koncepce vznikají v poslední době dvě významné koncepce – alexitymie a hopelessness-helplessness syndrom. Zmiňované teorie budou uvedeny dále v samostatných kapitolách.¹²

2.2 Kortikoviscerální koncepce

Baštecký uvádí, že tato koncepce, byla vypracována zejména Bykovem a Kurcinem s jejich školami. Vycházejí z učení významného ruského fyziologa Pavlova o podmíněných reflexech a dále je rozpracovávají. Patří mezi jedny z velmi významných psychofyziologicky orientovaných koncepcí psychosomatické medicíny.¹³

Experimentálně prokázali vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi organismu a dále i tu skutečnost, že činnost vnitřních orgánů a řady fyziologických funkcí (včetně imunitních odpovědí) můžeme podmínit rozličnými vnějšími a vnitřními podněty a že činnost vnitřních orgánů je řízená mozkovou kůrou. Za patogenními faktory kortikoviscerálních onemocnění jsou odpovědné především dlouhotrvající negativní emoce jako je např. smutek, úzkost, strach. Nejdříve dochází k působení v oblasti mozkové kůry, kde vzniká jakési ulpívající ohnisko, to negativně indukuje podkoří, což vede k počátečním změnám centrálních vegetativních regulací. Později dochází ke druhému stadiu charakterizovanému přepětím korových buněk, jejich vyčerpáním a následným vznikem

¹² Srov. ALEXANDER, F., *Psychosomatic medicine*; s. 232.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 37.

Srov. FREUD, S., *Nástin psychoanalýzy*, s. 103.

Srov. RUESCH, J., *The infantile personality*, < <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/10/3/134>>

¹³ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 37.

nadhraničního útlumu v mozkové kůře, indukci podkorových center (talamických a hypotalamických) v nichž se vytvářejí ohniska podráždění tzv. třetí stádium. Poruchou normálních vzájemných vztahů mezi mozkovou kůrou a podkorovými centry, především v hypotalamické oblasti, vznikají složitá onemocnění. (vředová choroba žaludku a dvanáctníku, počáteční stadium hypertenze, neurózy srdeční a žaludeční, bronchiální astma a některá další onemocnění). Díky tomu, že do sféry účinku kortikoviscerálního reflexu zasahují i endokrinní žlázy, účastní patologického stavu nervové soustavy v patogenezi těchto onemocnění i endokrinní systém podmiňující trvání a stálost patologických změn v činnosti vnitřních orgánů. Zpočátku poruchy v korové a podkorové oblasti jsou příčinou funkčních poruch orgánů a orgánových systémů, poté dochází k ireverzibilním změnám jejich struktury.

Zakladatelé kortikoviscerální koncepce se nejvíce věnovali rozpracování etiologie vředové choroby žaludku a duodena. Žaludeční nebo duodenální vřed vzniká vlivem dlouhodobě působících patogenních podnětů z chaoticky fungujících podkorových center, ty vyvolávají spasmus hladké svaloviny a vazokonstrikci cév při celkové trofické poruše činnosti tkání a buněk. Následkem toho procesu dojde ke snížení odolnosti žaludeční a duodenální sliznice čímž dochází k natrávení sliznice žaludeční šťávou. Dalším zjištěním u nemocných je hypersekrece žaludeční šťávy obsahující kyselinu chlorovodíkovou ve zvýšeném množství. Je to počáteční stádium, ve kterém vznikají ještě reverzibilní eroze. Rozvoj onemocnění je pak podmíněn jak nepřetržitým účinkem předchozích faktorů, tak vznikem nové stimulace mozkové kůry z interoreceptorů změněných orgánů. Vzniká tak bludný kruh trvající tak dlouho, dokud nedojde k obnovení normálních fyziologických regulací. Kortikoviscerální koncepce byla v ČR málo rozvíjena.¹⁴

2.3 Koncepce psychického stresu

Za stres považujeme situaci, která vyvolává úzkost, napětí. V každé oblasti představuje stres určitý dopad. Ve fyzice tlak působící deformaci tělesa, v biologii je jevem znamenajícím skutečné či domnělé ohrožení integrity organismu, ve fyziologii je stres chápán jako činitel působící nepříznivě např. horko, chlad, také jej lze označit jako poruchu vyvolanou v zatíženém organismu, stav organismu vyvolaný stresovou situací, v oblasti psychologie je

¹⁴ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 37.
Srov. TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*, s. 27.

stres stavem organismu, jehož reakce na okolí jsou provázeny úzkostí, napětím či obrannými mechanismy, v mediích je to průvodní jev moderního života.

Za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu tj. studia zvýšené funkce nadledvinek ve stresových situacích je považován H. Selye. Hans Selye pracoval z počátku pouze se zvířaty, které uváděl do nejrůznějších těžkých životních situací a zjišťoval změny v činnosti jejich fyziologických funkcí. Svou pozornost nejčastěji zaměřoval na činnost endokrinního systému. Bez ohledu na druh zátěže dochází vždy ke stejným změnám fyziologických funkcí. V 50. letech vzniká tato teorie stresu, nazvána GAS – *General Adaptation Syndrom* – nespecifický (generalizovaný) adaptační syndrom, je to jakýsi stabilní vzor odpovědi organismu na ohrožení. Podstatou této teorie je působení psychosociálních stresorů na organismus. Předpokládal, že působí stejně jako stresory biologické. Stres je podle Selyeho nespecifická odpověď organismu na nějaký vnější tlak.¹⁵

GAS probíhá v několika stádiích (viz obr. č. 1 *Schéma stresové reakce* str. 10)

a) poplachová fáze, zde dochází ke střetu organismu se stresorem, k „vyhlášení poplachu“. Aktivují se všechny obranné možnosti organismu. Zejména činnost sympatického nervového systému je zde zapojena nejvíce. Do krve se vyplavuje větší množství adrenalinu, tím dochází ke zvýšení tepu a krevního tlaku, zrychluje se dýchání, potní žlázy zvyšují svou exkreci, uvolňuje se krev z oblasti trávicího traktu a shromažďuje se do svalů končetin. Všechny výše popsané procesy mají připravit organismus na útok nebo útěk. Tato fáze byla pro člověka důležitá zejména v historických dobách lidstva. V dnešní době nemáme tak často možnost fyzicky s někým bojovat, nebo někam utéci.

b) stav zvýšené rezistence spojený s úsilím udržet adaptaci (přežití za krajně nepříznivých okolností). Zde jde o vlastní boj organismu se stresorem. V případě, že stresor a organismus jsou přibližně vyrovnané, boj může trvat déle. Při dlouhodobém trvání se objevují soubory příznaků zhoršujícího se stavu organismu, tzv. „nemoci adaptace“. Mezi ně lze zařadit např. žaludeční a duodenální vředy, kardiovaskulární nemoci, hypertyreoidismus, astma bronchiale apod. Selye se domníval, že negativní vztah tohoto stavu dlouhodobé rezistence vede ke snížení činnosti imunitního systému.

¹⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 167.
Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, s. 56.

c) stav exhausce, vyčerpání adaptační energie, selhání regulačních mechanismů a desorganizace jak systémů řídicích, tak systémů řízených. V této fázi je aktivován parasympatický systém. Organismus v boji se stresorem podléhá a hrouť se. Projevem této fáze může být deprese a za určitých okolností i exitus.¹⁶

Stres tedy vzniká při porušení homeostázy a jeho charakteristickým rysem je adaptace, kterou je homeostáza opět obnovena.

Bouček¹⁷ uvádí, že H. Selye v roce 1971 dochází k závěru, že ne každý stres vede k poškození zdraví. Důležitou roli zde hraje specifická účinků různých stresorů, přecitlivělost či zranitelnost jednotlivce i jeho orgánů nebo odolnost jedince.

Stresem podmíněná patologie vzniká z vyčerpání přiměřeného adaptačního procesu nebo z maladaptace. Mezi poruchy, které jsou vždy přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu jsou zahrnovány:

- akutní reakce na stres, která obvykle odezní během několika hodin či dnů, může to být reakce na přepadení, znásilnění, úraz, živelnou pohromu atp.;
- poruchy přizpůsobení, které odeznívají podstatně delší dobu, od jednoho měsíce po stresové události s trváním do 6 měsíců. Výjimkou však jsou protrahované depresivní reakce.

Stres vede k mobilizaci sil, energetických rezerv, zvýšení pohotovosti či v začátku kortikální fáze ke zlepšení sociálního učení. Naopak může vyvolat hyperaktivaci nebo nežádoucí útlum. Pro organismus je proto výhodný i nevýhodný (hovoříme pak o eustresu a distresu). Také je energeticky velmi náročný, jednostranně zatěžuje některé orgány a orgánové systémy, mění stupeň imunity a celkovou homeostázu vnitřního prostředí. Podněty, u kterých se setkáváme se stresovou odpovědí, mohou být fyzikální, chemické, biologické, ale rovněž psychické a sociální.¹⁸

¹⁶ Srov. McCABE, P. M. a kol. *Stress, coping, and cardiovascular disease*, s. 11.

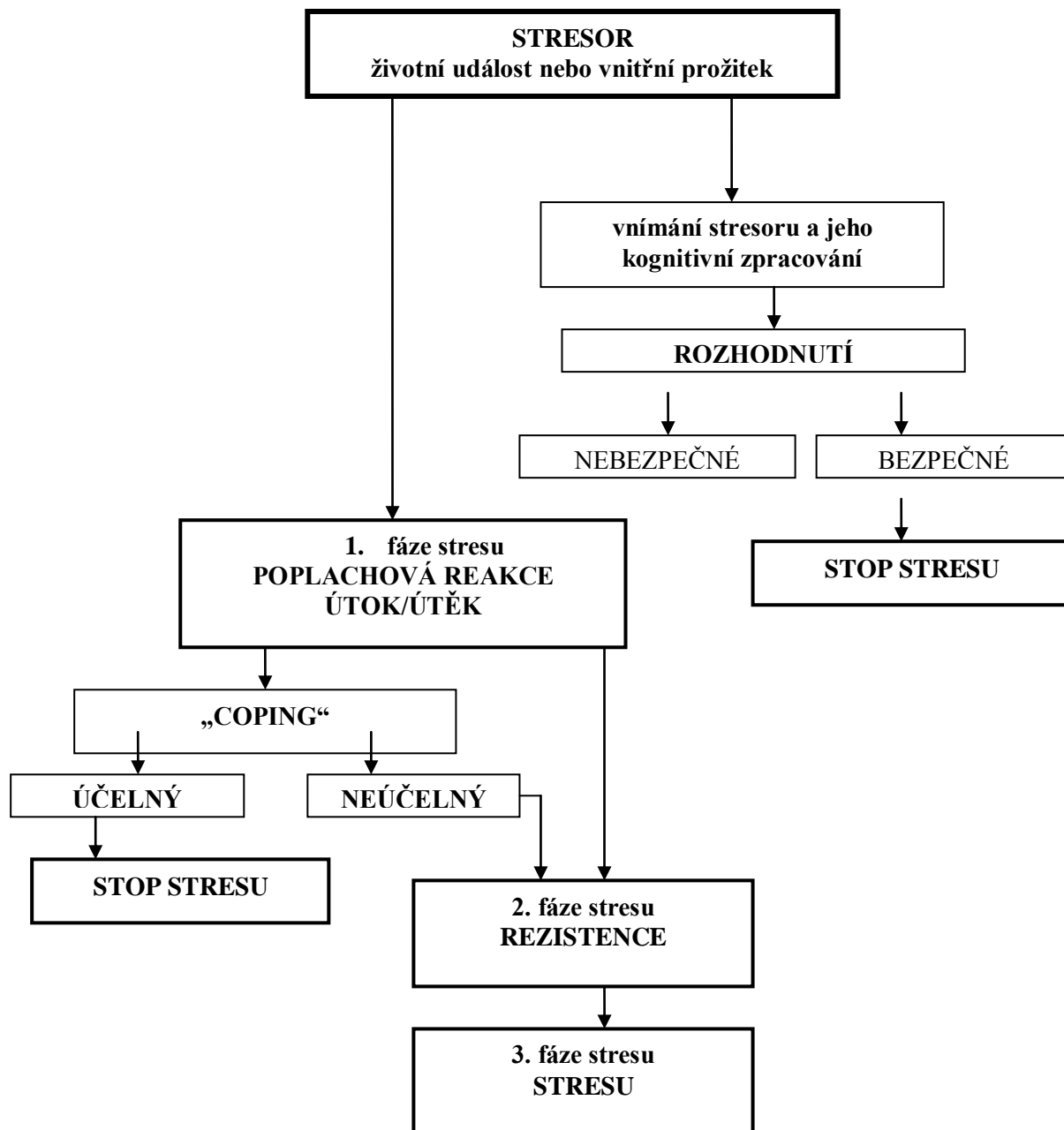
Srov. BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*, s. 95.

¹⁷ Tamtéž, s. 95

¹⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 166.

Srov. CHROMÝ, K., a kol. *Somatizace a funkční poruchy*, s. 20.

Srov. EWANS, P., CLOW, A. *Stress and the immune system*, s. 123.



Obr. č. 1: Schéma stresové reakce (převzato z: CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol.)¹⁹

¹⁹ Srov. CHROMÝ, K., a kol. *Somatizace a funkční poruchy*, s. 20.

2.4 Koncepce alexitymie

Jde o koncepci, která vzbudila naději, že přinese podstatné vysvětlení problémů psychosomatické medicíny. Alexitymie je považována za nosný koncept při výkladu psychosomatických onemocnění a skutečně se u řady nemocných s tímto fenoménem setkáváme. Název je tvořen sloučeninou tří slov: A = ne, LEXI = číst, THYMOS = emoce.

Tato koncepce vnikla na půdě psychoanalytických pracovišť. Důležitou osobností pro její vývoj byl Reusche, který se postavil proti specifickým teoriím psychoanalytiků. Poukazoval na řadu společných vlastností psychosomatických pacientů různých diagnóz a popsal nespecifickou, tzv. infantilní osobnost. V tomto popisu uvádí i obtíže nemocných při slovním a symbolickém vyjádření vlastních afektů a pudových hnutí.²⁰

Baštecký uvádí celistvější koncepci, se kterou přichází Marty a de M'Uzan. Popsali způsob myšlení a vyjadřování psychosomaticky nemocných, jak jej pozorovali při psychodynamických rozhovorech. Myšlení těchto pacientů je konkrétní, orientované na přítomnost, není spojeno s vědomými či nevědomými fantaziemi. Znovu reprodukuje činy již vykonané, aniž by je obohacovalo. Vedle fantazií chybí i snová produkce.²¹

První popisy alexitymických nemocných přinesli dle informací Lessera kolem roku 1970 Sifneos a Nemiah.²²

Pro alexitymické pacienty platí, že:

- nekonečně popisují tělesné příznaky, které se někdy nevztahují k základnímu onemocnění;
- stěžují si na napětí, podrážděnost, frustraci, bolesti, nudu, prázdnotu, neklid, agitovanost, nervozitu;
- nápadně jim chybí fantazie, přitom pečlivě popisují nevýznamné detaily prostředí;
- mají zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí;
- pláčou málo, někdy hodně (ale pak se pláč nezdá být vztažen k odpovídajícím pocitům, jako je smutek či zlost);

²⁰ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 48.

²¹ Tamtéž, s. 48.

²² Srov. LESSER, M. I., *A Review of the Alexithymia Concept*,
<<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/43/6/531.pdf>>

- vzácně si pamatují sny;
- jejich afekty bývají nepřiměřené;
- činnost se zdá být pro ně hlavním způsobem života;
- jejich interpersonální vztahy jsou obvykle špatné, s tendencí k výrazné závislosti, nebo dávají přednost samotě, odmítání lidí;
- osobnosti bývají narcistické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé, psychopatické;
- lékař nebo terapeut je jimi obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí.²³

Od počátku vzniku této koncepce se objevovaly úvahy o příčině popsané poruchy. Teorie v oblasti neurofyziologie předpokládají poruchu spojení mezi fylogeneticky staršími oblastmi mozku a neokortexem. Následkem této poruchy jsou emoce vyjádřeny přímo pomocí autonomního aparátu a nemohou být předány neokortexu k intelektuálnímu zpracování. Pacienti nejsou schopni rozvinout řeč pocitů a symbolů, ale komunikují pomocí „řečí orgánů“. Psychoanalytické teorie předpokládají vývojové momenty při vzniku alexitymie. Někteří autoři se domnívají, že na rozdíl od konverzních příznaků nejsou u alexitymických pacientů instinktivní impulsy psychiky zpracovávány, ale přímo ovlivňují tělo. Koncepce se ukázala jako nejpřínosnější pro klinickou praxi. Velmi užitečná byla zejména pro porozumění těm pacientům, kteří obcházejí s řadou netypických potíží a bez většího somatického nálezu, nejrůznější odborníky, bez naděje na větší úlevu a skutečnou pomoc.²⁴

2.5 Koncepce životních událostí

Vztahy mezi životními událostmi rozpracovali Holmes a Rahe (1967)²⁵. Životní události, jsou většinou neočekávané, závažné změny v životě jedince. Můžeme tam zařadit např. závažnou nemoc blízkého člena rodiny, ztrátu partnera, rozvod, nezaměstnanost, vězení, ztrátu majetku atd. Rovněž některé události s kladným emočním nábojem (výhra v loterii atp.) mohou působit ve svém důsledku jako negativní faktor. Změny vyžadují od jedince zvýšené

²³ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 48.

Srov. A. KOSTUREK, R. J. GREGORY, A. J., *Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain*, s. 339.

²⁴ Srov. CHROMÝ, K., a kol. *Somatizace a funkční poruchy*, s. 24.

Srov. ŠIMEK, J., *Alexithymie, historický koncept*,

<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_simek.htm>

²⁵ Srov. HOLMES, T. H., RAHE, R. H., *The social readjustment rating scale*, s. 213

úsilí a značnou adaptaci. Nejzávažnější životní událostí je ztráta významné blízké osoby, bývá zdůrazňována především ve výzkumu zhoubných nádorů. Známost, zatím však ještě dostatečně neověřenou událostí je, že starý člověk nápadně často do roka následuje svého zemřelého životního partnera (viz kapitola Truchlení, str. 27).²⁶

Oblast rodinného života hraje významnou úlohu v osobnostní stabilitě. Konflikty v této oblasti jsou vnímány jako významné stresory v daleko větší míře než si běžně připouštíme.

Holmes a Rahe vypracovali klasifikační systém přidělující zásadním životním událostem určitou bodovou hodnotu (viz tabulka 1, str. 22). Bylo zjištěno, že překročení určité empiricky stanovené hranice 250 bodů v časovém úseku posledního roku má většinou za následek psychické či somatické onemocnění. Závisí však i na řadě dalších okolností, jako je míra sociální podpory v tíživé situaci, postoje člověka k daným událostem, způsob přijetí a zacházení s nepříznivými okolnostmi atd.

Nejpodrobněji studovanou problematikou se stala otázka životních událostí u kardiovaskulárních onemocnění, kde jsou souvislosti na první pohled nejzřetelnější. (podrobnější přehled psychosomatické problematiky v kardiologii viz²⁷). Významnou životní událostí se ukázala nezaměstnanost, kdy u nezaměstnaných byl prokázán vzestup krevního tlaku. Hladiny cholesterolu a kyseliny močové korelovaly s narůstající depresí, podrážděností a ztrátou sebejistoty. Tyto změny vymizely až po několika měsících od doby nalezení nového zaměstnání. V závěru lze říci, že psychosociální zátěžové situace přispívají ke vzniku i somatických poruch a chorob.²⁸

²⁶ Srov. NEČESALOVÁ, M. *Psychologické aspekty vyrovnávání se s těžkou životní událostí*, s. 56.

²⁷ KANTOROVÁ Z., *Psychosomatický obraz nemoci*, bakalářská práce, s. 25–32.

²⁸ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 46–47.

Srov. BLUMENFIELD M., STRAIN, J. J., *Psychosomatic Medicine*, s. 145.

Tabulka č. 1: Inventář životních událostí s bodovými hodnotami

Úmrtí partnera	100	Konflikty s tchánem, tchyní, se zetěm, snachou	29
Rozvod	73	Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Rozvrat manželství	65	Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
Uvěznění	63	Vstup do školy nebo její ukončení	26
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	Změna životních podmínek	25
Úraz nebo vážné onemocnění	53	Změna životních zvyklostí	24
Sňatek	50	Problémy a konflikty s nadřízeným	23
Ztráta zaměstnání	47	Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Usmíření a rřebudování manželství	45	Změna bydliště	20
Odchod do důchodu	45	Změna školy	20
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Změna rekreačních aktivit	19
Těhotenství	40	Změna církve nebo politické strany	19
Sexuální obtíže	39	Změna sociálních aktivit	18
Přirůstek nového člena rodiny	39	Půjčka menší než 50 000 Kč	17
Změna zaměstnání	39	Změna spánkových zvyklostí a spánkových režimu	16
Změna finančního stavu	38	Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Úmrtí blízkého přítele	37	Změny stravovacích zvyklostí	15
Přeřazení na jinou práci	36	Dovolená	13
Závažné neshody s partnerem	35	Vánoce	12
Půjčky vyšší než 50 000 Kč	31	Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11
Splatnost půjčky	30		
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29		
Syn nebo dcera opouští domov	29		

(převzato z: Bouček, J.)²⁹²⁹ Srov. BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*, s. 56.

Tabulka č. 2: Skórování inventáře životních událostí

Méně než 150 jednotek životní změny	=	30% šance vývoje nemoci ze stresu
150 – 299 jednotek životní změny	=	50% šance nemoci
Více než 300 jednotek životní změny	=	80% šance nemoci

Každá položka škály má přiřazenou kvantifikovatelnou „váhu“, vyjádřenou určitým počtem bodů. Klient hodnotí poslední časové údobí, nejčastěji jeden rok. V případě vícenásobného výskytu událostí se bodové hodnocení násobí počtem výskytů a celkové dosažené skóre se sečte.

Za relativně bezrizikové skóre se považuje pásmo do 150 bodů, v pásmu 150 – 200 bodů již může dojít k psychosomatickému onemocnění u asi 40 % osob, v pásmu 200 – 299 u 50 % osob a konečně v pásmu nad 300 bodů až u 80 % osob.

Čím vyšší je bodové skóre, tím intenzivnější by měla být intervence zaměřená na změnu té stránky způsobu života, která je nejvíce dotčena.³⁰

³⁰ Srov. SCHREIBER, V., *Lidský Stres*, s. 15.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 46-47.

Srov. HOLMES-RAHE, *The Holmes-Rahe Social Readjustment Ratings Scale*,
<<http://www.healpastlives.com/future/cure/scale.htm>>

2.6 Koncepce syndromu Hopelessness - helplessness (syndrom beznaděje a bezmoci)

Svým charakterem tato koncepce stojí mezi biologickými a dynamickými přístupy. Hopelessness-helplessness jako prožitkový syndrom zahrnuje i behaviorální ekvivalent giving-up-given komplex, který je charakteristický útlumem pohybu a fyziologických funkcí. Prožitek obsahuje:

- bolestivý pocit bezmocnosti a beznaděje tváří v tvář určité situaci;
- subjektivní pocit snížené schopnosti situaci řešit („je to nad mé síly);
- pocit ohrožení a menšího uspokojení ve vztazích k ostatním a z role ve společnosti;
- ztráta souvislosti mezi minulostí a budoucností, snížená schopnost naděje a důvěry;
- tendence oživovat a opět prožívat dřívější deprivace a selhání;

Koncepci vypracovali Schmale a Engel. Vycházeli z pozorování dvouleté holčičky deprivované vlastní matkou, která nebyla schopna zvládat péči o dítě s atrézií jícnu s nutností krmení sondou. Reakcí dítěte na nedostatek stimulace a jiné rušivé vlivy byl generalizovaný útlum projevující se apatií a znehybněním. Na základě tohoto příkladu autoři popisují pasivní, únikově-konzervativní reakci. Koncepce přináší vysvětlení pasivních reakcí v zátěži, jako je útlum imunity, mdloby apod.³¹

³¹ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 52.

Srov. SCHMALE, A. H., *Giving-up as a final common pathway to changes in health*, s. 20-40.

3 PSYCHOONKOLOGIE

Psychoonkologie je poměrně mladým interdisciplinárním oborem, který čerpá poznatky zejména z psychologie, onkologie a psychoterapie, ale rovněž z dalších disciplín jako je biologická psychologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie, ošetřovatelství a mnoho dalších. Bohatost zdrojů v přístupu k problematice nádorového onemocnění je v souladu s bio-psycho-sociálním paradigmatem současné medicíny zároveň obohacené o dimenzi duchovní a ekologickou.

Průběh nemoci ovlivňuje to, jak člověk danou situaci prožívá, jaká je mu poskytována psychosociální podpora. Hlavním úkolem psychoonkologie je optimalizovat možnosti působení psychosociální podpory tak, aby bylo dosaženo příznivých účinků na průběh nemoci či uzdravení.

„*Rakovina*“ je lidmi chápána jako symbol zla, přestože existují i další těžká chronická onemocnění, které mohou končit smrtí a umírá na ně v dnešní době větší počet lidí. Pojem „*rakovina*“ v metaforické asociaci hovoří sám za sebe, je srovnáván s živočichem:

*„Ona (rakovina) je stejně jako rak chápána většinou jako neviditelný, noční živočich, který se svým nevypočitatelným pohybem vzad zdánlivě nesmyslně pohybuje vpřed. Stejně jako krunýřem chránění raci se i nemoc „rakovina“ chopí příležitosti a s upřeným pohledem na své oběti způsobuje utrpení a jejím nenasatným cílem je smrt.“*³²

Zajímavý je také další možný náhled na onkologické onemocnění, které může být chápáno jako „moderní mor“:

*„Rakovina znamená těžkou ránu osudu, nevléčitelnou, neovlivnitelnou nemoc, jistou, ale ne okamžitou smrt, nýbrž pomalé a bolestné chřadnutí. Rakovina má v sobě něco příšerného, záladného a zlého. Může to znamenat trest, jeho odpykání nebo vinu. Rakovina znamená také sníženou výkonnost, a tedy pocit bezcennosti, pocit, že námi ostatní opovrhují a že jsme jim na obtíž. Naše známky malomocenství, vyloučení ze společnosti, izolace, bezmocnosti a beznaděje.“*³³

Zhoubná nádorová onemocnění mají multifaktoriální příčiny, abychom pochopili jejich podstatu, používáme multifaktoriální modely zahrnující genetickou dispozici, biochemickou a hormonální podmíněnost, jakož i psychologické a psychosociální faktory.

³² TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 13-14.

³³ Tamtéž s. 14.

Psychosomatika se zabývá jednak osobností a vlastnostmi postiženého klienta, jednak událostmi, které nemoci předcházejí, a také otázkou, zdali existuje nějaké jasně prokazatelné spojení mezi psychikou, psychickou zátěží a vznikem rakoviny. Rakovina už byla známá v dávnověku. Psal o ní Hippokrates a Galenos jí dal název. Označil ji jako tumor (nádor – z latinského tumere – bobtnati). Galenos se, jako jeden z nejznámějších starověkých lékařů zajímal příčinou jejího vzniku a již v té době se domníval, že rakovinou často onemocní melancholické ženy.³⁴

3.1 Biobehaviorální přístup k nádorovým onemocněním

V následující kapitole budou popsány behaviorální přístupy k nádorovým onemocněním ve vztahu k základnímu tématu práce.

Biobehaviorální přístup je založen na bio-psycho-sociálním modelu nemoci a na neoplastická onemocnění nahlíží jako na nemoci, které nemají pouze organické, ani pouze psychosociální příčiny, ale jsou charakterizované multifaktoriální etiologií a patogenezi. Psychosociální faktory mohou hrát významnou roli zejména u určitých predisponovaných jedinců. V biobehaviorálním výzkumu nádorů je důležité zkoumání biologických, psychologických a sociálních markerů onemocnění a tím směřování k efektivnější a komplexnější terapeutické intervenci včetně psychoterapie, socioterapie a psychofarmakoterapie.³⁵

3.1.1 Psychosociální rizikové faktory

Psychosociální zátěže mohou podle Foxe³⁶ hrát významnou úlohu u disponovaných jedinců v multifaktorové etiologii nádorů. Mezi psychosociální zátěže můžeme zařadit situace vyžadující zvýšené úsilí jedince vyrovnat se s nimi, vedoucí často k negativním emocím, k neurotickým a psychosomatickým reakcím, jež jsou doprovázeny depresí, syndromem beznaděje-bezmoci, nebo pocitem odevzdání se. Tyto reakce mají své psychofyziologické spojitosti. V 17. a 18. století někteří lékaři přisuzovali psychosociálním faktorům veliký vliv a považovali je za jedinou příčinu vzniku nádorových onemocnění. V dalších obdobích byly

³⁴ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 11.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 122.

³⁵ Srov. CHOVANCOVÁ, Z., *Co je to psychoonkologie*, s. 14-15.

³⁶ Srov. FOX, B.H., *Psychological factors in cancer incidence and prognosis*, s. 110-124.

jejich názory a přesvědčení/kazuistiky zapomenuty a začal převládat biologický model nemoci.

Za psychosociální faktory se považují také situace, které vyžadují maximální adaptaci jedince na nové životní situace. Objevení se těchto rizikových faktorů v období tří let před onkologickou diagnózou je považováno za patognomické. V této souvislosti je možno zmínit se o rizikovém vlivu tzv. depresivní osobnosti, formované v dětství, o které bude pojednáno níže.³⁷

3.1.1.1 Osobnostní charakteristiky onkologicky nemocných

V rámci psychoonkologie se osobnost jedince doposud těšila velkému zájmu.

Předpokládá se, že existuje určitý vztah mezi povahou osobnosti a vznikem nádorového onemocnění. Ve starověku na tento vztah kladli lidé velký důraz a často byly osoby s nádorovými onemocněními obviňovány ze vzniku své choroby. Předpokládalo se, že špatně zacházeli se svými pocity a vztahy a se stresem.

V moderní psychoonkologii se vedou spory zejména o takzvané „osobnosti typu C“ nebo o konceptu „fighting spirit“. Při vytváření konceptu psychosomatické osobnosti nebo alexitimické osobnosti se objevila souvislost s nedostatkem schopnosti emocionálního vyjadřování, který se zkoumal v mnoha empirických studiích a je označován jako osobnost typu C.³⁸

Budeme-li chtít charakterizovat *nádorovou osobnost – osobnost typu C*, pak můžeme říct, že existuje určitý základní souhrn znaků a profil chování typu C (type C, cancer personality, nádorová osobnost).

Na základě studia odborné literatury³⁹ uvádíme základní souhrn znaků typických pro tento typ chování:

Pro tento typ chování je typické:

- potlačení nebo popření deprese, zlosti a hostility;
- hyperadaptovanost či špatná adaptabilita;
- neprosazující se chování, pasivita;

³⁷ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 11.

³⁸ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 314 – 317.

³⁹ Tamtéž, s. 11.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 126.

- spolupráce;
- nedostatečně vyvinutá fantazie, bezbarvá řeč, prázdnota v lidských vztazích;
- harmonizující chování, symbiotické připoutání k partnerovi, depresivní připoutání k němu a bezmocné zoufalství po rozchodu, které fungují jako nemoc spouštějící události;
- obtížné vyrovnání se stresem a prožívání pocitů bezmoci a beznaděje, které se mohou rozvinout až do stavu klinické deprese.

Chování typu C má své fyziologické koreláty, např.: pokles biogenních aminů v hypothalamu, snížení funkcí makrofágů, útlum systému DNA, korelace mezi hladinami IgA a potlačení zlosti u nemocných s karcinomem prsu, změny v opioidovém systému a aktivitě NK-buněk.⁴⁰ Přírození zabijáci patří do skupiny cytotoxických lymfocytů, které tvoří hlavní součást vrozeného imunitního systému. Významnou funkcí „přírozených zabijců“ je zničení (rejekce) nádorových buněk či buněk napadených viry. Uvolněním proteinových cytoplasmatických granul označovaných jako perforiny a granzymy likvidují cílové buňky procesem apoptózy (programovaná buněčná smrt). NK buňky jsou definovány jako velké granulární lymfocyty (LGL) a tvoří třetí typ buněk, které jsou odlišné od společného progenitoru generujícího B a T lymfocyty.⁴¹

Další zmiňovanou osobností ve vztahu ke vzniku nádorových onemocnění je ***depresivní osobnost***.

Moderní prospektivní studie, sledující výskyt psychosomatických chorob od mládí a jejich podmíněnost osobnostní strukturou, stanovily rizikový vliv tzv. depresivní osobnosti (D-personality). Je formována v dětství v charakteristické sociálně izolované rodině, taková rodina připomíná „velkou chladnou místnost“. Od dítěte vyžaduje, aby vykompenzovalo nedostatek její sociální prestiže, neumožňuje otevřeně projevit vzájemnost vztahů a dává najevo nedostatek pozornosti k potřebám druhých.

Jedná se o jedince, kteří se vyznačují silnou vnitřní disciplínou, téměř si nestěžují, naopak se snaží potlačovat a vytěsňovat afekty a impulsy, které by mohly být v konfliktu, a tak by nádorové bujení mohlo být jakýmsi ventilem pro vzniklé napětí.

⁴⁰ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 15.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 126.

⁴¹ Srov. ROITT I. a kol., *Immunology*, s. 234

Deprese jako prediktivní faktor nádorového onemocnění byla v některých výzkumech zkoumána jako centrální psychosociální proměnná. Někteří vědci považují depresi za spouštěcí faktor nádorového onemocnění, jiní se přiklání k názoru, že deprese je následkem onemocnění. I nadále zůstává nejasné, zda rozdíly v depresivních náladách mohou, či nemohou ovlivnit nádorová onemocnění. Depresivní prožívání má určité dopady na způsob života, lidé trpící depresí se jinak stravují, nevědomě se ke svému tělu chovají destruktivněji než ostatní, např. kouří, pijí alkoholické nápoje, nedostatečně se stravují a méně se pohybují. Všechny tyto faktory jsou součástí multifaktoriálního komplexu vedoucího ke vzniku nádorového onemocnění.⁴²

Zvláštní úlohu ve vztahu ke vzniku nádorových onemocnění má proces *truchlení*.

Truchlení nad prožitou ztrátou ať partnera, rodiče, dětí, nebo jiných důležitých osob z nejbližšího okolí, je normální lidskou prožitkovou formou, a je dokonce nutné k tomu, aby bylo dosaženo překonání ztráty. Opakované truchlení lze chápat jako chronicky stresující aspekt, který často ústí v bezmocnost a beznaděj.

V prospektivních výzkumech bylo dokázáno, že v prvních dvou letech po smrti důležité vztahové osoby je četnost onemocnění a smrti 2 – 10krát vyšší než u odpovídající kontrolní skupiny. Také je uváděna vyšší úmrtnost mužů v průběhu prvního roku starobního důchodu než kdykoliv jindy, zde jako negativní faktor působí ztráta pracovní činnosti.⁴³

V dnešní době se předpokládá, že psychosociální stresory, zejména u disponovaných jedinců, působí prostřednictvím neuroimunitních mechanismů. Tschuschke prezentuje závěry kolegů, kde Bartrop a spol. a Schleifer a spol. prokázali, že žal a odloučení od partnera vede k výraznému snížení T-lymfocytů, v pozdějších studiích byla potvrzena pomocí prospektivních studií zvýšená morbidita a mortalita takto separovaných jedinců. Teshima a Ikemi svými výzkumy prokázali, že psychosociální stres dokáže potlačit cytotoxicitu přirozených zabíječů NK-buněk. Naopak lze prokázat, že některé stresory působí imunostimulačně.⁴⁴

Taročková uvádí, že podle Schwaba (1979) životní ztráta může vést jak k růstu ve vývoji, tak i k deterioraci, vývojové regresi. Dle toho jak jednotlivec dokáže krizi vyvolanou ztrátou zvládnout nebo zda v tomto procesu selže a jaký bude jeho další vývoj,

⁴² Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 17-19.

Srov. DATTORE, P. J., SCHONTZ, F. C., COYNE, L. *Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness*, s. 388-398.

⁴³ Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 317.

⁴⁴ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 20.

závisí na tom, jaké jsou konstruktivní nebo destruktivní následky životní ztráty. Nevyhnutelným a zcela běžným mechanismem zvládnání procesu truchlení je smutek (žal, zármutek), oddělování se od objektu ztráty. Úspěšnost tohoto procesu závisí na schopnosti jednotlivce vyrovnat se s tzv. úlohami zármutku a žalu, k nimž patří:

- akceptace životní ztráty;
- akutní zármutek a žal;
- adaptace na prostředí, ve kterém došlo ke ztrátě;
- přesměrování energie vázané životní ztrátou na nový objekt;
- překonání strachu ze změny;
- nalezení nového smyslu života.⁴⁵

Neméně významným faktorem zmiňovaným odbornými zdroji ve vztahu ke vzniku nádorových onemocnění je **stres**.

Stres je často chápán jako výsledek nějakých negativních událostí. Každý stres doprovází určitá míra zátěže, která se většinou projeví tehdy, pokud jsou požadavky a nároky na člověka spojené s onou negativní událostí tak vysoké, že je dotyčná osoba považuje za nezvládnutelné.

Chronický stres mohou způsobit setrvalé problémy, konflikty a ohrožení v denním životě, které vznikají buď uvnitř primárních sociálních rolí (interpersonální konflikt mezi manžely, rodič – dítě, nesrovnatelné požadavky více rolí najednou – rodina, práce, neztotožnění nebo neochota hrát určitou roli atd.) nebo v chronických podmínkách naopak nespojených se sociálními rolími je stres vytvářený životními okolnostmi prostředí (závažné chronické onemocnění, život v chudobě atp.).⁴⁶

Významně stresové životní události prokazatelně působí na snížení imunitních funkcí, přesto vztah mezi stresem a nádorovým onemocněním zůstává stále ještě nejasný.

Tschuschke uvádí několik příkladů dále zmíněných autorů. Případovou studii s kontrolním vzorkem, kterou prováděl Forsén. Vyšetřoval 87 pacientek s karcinomem prsu a zjistil, že stresory zejména z oblasti vztahové (neustálý stres nebo ztráta) jsou ve spojení s vyšším rizikem vzniku rakoviny prsu a také s menší šancí na přežití a na následný život bez

⁴⁵ Srov. TAROČKOVÁ, T. *Životné stráty s smutienie*. s. 35.

⁴⁶ Srov. HLADKÝ, A. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*, s. 13.
Srov. CHROMÝ, K., *Somatizace a funkční poruchy*, s. 20-25.

nemoci. Účastnicím výzkumu byly kladeny otázky, které se týkaly stresových životních událostí. Spiegel a Kato uvádějí, že načasování rozhovorů může negativně ovlivnit objektivnost odpovědí. Studie Geyera, zahrnující 97 žen s karcinomem prsu prokázala, že závažné životní události se významně vyskytovaly u těch žen, u kterých byl později diagnostikován maligní nádor. Otázky, na které ženy odpovídaly, byly zaměřené na události z minulosti a odpovědi byly vyhodnocovány prostřednictvím „Škály životních událostí a obtížných situací“ (Life Events and Difficulties Scale). Významný pro tento výzkum byl fakt, že účastnice v době kladení otázek neznaly svou diagnózu, což snižuje do značné míry chybu opomenutí.⁴⁷

Problémem případových studií založených na subjektivním prožitku stresu nebo vzpomínce na stres je, že pacienti si vybaví hlavně ty psychické, tělesné a postojevé změny, které vznikaly současně se zjištěním a uvědomováním si své nemoci. Onkologičtí pacienti prožívají na základě své nemoci negativní emoce, mohou mít proto při retrospektivních výzkumech tendenci uvádět či zmiňovat větší počet stresových situací než osoby kontrolní skupiny.

Fox (1998) nepokládá dosavadní studie za přínosné k objasnění hypotézy o tom, zda stres vyvolává nádorové onemocnění, nebo nikoliv, z následujících důvodů:

- případové studie podléhají možné chybě zkreslení;
- velké skupinové studie systematicky neprokázaly vyšší výskyt stresových životních událostí, které by mohly být v souvislosti s následným vznikem nádorového onemocnění, mírou úmrtnosti nebo přežití;
- obě zkoumané skupiny zahrnující zdravé i nemocné osoby se silnými negativními emocemi uváděly více stresových životních událostí než osoby s průměrnými negativními emocemi nebo emocemi pozitivními.⁴⁸

Na konci této kapitoly pojednávající o psychosociálních rizikových faktorech je uveden souhrn psychosociálních proměnných nejčastěji dávaných do souvislostí se vznikem a vývojem nádorových onemocnění (viz tabulka č. 3, str. 32)

⁴⁷ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 23.

Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*, s. 37.

⁴⁸ Srov. CHROMÝ, K., *Somatizace a funkční poruchy*, s. 20-25.

Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 23.

Srov. LEBEL, S., ROSBERGER, Z., < <http://www.springerlink.com/content/g36604483433rq7n/fulltext.pdf> >

Tabulka č. 3: Výběr psychosociálních proměnných zmiňovaných v souvislosti s nástupem a prognózou nádorového onemocnění⁴⁹

stres	truchlení
lidé	deprese
psychózy, zvláště schizofrenie	bezmocnost a beznaděj
potlačován pocitů, zvláště zlosti	psychoterapeutické intervence
sociální opora	vysoká míra neuroticismu
hospitalizační deprese	těžké a trvale nevyřešené psychické konflikty
nízká míra neuroticismu popření	silné potlačování
popření	výrazný strach, napětí a nepřátelství
nevyjádřené potlačování	utlumená sexualita
nevyjádřený strach	slabý projev emocí u dětí
problémy mezi rodiči a dětmi po prožitém zármutku	anální osobnost
nízký výskyt psychosomatických symptomů s výjimkou vředového onemocnění	výskyt událostí, které jsou prožívány jako stresové, např. katastrofy, rozvod, ztráta zaměstnání, onemocnění nebo smrt v rodině
častá neuróza	potíže při zapamatování snů rigidita
úzkostná osobnost	sebeodcizení
religiozita v souvislosti se spontánní remisí tumoru	masochistický charakter
konvenčnost	extroverze
chudost ve vyjadřování emocí	narušená ženská identifikace (rakovina prsu)
sexuální poruchy	poníženost
sociální introverze	silné vyjádření emocí
silný, nevyrovnaný nervový systém	čtyři validizační škály MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
vyšší verbální IQ a možnost kontroly nepřátelství	snížená schopnost přizpůsobení po operaci nádorového onemocnění
devět klinických škál MMPI	nízké hodnoty na škále rodičovské blízkosti

⁴⁹ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 17.

Zajímavým spojením je, v odborných zdrojích zmiňovaná, souvislost příslušnosti k **sociální vrstvě a nádorovým onemocněním.**

Vznik nádorového onemocnění a příslušnost k určité sociální vrstvě spolu souvisí nepřímou úměrou. To znamená, že jedinec zařazený do nižší sociální vrstvy má větší pravděpodobnost výskytu onemocnění a naopak. Stejně tak úmrtnost na nádorové onemocnění vykazuje stejný vzájemný vztah. Čím je sociální vrstva vyšší, tím lepší jsou vyhlídky jedince na přežití a naopak čím nižší je sociální vrstva, tím vyšší je úmrtnost.

Jako příklad lze uvést karcinom plic, prsu a stěv, kde můžeme vysledovat určitý vzorek, který je možné použít i u většiny ostatních nádorových onemocnění. V nižší sociální vrstvě začínají jedinci kouřit časněji, to znamená, že daný jedinec bude kouřit delší dobu, než kdyby začal později, a vykouří také více cigaret denně. V nižší sociální vrstvě rovněž méně lidí přestane kouřit než ve vyšší sociální vrstvě. Jak je známo, kouření je hlavní rizikový faktor karcinomu plic. Ve stejném případě kromě kouření je významná i skutečnost, že příslušníci nižší společenské vrstvy jsou ve svém zaměstnání častěji exponováni nejrůznějším výparům a zápachům v průmyslové oblasti a také i celkově znečištěnému vzduchu.⁵⁰

Ve vztahu k hlavnímu tématu práce jsou dále uvedeny argumenty, které jsou prezentovány odbornou literaturou v souvislosti se vznikem karcinomu prsu, na němž se jednoznačně podílí řada reprodukčních faktorů, mezi které patří: nulliparae (ženy, které nerodily), narození prvního dítěte po 28. roce věku, časná menarche a pozdní menopauza. Tato kombinace naznačuje, že estrogen hraje při vzniku karcinomu prsu důležitou roli, ale reprodukční chování je také spojeno s příslušností k sociální vrstvě. Je známo, že sociálně slabší ženy rodí dříve a více než ženy ze sociálně silnější vrstvy. Dalším faktorem je životospráva, která může ovlivňovat menarche a menopauzu. Pestrá a vyvážená strava prodlužuje plodné období. Za rizikový faktor pro karcinom prsu je považován kromě genetického rizika, velký podíl tuků ve stravě, nedostatek tělesného pohybu, nebo minimální sportovní aktivita a kouření. Všechny vyjmenované rizikové faktory jsou v asociaci k příslušné sociální vrstvě.

Shrnutí argumentace pro vztahovou závislost příslušnosti k sociální vrstvě a vzniku onkologického onemocnění, dle dostupných odborných zdrojů:

- lidé materiálně deprivovaní mají špatnou dostupnost lékařského ošetření a sníženou možnost boje s onemocněním (zvláště v USA);

⁵⁰ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 31.

- předpokládá se, že existují sociální rozdíly v rozpoznání časných symptomů, takže diagnóza nádorového onemocnění je stanovena pozdě;
- méně často jsou vyhledávána preventivní opatření a objevují se potíže stanovování případné léčby.⁵¹

3.1.2 Psychosociální prožitky a průběh nemoci u pacientů s nádorovým onemocněním

Z výše uvedených informací jednoznačně vyplývá také možnost souvislosti psychosociálních prožitků a průběhu nemoci u pacientů s nádorovým onemocněním.

Jedinec s nádorovým onemocněním čelí v průběhu stanovení diagnózy a léčby mnoha problémům a překážkám. Většina toho, co bude zmíněno v následující kapitole, zdůrazňuje negativní aspekty a zatížení onkologickou diagnózou, avšak mnozí lidé udávají i pozitivní důsledky své nemoci. Někteří pacienti nacházejí ve své nemoci pozitivní význam, mohou se více sblížit se svými přáteli, nebo členy rodiny, najít v sobě nové síly, vrátit se ke svému náboženství nebo snažit se nalézt novou víru. Přesto však i tito lidé prožívají potíže a problémy, které nemoc obnáší, ať už v době diagnostiky nebo léčby.

V současné době je mnohem více interpretovatelných výzkumů týkajících se sledování psychických faktorů již u propuknutého onemocnění a možného působení těchto proměnných na další průběh nemoci. Spíše se potvrzuje vztah mezi psychosociálními proměnnými a postupem nemoci než mezi těmito proměnnými a vznikem nemoci. Je to z toho důvodu, že výzkumníci mohou snadněji navrhnout metodologicky adekvátní výzkumné metody na testování hypotéz o vztahu psychosociálních faktorů a průběhu nemoci než metody testující spojení mezi těmito faktory a vznikem onemocnění. Také je snazší zaznamenat reálné rozdíly v průběhu nádorového onemocnění než při jeho vzniku, jako např. období zpracování diagnózy či průběh léčby.⁵²

⁵¹ Srov. FOX, B. H., *Psychological factors in cancer incidence and prognosis*, s. 110-124.

Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 32.

⁵² Tamtéž, s. 33.

3.1.2.1 Způsob zpracování onkologické diagnózy nemocným

Onkologicky nemocní jsou vystaveni psychosociální zátěži, která může být pro zdravé jedince obtížně pochopitelná. Lidé zdraví mohou myšlenku na smrt někam „zasunout“ avšak nemocní rakovinou jsou donuceni se touto myšlenkou intenzivně zabývat a pocít'ují neustálý strach ze smrti. Další zátěží pro pacienty jsou tělesné projevy nemoci, jako je únava, slabost, nechut' k jídlu a vedlejší účinky aplikovaných léčebných metod. Pacienti prožívají do značné míry závislost na svém ošetřujícím lékaři, musí důvěřovat jeho rozhodnutí o použití léčby, musí si zvyknout na fakt, že se o ně budou starat ostatní lidé ať už doma nebo ve zdravotnickém zařízení. Mohou mít pocit, že si nejsou schopni určovat průběh svého vlastního života, hlavně tehdy když jsou jejich základní životní funkce závislé na určité léčebné metodě. Čímž může dojít ke dvojí reakci: odporu a vzpouře, nebo na druhé straně k velmi úlevnému pocitu úplného a důvěřivého odevzdání se do rukou zdravotníků.

Běžný život nemocného mimo areál zdravotnického zařízení zasáhnou různé změny. Pacienti ztrácí schopnost dočasně nebo trvale vykonávat běžné denní činnosti. Nemoc zasahuje všechny oblasti a objevují se existenční otázky: *Co bude s mou rodinou? Vrátím se ještě někdy do zaměstnání? Proč zrovna já?* A s nimi prožívaný smutek, strach, a zlost jsou nejčastějšími reakcemi při zpracovávání nemoci. Pro nemocného jsou nejčastěji největší oporou jeho nejbližší, pokud sami dokážou překonat svou předpojatost a budou připraveni o těchto pocitech hovořit. Neustálá a nevtíravá pomoc nemocnému pomáhá zvládnout těžkou zátěž.⁵³

Tschuschke⁵⁴ uvádí hlavní somatopsychosociální problémy prezentované Fallerem, které jsou spojeny s diagnózou nádorového onemocnění a jeho léčbou:

- **Hrozba smrti** – stále je onemocnění spojováno se smrtí a umíráním, se zhroucením celého dosavadního života.
- **Ztráta tělesné nedotknutelnosti** – přirozený a normální je pocit nezranitelnosti.
- **Ztráta autonomie** – bývá v základech otřesen pocit řízení vlastního osudu a sebeurčení.
- **Ztráta aktivit** – částečně nebo zcela znemožněno vykonávání běžných aktivit.

⁵³ Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, s. 25.

⁵⁴ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 36.

- **Sociální izolace, strach ze stigmatizace** – změny v sociálních vztazích na základě změněných reakcí nemocného vůči svému okolí, a naopak.
- **Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty.**

Důležitým momentem zvládnání nemoci je nalezení podpůrných metod, které povedou ke znovuzískání určité kontroly pacienta nad situací, v níž se nachází. Pacienti se musí vyrovnat s nejistotou tykající se dalšího života, s nežádoucími účinky léčby, s pocity izolace, stigmatizace a viny.⁵⁵

3.1.2.2 Průběh léčby

„*Horší než choroba sama...*“ – tak je popisována léčba onkologického onemocnění, zejména u pacientů, kteří v době diagnózy nepociťovali žádné projevy nemoci. Onkologická léčba má množství negativních vedlejších účinků, kterými jsou pacienti velmi traumatizováni, ať již je to způsobeno chemoterapií, radioterapií či chirurgickou intervencí. V době, kdy lidé zahajují léčebnou kúru, mohou u nich všechny zmiňované okolnosti zintenzivnit pocity ztráty kontroly. Léčba většinou vyžaduje hospitalizaci, nebo časté ambulantní návštěvy. Někdy úzkost a strach z návštěv může vést k tomu, že se jim pacient vyhýbá, nebo naopak v ordinaci lékaře může pociťovat hněv z důvodu subjektivně vnímané ztráty kontroly.⁵⁶

Během léčby pacienti většinou pociťují únavu, slabost, nebo ztrátu energie, podle místa operace nebo ozařování trpí bolestí nebo ztrácí pohyblivost.

Rodinní příslušníci nebo přátelé během léčby a stavů fyzického oslabení pomáhají nemocnému s odvozem na schůzky s lékařem. Kromě toho jsou pacienti nuceni spoléhat se na nejbližší osoby s pomocí při zvládnání uspokojování ostatních základních potřeb, jako je péče u lůžka, příprava jídla atd. Ti, kteří ve svém životě většinou vykonávali roli pečujícího, mohou z důvodů závislosti na ostatních pociťovat negativní myšlenky, jako jsou pocity beznaděje nebo viny. Lidé, kteří zajišťovali příjem domácnosti, se mohou cítit bezcenní a neschopní nadále plnit tuto roli, jelikož nemohou pokračovat v práci. Nemoc může narušit manželské nebo partnerské vztahy a v důsledku negativních pocitů a fyzického nepohodlí je potenciálně omezena intimita. Rovněž rodičovské role jsou narušené, u dětí se mohou vyskytnout poruchy chování v důsledku menší pozornosti, kterou jim může věnovat nemocný

⁵⁵ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 36.
Srov. FALLAGAS E. M., ZARKADOULIA A. E., *The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review*, < <http://breast-cancer-research.com/content/9/4/R44> >

⁵⁶ Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, s. 27-33.

člen rodiny. Všechny tyto vyjmenované situace představují pro mnoho pacientů další z obvyklých příčin stresu a negativních pocitů.

Pro většinu typů nádorů existuje velké množství léčebných metod. Pokud nejsou úspěšné tradiční metody, pacienti jsou informováni o tzv. klinických experimentech. Tento program pro některé znamená jiskřičku naděje, a proto se do něj přihlásí. Jiní se rozhodují delší dobu, musí zvážit svou ochotu zůstat pacientem. Proces rozhodování zahrnuje posouzení priorit, rodinné hodnoty, morální a náboženské přesvědčení, také finanční situaci a posouzení délky života ve srovnání s jeho kvalitou. Jedinci, kteří se rozhodnou pro paliativní péči, mohou prožívat větší zátěž, jakmile si připustí důsledky své prognózy. Když jedinec začne čelit své smrtelnosti a přemýšlí o důsledcích své smrti pro rodinu a přátelé, prochází v tomto stádiu choroby fázemi procesu truchlení.⁵⁷

3.1.2.3 Emoční reakce onkologicky nemocných

Emoční reakce onkologicky nemocných a osob trpících jiným chronickým onemocněním jsou dosti podobné. Většina nemocných s nádorovým onemocněním používá mechanismů potlačení nebo popření. V celkové reakci jedince na zjištění nebo tušení malignity je popření reality pouze určitou epizodou.

Podle Kúblerové-Rossově⁵⁸ můžeme tuto reakci rozdělit do několika etap:

- Šok, negace, popírání následující po uvědomění si vážné nemoci; (Ne já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“)
- Období agrese („Proč to postihlo zrovna mne?“ „Čí je to vina?“);
- Stadium smlouvání (Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Nemocný je ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.);
- Stadium deprese (Smutek z utrpěné ztráty. Strach o zajištění rodiny.)
- Stadium smíření (Vyrovnání se, pokora. Je čas loučení.)

⁵⁷ Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, s. 27-33.

Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 38.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 128.

⁵⁸ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*, s. 143.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 312-316.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 155.

Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle probíhají, ale může se stát, že se některé fáze vracejí, různě prolínají a střídají, třeba i tři v jednom dni, jindy mohou některé úplně chybět. Podobnými fázemi, jimiž prochází nemocný, procházejí rovněž jeho blízcí. Dále budou uvedeny stručné charakteristiky jednotlivých fází a etap reakcí dle Kübler-Rossově zejména s ohledem na základní téma práce:

Fáze negace

V tomto období nemocný přijímá informace výběrově, stává se že „neslyší“ informace, které nezapadají do jeho představ a neshodují se s jeho nadějemi – tzv. selektivně ignoruje. Informace, které mu byly sděleny lékaři, popírá, obvykle tvrdí, že ho nikdo o ničem neinformoval. Mnohdy sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí.

Pro ošetřující personál je důležité vymezit si čas na rozhovor s pacientem, vyslechnout si ho, opakovaně informovat a odpovědět na všechny jeho otázky. Postupem času se člověk stahuje do ústraní, přeje si být sám, aby se mohl sám vyrovnat se svým osudem.

Fáze agrese

Nemocný je plný protestu, zmatku, negativních emocí, nechápe, proč zrovna on musel onemocnět, přicházejí pocity viny a snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co musí pykat. Má pocit křivdy, negativní emoce se snaží vybit na svých blízkých, přitom si uvědomuje, že oni za to nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci. Rodina a blízcí nemocného by měli být informováni, že jejich blízký prochází zákonitými fázemi emočních reakcí, aby na danou situaci byli připraveni a nereagovali na agresi svými negativními emocemi. Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život.

Fáze smlouvání

Nemocný uvažuje o smyslu života, přemýšlí jak naplnit čas, který ještě zbývá, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Člověk, který nemocného provází fází smlouvání, mu pomáhá v realizaci jeho krátkodobých cílů a každý sebemenší splněný cíl by měl ocenit.

Fáze deprese

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále více je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti, a že není jiné cesty. Ztrácí naději, je vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Ve fázi deprese je důležitá přítomnost člověka, který je s ním, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Velmi důležité je aby měl nemocný s kým

hovořit o strachu ze smrti a o všem co mu běží hlavou. Má-li ve své blízkosti takové osoby, dostane-li se mu podpory a pochopení, nemusí být fáze deprese dlouhá.

Fáze smíření

Dochází ke smíření, nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Ke stavu smíření se, vnitřního klidu a míru nemusí dospět každý nemocný. U některých nemocných může dojít k rezignaci a beznaději. Nejen z tohoto důvodu musíme podporovat naději u doprovázeného, být mu nablízku.⁵⁹

Křivohlavý, v této souvislosti, uvádí **Horowitzův model pěti fází odchodu**

Horowitzův model byl zveřejněn až po podrobné analýze více než 200 případů, které byly podrobeny výzkumu metodou pozorování pacientů v nemocnicích a rodinách. Popisuje tyto fáze: výkřik, popírání, intruze, vyrovnání, smíření.

Výkřik

Pod tímto termínem je charakterizován psychický stav pacienta, který se dozvěděl o svém zdravotním stavu a o také o tom, že zřejmě povede ke konci. Častá reakce pacientů na toto sdělení bývá výkřik, zděšení, šok, až panika. Jedná se o překvapení neočekávanou zprávou, o vyhocení pocitu strachu, obav a děsu. Tyto emoce nemusí být na jedinci patrné, mohou se skrývat za maskou nebojácnosti a humoru. Častější reakcí však jsou výkřiky, výbuch hysterického strachu, pláče a zoufalství. Jindy vidíme psychickou slabost, depresi, omdlávání, psychické otupění, všezahrnující úzkost.

Popírání

Popíráním je vyjadřován stav pacienta, který vědomě nebo nevědomě zastírá skutečnost, nevidí ji nebo ji vidět nechce, dochází tak k potlačení povědomí existence krizové situace. Vůči tomu co se děje, i vůči tomu co pacientovi je, se projevuje apaticky. Události či informace týkající se jeho zdravotního stavu ho nezajímají stejně tak jako to co se děje v jeho okolí. Chová se jako by se nic nestalo.

Intruze

Intruze je pojem charakterizující dominantní prožívání pacienta, neustále nuceného myslet na to, co se stalo, stává se to jediným obsahem jeho hovorů a myšlení. Má potíže se spánkem, jelikož jeho představy mají podobu nočních můr. Také v průběhu dne se jeho představy promítají v podobě denního snění. Myšlenky se stávají obsedantní i přes veškerou

⁵⁹ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*, s. 143.

Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 155.

snahu se jim bránit a zbavit se jich. Na pacienta to působí velmi negativně, je vyčerpán, ztrácí sílu, radost i naději.

Vyrovnění

Stadium vyrovnění je stadiem hledání cesty z bezvýchodné situace. V některých případech se pacientům podaří vymanit se ze zajetí intruze, přemýšlet o nových možnostech nebo zkoušet nové cesty. Pacient se pokouší řešit neřešitelnou situaci. Zde většinou nachází pomoc v alternativním způsobu léčby. Obtížným krokem je snaha změnit svůj postoj: z odmítavého k pozvolnému akceptování svého stavu. Blízkost člověka, který mu pomůže naznačit nějakou nadějnou cestu je ve fázi vyrovnění velmi důležitá.

Smíření

V poslední fázi, fázi smíření jde o víc než pouhou akceptaci a přijetí situace a vyrovnění se s ní. Jedinec je schopen přemýšlet nad těžkou situací tehdy, kdy nad ní přemýšlet chce, a nemyslet na ni, když na ni myslet nechce. Jde o jakési „*postavení se nad věc*“.⁶⁰

⁶⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie umírajících pacientů*, s. 25

3.1.3 Psychosociální důsledky nádorového onemocnění

Onkologické onemocnění vytváří řadu stresorů a může vést k závažnému omezení kvality života, téměř každá oblast života nemocného jedince se mění. Také jedincům, kteří ve své minulosti dobře zvládali nejrůznější nepříznivé životní události, se při rakovině a její léčbě zvyšuje hladina stresu, dokonce i při běžných denních úkonech. Problémy provázející onkologicky nemocné mohou mít povahu interpersonální, sociální, nebo se jedná o problémy pacienta ve vztahu s jeho okolím.⁶¹

3.1.3.1 Interpersonální potíže

Interpersonální potíže se týkají širokého okruhu lidí a situací. Mohou být v rodině, mezi partnery, přáteli, dále nalézáme problémy v zaměstnání, vzdělání, náboženství, finanční situaci, pohlavním životě, volném čase nebo v plánování osobních cílů. Mnoho nemocných není schopno pracovat během léčby nebo rekonvalescence, taktéž zvládnutí některých požadavků okolního prostředí, stejně jako každodenních úkolů a povinností může vést k velké závislosti na ostatních. Rodině nebo přátelům může po určité době taková zátěž způsobovat problémy v již tak dost náročných vztazích.

Pro velký počet partnerských nebo manželských vztahů znamená onkologické onemocnění řadu tak závažných změn, že dochází k rozvodům nebo rozchodům. Mnohem běžnější jsou však určité změny v manželském nebo partnerském vztahu. Někteří udávají, že mají potíže hovořit o budoucnosti a případně o tom, co se stane po jejich smrti, nebo jejich partneři či jiné blízké osoby nemají porozumění pro problémy, které nemocní musí zvládnout. Jiní se mohou lidem s rakovinou vyhýbat kvůli zjevnému chátrání, úbytku na hmotnosti, malátnosti a také alopecii.

Pacienti s rakovinou, kteří mají omezenou mobilitu vyplývající z únavy, svalové slabosti, neuropatie, či amputace, mohou mít problémy i v sociálním prostředí. Kromě toho je imunitní systém pacientů v důsledku léčby oslabený a jsou omezeni také v aktivní účasti na společenském životě. Z důvodu jejich vyššího rizika infekce, nejsou schopni navštěvovat některá uzavřená veřejná místa, kde se daří mikroorganismům. Také poznávání nových lidí a účast na společenském dění je v období léčby či rekonvalescence omezena.

⁶¹ Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*, s. 22.

V některých případech však nádorové onemocnění může mít i pozitivní následky. Jako je vznik silnějších rodinných vazeb, celkově větší spokojenost v rodině a pozitivní změny ve vztazích k sourozencům a dětem.⁶²

3.1.3.2 Pracovní výkonnost osob s onkologickým onemocněním

Někteří pacienti, kteří přežili nádorové onemocnění, jsou schopni se po nemoci a léčbě vrátit do zaměstnání a pokračovat na stejné úrovni jako v době stanovení diagnózy. Jiní však již nejsou schopni vrátit se do svého zaměstnání a to z důvodů onemocnění, nebo problémů souvisejících s léčbou, které vedly k tělesnému postižení, nebo takové zátěži, s níž nemohou pokračovat ve vykonávání srovnatelné pracovní činnosti jako před nemocí.

Problémem onkologických pacientů se stávají propouštění, přerazování na méně zajímavou práci, přestanou být povyšováni, mají přerušen či zpomalen pracovní a kariérní postup, nebo jim není zvyšován plat. Může se stát, že jim bude naznačeno, aby sami podali výpověď, případně z důvodů prodělaného onemocnění, nenajdou žádné zaměstnání.

Kromě těchto negativních případů existuje také mnoho pozitivních, kdy těm kteří „přežili“ nádorové onemocnění jsou přidělovány méně náročné činnosti, případně je jejich pracovní proces přizpůsoben tak, aby i nadále mohli docházet na kontroly k lékaři.

3.1.3.3 Sexuální oblast osob s onkologickým onemocněním

Obecně lze říci, že sexuální prožívání a sexuální aktivita pacientů, kteří přežili nádorové onemocnění, je závislé na míře poškození tělesného obrazu. Vlivem invazivní léčby může dojít k narušení plodnosti, zejména u skupin pacientů s Hodgkinovou chorobou, s karcinomem varlat, po transplantacích kostní dřeně, atp. Schopnost reprodukce je asociována s vlastním sexuálním obrazem a celkovým pocitem vlastní hodnoty, proto u pacientů v reprodukčním věku může dojít k narušení manželského vztahu a k emocionální zátěži.

Některé studie dokazují, že vliv mastektomie na sexuální chování patientek s karcinomem prsu nebyl tím největším problémem. Trauma, které bylo způsobeno mastektomií nemělo ve většině případů žádný dlouhodobý vliv na sexuální chování ani u patientek s plastikou prsu, ani bez plastiky.⁶³

⁶² Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, s. 22-25.

Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 76-79.

⁶³ Srov. NEZU, M. A., a kol., *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*, s. 22-25.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Předmět výzkumu

Předmětem výzkumu je zhodnocení vlivu psychosociálních faktorů ve vztahu k onkologickému onemocnění (karcinomu prsu, gynekologickým malignitám) ve sledované populaci žen.

Výzkum je zaměřen na tři oblasti: stav před nemocí, období posledních tří měsíců života a ovlivnění života aktuálním fyzickým a psychickým stavem v důsledku nemoci. Na základě zaměření teoretické části jsou v každé ze zmíněných oblastí rozpracovány jednotlivé položky, jako je např. zkoumání osobnostních charakteristik onkologicky nemocných, procesu truchlení a stresu ve vztahu ke vzniku nádorových onemocnění, faktory vedoucí ke změně kvality života onkologických pacientů atp.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Zhodnocení vlivu psychogenních (psychosociálních) faktorů ve vztahu k onkologickému onemocnění ve sledované populaci žen.

Dílčí výzkumné problémy

Zhodnocení determinant životních událostí ve vztahu ke vzniku onkologického onemocnění.

Posouzení determinujících vlivů změny kvality života sledovaných osob (zejména s ohledem na důsledek v psychosociální oblasti /rovina vztahová a pracovní/).

Zhodnocení projevů osobnostních charakteristik (znaků nádorové a depresivní osobnosti).

Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 76-79.
Srov. TROSS, S., HERNDON, J., KORZUN, A., a kol., *Psychological Symptoms and Disease-Free and overall Survival in Women With Stage II Breast Cancer*,
<<http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/88/10/661>>

4.3 Metodika výzkumu

Vzhledem k citlivosti tématu a k povaze předmětu zkoumání byl zvolen kvalitativní přístup, realizován pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami a s využitím postupů fenomenologické analýzy. Jedná se o výzkum explorativní, heuristický.

Výzkum se zabývá problematikou onkologicky nemocných, zvláště psychologických a sociálních markerů onemocnění. Oblast zkoumání je konstituována z mnoha psychologických fenoménů, které jsou kvantitativním šetřením těžce uchopitelné – prožívání těžkých životních událostí, proces truchlení, rodinné vztahy, osobnostní charakteristiky, změny životních hodnot podmíněné nemocí.

Pro zvýšení validity výzkumu jsou získávána data čerpána z několika zdrojů: z rozhovoru s pacientkami, z anamnestických dat, od ošetřujícího personálu, který je s pacienty v každodenním styku a z pozorování. Tímto přístupem byla naplněna datová triangulace. Triangulace zdrojů dat umožnila bohatší analýzu a validnější interpretaci získaných údajů se snahou o minimalizaci subjektivizace při interpretaci výsledků šetření průzkumníkem. Pod pojmem triangulace se rozumí kombinace různých metod, různých výzkumníků, rozdílných zkoumaných skupin nebo osob, rozdílných lokálních a časových okolností a teoretických perspektiv, které se uplatňují při zkoumání určitého jevu.⁶⁴

4.3.1 Kriteriaální parametry pro cílovou populaci šetření (výzkumný vzorek)

Šetření je zaměřeno na onkologicky nemocné pacienty. Plánováno je oslovení minimálně deseti osob – žen s maligním gynekologickým onemocněním (karcinom prsu, dělohy, čípku děložního). Šetření bude prováděno na Masarykově onkologickém ústavu (dále jen MOU), na Klinice komplexní onkologie, oddělení B, u aktuálně hospitalizovaných nemocných. Výzkumné šetření je realizováno na základě souhlasu etické komise MOU (viz příloha č. 4, str. 135). Jedná se o výběr účelový, záměrný.

Další kritéria pro výběr respondentů:

- přítomnost zhoubného gynekologického onkologického onemocnění (karcinom prsu, dělohy, čípku děložního);
- doba od stanovení diagnózy zhoubného onemocnění (1 – 3 roky);

⁶⁴ Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum*, s. 147

- ochota absolvovat interview;
- dobrá úroveň kognitivních schopností (dle MMSE);
- souhlasné stanovisko ošetřujícího lékaře a psychologa;
- věk nemocné nerozhoduje.

Základní předpoklady uskutečnění interview:

- souhlasné stanovisko ošetřujícího lékaře a psychologa;
- interview nesmí probíhat první den hospitalizace a v den propuštění či překladau nemocné;
- interview nesmí probíhat v den plánovaného invazivního vyšetření;
- interview musí být realizováno s maximálním možným zajištěním soukromí a pocitu bezpečí examinované osoby (za předpokladu podpisu informovaného souhlasu viz příloha č. 1 str.).

4.3.2 Metodika sběru dat

Výzkum byl zahájen vždy jednodenní stáží na oddělení spojenou se sběrem potřebných údajů, jak ze zdravotnické dokumentace, tak od ošetřujícího personálu a také seznámením se s vybranou skupinou pacientek, potenciálně vhodných pro zařazení do šetření, zejména za účelem získání důvěry ze strany nemocných.

Primárním zdrojem dat byly rozhovory s pacientkami. Skladba originálního strukturovaného dotazníku byla provedena na základě využití poznatků z odborných teoretických zdrojů⁶⁵ s využitím objektivizovatelných škál (viz příloha 4, str. 114).

Vedení kvalitativního rozhovoru je umění i věda zároveň. Vyžaduje specifické dovednosti, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu.⁶⁶

Rozhovory probíhaly na základě předem připravených otázek, na něž respondentky odpovídaly. Celý průběh rozhovoru byl zaznamenáván na diktafon a později transkribován. V průběhu rozhovoru byla použita sondáž (probing), která sloužila k prohloubení odpovědí určitým směrem (další kriteriální parametry a podmínky interview byly uvedeny v předchozí podkapitole).

⁶⁵ Podobně viz kap. č 3 Psychoonkologie, teoretická část práce

⁶⁶ Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum*, s. 170

Sekundárním zdrojem dat byly anamnestické údaje každé z účastnic, získané ze zdravotnické dokumentace a posledním zdrojem byly informace získané od ošetřujícího personálu a pozorování. Tyto uvedené zdroje sloužily zejména k upřesnění demografických údajů o nemocných a zpřesnění informací o diagnóze nemocných.

Pro zpracování získaných dat byla zvolena fenomenologická analýza s následným vyhodnocením pomocí předem připravených škál. Škály sloužily k prevenci subjektivizace a neefektivní interpretace dat a jejich ovlivnění výzkumníkem (viz příloha č. 4 str. 114).

Fenomenologické zkoumání usiluje o zachycení základních významů lidské zkušenosti. Daná zkušenost se může týkat osamocení, deprese, vztahu k jinému člověku atd.

V souladu se svým teoretickým zázemím, interpretativní fenomenologická analýza používá kvalitativní metodologii. Fenomenologičtí výzkumníci jako zdroj svých dat používají polostrukturovaný nebo nestrukturovaný kvalitativní rozhovor. Rozhovor je nahráván a transkribován čímž se dále stává předmětem detailní analýzy, která se snaží popsat a vyložit zkušenost jedince.⁶⁷

4.5 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je vhodný a nezastupitelný za podmínek, kdy výzkumníka zajímá konkrétní, naprosto specifický případ, který je třeba sledovat do hloubky, v tomto případě je kvantitativní výzkum zcela nevyhovující. Obecně lze říci, že kvalitativní výzkum je obzvláště užitečný v případě, že o zkoumaném fenoménu máme velmi málo či žádné informace. Kvalitativní výzkum pak slouží k budování teorie, která vzniká z dat sbíraných ve výzkumném terénu.⁶⁸

Především jde o výzkumy týkající se života lidí, příběhů, chování, vzájemných vztahů apod. Kvalitativní je hlavně samotná analýza materiálu, jelikož data získaná rozhovory či pozorování mohou být rovněž kvantifikována. Kvalitativní přístup umožňuje pozorovat jedince z holistické perspektivy.⁶⁹

Pochopitelně i kvalitativní výzkum má své nedostatky, např. poskytuje mnoho údajů o malém počtu jedinců. Je proto problematické generalizovat výsledky na populaci. Sběr a analýza dat jsou v tomto typu výzkumu velmi časově náročné etapy a konečné výsledky výzkumu mohou být snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.⁷⁰

⁶⁷ Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum*, s. 268.

⁶⁸ Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum*, s. 61.

⁶⁹ Srov. Čermák, I. *Kvalitativní výzkum v psychologii: problémy a výhledy*, s. 11.

⁷⁰ Tamtéž, s. 11

Eliminace subjektivizace získaných dat a nesprávné interpretace dat může být do jisté míry zajištěna využitím objektivizovatelných škál.

4.6 Analýza získaných dat

Dále budou v jednotlivých podkapitolách uvedena shrnující data získaná od jednotlivých účastníků šetření v rámci interview. Plné transkripce rozhovorů dle audionahrávek jsou k dispozici na CD (computer disc) vloženém v přílohách diplomové práce.

4.6.1 Rozhovor s paní B. (101)

Paní B. ve věku 49 let, je rozvedená, již delší dobu v invalidním důchodě, původně z důvodů depresivní schizoafektivní poruchy smíšeného typu. Nyní je pacientkou onkologického oddělení, před dvěma lety jí byl na základě preventivního mammografického vyšetření diagnostikován karcinom pravého prsu. Pacientka poté prodělala ablativní operaci prsu, nyní je přijata pro podání další série chemoterapie. Pacientka je plně informována o svém zdravotním stavu. Vztah s personálem je velmi dobrý, komunikuje a spolupracuje bez problémů. Paní B. v nemocnici občas navštíví někdo z přátel, rodinu má daleko. Dcera se odstěhovala do Portugalska, kde žije se svým synem a přítelem.

Paní B. s rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila, byla pozitivně naladěná a byla ráda, že si s někým může promluvit. Je soběstačná, řeč je přiměřeného tempa, verbální projev průměrný, pacientka má ukončené střední odborné učiliště. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 30 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 49

Pohlaví: žena

Stav: rozvedená

Povolání: invalidní důchod

Diagnóza: karcinom pravého prsu

Doba od začátku nemoci: 2 roky

Byla jste v životě spokojená?

- *Paní B. byla spokojená pouze v dětství. Podle jejích slov bylo manželství problematické, manžel se rodině příliš nevěnoval, většinu času trávil v hospodě a s kamarády. Což pacientka těžce nesla, je více rodinný typ. Neměla dobrý vztah s tchýní, dokonce ji nutila jít na potrat stejně jako později i její dceru. Po sedmi letech manželství skončilo rozvodem. Pro paní B. bylo období manželství stresující. Také je zde patrná úzká citová vazba na jedinou dceru, jejíž odjezd do ciziny pacientka těžce nesla.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Paní B. toužila po klidném rodinném životě s partnerem, ve kterém by našla oporu a se kterým by si rozuměla. Touha po spokojeném osobním životě. Toto přání se jí nesplnilo, manželství nebylo harmonické, manžel byl podle pacientky extrovert a rodině se věnoval velmi málo. Později si přála odjet za dcerou do Portugalska, ale žít tam jí neumožňuje její finanční situace. Zde opět vidíme touhu být nablízku své dcery, která nemůže být uskutečněná.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Se svými pocity se nikdy nikomu nesvěřovala, v manželství je dokonce tajila. Pacientka se snaží racionálně vysvětlit, proč se manželství nevydařilo tím, že na manželství nebyla ještě připravená. Až postupem času díky dobrému pracovnímu kolektivu se začala více svěřovat se svými pocity, ale nikdy se všemi.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Adaptace na změnu trvá déle.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Pacientka se stresem vyrovnává dlouho a činí ji to velké problémy. Byla opakovaně hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení. Naposledy na období sedmi měsíců. Pacientka deklarovala potřebu pomoci druhých (profesionálů) v krizové situaci. Až během nemoci došlo ke změně a k přehodnocení životních hodnot, začíná si víc užívat života a snaží se vidět ve všem jen to dobré.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Dle inventáře životních událostí s bodovými hodnotami za nejtěžší životní situaci pokládá nemoc (53 bodů), která začala před dvěma lety. Dále pak uvádí v delším časovém období tyto životní situace: neshody s manželem (35 bodů), konflikty s tchýní (29 bodů), rozvod (73 bodů), úmrtí bratra a rodičů zhruba před 20 - ti lety (63 bodů), odchod do invalidního důchodu (45 bodů) a dcera před 4 lety opouští domov a stěhuje se do Portugalska (29 bodů).*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Po porodu pacientka prodělala laktační psychózu. Často prožívala deprese spojené s životními událostmi, které právě prožívala.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Přesto, že pacientka tvrdí, že v dětství byla spokojená, často měla pocit, že na ní rodiče nemají čas. Nemocná uvádí nedostatečnou citovou vazbu mezi rodiči a dětmi. Kdysi jim to vyčítala, dneska ji to mrzí. Měla pět sourozenců. Nejvíce si rozuměla s nejstarším bratrem, který zemřel na rakovinu. Nedávno u sebe nechala bydlet svou nejstarší sestru, nepohodly se a ona se poté odstěhovala. Mrzí ji, jak se k ní sestra zachovala, a také to, že jí ani nedala vědět, kde bydlí.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Pacientka byla před dvěma měsíci propuštěna z psychiatrického oddělení po dlouhodobé hospitalizaci. Tvrdí, že ji tam hodně pomohli, po léčení získala chuť do života. Působí smířeně a klidně. Za hospitalizaci na psychiatrii se vždy styděla. Asi tři týdny ji bolí záda. Se spánkem problémy nemá. Má radost když si pro sebe může něco udělat sama.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte?

- *V poslední době zdá se převládá pocit vyrovnanosti, pacientka se smířila s nemocí. Chce dál bojovat.*

Jak tyto pocity zvládáte?

- *Nejmenovala konkrétní pocity, které prožívá, jen se zmínila, že jsou pozitivní.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O tom co prožívá, může nejčastěji hovořit s přáteli.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Vyrovnat se s touto situací pacientce nejvíc pomáhají přátelé, rodina, sourozenci.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Momentálně pacientka již nemá potřebu svěřovat se zdravotnímu personálu se svými problémy, dle křivky Kübler-Rossové se pacientka nachází ve fázi smíření (subjektivní hodnocení). Tvrdí, že kdyby potřebovala psychickou podporu od personálu, že jí pomohou.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Ano.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *V současném období je pro pacientku nejdůležitější zdraví jak její, tak dceřino. Nikomu by nepřála nemoc.*

Co vám přináší radost?

- *Radost ji přináší maličkosti všedního života např. věci co si koupí, také rekonstrukce bytu a její přátelé, kteří různými způsoby pomáhají.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Nemoc zlepšila vztahy v rodině i s přáteli. Obě strany projevují větší zájem o vzájemný kontakt.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Během léčby byla pacientka v pracovní neschopnosti určitou dobu, po zlepšení stavu ještě nějakou dobu pracovala. Od Vánoc 2008 pobírá invalidní důchod.*

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

- *Prioritní je pro pacientku její zdraví. Hodně jí v životě záleží na štěstí její dcery. A třetím přáním je zdraví ostatních lidí, aby nemusel nikdo prožívat to, čím prochází ona sama.*

4.6.1.1 Shrnutí rozhovoru s paní B.

Toto shrnutí je výsledkem hodnocení pomocí využitých objektivizovatelných škál. V rámci této části práce bude uvedeno pouze u první posuzované pacientky. Další shrnující data budou součástí příloh práce s ohledem na orientaci v textu a rozsah práce. Vyhodnocení škál pomocí bodového rozmezí a přiřazení každé respondentky do určité skupiny se nachází ve shrnujících tabulkách (viz str. 88 - 90).

STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- hyperadaptovanost X neadaptabilita (15b)
- jedinec středně adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- **přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)**

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojediněle (5b)
- **deprese má často, ale trvají krátce (10b)**
- depresi má často a trvají dlouho (15b)
- potlačení deprese (15b)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDŘENÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- **většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)**

- potlačení emocí (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)
- **nynější onemocnění (15bodů)**

nemoc (53 bodů) – 2 roky

konflikty s tchýní (29 bodů) 20 let

dcera opouští domov (29 bodů) – 4 roky

úmrtí blízkého člena rodiny (63 bodů) 20

odchod do invalidního důchodu (45 bodů)

let

– 10 let

rozvod (73 bodů) 15 let

neshody s manželem (35 bodů) -20 let

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- téměř dokonalé, dobré (5b)
- **nedostačující v určitých oblastech (10b)**
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- **vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)**
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- **částečně spokojená (5b)**

- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ: pocit vyrovnanosti**
- NEGATIVNÍ:
- **NEBYL SCHOPEN ZHODNOTIT**

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- **někomu z blízkých přátel**
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog, psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- **nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ**
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- **upevnění vztahů**
- vyřešení konfliktů z minulosti

- **větší zájem blízkých osob**
- větší tolerance k druhým
- vyjasnění životních priorit

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného
- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- **invalidní důchod**
- důchod
- pracovní neschopnost
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti

Shrnutí

Paní B. většinu života *nebyla příliš spokojená*. V dětství prožívala nedostatek pozornosti ze strany rodičů, snad i *nedostatečné citové vazby*. Manželství nebylo harmonické, vdala se po devítiměsíčním vztahu. Paní B. se hodnotí jako rodinný typ, manžel nevěnoval dostatek času ani své ženě ani dceři. V manželství nebyla schopna dát najevo své pocity a tužby. *Málo kdy se někomu svěřuje se svými problémy*. *Neharmonické manželství skončilo rozvodem*. Paní B. má jednu dceru, se kterou má dobrý vztah. Je zde patrná *velká citová vazba*. Paní B. prožívala *časté deprese*, poslední byla, když se dcera odstěhovala do zahraničí a přestalo se jí dařit v osobním životě. Byla dokonce několikrát hospitalizovaná na psychiatrii, kde ji byla diagnostikována *depresivní schizoafektivní porucha*.

V životě toužila po partnerovi, se kterým si bude rozumět. Po rozvodu měla několik vztahů, které připomínaly její manželství, proto nakonec zůstala *sama*.

Paní B. je *špatně adaptabilní člověk*, trvá jí dlouho přizpůsobit se životní změně. Dle osobnostních charakteristik depresivní osobnosti, kterou popisuje např. Tschuschke lze pacientku podle výše uvedených znaků zařadit do této skupiny. Paní B. působí vyrovnaně, pacientka deklaruje, že se nachází ve *fázi smíření* (dle Kübler-Rossové). Má však potřebu dál bojovat. O tom co momentálně prožívá, nejčastěji hovoří s přáteli, někdy také se sourozenci. Díky momentálnímu psychickému rozpoložení *nemá potřebu se svěřovat* zdravotnímu personálu se svými problémy. Přístup ošetřujícího personálu hodnotí velmi *kladně*. Ví, že kdyby se na ně obrátila, vždy ji pomůžou a poskytnou jí psychickou podporu.

Onkologické onemocnění ovlivnilo v životě paní B. *mezilidské vztahy*. Cítí upevnění vztahů a větší zájem rodiny i přátel. Ona sama má větší potřebu kontaktu s blízkými osobami.

V zaměstnání byla z počátku onemocnění v pracovní neschopnosti, poté přešla na invalidní důchod.

4.6.2 Rozhovor s paní C. (102)

Paní C. je ve věku 84 let, žije sama v bytě panelového domu, manžel jí zemřel před osmi lety. Pracovala mnoho let jako zdravotní sestra, nyní je již přes dvacet let v důchodě. V roce 1976 ji byl diagnostikován karcinom levého prsu, pacientka prodělala resekci karcinomu s ponecháním celého prsu. Poté byla dispenzarizována po dobu více než dvaceti let, v roce 2008 došlo k recidivě a byl jí opět diagnostikován karcinom levého prsu. Nyní je pacientka rok po ablativní operaci prsu, byla přijata pro podání paliativní chemoterapie. Je plně informována o svém zdravotním stavu, má dobrý vztah s personálem, spolupracuje a komunikuje bez problémů. Paní C. je inteligentní, řeč je přiměřená věku (zpomalené řečové tempo, ztížená výbavnost pojmů, vyžaduje delší čas k možnosti odpovědi) celkově je verbální projev koherentní.

Paní C. souhlasila s rozhovorem za účelem získání potřebných informací k realizaci výzkumného šetření. Po celou dobu rozhovoru působila klidným dojmem. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha): 27 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 84

Pohlaví: žena

Stav: vdova

Povolání: důchod

Diagnóza: karcinom levého prsu

Doba od začátku nemoci: 2 roky

Byla jste v životě spokojená?

- *Paní C. považuje za nejspokojenější období svého života dobu do konce války, kdy byla celá rodina pohromadě, ale také období, kdy nějakou dobu žila sama s rodiči. Pacientka deklaruje důležitou vztahovou hodnotu.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Neměla žádné velké sny a přání, jejím hlavním cílem bylo, aby zvládla práci, která byla na ní kladena. Je zde patrná velká skromnost pacientky.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Své problémy ani pocity s tím spojené paní C. nedává najevo, vždy je dusí v sobě.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Velmi adaptabilní jedinec. S přizpůsobením nikdy neměla žádné problémy, novou situaci vnímá jako něco na co se přizpůsobit musí.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Stres v sobě uzavírá dlouhodobě.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Těžkou životní situací byla smrt manžela (63 bodů) v období dvou let před nemocí v roce 2001. Ona zůstala v rodinném domku, kde žila sama sedm let. Cítila se tam velmi osaměle. Časem přestávala zvládat domácí práce, léčila se s hypertenzí a srdcem. Pak se přestěhovala ke své dceři. Stěhování pro ni představovalo rovněž určitou míru zátěže. Na nové prostředí si nemohla zvyknout, kromě dcery, která pracovala, tam neměla nikoho známého, žádné přítelkyně. Opakovaně pacientka uvádí, že trpěla pocitem samoty.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Paní C. v minulosti prožívala dlouhodobé deprese. Jednou z příčin bylo manželství její dcery, které těžce nesla (neuvádí důvod).*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Vztahy v rodině hodnotí jako dobré, odsuzuje dnešní typy rodin, ve kterých dle jejího názoru většinou vládne neosobní vztahy.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Po psychické stránce se cítí špatně, nemocniční prostředí na ní nepůsobí pozitivně. Po fyzické stránce je zatím bez větších potíží.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte?

- *Paní C. si uvědomuje svůj věk, tvrdí, že už ji moc času nezbyvá. Pocity, které nejčastěji prožívá, hodnotí jako negativní bez bližší specifikace. Radost jí dělá telefonický rozhovor s neteří.*

Jak tyto pocity zvládáte?

- *Snaží se s tím vyrovnat, zahnat negativní pocity.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O svých pocitech může hovořit pouze s neteří.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Neteř. Je zde patrná silná citová vazba.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřovat se, se svými problémy někomu z ošetřujícího personálu. I když jak tvrdí, příležitost by k tomu měla, ale stačí jí, když se svěří své neteři.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Jednoznačná odpověď: Ano.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Nejdůležitější je zachování si soběstačnosti a schopnosti sebezpečí co nejdélejší možnou dobu.*

Co vám přináší radost?

- *Radost paní C. přináší drobné domácí práce.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Mezilidské vztahy zůstaly stejné jako před nemocí. Nepociťuje, že by se k ní chovali jako k nemocnému člověku.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Pacientka je ve starobním důchodě.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Jediné přání paní C. je, aby ji nic netrápilo.*

Shrnutí

Paní C. žila spokojeně do konce 2. světové války, poté už svůj život označuje za *méně spokojený*. Dlouho neměla žádná přání, hlavně z důvodů nedostatku možností. Záleželo jí na tom, aby zvládala práci doma, která na ní byla kladena. Až později měla možnost studovat na zdravotnické škole. Měla jednu dceru a žila s manželem v rodinném domě. *Těžce nesla manželství dcery*, které nebylo příliš harmonické. *Často trpěla dlouhotrvajícími depresemi*. Se svými pocity a problémy se *nikdy nikomu nesvěřovala*, vždy je „*dusila*“ v sobě. Až teď v poslední době se s některými může svěřit své neteři. *Stres zvládala špatně*, dlouho jí trvalo, než se s nějakou stresovou situací vyrovnala. *Dobře se však přizpůsobovala změnám*. Před osmi lety paní C. *zemřel manžel*, nesla to velmi těžce. V domě zůstala sama, celých sedm let, *cítila se osamělá*. Další zátěží pro ni bylo *přestěhování* se do jiného prostředí, kde neměla žádné přátele, jen dceru. Na nové prostředí si nemohla zvyknout. Léčila se s hypertenzí a srdcem. Objevují se zde jak znaky nádorové osobnosti popsané Tschuschkem, tak působení těžkých životních událostí, které uvádí Holmes a Rahe jako možných rizikových faktorů vzniku onemocnění. (nevím, zda to mohu takto napsat, aby to nebylo moc provokativní shrnutí)

Paní C. se celkově, po fyzické a zvláště po psychické stránce *cítí špatně*. Nemocniční prostředí na ní nepůsobí dobře. Pocity, které v tomto období nejčastěji prožívá, jsou *negativní*. Uvědomuje si závažnost situace. Jediným člověkem s kým může o svých problémech a pocitech hovořit je její *neteř*, se kterou má velmi dobrý vztah. Své trápení *nemá potřebu svěřovat zdravotnímu personálu*. Ošetřující personál hodnotí kladně.

Onkologické onemocnění nijak *neovlivnilo mezilidské vztahy*, ani zaměstnání, jelikož je pacientka již hodně let ve *starobním důchodě*.

4.6.3 Rozhovor s paní D. (103)

Paní D. je ve věku 41 let, pracovala jako administrativní pracovník na úřadě práce. Nyní je již několik měsíců v invalidním důchodě. Žije s manželem a dvěma dětmi. Na kliniku komplexní onkologie byla přijatá pro karcinom těla děložního. V červnu roku 2008 prodělala operaci s následnou radioterapií, která trvala až do října. V prosinci došlo ke zhoršení nálezu, pacientka nastoupila na chemoterapii, poté klinickou studii, která subjektivně pacientčin stav nezlepšila. Aktuálně je přijata pro zhodnocení dalšího léčebného postupu. Je plně informovaná o svém zdravotním stavu, čeká na další postup, který bude rozhodnut podle

výsledků počítačové tomografie (dále i jako CT). V nemocnici ji navštěvuje její rodina, personál oddělení jejich vztahy hodnotí velmi kladně. Také s personálem komunikuje a dobře spolupracuje.

Paní D. souhlasila s rozhovorem za účelem výzkumu, byla pozitivně naladěná a těšila se, že jí rozhovor urychlí a zpříjemní čekání na výsledky CT. Je plně soběstačná, komunikativní, řeč je přiměřeného tempa, verbální projev dobrý, odpovědi na otázky adekvátní. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 30 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 41

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: invalidní důchod

Diagnóza: karcinom těla děložního

Doba od začátku nemoci: červen 2008 (více než 1 rok)

Byla jste v životě spokojená?

- *Paní D. uvádí, že byly i doby, kdy byla dlouho spokojená. Jedním z období spokojenosti bylo, když porodila děti. Lze odvodit rodinnou, vztahovou hodnotu.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Její přáním byla spokojená rodina, a toužila zestárnout se svým manželem. První manželství skončilo rozvodem. Což bylo pro paní D. velmi těžké období.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Své pocity většinou dává najevo, ale vybírá si, co komu sdělí.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *V minulosti prožívala obavy z velkých změn. Hlavně když jí opustil manžel, měla strach, jak to všechno zvládne. V poslední době je přizpůsobivější než dříve a změny zvládá díky pomoci další osoby.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Reakce pacientky na stres probíhá v několika fázích. V první fázi pláče, pláčem se snaží vyplavit emoce. Pak přechází do fáze zloby a časem nad stresem zvítězí. Sama sebe ve stresové situaci hodnotí jako bojovníka.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Za těžkou životní situací v posledních dvou letech pokládá vlastní nemoc (53 bodů). Životní změnou, kterou neoznačuje za těžkou životní situací, byla svatba (50 bodů) tři roky před nemocí. Nejhorší životní zkušeností byl rozvod (73 bodů) před deseti lety a následujících pět let po rozvodu. V době rozchodu prodělal syn pacientky závažný úraz oka (lze zařadit do kategorie: změna zdravotního stavu člena rodiny se 44 body). Později paní D. poznala nového partnera, vzájemné seznamování jejich dětí, bylo také určitou dobu komplikované. V další otázce pak zmiňuje situaci své matky, která v období posledních deseti let prožívala těžké deprese a byla i hospitalizovaná na psychiatrii, tato situace, byla podmíněna smrtí otce paní D. v roce 1996, což bylo pro ni velmi stresující.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *V minulosti prožívala dlouhotrvající deprese, užívala antidepressiva. A docházela na individuální psychiatrická sezení.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *O dětství hovoří velmi kladně. Když měla paní D. dva roky, její otec měl závažný úraz hlavy, po kterém byl v invalidním důchodě a hodně se změnil (nekonkretizovala). Milovala oba rodiče, matku pokládala za vzor. Se svými dětmi má velmi dobrý vztah. V poslední době jí trápí špatný vztah mezi její sestrou a matkou.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Pocituje zhoršení po fyzické stránce, cítí se slabá a cituji: „už si nevyběhnu schody tak, jak jsem si vyběhla“. Bolesti nemá, dlouhodobě trpí nespavostí, ale už to v ní nevyvolává takový stres, jako když chodila do práce nevyspaná. Po psychické stránce pacientka prožívá strach hlavně z důvodů nejisté budoucnosti a z čekání na výsledky vyšetření.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte?

- *V období posledních třech měsíců převládají pocity pozitivní (nekonkretizovala). Pouze teď posledních několik dnů v průběhu hospitalizace spolu s čekáním na výsledky, jsou pro pacientku těžší. Často pláče. Je ráda, že si o tom může se mnou pohovořit. Cítí úlevu.*

Jak tyto pocity zvládáte?

- *Pocity ji pomáhá zvládnout rozhovor s někým blízkým.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *Pacientka je věřící (evangelička), od začátku nemoci o svých pocitech nejčastěji hovoří s farářem a její nejlepší a hodně důvěrnou přítelkyní. Také s matkou, které však nechce sdělovat všechny podrobnosti, aby jí netrápila. Stejně tak i s manželem a dětmi.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Pacientce pomáhají ruční práce jako nějaký útěk od reality a trápení. Na MOU navštěvuje dílnu. Doma pak kromě normální práce má zálibu v tiffany (tvorba skleněných vitráží, šperků atd. speciální technikou), hraje na klavír a také na varhany v kostele. Na otázku kdo jí pomáhá, odpovídá v předchozí otázce.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Na každém oddělení je vždy jedna sestra, která je pacientce bližší a které by se mohla svěřit. Díky výše zmíněným osobám a telefonického kontaktu s nimi nemá potřebu se svěřovat ošetřujícímu personálu. Tvrdí, že pokud by neexistovaly mobilní telefony, určitě by se svěřila.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Ano. Pouze na přístup sanitárek si trochu stěžuje.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Nejdůležitější je pro pacientku dostat se z nemocnice, vyléčit se.*

Co vám přináší radost?

- *Radost jí přináší různé maličkosti a kontakt s nejbližšími osobami.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *V oblasti mezilidských vztahů došlo ke změně k lepšímu. Přátelé projevují o pacientku větší zájem. Rodina se jí snaží ve všem pomáhat. Má pocit jistoty v případě, že by potřebovala s něčím pomoci, že by bylo hodně osob, které by svoji pomoc nabídly.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *V práci si vzala do konce roku 2009 neplacené volno, aby se mohla do práce kdykoliv vrátit. Od května však pobírá invalidní důchod.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Přáním pacientky je vidět své děti dostudovat, mít jistotu, že dcera dokončila gymnázium a syn odpromoval na vysoké škole. Dalším přáním pacientka projevuje strach z dopadu své smrti na rodinu, hlavně na matku. Přeje si, aby její matka nemusela pochovat své dítě, protože už v životě pochovala hodně blízkých osob.*

Shrnutí

Paní D. žila *spokojeně v dětství i v dospívání* až do doby rozvodu se svým prvním manželem. V dětství byla její *vzor mamka*, která se starala o svého manžela po jeho závažném úrazu hlavy. Změnu zdravotního stavu otce paní D. neprožívala nijak tragicky, protože ho takového znala od svých dvou let. Rodinné vztahy hodnotí jako *dokonalé*. Vdala se, měla dvě vysněné děti, splnilo se jí také pořadí, v jakém chtěla děti mít. *Manželství nebylo příliš harmonické, rozvedli se*. V roce 1996 jí zemřel otec. Pak následovalo období rozvodového řízení v roce 1999 a období pěti let po rozvodu, které bylo pro paní D. velmi *stresující*. V průběhu posledních deseti let prožívala paní D. *dlouhotrvající deprese*, užívá antidepresiva.

Patří mezi *špatně adaptabilní jedince na změnu*, přizpůsobení se změně trvá dlouho. Se svým trápením *se svěřuje* nejčastěji farářovi a své přítelkyni. Před manželem, dětmi a matkou se snaží *nesdělovat celou pravdu*, aby je ušetřila trápení. *Emoce občas skrývá*, ale je to ovlivněno situací, kterou právě prožívá. Vyrovnání se, se stresovou situací jí činí velké problémy. Dle výše zmíněných znaků mohly negativně ovlivnit zdravotní stav faktory, jakými jsou: dlouhotrvající deprese, která dle názorů některých vědců působí jako spouštěcí faktor nádorového onemocnění. Je nutné podotknout, že jiní se přiklání k názoru, že deprese je následkem onemocnění. I nadále však zůstává nejasné, zda rozdíly v depresivních náladách mohou, či nemohou ovlivnit nádorová onemocnění. Faktem je, že depresivní prožívání má určitý dopad na způsob života. (více viz str. 27) Skrývání emocí a špatná adaptabilita patří mezi znaky popsané nádorové osobnosti.

Paní D. uvádí, že v posledních třech měsících prožívá zejména *pozitivní pocity*, avšak během posledních pár dnů prožívá také *nejistotu a strach* z důvodů nejisté budoucnosti. Pláčem se snaží zbavit negativních emocí. Má dobrý vztah s ošetřujícím personálem, i přesto *nemá potřebu se jim svěřovat*, díky každodennímu telefonickému kontaktu s blízkými osobami. Během poskytování běžné péče je kladným a vlídným přístupem personálu, dle slov pacientky *poskytována rovněž psychická podpora*.

V životě pacientky se z důvodů onkologického onemocnění změnila situace v zaměstnání. Po pracovní neschopnosti si pacientka požádala o neplacené volno do konce roku 2009, aby se mohla kdykoliv vrátit na stejnou pracovní pozici. Od května letošního roku pobírá *invalidní důchod*. V oblasti mezilidských vztahů *pozoruje větší zájem přátel*. Rodina se snaží pacientce pomáhat ve všech směrech.

4.6.4 Rozhovor s paní E. (104)

Paní E. je ve věku 52 let, vdaná. Pracovala v supermarketu v sektoru maso-uzeniny, nyní pobírá nemocenskou. Je pacientkou onkologické kliniky, před rokem jí byl na základě preventivního gynekologického vyšetření diagnostikován karcinom těla děložního. Poté pacientka prodělala radikální hysterektomii s odstraněním lymfatických uzlin v oblasti třísel s následnou chemoterapií, pro kterou je přijata i nyní.

Paní E. je orientována, podané informace chápe. Je plně informována o svém zdravotním stavu. Dobře spolupracuje a komunikuje se zdravotním personálem a dodržuje léčebný režim. V nemocnici jí často navštěvuje rodina.

Paní E. s rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila, působila pozitivně a byla otevřená pro tento rozhovor. Je soběstačná, ošetřujícím personálem je hodnocena jako méně náročný pacient. Verbální komunikace je dobrá, řeč je přiměřeně rychlá. Paní je vyučena jako prodavačka. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha): 29 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 52

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: prodavačka

Diagnóza: spinocelulární karcinom těla děložního.

Doba od začátku nemoci: únor 2009 (rok)

Byla jste v životě spokojená?

- Celý svůj život hodnotí jako spokojený. V dětství ji zemřel otec, výchovu převzala matka. Vdala se, má děti, ze kterých má radost. V zaměstnání byla rovněž spokojená.

Po čem jste v životě toužila?

- Na tuto otázku pacientka odpovídá velmi stručně. Toužila po klidu, pohodě a zdraví.

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Paní E. projevuje své pocity. Zastává názor, že se člověku uleví, když se někomu svěří. Skrývání pocitů a trápení je více bolestivé.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Na změny je dobře adaptabilní. V porovnání se svým manželem se hodnotí jako silnější jedinec. Všechny životní změny mají svůj důvod.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *První reakcí na stres je pláč, poté se snaží vyhledat pomoc přátel. Délka působení stresu u paní E. závisí na situaci.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Jedinou těžkou životní událostí, na kterou si paní E. vzpomíná, je smrt matky (63 bodů) před deseti lety. O matku se starala po celou dobu její nemoci. Matka umírala v přítomnosti své dcery, se kterou se stihla rozloučit.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *I když paní E. měla problémy v zaměstnání (nevyplacená mzda) a jiné životní těžkosti, vždy se k těmto problémům stavěla čelem a neměly na pacientku psychický dopad. Nikdy neprožívala depresi jako takovou.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Vztahy v rodině hodnotí pozitivně. Dětství měla pěkné, tvrdí, že jí matka dobře vychovala. Jejím přáním bylo dát dětem stejně dobrou výchovu a také to co nemohla mít ona sama. Což se jí splnilo a je díky tomu šťastná. Má dceru, syna a čtyři vnuky.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Stav před operací hodnotí jako horší po fyzické i po psychické stránce. Pacientka trpěla chronickou bolestí. Po operaci se bolest zmírnila, ale vznikly otoky dolních končetin. Tvrdí, že pooperační období zvládla a překonala díky sestřám, lékařům a také rodině. Aktuální stav hodnotí jako léčebný proces, kdy musí zatnout zuby a vydržet.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Jak tyto pocity zvládáte?

- *Pocit bolesti, únavy, úzkosti. Paní E. tento stav zvládá díky péči sester, lékařů a rodiny.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji? Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- Sloučení otázek z důvodů opakující se odpovědi. *Rodina, lékaři, sestry.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Se vším se svěřuje lékařům.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Personál hodnotí na vysoké úrovni. Poskytovaná péče je zaměřena, jak na fyzickou stránku, tak na psychickou podporu.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *V tomto období je pro paní E. nejvyšší hodnotou zlepšení zdravotního stavu. Vánoce chce strávit s rodinou.*

Co vám přináší radost?

- *Paní E. radost přináší stav bez bolesti, kdy se cítí lépe. Také vnoučata.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *V oblasti mezilidských vztahů nastala změna k lepšímu. Ze strany rodiny cítí větší tolerančnost, spolehlivost a pomoc.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Je ve stálém kontaktu se svým vedoucím. Paní E. je smířená s faktem, že do stejné práce nebude moci nastoupit z důvodů zvýšené zátěže dolních končetin. Po fyzické stránce se cítí oslabená, při uspokojování některých potřeb potřebuje pomoc druhé osoby.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *3x zdraví.*

Shrnutí

Paní E. hodnotí svůj život jako *spokojený*. Toužila po klidu, pohodě a zdraví. Rodinné vztahy hodnotí jako *dokonalé*. V dětství ji zemřel otec a vychovávala ji matka. Vyučila se a začala pracovat. V práci byla *spokojená*. Vdala se, měla dvě děti, s manželem mají dobrý vztah. Jedna z těžších životních situací, která v jejím životě nastala, byla *matčina nemoc*. O matku se starala až do smrti. Pro paní E. bylo těžké smířit se s jejím odchodem. Dlouhotrvající *období truchlení* pro ztrátu blízké osoby by mohlo být jedním z psychosociálních rizikových faktorů zhoršujících zdravotní stav. Jak uvádí Tschuschke

opakované truchlení lze chápat jako chronicky stresující aspekt, který často ústí v bezmocnost a beznaděj. Z jiného hlediska tato životní událost byla před deseti lety, čímž riziko značně klesá.

Paní E. je *dobře adaptabilní jedinec*. V minulosti *neprožívala deprese*, na těžké životní události reaguje „bojem“, nepoddává se jim. Hyperadaptovanost a potlačení deprese patří mezi projevy tzv. nádorové osobnosti. *Nemá problémy svěřit se* někomu blízkému se svými pocity či trápením. *Své emoce dává najevo*. Se stresem se vyrovnává nejdřív sama, uleví se jí pláčem, poté vyhledá pomoc blízké osoby.

Svůj aktuální stav hodnotí po psychické i fyzické stránce jako lepší než před operací. Avšak stále u ní převládají *negativní pocity úzkosti, strachu, vnitřní chvění*. Pociťuje *bolest*, která ji znemožňuje provádění některých aktivit. Zvládnout celou situaci ji pomáhá rodina, ale také velmi kladně hodnotí přístup personálu, jak lékařů tak, sester, kterým se může svěřit.

Onkologické onemocnění ovlivnilo paní E. oblast mezilidských vztahů, *změna proběhla pozitivním směrem*, cítí větší zájem, toleranci a pochopení blízkých osob. Pacientka je na nemocenské. Fakt, že se do stejné práce už nebude moci vrátit v paní E. vyvolává *stesk po zaměstnání*.

4.6.5 Rozhovor s paní F. (105)

Paní F. je ve věku 66 let, vdaná, je v invalidním důchodě z důvodů základního onemocnění. V druhé polovině roku 2009 jí byl diagnostikován karcinom prsu na základě mammografického screeningu, krátce nato prodělala radikální operaci levého prsu. Nyní je hospitalizována na onkologické klinice pro opakovanou chemoterapii a kontrolní vyšetření. Pacientka je plně informována o svém zdravotním stavu, průběhu léčby. Dodržuje léčebný režim, s personálem spolupracuje a komunikuje bez problémů. Paní F. je částečně soběstačná, orientovaná. V nemocnici ji občas navštíví rodina.

Paní F. s rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila, ze začátku byla trochu rozrušená a nevěděla co má od rozhovoru očekávat, její odpovědi byly spíše stručné. V průběhu hovoru se pacientka uvolnila a během konverzace panovala vzájemná důvěra a příjemná atmosféra. Verbální projev hodnocen jako průměrný, řeč je přiměřeně rychlá. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha): 28 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 66 let

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: starobní důchod

Diagnóza: karcinom levého prsu

Doba od začátku nemoci: září 2008 (více než rok)

Byla jste v životě spokojená?

- *Paní F. tvrdí, že v jejím životě převládaly doby nespokojenosti, kdy musela řešit různé nepříjemné situace. Dle jejího názoru je chvíl, kdy se člověk cítí spokojený velice málo.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Z odpovědi je patrné, že paní F. toužila po tom, aby se dobře dařilo jejím dětem ve všech oblastech, což bylo pro ni na prvním místě.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Své pocity ukryvá, řeší je sama. Jen občas se svěří někomu z rodiny, ale nikdy nevyhledává pomoc někoho jiného. Má obavy, že by se o jejím trápení dozvědělo příliš mnoho lidí.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Paní F. nemá problémy přizpůsobit se něčemu novému. Rychle se adaptuje na změněné podmínky.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Stresy prožívá „uvnitř sebe“, stydí se dát najevo svému okolí, že něco podobného právě prožívá. Vyrovnání se se stresovou situací trvá déle.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Mezi těžké životní situace způsobující pacientce dlouhodobý stres zahrnuje infarkt svého manžela s následnou operací (44 bodů), před dvěma lety. Také stěhování syna, finanční problémy s regulovaným nájmem a nemoc dcery (44 bodů).*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Paní F. přiznává, že prožívala různé těžké situace, ale tvrdí, že je to pouze její vnitřní boj. Není si vědoma, že by prožívala dlouhotrvající depresi.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Rodinné vztahy hodnotí jako dobré. Dětství nijak nezmiňuje. Žije s manželem, který je nemocný.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Po fyzické stránce cítí úlevu od bolesti po operaci. Po psychické stránce udává, že díky práci na zahradě a jiným činnostem nemá čas na žádné pocity. Snaží se vědomě potlačit myšlenky na nemoc.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte?

- *Důležitou prioritou pro paní F. je stihnout všechnu naplánovanou práci v daném termínu (práci na rodinném domě). Pokud se vše stihne, jak bylo v plánu, tak z toho prožívá pocit radosti. Tvrdí, že z negativních pocitů neprožívá žádné. Nechce, aby nemoc ovlivnila její soběstačnost a schopnost plnit naplánovanou práci.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *Nejčastěji se svěřuje své dceři. S manželem o svých problémech nehovoří.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Ve své odpovědi neupřesňuje, co, nebo kdo jí pomáhá. Pouze se zmiňuje o svých známých z práce, se kterými se sejde jednou za rok. Dle rozhovoru je patrné, že největší oporu má ve své dceři.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřovat se personálu oddělení a myslí, že k tomu není příležitost.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Přístup personálu hodnotí velmi kladně, během poskytované péče se setkává s psychickou podporou.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Odpověď na tuto otázku opět zaměřuje na své děti. Důležité je pro paní F. zdraví její dcery, aby v budoucnu neměla gynekologické problémy, které jsou v jejich rodině geneticky podmíněné. Rovněž zdraví a bezpečí syna.*

Co vám přináší radost?

- *Radost jí přináší situace, kdy vše probíhá jak má a všichni žijí ve zdraví a bezpečí.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *V oblasti mezilidských vztahů nepociťuje žádné změny. Je v kontaktu s přáteli, ale vztah je stejný jako před nemocí.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Invalidní důchod.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Paní F. má pouze jedno přání, aby vše zůstalo tak jak to je, aby byli zdraví.*

Shrnutí

V životě paní F. převládala období *nespokojenosti*. V otázce po čem v životě toužila, se nezaměřuje na vlastní osobu nýbrž na *své děti* a jejich štěstí a spokojenost. Paní F. patří mezi jedince, kteří *ukrývají své emoce* před vnějším světem, málokdy se někomu svěří se svými pocity a trápením. Stres a pocity s ním spojené *neventiluje, stydí se za něj*. Tvrdí, že v životě prožila mnoho těžkých situací, avšak nikdy *neměla depresi*. *Rodinné vztahy hodnotí dobře*, nezaměřuje se na vzpomínky z dětství, hodnotí spíše aktuální situaci. Na změny se *adaptuje velmi rychle* (hyperadaptovanost). Z výše popsaného lze paní F. zařadit dle Tschuschkeho, do nádorové osobnosti s dalšími rizikovými faktory jakým je např. těžká životní událost (nemoc manžela, dcery).

V současném období *cítí úlevu od bolesti* po operaci. V prožívání převládají pozitivní pocity jako je pocit *radost*, z negativních neudává žádné. Aby onemocnění nemělo dopad na oblast psychiky, snaží se *zaměstnat svou mysl prací na zahradě* a jinými domácími činnostmi, které ji neumožní soustředit se na nemoc a odvedou pozornost k jiným problémům. Z dobře vykonané práce, která je splněna podle předem připraveného plánu prožívá pocit radosti. Důležitou *prioritou se jeví udržení si soběstačnosti a práceschopnosti*, aby nijak nemoc neovlivnila její fyzickou zdatnost a pracovní výkon.

Poskytovanou péčí na oddělení hodnotí *velmi kladně*, personál projevuje zájem o pacientku, během své práce *poskytují psychickou podporu*. Přesto *nemá potřebu svěřit se se svými pocity nikomu ze zdravotního personálu*. V mezilidských vztazích *nedošlo k žádné změně*. Pacientka je v invalidním důchodu.

4.6.6 Rozhovor s paní G. (106)

Paní G. je původem z Litvy, je jí 57 let. Do České republiky se přestěhovala krátce po rozvodu v roce 1991, nyní žije se svým přítelem. V březnu roku 2007 ji byl diagnostikován tumor děložního čípku na základě cytologického vyšetření stěru z čípku děložního při preventivní gynekologické prohlídce. Po stanovení diagnózy v roce 2007 byla paní G. odeslána k operaci a následné radioterapii a chemoterapii. První série chemoterapie trvala pět dní. V současné době je paní G. pacientkou onkologické kliniky, byla přijata pro opakovanou chemoterapii a tišení bolesti.

Paní G. je plně informována o zdravotním stavu i léčebném režimu. Vztah k personálu je dobrý, spolupracuje bez problémů. Působí velmi pozitivně. S rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila, i když měla obavy, že nebude schopná přesně vyjádřit to, co by chtěla z důvodu jazykové bariéry. Přesto byly z rozhovoru získány potřebné informace a verbální projev lze hodnotit jako dobrý. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 28 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 57

Pohlaví: žena

Stav: rozvedená

Povolání: dělnice, nyní invalidní důchod

Diagnóza: tumor čípku děložního

Doba od začátku nemoci: březen 2007 (3 roky)

Byla jste v životě spokojená?

- *Svůj život pacientka nehodnotí jako stoprocentně spokojený, jelikož prožila několik velmi těžkých situací, jako je rozvod a smrt syna.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Nejvíce toužila po zdravé spokojené rodině, dětech.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Paní G. nedává najevo své pocity, své problémy, je zvyklá vše řešit sama se sebou, bez pomoci druhých.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Prizpůsobuje se velmi dobře a rychle. Tvrdí, že žádná změna, která v jejím životě proběhla, ji nezaskočila.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Délka období nutného k vyrovnání se stresovou situací je v závislosti na vyvolávajícím činiteli. Někdy se paní G. vyrovnává snáz a rychleji někdy hůř a déle (blíže nespecifikovala).*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Nejtěžší životní situace- smrt syna (63 bodů) byla v roce 2005 (2 roky před diagnostikování nemoci). Nemoc samotnou (53 bodů) hodnotí pacientka také jako těžkou životní situaci. Dále rozvod (73 bodů) v roce 1991.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Paní G. si není jistá zda to, co prožívala v roce 2008 po zjištění závažného onemocnění může nazvat depresí, byla však nucena vyhledat pomoc lékaře. Přesto tvrdí, že dlouhotrvající depresi nikdy netrpěla.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Vztah s rodiči měla dobrý. První manželství hodnotí jako velmi těžké a komplikované (nerozebírá detaily). Má čtyři sestry, které žijí v Litvě, je s nimi v kontaktu.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Pacientka trpí velkou bolestí. Po psychické stránce se cítí vyrovnaná se situací, nemá depresi. Někdy prožívá stesk po rodné zemi. Ale díky dobrému vztahu se svým přítelem vše zvládá.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Jak tyto pocity zvládáte?

- *V poslední době prožívá z negativních pocitů smutek, ale jsou také okamžiky, které pacientce dělají radost, například dny strávené s vnukem svého přítele. Mezi pocity pozitivními i negativními panuje rovnováha.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O pocitech může hovořit s přítelem.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Vlastní sestra.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu, je to možná ovlivněno tím, že poslední tři měsíce dojížděla pouze na kontroly a nebyla k tomu vhodná příležitost.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Pacientka je spokojená s péčí, pociťuje psychickou podporu, kterou potřebuje. Je plně informována o svém stavu, tvrdí, že je vyrovnaná a chce o všem vědět.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Nejdůležitější je pro pacientku zdraví a úspěšná terapie. Snaží se získat co nejvíc informací o své nemoci prostřednictvím literatury.*

Co vám přináší radost?

- *Spokojenost blízkých osob a vnuk.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Pociťuje změnu k lepšímu v mezilidských vztazích, poskytují pacientce větší péči. Ona preferuje, aby vztahy zůstaly stejné jako před nemocí a její blízcí k ní přistupovali jako ke zdravému člověku.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Před nemocí paní G. pracovala v jedné firmě, kde byla spokojená. Od ledna 2008 je v invalidním důchodě.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Zdraví její i jejích blízkých.*

Shrnutí

Paní G. svůj život *nehodnotí jako stoprocentně spokojený*. Toužila po *spokojené a zdravé rodině*. První manželství však bylo *velmi těžké a komplikované*, měla dvě děti, syna a dceru. V roce 1991 se s manželem *rozvedla*. *Přestěhovala se z Litvy do ČR*, kde momentálně žije s přítelem. Nikdy *nedává najevo své pocity*, problémy řeší sama se sebou. Reakce na změny lze hodnotit jako *hyperadaptovanost*. Zvládání stresu trvá různě dlouho v závislosti na vyvolávajícím činiteli. *Léčila se s psychickými problémy*, ale neví, zda to může nazvat depresí. V roce 2005 její syn spáchal *sebevraždu*, tuto situaci nesla paní G. velmi

těžce. Při vzpomínce na syna má slzy v očích a není schopná chvíli komunikovat. Dva roky po smrti syna pacientka *onemocněla* onkologickým onemocněním.

V současném období se pacientka snaží *vyrovnat* s nemocí, často prožívá *smutek*, ale také *radost*. Oporou v období nemoci je jí *přítel a sestra*. *Nemá potřebu svěřovat* se zdravotnickému personálu, i když jejich profesionální přístup hodnotí velmi kladně. Nyní je pro ni důležité *zlepšení zdravotního stavu a úspěšnost terapie*, chce být plně informována o svém zdravotním stavu. Snaží se získat informace o nemoci prostřednictvím odborných knih.

Nejdůležitější pro ni je *spokojenost a zdraví jejich blízkých*. V mezilidských vztazích *cítí změnu*, která se projevuje zejména vyšší péčí o její osobu. Sama by byla raději, aby ji blízcí vnímali jako zdravého jedince. Před nemocí pracovala v blíže nespecifikované firmě, nyní pobírá *invalidní důchod*.

4.6.7 Rozhovor s paní H. (107)

Paní H. je ve věku 55 let, je 36 let vdaná, žije s manželem v rodinném domě. Je 12 let v invalidním důchodě, původně z důvodu výhřezu plotýnky. V listopadu 2007 jí byl diagnostikován nádor v oblasti těla děložního. V první fázi léčby pacientka podstoupila operaci, s následnou radioterapií a chemoterapií. Po nějaké době byl diagnostikován metastatický rozsev v plicích a dutině břišní. Pacientka byla hospitalizována pro zhoršení stavu a pro podání další série radioterapie a chemoterapie na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Jako vedlejší účinek radioterapie došlo u pacientky k zúžení močovodu a musela podstoupit dočasnou nefrotomii. Nyní je hospitalizována na onkologické klinice a je zařazena do studiové léčby. O svém zdravotním stavu je informovaná. Dobře spolupracuje s personálem oddělení.

Paní H. s rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila, byla v dobrém psychickém rozpoložení. Interview probíhalo v rámci pokoje bez přítomnosti dalších osob. Verbální projev pacientky je dobrý, řeč je přiměřeně rychlá. Odpovědi paní H. byly velmi obsáhlé, někdy odbíhající od tématu, ale vždy zachycující pro výzkum důležité poznatky. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 30 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 55

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: invalidní důchod - 12 let

Diagnóza: sarkom těla děložního

Doba od začátku nemoci: listopad 2007 (tři roky)

Byla jste v životě spokojená?

- *Svůj život hodnotí jako spokojený. Manželství je harmonické. Má tři dcery.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Toužila po funkční rodině, spokojenosti a štěstí svých dcer. Vše se paní H. splnilo.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Své pocity před okolím ukryvá, jen občas se svěří někomu blízkému. Ale nikdy své pocity, nebo problémy neventiluje před širokým okolím.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Rychle se adaptuje na změny.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *V případě, že se pacientka sama nemohla vyrovnat s nějakou stresovou situací, užívala Lexaurin. Nyní tvrdí, že jí nemoc obrnila, že se nevzdává a bojuje.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Před dvěma lety paní H. zemřel otec (63 bodů).*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Dlouhotrvající deprese pacientka nemívá.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Paní H. vyrůstala v malé vesnici. Měla tři sourozence, vychovávali je prarodiče. Rodiče byli zaměstnaní v Jednotném zemědělském družstvu a neměli na potomky dostatek času. Dětství hodnotí jako spokojené. Zastává názor, že rodinné problémy by se měly řešit pouze v rámci rodiny, rodina by měla držet pohromadě a nikdo cizí by do problému neměl být zasvěcen. Je patrné, že paní H. klade důraz na pevnost rodinných vazeb a dobrých vztahů.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Od léta 2009 pacientka pociťuje značné zlepšení zdravotního stavu, je zařazena do studiové léčby. Po fyzické stránce se cítí méně unavená, nemá bolesti. Dochází na pravidelné kontroly na urologii z důvodů zúžení močovodu po radioterapii, nyní je bez obtíží. Psychický stav pacientky lze, dle škály Kübler-Rossové, zařadit do fáze smíření. Dříve užívala Lexaurin pravidelně, v poslední době jej užívá pouze v případě, že ji čeká náročné vyšetření.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Jak tyto pocity zvládáte?

- *Převažují pozitivní pocity jako radost. Zlost prožívá pouze ojedinele.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O svých pocitech nejčastěji hovoří se svými dvěma kamarádkami. Jedna z nich byla také onkologickou pacientkou.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *V této situaci ji pomáhá rodina a výše zmíněné kamarádky. Od nemoci došlo ke změně postoje pacientky vůči svěřování se s trápením někomu dalšímu. Uvědomila si, že je horší pokud bude emoce dále „dusit“ v sobě.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřit se ošetřujícímu personálu. Příležitost by byla. S problémy se svěřovala lékařce, za kterou docházela ambulantně.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Ano.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Zlepšení zdravotního stavu, aby pacientka žila ještě pár let je pro ni v této době nejdůležitější.*

Co vám přináší radost?

- *Během nemoci si pacientka začala vážit více maličností, radost jí dělá všechno. Každé ráno děkuje za to, že se mohla probudit.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Změna v mezilidských vztazích nastala hlavně v rodině, která o pacientku projevuje větší zájem a pomoc.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Invalidní důchod již dvanáctým rokem.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- Největší přání je zdraví.

Shrnutí

Paní H. hodnotí svůj život jako *spokojený*, má harmonické manželství. Toužila po *funkční, spokojené rodině a štěstí svých dětí*, vše se jí splnilo. Své pocity a trápení nedává najevo, jen výjimečně se svěruje někomu z rodiny, většinou dochází k *potlačení emocí*. Změnám se paní H. přizpůsobuje velmi snadno a rychle – *hyperadaptovanost*. Reakce na stres je různorodá dle příčiny, v některých případech se paní H. snaží vypořádat se stresem sama, ale většinou *užívá Lexaurin*. V posledních dvou letech paní H. *zemřel otec* (63 bodů). Smrt blízkého člena rodiny v období dvou let před nemocí se dle Holmese a Rahe řadí do inventáře životních událostí a může působit negativně na somatický stav jedince.

Netrpí dlouhotrvajícími depresemi. Paní E. je možno dle jejích osobnostních charakteristik zařadit do nádorové osobnosti popsané Tschuschem a jinými autory.

Dětství prožila na vesnici, kde jí vychovávali prarodiče. Ve vztahu k rodičům zmiňuje pouze fakt, že dětem nevěnovali dostatek času. Z rozhovoru je patrné, že paní H. klade důraz na pevnost rodinných vazeb a dobrých vztahů. Po fyzické stránce pacientka od zařazení do studiové léčby cítí zlepšení, je méně unavená, nemá bolesti. Psychický stav pacientky lze, dle křivky Kübler-Rossovové, zařadit do *fáze smíření*. Z prožívaných pocitů *převažují pozitivní* jako je např. radost. Během svého onemocnění se začala svěřovat svým přítelkyním se svými problémy a trápením. Personálu se nesvěruje. S kvalitou poskytované péče na onkologické klinice je velmi spokojená a při opakovaných hospitalizacích preferuje umístění na stejné oddělení (oddělení B).

Nemoc jí umožnila *přehodnotit některé postoje* a paní H. si začala více vážit maličkostí, nyní se nachází ve fázi, kdy ráno děkuje za každé probuzení. Došlo ke změně v mezilidských vztazích, rodina projevuje větší zájem o pacientku. Paní H. je dvanáctým rokem v invalidním důchodu.

4.6.8 Rozhovor s paní I. (108)

Paní I. je ve věku 76 let, dříve pracovala jako geofyzik, nyní je v důchodě. Žije s manželem, má dvě děti i vnuky. V květnu jí byl diagnostikován karcinom těla děložního, podstoupila radikální hysterektomii s následnou radioterapií a chemoterapií. Byla

hospitalizována pro zhoršení stavu a podání paliativní chemoterapie. Paní I. je plně informována o zdravotním stavu i prognóze onemocnění. S personálem velmi dobře spolupracuje. Téměř každý den ji v nemocnici navštěvuje rodina.

S rozhovorem za účelem výzkumného šetření k diplomové práci souhlasila, byla ochotná sdělit všechny potřebné informace. Verbální projev lze hodnotit jako dobrý, přiměřený věku, adekvátní odpovědi na otázky. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 28 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 76 let

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: geofyzik, nyní starobní důchod

Diagnóza: karcinom těla děložního

Doba od začátku nemoci: květen 2008 (téměř dva roky)

Byla jste v životě spokojená?

- *Paní I. prožila spokojený život. Byla spokojená v osobním, rodinném i profesním životě.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Toužila po cestování, své cesty uskutečnila po mnoha Evropských zemích, žila nějaký čas v Iráku, kde byl její manžel pracovně. Dále toužila po změně režimu, hlavní příčinou přání bylo, aby děti žily v lepších podmínkách než ona sama a měli možnost cestovat, studovat atd.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Paní I. je člověk, který své myšlenky hlubšího rázu nezveřejňuje, spíše si pocity nechává pro sebe.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Nemá problémy přizpůsobit se změně, pokud přizpůsobení se určité situaci uzná za vhodné, ráda se adaptuje.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Tvrdí, že ji stresové situace velmi oslabují, prožívá smutek, ztrácí motivaci a smysl provádět většinu činností. Přesto se snaží nepodlehnout stresu*

a bojovat, ať už rozhovorem s někým blízkým nebo orientací myšlenek pozitivním směrem.

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Jako těžkou životní událost v posledních dvou letech vnímá pacientka svoji vlastní nemoc (53 bodů). V dávné minulosti pak těžce prožívala smrt rodičů a rozvod.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Neprožívala dlouhotrvající deprese. Podobným situacím se snaží vyhýbat.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Vztahy s rodiči hodnotí velmi pozitivně. V průběhu první světové války utíkala s rodinou z Podkarpatské Rusi, kde zůstaly všechny jejich osobní věci. Těžce nesla komunistický režim. Vztahy s manželem byly dobré, bez výraznějších problémů. S dětmi má dobrý vztah, je spokojená, že mají vysokoškolské vzdělání, moderní názory... Má těžce nemocného syna, pro karcinom žaludku prodělal operaci, po které ho lékaři udržují v umělém spánku.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Pocituje větší únavu, nejistotu při pohybu, chůzi z důvodů závratí. Bolesti nemá, na noc užívá Hypnogen tablety. I když si nemoc plně uvědomuje, snaží se na ni vědomě nemyslet, chce překonat tuto situaci a žít ještě pár let, ale ne za každou cenu. Dle křivky Kübller-Rossovové se pacientka nachází ve fázi smíření.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Jak tyto pocity zvládáte?

- *Prožívá smíšené pocity, k nemoci zaujímá realistický postoj, dodržuje léčebná opatření. Snaží se vyvarovat stresových situací.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *S manželem má velmi dobrý vztah, je jí oporou, může s ním o všem hovořit. V domácnosti zastává veškerou práci manžel, když se paní I. necítí dobře.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Z rodiny je to zejména manžel, dcera a velkou oporou byl pro paní I. syn, než onemocněl.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Se svým trápením, které se týká zdravotního stavu syna, se paní I. svěřila své ošetřující lékařce. Jinak se personálu nesvěřuje.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *S personálem má velmi dobrý vztah, tvrdí, že má pocit, jako by jí rozuměli. S péčí je spokojená i po stránce psychické podpory.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Za důležitou životní hodnotu považuje paní I. zdraví. Přeje si zdraví svého syna i své vlastní a také aby se všem dobře dařilo.*

Co vám přináší radost?

- *Radost pacientce přináší, když ji někdo projeví, že jí má rád. Dále celková spokojenost, když ji klidný život nekomplikují žádné problémy a v neposlední řadě jí dělá radost štěstí jejich blízkých osob. Nynější období nepatří mezi radostné, nemoc syna a neštěstí v jeho rodině je pro paní I. velmi náročnou situací.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Nevídá změnu v mezilidských vztazích. V rodině měli vždy dobré vztahy.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Starobní důchod.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Na prvním místě je pro paní I. důležité uzdravení syna. Plně si uvědomuje svůj zdravotní stav, proto si přímo nepřeje uzdravení, ale zlepšení zdravotního stavu na takovou úroveň, aby nebyla narušena soběstačnost a běžné aktivity denního života.*

Shrnutí

Paní I. hodnotí svůj život jako *spokojený*, jako dítě prožila světovou válku, přesto si na dětství nijak nestěžuje. Má šťastné manželství, dvě děti. Touha po cestování a změně režimu se jí splnila. Své pocity a myšlenky si *většinou nechává pro sebe*, nerada je sděluje okolí. Pokud v jejím životě nastane nějaká změna, nejdřív zváží, zda je vhodné se změně přizpůsobit, většinou je však velmi *dobře se adaptující člověk*. Stresové situace způsobují *ztrátu motivace* k různým činnostem a pacientku *duševně oslabují*, proto se jím snaží vyhýbat.

V inventáři těžkých životních událostí zaměřené na období posledních 24 měsíců označila její *vážné onemocnění*. Všechny ostatní události zmíněné v inventáři se udály před desítkami let, proto nejsou pro výzkum signifikantní. Paní I. *netrpěla dlouhotrvajícími depresemi*. Rodinné vztahy hodnotí jako dokonalé.

Po psychické stránce je paní I. ve *fázi smíření*, prožívá *smíšené pocity*, radost, když jí její blízcí projeví lásku, ale také smutek z důvodů těžkého zdravotního stavu syna. Za důležitou *životní hodnotou pokládá zdraví*, přeje si zdraví syna a zlepšení svého zdravotního stavu. Přístup personálu hodnotí velmi *kladně*, se svým trápením se svěřila ošetřující lékařce. V mezilidských vztazích *nedošlo k žádné změně*. Paní I. je ve starobním důchodě.

4.6.9 Rozhovor s paní J. (109)

Paní J. je ve věku 71 let, pobírá starobní důchod. V říjnu 2007 jí byl diagnostikován karcinom pravého prsu. Paní I. podstoupila radikální mastektomii s následnou chemoterapií. V roce 2009 byly zjištěny metastázy jater a skeletu. Nyní je pacientkou onkologické kliniky přijata pro paliativní radioterapii na oblast páteře Th11 – L1. Paní J. je plně informována o zdravotním stavu i prognóze onemocnění. Na první pohled pacientka působí velmi rezignovaně, apaticky, s personálem spolupracuje, ale je zde patrná ztráta zájmu o cokoli. Komunikuje velmi málo, na otázky jen přikyvuje, nebo používá stručné odpovědi. Přesto s rozhovorem za účelem výzkumného šetření k diplomové práci souhlasila. V průběhu rozhovoru působila stále apaticky, odpovídala velmi stručně, nicméně vždy vystihla podstatu věci. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 26 bodů – pásmo normálu.

Demografické údaje:

Věk: 71 let

Pohlaví: žena

Stav: vdova

Povolání: starobní důchod

Diagnóza: karcinom pravého prsu

Doba od začátku nemoci: říjen 2007 (tři roky)

Byla jste v životě spokojená?

- *V životě byla spokojená. Měla manžela, tři děti.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Paní J. toužila po klidném spokojeném životě.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Své pocity se snaží vždy ukrýt.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Udává rychlou adaptaci na změny – hyperadaptovanost.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Vyrovnání se stresem činí paní J. problémy v závislosti na situaci.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Těžkou životní událostí byla smrt manžela v roce 1997, tzn. 10 let před nemocí (63 bodů). Dalším problémem bylo pro paní J. synovo soukromí, jeho rozvod, děti.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Dlouhotrvající depresi prožívala paní J. nejdéle po smrti manžela. Dříve z důvodů školních problémů své dcery.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Rodinné vztahy hodnotí jako dobré. Má pět sourozenců. Manželství bylo harmonické, neuvádí žádné problémy. Vztahy hodnotí jako relativně dokonalé.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Cítí se špatně po stránce fyzické i psychické. Je velmi unavená, zpomalená. Užívá analgetika, bolesti nemá.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Jak tyto pocity zvládáte?

- *Paní J. se cítí rozladěná, převažují negativní pocity, jako je smutek a strach. S pocity nijak nebojuje, nechá je vyšumět.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O svých pocitech nejčastěji hovoří se svými nejbližšími, s vlastní sestrou.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *S nemocí se vyrovnává sama. Výše zmíněná sestra bydlí daleko, jsou v telefonickém kontaktu.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřovat se svými problémy zdravotnímu personálu, i když tvrdí, že příležitost se vždy najde.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Ano.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Zdraví.*

Co vám přináší radost?

- *Dobré zprávy.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy. Rodina nehodnotí pacientku tak vitální, jako před nemocí. Jinak k žádné změně nedošlo.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Starobní důchod od r. 2000.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *V prvním přání zmiňuje zdraví svých dětí, zdraví rodiny. Dále si přeje být se všemi v dobrém vztahu.*

Shrnutí

Paní J. žila *spokojený život*. Své *pocity před okolím ukrývá*, nedává najevo emoce – *potlačení emocí*. Na nejrůznější životní změny se adaptuje velmi rychle a bez problémů – *hyperadaptovanost*. Deset let před nemocí jí zemřel manžel, což paní J. těžce nesla. Po jeho smrti prožívala *dlouhotrvající deprese*. Rodinné vztahy hodnotí jako *téměř dokonalé*. Necítí se dobře, je unavená, na první pohled je patrná *apatie a ztráta zájmu o cokoliv*. Paní J. působí velmi rezignovaně. Zná prognózu svého onemocnění, což ji psychicky ještě více oslabuje. Přesto *nemá potřebu svěřit se*, se svými problémy někomu z ošetřujícího personálu, i když jejich *profesionální přístup hodnotí velmi kladně*.

S nemocí se vyrovnává sama. Nedošlo k *žádné změně v mezilidských vztazích*. Paní J. prožívá více *negativní pocity*, jako je smutek a strach. V současném období je pro ní *nejdůležitější zdraví*. Přeje si zdraví svých dětí, své vlastní a dobré vztahy s blízkými lidmi.

Výše popsané znaky patří do charakteristiky nádorové osobnosti.

4.6.10 Rozhovor s paní K. (110)

Paní K. je ve věku 66 let bydlí v rodinném domě s manželem, dcerou a její rodinou. V září roku 2008 ji byl diagnostikován karcinom levého prsu. Paní K. prodělala radikální mastektomii s následnou chemoterapií. Nyní je pacientkou onkologické kliniky přijatá pro podání paliativní chemoterapie z důvodů metastáz mozku.

Paní K. je plně informována o svém zdravotním stavu i paliativní léčbě. Vztah k personálu je dobrý, spolupracuje bez problémů. S rozhovorem za účelem výzkumu souhlasila. Během rozhovoru byly získány potřebné informace, verbální projev lze hodnotit jako dobrý. Hodnocení kognitivních funkcí (MMSE) dle Folsteinova testu (viz příloha č. 2, str. 111): 27 bodů – pásma normálu.

Demografické údaje:

Věk: 66 let

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Povolání: starobní důchod

Diagnóza: karcinom levého prsu

Doba od začátku nemoci: září 2008 (dva roky)

Byla jste v životě spokojená?

- *V životě byla paní K. spokojená, měla hodného manžela a tři děti, o které se starala, když musel odjet do zahraničí.*

Po čem jste v životě toužila?

- *Toužila cestovat po zahraničí. S manželem procestovali několik zemí.*

Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?

- *Většinou se se svými pocity svěřuje okolí. Pokud je sama a nemá na blízku nikoho, komu by se mohla svěřit, uleví si pláčem.*

Jaká bývá vaše reakce na změnu?

- *Snaží se dělat vše proto, aby si na danou změnu zvykla.*

Jak se vyrovnáváte se stresem?

- *Se stresem se vyrovnává rychle.*

Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)

- *Před déle než deseti lety před nemocí – smrt rodičů.*

Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?

- *Od začátku nemoci paní K. trpí dlouhodobými depresemi spojenými s pooperačním stavem, pooperačními komplikacemi – bolest, lymfedém. Nedávno jí byly diagnostikovány metastázy mozku, což její psychický stav ještě zhoršilo. Před nemocí deprese neměla.*

Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

- *Vztahy hodnotí jako dokonalé, jak v dětství, tak nyní. Má tři děti, které se o paní K. velmi dobře starají.*

Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)

- *Po fyzické stránce se cítí velmi unavená. Bolesti neměla. V poslední době se objevily bolesti hlavy a zvracení po CT byly zjištěny metastázy mozku. Paní K. se snaží nepřemýšlet o nemoci – potlačení reality.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte?

- *Nejčastěji prožívané pocity jsou negativní, blíže nespecifikovala.*

Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?

- *O pocitech se jí s někým hovoří komplikovaně, hned se rozpláče.*

Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?

- *Velkou oporou jsou pro pacientku její děti, hlavně jedna dcera.*

Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?

- *Nemá potřebu svěřit se někomu s personálu. Tvrdí, že k tomu není ani příležitost, že jsou zaměřeni spíš na své výkony.*

Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

- *Přesto, že v předchozí otázce tvrdí, že nemá příležitost svěřit se personálu, uvádí, že ošetřující personál poskytuje psychickou podporu.*

Co je pro vás v současném období nejdůležitější?

- *Zdraví.*

Co vám přináší radost?

- *Radost jí dělá manžel jeho každodenníma návštěvami.*

Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)

- *Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích. Paní K. má v rodině velkou oporu.*

Změnilo se něco v zaměstnání?

- *Starobní důchod.*

Kdybyste mněla tři přání, jaká by byla?

- *Přáním pacientky je zdraví.*

Shrnutí

Paní K. žila *spokojený život*, má tři děti, *harmonické manželství*. Rodinné vztahy hodnotí jako dokonalé. Toužila po cestování, toto přání se jí splnilo, s manželem, který byl obchodník, procestovala různé státy. Před zhruba deseti lety paní K. *zemřeli rodiče*, byla to pro ni velká ztráta. Z důvodů dlouhé časové prodlevy mezi smrtí rodičů a propuknutím nemoci, nelze tento fakt zařadit do inventáře životních událostí. Paní K. patří mezi jedince, kteří se *adaptují na změnu v závislosti na události*. Se stresovou situací se vyrovnává *snadno a rychle*. *Od začátku nemoci prožívala dlouhotrvající deprese* spojené s léčeným režimem, pooperačním stavem a lymfedémem. *Před nemocí depresemi netrpěla*. *Své emoce dává najevo*, avšak *není schopná podělit se s někým o své trápení*.

V současné době je pro paní K. *nejvyšší životní hodnotou zdraví*. V prožívání převažují *negativní pocity*, které není schopná blíže definovat. Má problém svěřit se někomu se svými pocity ať už blízkým či personálu. Personál a jeho profesionální přístup včetně poskytování psychické podpory hodnotí kladně. Přesto zastává názor, že ošetřující personál nemá prostor pro navázání bližšího vztahu s nemocným z důvodu pracovního vytížení. Psychickou oporou je její rodina. V mezilidských vztazích *nedošlo k žádné změně*. Pobírá *starobní důchod*.

4.7 Shrnutí analýz získaných dat

Respondentkami výzkumného šetření bylo deset náhodně vybraných žen s onkologickým onemocněním, které splňovaly výše zmíněná kritéria. Klientkám/pacientkám byl přidělen kód pro zachování anonymity a lepší zpracování údajů. Všechny oslovené byly předem informovány o problematice výzkumu, což stvrzovaly svým podpisem na předem připravený písemný informovaný souhlas (viz příloha č. 1, str. 111).

Z celkového počtu vybrané skupiny žen, bylo pět respondentek s diagnózou karcinomu prsu a pět respondentek s gynekologickou malignitou (karcinom, sarkom těla anebo čípku děložního). Jedním ze stanovených kritérií byla doba od začátku nemoci v rozmezí jednoho až tří let, kritérium bylo splněno u všech nemocných v šetření.

Tabulka č. 4: Demografické údaje

PACIENTKA	VĚK	POHLAVÍ	STAV	POVOLÁNÍ	DIAGNÓZA	TRVÁNÍ NEMOCI (+-)
B (101)	49	žena	rozvedená	invalidní důchod	karcinom pravého prsu	2 roky
C (102)	84	žena	vdova	starobní důchod	karcinom levého prsu	2 roky
D (103)	41	žena	vdaná	invalidní důchod	karcinom těla děložního	2 roky
E (104)	52	žena	vdaná	prodavačka	karcinom těla děložního	1 rok
F (105)	66	žena	vdaná	starobní důchod	karcinom levého prsu	1 rok
G (106)	57	žena	rozvedená	invalidní důchod	tumor děložního čípku	3 roky
H (107)	55	žena	vdaná	invalidní důchod	sarkom těla děložního	3 roky
I (108)	76	žena	vdaná	starobní důchod	karcinom těla děložního	2 roky
J (109)	71	žena	vdova	starobní důchod	karcinom pravého prsu	3 roky
K (110)	66	žena	vdaná	starobní důchod	karcinom levého prsu	2 roky

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že průměrný věk respondentek je 61,7 let a průměrná délka trvání nemoci je 2,1 roku.

Spolu s interpretativní fenomenologickou analýzou byly použity objektivizovatelné škály strukturované na základě využití poznatků z odborných teoretických zdrojů. Škály jsou zaměřeny na charakteristiky nádorové, depresivní osobnosti či jiných psychosociálních faktorů předcházejících vzniku onemocnění. Dle škál je možno všechny respondentky zařadit dle bodového hodnocení do příslušné skupiny (viz tabulka str. 108 – 109).

4.7.1 Vyhodnocení škál v oblasti života před nemocí

120 – 80 bodů	riziková skupina psychosomatických pacientů
79 – 40 bodů	méně riziková skupina psychosomatických pacientů
39 – 0 bodů	skupina téměř bez rizika

Riziková skupina psychosomatických pacientů 120 – 80 bodů

Z výsledků je patrné, že jedince lze zařadit do skupiny osob, u kterých existuje určitá korelace mezi osobnostními charakteristikami, působením psychosociálních faktorů a vznikem nemoci. Jedinci se svými osobnostními charakteristikami přibližují popisu nádorové či depresivní osobnosti, nebo byli vystaveni působení rizikových psychosociálních faktorů (např. stresové situace, truchlení, či jiné hodnoty nacházející se v inventáři životních hodnot, které uvádí Holmes a Rahe) u nichž je vyšší riziko vzniku onkologického onemocnění z psychosomatického hlediska.

Středně riziková skupina psychosomatických pacientů 79 – 40 bodů

Osoby nacházející se v této skupině vykazují některé rizikové znaky nádorové, či depresivní osobnosti a přítomnosti rizikových psychosociálních faktorů, u kterých je zvýšené riziko vzniku nádorového onemocnění na základě somatizace psychických potíží (např. potlačení emocí, stres atd.). Avšak počet působících faktorů a následné riziko je podstatně menší než u první skupiny.

Skupina téměř bez rizika 39 – 0 bodů

V tomto bodovém rozmezí se nachází jedinci, u kterých není působení psychosociálních faktorů a osobnostních charakteristik rizikové ve vztahu k somatizaci a následnému vzniku nemoci.

Tabulka č. 5: Souhrn informací a dat z interview (1. část)

HODNOCENÁ OBLAST	pac. č. 101	pac. č. 102	pac. č. 103	pac. č. 104	pac. č. 105
STAV PŘED NĚMOCÍ	částečně spokojený život	částečně spokojený život	částečně spokojený život	zcela spokojený život	život spíše nespokojený
	nedostatečné citové vazby v dětství, neharmonické manželství	téměř dokonalé rodinné vztahy	rodinné vztahy dokonalé ve všech oblastech	rodinné vztahy dokonalé ve všech oblastech	téměř dokonalé rodinné vztahy
	potlačování emocí, nesvěřování	potlačení emocí, svěřuje se málokdy	emoce projevuje, často se někomu svěřuje	projevuje emoce, často se někomu svěřuje	potlačení emocí, svěřuje se málokdy
	špatná adaptabilita	hyperadaptovanost	špatná adaptabilita	hyperadaptovanost	hyperadaptovanost
	časté deprese	dlouhotrvající deprese	dlouhotrvající deprese	nikdy neměla depresi	nikdy neměla depresi
	vyrovnání se stresem činí velké problémy	špatné vyrovnání se stresem, dlouhotrvající	vyrovnání se stresem činí velké problémy	vyrovnání se stresem činí někdy malé prob.	vyrovnání se stresem činí velké problémy
	těžká životní událost v posledních dvou letech – vlastní nemoc	těžká životní událost v období dvou let před nemocí – smrt manžela	těžká životní událost v posledních dvou letech – vlastní nemoc, pěti i deseti	těžká životní událost před více než pěti lety, ale méně než deseti – smrt matky	těžká životní událost v období dvou let před nemocí – nemoc manžela
SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ	pocit vyrovnanosti fáze smíření	prožívané pocity negativní, nekonkretizovány	převládají pozitivní, z negativních strach	převládají negativní pocity: úzkost, únava, bolest	převládají pozitivní, radost
	svěřuje se přátelům	svěřuje se neteři	svěřuje se faráři, přítelkyni	svěřuje se rodině, lékařům	svěřuje se své dceři
	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ	málokdy má potřebu svěřit se personálu ZZ	lékařům	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ
	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu
OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA SOUČASNÝM STAVEM	upevnění mezilidských vztahů větší zájem blízkých osob	žádná změna v mezilidských vztazích	upevnění mezilidských vztahů větší zájem blízkých osob	upevnění mezilidských vztahů větší zájem blízkých osob, větší tolerance	žádná změna v mezilidských vztazích
	invalidní důchod	starobní důchod	invalidní důchod	nemocenská	invalidní důchod
	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-zachování soběstačnosti	přání (hodnota)-uzdravit se, štěstí dětí	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-udržení soběstačnosti
škály - počet bodů	80	95	65	30	80
MMSE (body)	27	27	30	29	28

Tabulka č. 5a: Souhrn informací a dat z interview (2. část)

HODNOCENÁ OBLAST	pac. č. 106	pac. č. 107	pac. č. 108	pac. č. 109	pac. č. 110
STAV PŘED NĚMOCÍ	život spíše nespokojený	život zcela spokojený	život zcela spokojený	život zcela spokojený	život zcela spokojený
	téměř dokonalé rodinné vztahy	téměř dokonalé rodinné vztahy	rodinné vztahy dokonalé ve všech oblastech	téměř dokonalé rodinné vztahy	dokonalé rodinné vztahy
	potlačení emocí, svěřuje se málo kdy	potlačení emocí, svěřuje se málo kdy	většinou emoce ukryvá, svěřuje se málo kdy	potlačení emocí, nesvěřuje se	dává najevo emoce, svěřuje se málo kdy
	hyperadaptovanost	hyperadaptovanost	adaptabilní v závislosti na situaci	hyperadaptovanost	adaptabilní v závislosti na situaci
	nikdy neměla depresi	potlačení deprese	nikdy neměla depresi	dlouhotrvající deprese	nikdy neměla deprese
	vyrovnání se stresem v závislosti na situaci	vyrovnání se stresem činí velké problémy	vyrovnání se stresem činí velké problémy	vyrovnání se stresem v závislosti na situaci	vyrovnání se stresem probíhá rychle
	těžká životní událost v období dvou let před nemocí – smrt syna	těžká životní událost v posledních dvou letech – smrt otce	těžká životní událost v posledních dvou letech – vlastní nemoc	těžká životní událost v posledních deseti letech – smrt manžela	těžká životní událost v posledních deseti letech – smrt rodičů
SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ	rovnováha mezi pozitivními i negativními pocity	převažují pozitivní pocity, fáze smíření	smíšené pocity, fáze smíření	převažují negativní pocity, apatie, rezignace	převažují negativní pocity, nedefinovány
	svěřuje se příteli, sestře	svěřuje se přítelkyni	svěřuje se manželovi	svěřuje se sestře	spíše se nesvěřuje
	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ	ošetřující lékaře	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ	nemá potřebu svěřit se personálu ZZ
	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu	poskytována psychická podpora ze strany personálu
OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA SOUČASNÝM STAVEM	větší zájem blízkých osob	větší zájem blízkých osob	žádná změna v mezilidských vztazích	žádná změna v mezilidských vztazích	žádná změna v mezilidských vztazích
	invalidní důchod	invalidní důchod	starobní důchod	starobní důchod	starobní důchod
	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-zdraví	přání (hodnota)-zdraví
škály - počet bodů	80	80	50	70	20
MMSE (body)	28	30	28	26	26

4.7.2 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 1: STAV PŘED NEMOCÍ

Ke zhodnocení determinant životních událostí ve vztahu ke vzniku onkologického onemocnění byl pro snadnější zjišťování potřebných údajů použit inventář životních událostí. (viz tabulka 1, str. 21). Inventář s přidělenými bodovými hodnotami sloužil pouze pro lepší přehlednost zjištěných údajů, nebyl použitý pro vyhodnocení zátěže.

Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy deseti rozhovorů s onkologicky nemocnými ženami jsou patrné následující fenomény:

Životní události:

- tři respondentky uvádí těžkou životní událost v období dvou let před nemocí a to: paní C. smrt manžela, paní F. těžká nemoc manžela a paní G. smrt vlastního syna.
- čtyři respondentky prožily těžkou životní událost před více než dvěma lety před nemocí ale méně než před deseti lety (smrt rodičů, partnera apod.)
- tři respondentky jako těžkou životní událost v posledních dvou letech označují vlastní nemoc, ostatní těžké životní události prožily v období delším než dva roky před propuknutím nemoci

Charakteristické znaky respondentek:

- potlačení emocí, neprojeování emocí bylo zjištěno u sedmi žen
- svěřování se s trápením, problémy apod.: dvě ženy se nesvěřují vůbec, šest žen se svěřuje velmi málo
- depresemi, které jsou časté nebo dlouhotrvající, trpí čtyři ženy (depresivní osobnost), pět žen depresi nikdy nemělo, u jedné dochází k potlačení deprese
- adaptace na změny: hyperadaptovanost je znakem u šesti respondentek, špatná adaptabilita u dvou (nádorová osobnost), a dvě respondentky se adaptují v závislosti na situaci
- vyrovnání se se stresem: šesti respondentkám činí velké problémy vyrovnat se se stresovou situací, stres většinou působí dlouhodobě, u dvou respondentek je působení stresu v závislosti na situaci.

Vyhodnocení zjištěných dat dle škál:

- do výše popsané *rizikové skupiny* psychosomatických pacientek/klientek s počtem bodů v rozmezí 120 – 80 je možno zařadit polovinu respondentek (celkem pět žen).
- do *středně rizikové skupině* psychosomatických pacientek/klientek byly na základě analýzy zjištěných informací, zařazeny tři respondentky.
- dvě respondentky, z celkového počtu deseti dotázaných, lze zařadit do skupiny téměř označené *bez rizika*, u kterých není působení psychosociálních faktorů a osobnostních charakteristik rizikové ve vztahu k somatizaci a následnému vzniku nemoci.

4.7.3 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 2: SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

Průběh nemoci a jeho prožívání je zaměřen na pocity, které onkologicky nemocný člověk prožívá, zda je schopný svěřit se ze svých trápení spojených s nemocí někomu blízkému, či odborníkovi. Tato oblast je, rovněž z důvodů realizace výzkumného šetření u hospitalizovaných pacientek, orientována dále na zjišťování poskytování psychické podpory ošetřujícím personálem.

Důležité fenomény:

a) Prožívané pocity

- pozitivní pocity (radost, vyrovnanost, smíření apod.): převládají v současném prožívání u čtyř respondentek;
- negativní pocity (strach, smutek, rezignace, apatie, bolest atd.): popisují čtyři respondentky;
- ambivalentní – smíšené pocity či rovnováhu mezi prožívanými negativními a pozitivními pocity: udávají dvě respondentky.

b) Schopnost podělit se o trápení

- devět z deseti respondentek se v průběhu nemoci svěřuje svým blízkým (rodině, faráři, přátelům) se svými problémy, pocity a trápením. Pouze jedna respondentka se spíše nikomu nesvěřuje, nemoc chce zvládnout sama.

- osm respondentek nemá potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu, z toho jedna jen málokdy a dvě respondentky se ze svých problémů svěřují ošetřujícím lékařům.
- všechny respondentky hodnotí přístup ošetřujícího personálu velmi kladně, personál svým jednáním a profesionálním přístupem k pacientům/klientům poskytuje psychickou podporu a snaží se, aby se pacienti na oddělení cítili co nejpříjemněji.

4.7.4 Shrnutí zjištěných dat - oblast č. 3: OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA SOUČASNÝM STAVEM

Mezilidské vztahy:

- v pěti případech došlo k pozitivní změně: Tři respondentky uvádí, jak upevnění mezilidských vztahů, tak větší zájem blízkých osob, větší toleranci. Dvě pak pociťují větší zájem blízkých osob.

Zaměstnání/důchod:

- pět respondentek z důvodů onkologického onemocnění pobírá invalidní důchod, před nemocí byly všechny respondentky zaměstnány.
- čtyři respondentky pobírají starobní důchod.
- jedna respondentka je necelý rok v pracovní neschopnosti, poté bude zřejmě pobírat invalidní důchod na základě zhodnocení jejího stavu revizním lékařem.

Životní hodnoty:

- Zdraví je nejdůležitější deklarovanou životní hodnotou u sedmi žen.
- Udržení (zachování) soběstačnosti je na prvním místě u dvou žen.

5 DISKUSE

Diplomová práce byla zaměřena na působení psychosociálních faktorů na vznik a průběh onkologického onemocnění. Hodnoceny byly rovněž determinanty života ve vztahu ke vzniku nemoci, průběhu onemocnění a ovlivnění života aktuálním fyzickým a psychickým stavem.

Z analýzy je patrné, že nelze přímo hovořit o bezprostředním a jednoznačném vlivu emocionální zátěže na výskyt nemoci u zkoumané populace žen, ale můžeme přemýšlet o výskytu psychosociálních zátěží v životech pacientek/klientek, které jsou nápadně časté a podobné u všech respondentek i přesto, že se jednalo o částečně randomizovaný výběr (bylo určeno pracoviště, kde sběr dat probíhal a kritéria pro zařazení respondentů do průzkumu viz metodika str. 44).

Při výčtu podobných charakteristik se zejména jedná o charakteristické znaky respondentek, které lze zařadit do výše popsané nádorové či depresivní osobnosti (viz teoretická část práce s. 27 - 29). Dle těchto fenoménů sedm z deseti zkoumaných žen jednoznačně vykazuje znaky nádorové osobnosti, jakými jsou nejčastěji: Potlačování emocí, které bylo zjištěno u sedmi žen. Tyto ženy silou vůle potlačují prožívané emoce např. strach, zlost, smutek a navenek mohou působit vyrovnaně. Potlačení emocí souvisí s dalším zjištěným znakem nádorové osobnosti, a to nesvěřování se druhé osobě se svým trápením, či svěřování se pouze ve výjimečných případech s následnou kumulací negativních emocí v organismu, což má v důsledku své fyziologické koreláty např.: pokles biogenních aminů v hypotalamu, snížení funkcí makrofágů, útlum systému deoxyribonukleové kyseliny, korelace mezi hladinami IgA a potlačení zlosti u nemocných s karcinomem prsu, změny v opioidovém systému a aktivitě NK (natural killers – přirození zabijáci) buněk.⁷¹ Posledním zjištěným fenoménem šesti žen vykazujících znaky nádorové osobnosti byla hyperadaptovanost na změněné životní podmínky. Jedna žena, na základě hodnocení jejích osobnostních vlastností, může být zařazená buď do osobnosti typu C (cancer personality), nebo depresivní osobnosti, jejíž charakteristiky vykazují znaky obou skupin, proto nebyla jednoznačně přiřazena do žádné z těchto skupin.

⁷¹ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 15.

Od šedesátých let minulého století bylo provedeno mnoho studií a názory na existenci osobnostních dispozic a psychosociálních faktorů vedoucích ke vzniku onkologického onemocnění se během této doby vyvíjely.

Temoshok⁷² provedl retrospektivní studii, ve které charakterizoval konstrukt osobnosti typu C, jako osobnost s typickou kontrolou emocí a příjemným interpersonálním vystupováním, navzdory vnitřně prožívanému stresu.

Z hlediska validity se jeví jako významná prospektivní studie zaměřená na propojení psychika – mozek – imunita – endokrinní systém, provedená Hagnellem. Do jeho výzkumu byli zařazeni onkologičtí pacienti, které porovnával se skupinou zdravých osob s použitím Švédské osobnostní škály. Výsledkem této studie byl popis žen s inhibicí emocí, u kterých bylo větší riziko rozvoje onkologického onemocnění.⁷³

V této souvislosti je také vhodné zmínit významnou a validní studii uveřejněnou Kaplanem a Reynoldsem. Studie trvala od r. 1965 do r. 1982, s vyhodnocením incidence a mortality nádorových nemocí. Zvýšené riziko vzniku onkologického onemocnění bylo u osob se špatnou psychickou a osobní pohodou, nižší životní spokojeností a pocity sociální izolace.⁷⁴

Sumárně lze říci, že výsledky týkající se intrapsychických proměnných a vzniku onkologického onemocnění jsou nejednoznačné a rozporuplné. Přesto však lze tvrdit, že existuje souvislost mezi osobnostní charakteristikou a vznikem (onkologického onemocnění (rakoviny), jak uvádí mnohé odborné zdroje⁷⁵. Dle mého názoru je tento fakt je pro mnohé velmi zajímavou problematikou, z toho důvodu se, i přes existující rozpory, bude tímto tématem zabývat ještě mnoho odborníků nejen z oblasti psychoonkologie, ale i sociologie, osob zaměřených na prevenci nemocí apod.

Ve výzkumu zhoubných nádorů bývá zdůrazňována ztráta významné blízké osoby jako nejzávažnější životní událost. Známa, zatím však ještě dostatečně neověřenou událostí je fakt, že starý člověk – senior nápadně často do dvou let následuje svého zemřelého dlouholetého životního partnera. Truchlení nad prožitou ztrátou lze chápat jako chronicky

⁷² Srov. TEMOSHOK L., FOX B. H. *Coping styles and other psychological factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma*, s. 258 – 287.

⁷³ Srov. HAGNELL D. *The premorbid personality of persons who developed cancer in a total population investigated in 1947 and 1957*, s. 850

⁷⁴ Srov. KAPLAN G. A., REYNOLDS P. *Depression and cancer mortality and morbidity*, s. 1-13

⁷⁵ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 15.

Srov. BAŠTECKÝ, J. a kol., *Psychosomatická medicína*, s. 317.

Srov. DATTORE, P. J., SCHONTZ, F.C., COYNE, L. *Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness*, s. 388-398.

Srov. TAROČKOVÁ, T. *Životné stráty s smutienie*. s. 35.

stresující aspekt, který často ústí v bezmocnost a beznaděj. Vše však spolu souvisí s ostatními psychosociálními faktory nemoci (viz teoretická část, str. 29). V šetření byla zjištěna ztráta blízké osoby (manžel, syn) v období dvou let před propuknutím nemoci u dvou žen, v období více než dvou let před nemocí u čtyř žen. Respondentka, která prožila ztrátu manžela, následně trpěla dlouhotrvající depresí. Deprese je zkoumána jako centrální psychosociální proměnná. Někteří vědci považují depresi za spouštěcí faktor nádorového onemocnění⁷⁶, jiní se přiklání k názoru, že deprese je následkem onemocnění⁷⁷. Jednoznačné vyjádření je velmi problematické, ale jisté je, že deprese před propuknutím anebo po diagnostice onemocnění a v průběhu léčby významně ovlivňuje prožívání nemocných s onkologickým onemocněním. Každý nemocný jedinec čelí v průběhu své nemoci mnoha problémům a překážkám. Onkologické onemocnění a jeho dopad na kvalitu života je velmi individuální a záleží na mnoha faktorech. Někteří pacienti/klienti zdůrazňují negativní aspekty své nemoci, avšak existují i případy, kdy pacienti/klienti nacházejí ve své nemoci pozitivní význam. Zejména v oblasti mezilidských vztahů může dojít k pozitivní změně. V pěti případech ženy uvádí, jak upevnění mezilidských vztahů, tak větší zájem blízkých osob a vyšší toleranci. Individualita prožívání nemoci je patrná rovněž v deklarovaných emocích: čtyři respondentky prožívají více pozitivní pocity, čtyři z dotázaných prožívají převážně negativní pocity a dvě uvádí rovnováhu mezi prožívanými pocity. Během nemoci dochází u většiny jedinců také k přehodnocení žebříčku lidských hodnot. Na první místo hodnotového žebříčku pak nemocní umisťují zdraví spolu se zachováním a udržením soběstačnosti.

Je zřejmé, že pro plánované navazující průzkumy zaměřené na oblast psychoonkologie je potřeba rozšířit výzkumný vzorek, aby bylo možno potvrdit, či vyvrátit během výzkumného šetření zjištěné fenomény.

Vznik i průběh každé onkologické nemoci je podmíněn multifaktoriálně. V prožívání a chování každého jedince je individuální originalita, proto je nutná opatrnost interpretace získaných výsledků týkajících se nádorové či depresivní osobnosti, jako potencionálního rizikového faktoru působícího na etiopatogenézi a průběh onkologického onemocnění.

V současné době je mnohem více interpretovatelných výzkumů týkajících se sledování psychických faktorů již u propuknutého onemocnění a možného působení těchto proměnných na další průběh nemoci. Spíše se potvrzuje vztah mezi psychosociálními proměnnými a postupem nemoci než mezi těmito proměnnými a vznikem nemoci. Je to z toho důvodu, že

⁷⁶ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 17-19.

⁷⁷ Srov. DATTORE, P.J., SCHONTZ, F.C., COYNE, L. *Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness*, s. 388-398.

výzkumníci mohou snadněji navrhnout metodologicky adekvátní výzkumné metody na testování hypotéz o vztahu psychosociálních faktorů a průběhu nemoci než metody testující spojení mezi těmito faktory a vznikem onemocnění.⁷⁸

⁷⁸ Srov. TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*, s. 32

6 DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

Přestože v současné době jsou poznatky z psychosociální oblasti ve vztahu ke vzniku onemocnění považovány za důležité, zůstávají ve skutečnosti na okraji zájmu. V soudobé medicíně zcela chybí psychosomatický koncept choroby, který by nahradil biologickou představu nosologické jednotky. Z toho důvodu je postrádán odpovídající psychosomatický standardizovaný návod k diagnostickému postupu. Jelikož nejsou vytvořeny základy psychosomatického způsobu myšlení, chybí i představa o jeho uvedení do současné medicíny. Somatická medicína má na rozdíl od psychosomatické značnou podporu farmaceutické lobby, která u nás po roce 1989 získala značný vliv na státní i akademické půdě; nelze si představit, že by mohla podporovat psychosomatickou medicínu.⁷⁹

Vzdělávání zdravotníků, především lékařů vychází z biomedicínského modelu. Proto léčba psychosomatického pacienta/klienta, jako jedince s celým bio-psycho-sociálním polem nevyžaduje pouze přednášky či semináře s danou problematikou, ale kompletní změnu myšlení zdravotníka.

Studijní program ošetrovatelství, v němž jsou vzdělávány všeobecné sestry a porodní asistentky vyučovaný pod záštitou lékařských či zdravotnických fakult je více zaměřen na poskytování kvalitní péče zahrnující oblast biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální i duchovní. Přesto, že ošetrovatelství vychází z holistické filozofie, v povědomí sester rovněž chybí znalosti z oblasti psychosomatiky.

Bylo by vhodné zařadit do výuky více seminářů a přednášek z oblasti psychosomatiky, psychologie a komunikace, jak teoretického základu, tak případových kazuistik, které posluchačům umožní lépe pochopit a vnímat celou problematiku psychosomatické medicíny, (např. psychosociální faktory vzniku onkologických nemocí, prožívání onkologické nemoci z pohledu pacienta, přístup k onkologicky nemocnému a jeho rodině, psychologie umírajících, základy psychosomatických nemocí atp.). Vědomosti získané, jak během studia, tak semináři či kurzy v rámci celoživotního vzdělávání, pak mohou obohatit a pravděpodobně i zlepšit vztah lékařů i sester k pacientům. V současné době již existují, zejména v navazujících magisterských studijních programech některé předměty zaměřené na tuto oblast, ale je vhodné zařadit je také do profesní přípravy a pregraduálního vzdělávání všeobecných sester.

Významným přínosem je použití standardizovaných škál používaných při získávání vstupní anamnézy pacienta, které by usnadnily případné rychlejší zařazení pacientů do

⁷⁹ CHVÁLA, V., *Psychosomatické vzdělávání*, <<http://www.psychosomatika.cz/psychosom/psy>>

psychosomatické péče, u kterých je somatická léčba většinou neefektivní. Škály by měly obsahovat nejrůznější oblasti např. osobnostní charakteristiky nemocných (osobnost typu A, osobnost typu C, depresivní osobnost), také nejrůznější psychosociální faktory (stres, truchlení, těžké životní události), rodinné vztahy, mezilidské vztahy, problémy v zaměstnání atd. Z toho důvodu jsem vytvořila informační brožuru pro zdravotnické pracovníky, ve které jsou popsány osobnostní charakteristiky typu A, B, C, D a v příloze brožury se nachází tabulky sloužící k rozpoznání určitého typu osobnosti u pacientů.

Problémem, který převládá v České republice, je náplň práce a kompetence všeobecných sester. Ty někdy zastávají, kromě vlastní práce, také některé funkce lékařů, pomocného zdravotnického personálu, administrativních pracovníků a mnohdy i uklízeček, údržbářů apod. Sestry jsou během dne zahlceny množstvím nejrůznějších úkolů, nelze tedy po nich chtít, aby plně nahrazovaly i péči psychologa, ale bylo by vhodné, aby měly dostatečné vědomosti k erudovanému poskytování psychické podpory a schopnost rozpoznat pacient a potíže psychosomatického charakteru. Protože právě sestry tráví s pacienty nejvíce času. Odborně vzdělané sestry je potřeba odbřemenit od některých povinností - zbavit je činností, které v jiných zemích vykonává pomocný zdravotnický personál a zajistit jim nejen patřičné finanční ohodnocení srovnatelné s jinými státy Evropské unie, ale pokusit o uspokojení jejich profesní satisfakce i jinými způsoby, což by v konečném důsledku vedlo k větší pracovní spokojenosti a pohodě, která je důležitá pro odpovídající přístup k pacientům/klientům.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo pokusit se poskytnout komplexní pohled na problematiku psychosomatiky a psychoonkologie. Teoretická část byla rozdělena do několika kapitol, ve kterých je popsána historie psychosomatické medicíny, dále jsou objasněny teorie a koncepce psychosomatiky jako např. kortikoviscerální koncepce, teorie stresu, koncepce syndromu Hopelessness – helplessness atp. Hlavním zaměřením práce byla oblast psychoonkologie, které je věnována celá třetí kapitola. V této oblasti jsou to především biobehaviorální přístup k onkologicky nemocným, psychosociální rizikové faktory, psychosociální prožitky a průběh nemoci u pacientů s nádorovým onemocněním a také psychosociální důsledky nádorového onemocnění zvláště v oblasti interpersonálních vztahů a pracovní oblasti.

Předmětem výzkumu bylo zhodnocení vlivu psychosociálních faktorů ve vztahu k onkologickému onemocnění ve sledované populaci onkologicky nemocných žen. Šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru u deseti žen s karcinomem prsu nebo gynekologickou malignitou.

Ze shrnující analýzy dat vyplynula následující zjištění:

V celkovém shrnutí sedm respondentek z deseti vykazuje znaky nádorové osobnosti, jednu respondentku lze zařadit, jak do depresivní, tak do nádorové osobnosti a jedna vykazuje charakteristiky depresivní osobnosti. U všech zmíněných lze předpokládat zvýšené riziko vzniku onkologického onemocnění (rakoviny), rychlejší progresi a horší prognózu onemocnění než u jiných typů osobnosti. Převládaly zejména tyto znaky: depresivita a malá emoční expresivita, tendence potlačovat (absorbovat v sobě) emoce jako je úzkost a hněv a prezentovat se napovrch klidným, nevzrušivým výrazem, a dále tendenci obtížně se vyrovnávat se stresem a prožívat pocity bezmoci a beznaděje, které se mohou rozvinout až do stavu klinické deprese.

Pouze jedna respondentka nevykazovala žádné z výše popsaných fenoménu. Prožila spokojený život, projevuje své emoce, je adaptabilní v závislosti na situaci, netrpěla depresí, se stresem se vyrovnává rychle a těžkou životní událost prožila před deseti lety.

Období posledních tří měsíců je v prožívání pacientek/klientek velmi individuální. Využijeme-li škály dle Kübler-Rossové, pak lze některé nemocné zařadit, dle jejich subjektivního hodnocení, do fáze smíření, jiné do fáze rezignace. Čtyři ženy deklarovaly, že prožívají pozitivní pocity, u čtyř převládají negativní pocity a dvě pocítují rovnováhu mezi

prožívanými pocity (ambivalence – pozitivní i negativní pocity se vyskytují zároveň). Prožívání je ovlivněno mnoha faktory např.: prognózou nemoci, fází terapeutické intervence, prostředím, ve kterém probíhá léčebný proces, přístupem personálu a rozsahu poskytované psychické podpory, pomocí rodiny ale také faktory, jakými je pozitivní přístup pacienta/klienta, jeho víra, silná vůle, schopnost bojovat atd.

Důležitým výstupem studie jsou naznačené tendence pro výskyt *nádorové osobnosti* ve výzkumném vzorku, zjištěné cíleným dotazováním na charakteristické osobnostní rysy výše popsané *C - osobnosti*.

SEZNAM LITERATURY

BAŠTECKÝ, J. a kol. *Psychosomatická medicína*. 1 vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. 363 s., ISBN 80-7169-031-7.

BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 141 s., ISBN 80-244-1501-1

BLUMENFIELD M., STRAIN J. J. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 948 s. ISBN nevedeno.

CRAIG, T. K. J., COX, A.D., KLEIN, K.: *Intergenerational transmission of somatisation behaviour: A study of chronic somatisers and their children*. *Psychological Medicine*, 2002, 32, p. 805 – 816. ISBN nevedeno.

CRAIG, T. K. J., BIALAS, I., HODSON, S., COX, A.: *Intergenerational transmission of somatisation behaviour: 2.Observations of joint attention and bid for attention*. *Psychological Medicine*, 2004, 34, p. 199-209 ISBN nevedeno.

DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7478-456-7.

DATTORE, P. J., Schontz, F. C., Coyne, L. *Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness*. *J Consult Clin Psychol*, 1980, vol. 48, no. 3, p. 388-394 ISBN nevedeno.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DOSTÁLOVÁ, O. a kol. *Léčba pokročilých stádií zhoubných nádorů*. Praha, Dům medicíny, 1996. 244 s., ISBN nevedeno.

ENRIGHT, R. *Forgiveness is a Choice*. Washington: American Psychological Association, 2001. 299 s., ISBN nevedeno.

EWANS, P., Clow, A. *Stress and the immune system*. The Psychologist, 1997, vol. 12. p. 123-124. ISBN neuvedeno.

HAGNELL, D. *The premorbid personality of persons who developed cancer in a total population investigated in 1947 and 1957*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966. 125: 846-855. ISBN neuvedeno.

HOLMES, T. H., RAHE, R. H. *The social readjustment rating scale*, Journal of Psychosomatic Research. 1967, 11(2), p. 219, ISBN neuvedeno.

IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1.vyd. Olomouc, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.

KAPLAN G. A., REYNOLDS P. *Depression and cancer mortality and morbidity: Prospective evidence from the Alameda County study*. J. Behav. Med. 1988. 11: 1-13. ISSN 0160-7715.

KOSTUREK A., GREGORY R. A. J., *Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain*, s. 339 Psychosomatics, October 1, 1998; 39(5): 399 – 404 ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s., ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha:Portál 2003. 279 s., ISBN 80-7178-774-4 .

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, 1 vyd. Praha:Grada, 1998. 131 s., ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Odpouštění – současný stav psychologických studií*. Československá psychologie, 2004, roč. 48, č. 2, s. 147 – 156. ISBN neuvedeno.

KUBEŠOVÁ, H. *Praktický lékař a psychosomatická medicína*, 1 vyd. Podolí u Brna: Protis, 2006. 32 s. ISBN 80-903674-1-0.

KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

- LEVENSON J. L. *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005. p. 1092. ISBN 1585621277.
- LEVENSON J. L. *Essentials of Psychosomatic Medicine*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007. p. 590. ISBN 158562246X.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4 (brož.).
- MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*, 1 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 84 s., ISBN 80-7368-035-1.
- NOVOTNÝ, P. *Filozofie nemoci: uzdravování psychickými prostředky*. 1 vyd. Liberec: Dialog, 2009. 332 s., ISBN 978-80-86761-99-2.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Vysoká škola obchodní, 2007. 82 s. ISBN 978-80-86841-06-9 (brož.).
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
- PAVLÍKOVÁ S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, 1. vyd. Grada Publishing, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1 vyd. Triton: Praha, 2005. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 111 s., ISBN 80-7254-216-8.
- ROITT I., BROSTOFF J., MALE D. *Immunology* (6th ed.), St. Louis: Mosby, 2001. 480 s. ISBN 0723431892.
- ROWAN P. J., HAAS D., CAMPBELL J. A., et al.: *Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample*. Springer Publishing Company, 2009. p. 887. ISBN 0826110940.

RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1 vyd. Praha: Triton, 2006. 316 s., ISBN 80-7254-750.

SNYDER, C. R. *Handbook of Pozitive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2002, p. 829. ISBN neuvedeno.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. 121 s. ISBN 80 - 902049 - 0 - 2.

STRAUSS, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 8072623656.

TELCH, C. F., TELCH, M. J. *Group coping skills instruction and supportive groups therapy for cancer patients: a comparison of strategies*. J Cousult Clin Psychol, 1986, vol. 54, no. 6, p. 802-808. ISBN neuvedeno.

TEMOSHOK L., FOX B. H. *Coping 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 Systems on Cancer and Immunity*. 1984. 258-287. ISBN neuvedeno.

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

TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*, 1 vyd. Praha: Portál, 2008. 394 s., ISBN 978-80-7367-309-3 (váz.) .

TRAPKOVÁ L., CHVÁLA, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. 94 s. ISBN 80-7178-88.

VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.

VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7

VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie I*. Brno: MU, 1995. 231 s. ISBN 80-210-1256-0.

VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-561-X.

VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Čs. Spisovatel, 1996. 208 s. ISBN 80-202-0605-1.

WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

WIRTZ, U. *Vražda duše. Incest a jeho terapie*. Praha: Portál, 2005. 215 s. ISBN 80-7178-975-5 (brož.).

YEOMANS, T. *Soul Wound and Psychotherapy*. Concord: The Concord Institute, 1994. p. 104. ISBN neuvedeno.

Elektronické zdroje:

BARRACLOUGH J, PINDER P, CRUDDAS M, OSMOND C, TAYLOR I, PERRY M. *Life events and breast cancer prognosis*. [online]. Prosinec 1995 [cit. 2010-02-21]. Dostupné na: WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678522/?tool=pubmed>>

CHEN CC, DAVID AS, NUNNERLEY H, MICHELL M, DAWSON JL, BERRY H, et al. *Adverse life events and breast cancer: a case control study*. BMJ. [online]. Červen 1993 [cit. 2010-02-21]. Dostupné na: WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548223/?tool=pubmed>>

FALLAGAS E. M., ZARKADOULIA A.E., *The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review*. [online]. Červenec 2007 [cit. 2010-02-21]. Dostupné na: WWW: <<http://breast-cancer-research.com/content/9/4/R44>>

HONZÁK. R., *Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2005_3/excerpta2_305.htm>

HAŠTO, J. *K psychogenéze a psychodynamice psychosomatických poruch*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_3/teorie3.htm>

HRACHOVINOVÁ, T. *Deprese a diabetes – psychosociální faktory*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW:

⟨http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_hrachovin.htm⟩

CHVÁLA, V., *Psychosomatická gynekologie a sexuologie II*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW:

⟨http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_2/praxe_206.htm⟩

CHVÁLA, V., *Psychosomatické vzdělávání*. [online]. Listopad 2001 [cit. 2010-04-13].

Dostupné na: WWW:

⟨http://www.psychosomatika.cz/psychosom/psy_01.asp?idc0=30&idc1=8&idc2=&idc3=&M0=3&M1=1&M2=1&M3=&M4=>⟩

KOMAKI, G. *Prospect of psychosomatic medicine*. [online]. Leden 2006 [cit. 2009-01-22].

Dostupné na WWW:

⟨<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19161633>⟩

KHŮR, P. *Emoce a nemoce*, [online]. Únor 2008 [cit. 2008-02-12]. Dostupné na WWW:

⟨<http://www.zdravi4u.cz/view.php?cisloclanku=2008021201>⟩

KÖHLE, K. *Komunikace, část III*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na:

WWW: ⟨http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_3/kohle_306.htm⟩

LESSER, M. I., *A Review of the Alexithymia Concept*, [online]. Prosinec 1981 [cit. 2009-8-

04]. Dostupné na: WWW: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/43/6/531.pdf>>

LEVENSON, J. L. *Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new*

psychiatric subspecialty. [online]. Prosinec 2007 [cit. 2007-12-04]. Dostupné na: WWW:

⟨http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en⟩

MAŘATKA, Z. *Funkční trávicí poruchy z hlediska psychosomaticky orientovaného gastroenterologa*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW:

⟨http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_maratka.htm⟩

ROBERTS, J. K. *Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer*. [online].
Prosinec 2008 [cit. 2009-12-26]. Dostupné na: WWW:
〈<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15929030>〉

RUESCH, J., *The infantile personality*, Prosinec 2002 [cit. 2009-12-21]. Dostupné na:
WWW: 〈<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/10/3/134>〉

SKORUNKA, D. *Kvalita rodinných vztahů jako významný faktor rozvoje psychosomatických
projevů*. [online]. Březen 2009 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na: WWW:
〈http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_5/konference_506.htm〉

SKORUNKA D., *Medikalizace našeho života*. [online]. Únor 2010 [cit. 2010-03-21]
Dostupné na: 〈http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/skorunka.htm〉

ŠIMEK, J. *Alexithymie, historický koncept?* [online]. Březen 2006 [cit. 2009-03-29].
Dostupné na: WWW:
〈http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_simek.htm〉

TROSS, S., HERNDON, J., KORZUN, A., a kol., *Psychological Symptoms and Disease-Free
and overall Survival in Women With Stage II Breast Cancer*. [online]. Květen 1996 [cit. 2009-
12-29]. Dostupné na: WWW: 〈<http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/88/10/661>〉

VEČEŘOVÁ, A. *Stres, deprese a somatická onemocnění z pohledu
psychoneuroimunoendokrinologie*. [online]. Březen 2006 [cit. 2009-03-29]. Dostupné na:
WWW:
〈http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_prochazkova.htm〉

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
tj.	to jest
tzn.	to znamená
např.	například
MOU	Masarykův onkologický ústav
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
NK	natural killers (přirození zabíječi)
IgA	imunoglobulin A
tab.	tabulka
GAS	General Adaptation Syndrom (nespecifický adaptační syndrom)
MMSE	Mini Mental State Examination
RT	radioterapie
CHT	chemoterapie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Inventář životních událostí s bodovými hodnotami	22
Tabulka č. 2: Skórování inventáře životních událostí	23
Tabulka č. 3: Výběr psychosociálních proměnných zmiňovaných v souvislosti s nástupem a prognózou nádorového onemocnění.....	32
Tabulka č. 4: Demografické údaje	86
Tabulka č. 5: Souhrn informací a dat z interview (1. část).....	88
Tabulka č. 5a: Souhrn informací a dat z interview (2. část)	89

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas pro respondenty

Příloha č. 2: Mini Mental state examination – Folsteinův test

Příloha č. 3: Scénář rozhovoru s respondenty

Příloha č. 4: Hodnotící škály respondentů

Příloha č. 5: Shrnutí rozhovoru s paní C. dle hodnotících škál

Příloha č. 6: Shrnutí rozhovoru s paní D. dle hodnotících škál

Příloha č. 7: Shrnutí rozhovoru s paní E. dle hodnotících škál

Příloha č. 8: Shrnutí rozhovoru s paní F. dle hodnotících škál

Příloha č. 9: Shrnutí rozhovoru s paní G. dle hodnotících škál

Příloha č. 10: Shrnutí rozhovoru s paní H. dle hodnotících škál

Příloha č. 11: Shrnutí rozhovoru s paní I. dle hodnotících škál

Příloha č. 12: Shrnutí rozhovoru s paní J. dle hodnotících škál

Příloha č. 13: Shrnutí rozhovoru s paní K. dle hodnotících škál

Příloha č. 14: Schválení výzkumu etickou komisí Masarykova onkologického ústavu

Příloha č. 15: Informační brožura pro zdravotnické pracovníky: Osobnostní charakteristiky psychosomatických pacientů (vloženo do obalu na zadní straně desek)

PŘÍLOHA č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACENTA S PROVEDENÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU PRACÍ

Jméno a příjmení výzkumníka: Bc. ZUZANA KANTOROVÁ

Škola/Fakulta: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI / Fakulta zdravotnických věd

Téma závěrečné práce: Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných

Způsob provedení sběru dat: kvalitativní výzkum - interview

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Klinika komplexní onkologie, oddělení B

Presentace dat: diplomová práce

Kód pacienta:

Souhlas pacienta: Já níže podepsaný (á) souhlasím s mojí účastí ve studii. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cílu studie, o jejím průběhu, a o tom, co se ode mě očekává. Porozuměl (a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Podpis pacienta:

Prohlášení výzkumníka: Zavazuji se k zachování mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Prezentována data budou anonymní.

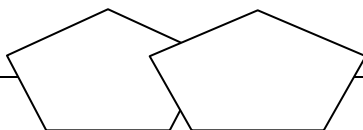
Datum:

Podpis výzkumníka:

PŘÍLOHA č. 2

A: Mini Mental state examination (MMSE) Folsteinův test kognitivních funkcí⁸⁰

Oblast hodnocení	Max. bodové hodnocení
<p>1. ORIENTACE Položte nemocnému 10 otázek., za každou správnou započítejte 1 bod Který je rok? Jaké je roční období? Dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve které jsme zemi? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace, číslo pokoje, místo, kde se nacházíme)? Ve kterém jsme poschodí?</p>	10 bodů
<p>2. PAMĚŤ Vyšetřující jmenuje nejméně 3 předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, tužka, kniha) a vyzve pacienta, aby je zopakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítává 1 bod.</p>	3 body
<p>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5 bodů
<p>4. KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ A VÝBAVNOST Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty... za každou správnou odpověď 1 bod</p>	3 body
<p>5. ŘEČ, KOMUNIKACE A KONSTRUKČNÍ SCHOPNOSTI správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: Žádná ale Jestliže Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	9 bodů



⁸⁰ Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*, s. 66.
 Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s. 217 – 218.
 Srov. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 95 – 96.

HODNOCENÍ MMSE

0 – 10 bodů těžká kognitivní porucha
21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha

11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha
24 – 30 bodů pásmo normálu

INTERVIEW

POLOŽKY PRO PACIENTY:

1. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Věk:

Pohlaví:

Stav:

Povolání:

Diagnóza:

Doba od začátku nemoci:

2. STAV PŘED NEMOCÍ

Povězte mi něco o sobě:

- Byla jste v životě spokojená?
- Po čem jste v životě toužila?
- Dáváte najevo své pocity, nebo se snažíte je před okolím ukrýt?
- Jaká bývá vaše reakce na změnu?
- Jak se vyrovnáváte se stresem?
- Vyskytla se v posledních dvou letech nějaká těžká životní situace? (ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, rozvod, rozchod, jiný dlouhodobý stres)
- Prožívala jste v minulosti dlouhotrvající depresi?
- Jak hodnotíte vaše vztahy v rodině?

3. SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ (období posledních 3 měsíců)

- Jak se cítíte? (fyzická i psychická stránka)
- Jaké pocity nejčastěji prožíváte?
- Jak tyto pocity zvládáte?
- Můžete o těchto pocitech s někým hovořit? S kým nejčastěji?
- Co a kdo vám pomáhá vyrovnat se s touto situací?
- Máte potřebu svěřit se někomu ze zdravotního personálu se svými problémy? Máte k tomu příležitost?
- Myslíte si, že Vám lékaři a sestry poskytují dostatečnou psychickou podporu?

4. OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

- Co je pro vás v současném období nejdůležitější?
- Co vám přináší radost?
- Ovlivnila vaše nemoc mezilidské vztahy? (rodina, přátelé...)
- Změnilo se něco v zaměstnání?
- Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

PŘÍLOHA č. 4 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- hyperadaptovanost (15)
- neadaptabilní (15b)
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojedinele (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- potlačení deprese (15)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- potlačení emocí za jakékoliv situace (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situaci (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonale ve všech oblastech (0b)
- téměř dokonale, dobré (5b)
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- POZITIVNÍ: radost
- NEGATIVNÍ: smutek
- NEBYL SCHOPEN ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- někomu z rodiny
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog, psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVlivNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVlivNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů z minulosti
- větší zájem blízkých osob
- větší tolerance k druhým
- vyjasnění životních priorit
-

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného
- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- invalidní důchod
- pracovní neschopnost
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 5 Shrnutí rozhovoru s paní C. dle hodnotících škál

STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15b)**
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)
- neadaptabilní (15b)

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- **depresi má často a trvají dlouho (15b)**
- potlačení deprese (15b)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když jí něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když jí něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- **potlačení emocí (15b)**

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe) (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)**

úmrtí blízkého člena rodiny (63 bodů) 2 roky

změna bydliště (20 bodů) 2 roky

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- **téměř dokonalé (5b)**
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- **velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)**

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)

- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- POZITIVNÍ:
- NEGATIVNÍ:
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- někomu z rodiny
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské
vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů
z minulosti
- větší zájem blízkých
osob
- větší tolerance
k druhým
- vyjasnění životních
priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu
s přáteli,
spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního
kolektivu

b. Nemoc ovlivnila mezilidské
vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých
osob o nemocného

**c. Nedošlo k žádné změně
v mezilidských vztazích**

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- invalidní důchod
- pracovní neschopnost
- starobní důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 6 Shrnutí rozhovoru s paní D. dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- jedinec dobře adaptabilní na všechny situace (0b)
- jedinec středně adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- **přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)**
- neadaptabilní (15b)
- hyperadaptabilní (15b)

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- **prožívá dlouhotrvající deprese (15b)**
- potlačování deprese (15b)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- **často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)**
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- **občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)**
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- potlačování emocí (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- **prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)**
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)**

úmrť blízkého člena rodiny (63 bodů) 13 let
rozvod (73 bodů) 10 let

sňatek (50 bodů) 4 roky
úraz nebo vážné onemocnění (53 bodů)

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- **dokonalé ve všech oblastech (0b)**
- téměř dokonalé (5b)
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- **vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)**
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ:** převládají
- **NEGATIVNÍ:** strach
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- někomu z rodiny
- **někomu z blízkých přátel**
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- **málokdy má tuto potřebu**
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- **upevnění vztahů**
- vyřešení konfliktů z minulosti
- **větší zájem blízkých osob**
- větší tolerance k druhým
- vyjasnění životních priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- **invalidní důchod**
- pracovní neschopnost
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 7 Shrnutí rozhovoru s paní E. dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15b)**
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)
- neadaptabilní (15b)

DEPRESE

- **nikdy depresi neměla (0b)**
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- potlačení deprese (15b)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- **často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)**
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- **vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)**
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- potlačení emocí (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- **prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před propuknutím nemocí, ale méně než 10- ti (10b)**
- prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)

úmrtí blízkého člena rodiny (63 bodů) 8 let před nemocí

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- **dokonalé ve všech oblastech (0b)**
- téměř dokonalé (5b)
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- **vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)**
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- POZITIVNÍ: nejmenovány
- NEGATIVNÍ: únava, úzkost, bolest
- NEBYL SCHOPEN ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- někomu z rodiny
- někomu z blízkých přátel
- **personálu ZZ**
- odborníkovi – psycholog, psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- **upevnění vztahů**
- vyřešení konfliktů z minulosti
- **větší zájem blízkých osob**
- **větší tolerance k druhým**
- vyjasnění životních priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- invalidní důchod
- **pracovní neschopnost**
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- **stesk po pracovní činnosti**
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 8 Shrnutí rozhovoru s paní F. dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15b)**
- jedinec středně adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)
- neadaptabilní (15b)

DEPRESE

- **nikdy depresi neměla (0b)**
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trá, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- **potlačení emocí (15b)**

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe) (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10 - ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)**

změna zdravotního stavu člena rodiny (44 bodů) – manžel, dcera.

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- **téměř dokonalé (5b)**
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- **vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)**
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- **spíše nespokojená (10b)**
- částečně spokojená (5b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ: radost**
- NEGATIVNÍ:
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- **nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ**
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské
vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů
z minulosti
- větší zájem blízkých
osob
- větší tolerance
k druhým
- vyjasnění životních
priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu
s přáteli,
spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního
kolektivu

b. Nemoc ovlivnila mezilidské
vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých
osob o nemocného

**c. Nedošlo k žádné změně
v mezilidských vztazích**

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- **invalidní důchod**
- pracovní neschopnost
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 9 Shrnutí rozhovoru s paní G.

STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15)**
- neadaptabilní (15b)
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- **nikdy depresi neměla (0b)**
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- potlačení deprese (15)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)
- **nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)**

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- **potlačení emocí za jakékoliv situace (15b)**

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situací (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situací před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situací před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10-ti (10b)
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)**

úmrtí blízkého člena rodiny (63 bodů) – 2 roky před nemocí

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- **téměř dokonalé, dobré (5b)**
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- **vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)**
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- **spíše nespokojená (10b)**
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ: radost**
- **NEGATIVNÍ: smutek**
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- **nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ**
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů
z minulosti
- **větší zájem blízkých
osob**
- větší tolerance
k druhým
- vyjasnění životních
priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu
s přáteli,
spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního
kolektivu

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých
osob o nemocného

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- **invalidní důchod**
- pracovní neschopnost
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 10 Shrnutí rozhovoru s paní H. dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15)**
- neadaptabilní (15b)
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojedíněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- **potlačení deprese (15)**

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (10b)
- **potlačení emocí (15b)**

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situaci (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí (15b)**

úmrtí blízkého člena rodiny (63 bodů) – 2 roky před nemocí

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- **téměř dokonalé, dobré (5b)**
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)
- **vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)**
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- **zcela spokojená (0b)**
- částečně spokojená (5b)

- spíše nespokojená (10b)

- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ: radost**
- **NEGATIVNÍ: zlost**
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- někomu z rodiny
- **někomu z blízkých přátel**
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- **nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ**
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské

vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů
z minulosti
- **větší zájem blízkých
osob**
- větší tolerance
k druhým
- vyjasnění životních
priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu
s přáteli,
spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního
kolektivu

b. Nemoc ovlivnila mezilidské

vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých
osob o nemocného

c. Nedošlo k žádné změně
v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- **invalidní důchod**
- nemocenská
- důchod
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání
- stesk po pracovní činnosti
- obava z bezčinnosti

PŘÍLOHA č. 11 Shrnutí rozhovoru s paní I. (108) dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- hyperadaptovanost (15)
- neadaptabilní (15b)
- **jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)**
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- **nikdy depresi neměla (0b)**
- depresi má ojedíněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- potlačení deprese (15)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- **většinou své emoce skrývá (10b)**
- potlačení emocí (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situaci (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 10- ti lety před nemocí (5b)
- prožila těžkou životní situaci před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- **prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí, v posledních dvou letech (15b)**

vážné onemocnění (53 bodů)

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- **dokonalé ve všech oblastech (0b)**
- téměř dokonalé, dobré (5b)
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)
- **vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)**
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- **POZITIVNÍ: radost**
- **NEGATIVNÍ: nejmenovány**
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------|-------|
| SESTRY: poskytují | někdy poskytují | výjimečně | vůbec |
| LÉKAŘI: poskytují | někdy poskytují | výjimečně | vůbec |

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- **málokdy má tuto potřebu**
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů z minulosti
- větší zájem blízkých osob
- větší tolerance k druhým
- vyjasnění životních priorit

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
 - invalidní důchod
 - nemocenská/pracovní neschopnost
 - **starobní důchod**
 - omezení pracovní schopnosti
 - pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání

PŘÍLOHA č. 12 Shrnutí rozhovoru s paní J. (109) dle hodnotících škál

STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- **hyperadaptovanost (15)**
- neadaptabilní (15b)
- jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- nikdy depresi neměla (0b)
- depresi má ojediněle (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- **prožívá dlouhotrvající deprese (15b)**
- potlačení deprese (15)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)
- občas své emoce skrývá, když ji něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá (10b)
- **potlačení emocí (15b)**

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situaci (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- **prožila těžkou životní situaci před více než 10- ti lety před nemocí (5b)**
- prožila těžkou životní situaci před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí, v posledních dvou letech (15b)

smrt partnera (63 bodů)

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- dokonalé ve všech oblastech (0b)
- **téměř dokonalé, dobré (5b)**
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- **vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)**
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- zcela spokojená (0b)
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- POZITIVNÍ:
- **NEGATIVNÍ: smutek**
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- málokdy má tuto potřebu
- **nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ**
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů z minulosti
- větší zájem blízkých osob
- větší tolerance k druhým
- vyjasnění životních priorit

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu s přáteli, spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního kolektivu

b. Nemoc ovlivnila mezilidské vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých osob o nemocného

c. Nedošlo k žádné změně v mezilidských vztazích

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- invalidní důchod
- nemocenská/pracovní neschopnost
- **starobní důchod**
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání

PŘÍLOHA č. 13 Shrnutí rozhovoru s paní K. (110) dle hodnotících škál STAV PŘED NEMOCÍ

REAKCE NA ZMĚNU

- hyperadaptovanost (15)
- neadaptabilní (15b)
- **jedinec adaptabilní v závislosti na situaci (5b)**
- přizpůsobení se změně trvá dlouho, špatná adaptabilita (10b)

DEPRESE

- **nikdy depresi neměla (0b)**
- depresi má ojedinele (5b)
- depresi má často, ale trvají krátce (10b)
- prožívá dlouhotrvající deprese (15b)
- potlačení deprese (15)

SCHOPNOST PODĚLIT SE O TRÁPENÍ

- často se někomu svěřuje se svými problémy (blízké osobě), (0b)
- se svými problémy, trápením se svěřuje většinou osobám nezaujatým (personál ZZ, psycholog, psychoterapeut), (5b)
- **málokdy se někomu svěřuje, řeší své problémy (10b)**
- nikomu se nesvěřuje se svým trápením (problémy), (15b)

VYJÁDRĚNÍ EMOCÍ

- **vždy dává najevo své emoce v jakékoli situaci (0b)**
- občas své emoce skrývá, když jí něco trápí, občas dělá, že se nic neděje (5b)
- většinou své emoce skrývá (10b)
- potlačení emocí (15b)

ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

- neprožila těžkou životní situaci (z vyjmenovaných v inventáři životních událostí – Holmes, Rahe), (0b)
- **prožila těžkou životní situaci před více než 10- ti lety před nemocí (5b)**
- prožila těžkou životní situaci před více než 5- ti lety před nemocí, ale méně než 10- ti (10b)
- prožila těžkou životní událost v období dvou let před nemocí, v posledních dvou letech (15b)

HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ

- **dokonalé ve všech oblastech (0b)**
- téměř dokonalé, dobré (5b)
- nedostačující v některých oblastech (10b)
- špatné rodinné vztahy (15b)

VYROVNÁNÍ SE STRESEM

- **se stresem se vyrovnává snadno a rychle (0b)**
- vyrovnání se stresem činí někdy malé problémy (5b)
- vyrovnání se stresem je v závislosti na situaci (5b)
- vyrovnání se stresem činí velké problémy, ale přesto stres časem zvládne (10b)
- velmi špatné vyrovnání se stresem, stres působí dlouhodobě (15b)

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (obecně)

- **zcela spokojená (0b)**
- částečně spokojená (5b)
- spíše nespokojená (10b)
- zcela nespokojená (15b)

SOUČASNÉ PROŽÍVÁNÍ

NEJČASTĚJI PROŽÍVANÉ POCITY

- POZITIVNÍ: radost
- **NEGATIVNÍ: nejmenovány**
- NEBYL SCHOPEN
ZHODNOTIT

SVĚŘUJE SE

- **někomu z rodiny**
- někomu z blízkých přátel
- personálu ZZ
- odborníkovi – psycholog,
psychoterapeut
- jiná osoba

NÁZOR NA POSKYTOVÁNÍ PSYCHICKÉ PODPORY ZDRAVOTNÍM PERSONÁLEM

SESTRY: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec
LÉKAŘI: poskytují	někdy poskytují	výjimečně	vůbec

POTŘEBA SVĚŘIT SE NĚKOMU Z PERSONÁLU

- má potřebu svěřit se někomu z personálu ZZ
- **málokdy má tuto potřebu**
- nemá potřebu svěřovat se někomu z personálu ZZ
- neví, nikdy o tom nepřemýšlela

OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA AKTUÁLNÍM STAVEM

OVLIVNĚNÍ MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ

a. Nemoc ovlivnila mezilidské

vztahy k lepšímu:

- upevnění vztahů
- vyřešení konfliktů
z minulosti
- větší zájem blízkých
osob
- větší tolerance
k druhým
- vyjasnění životních
priorit

b. Nemoc ovlivnila mezilidské

vztahy k horšímu + důvod:

- ztráta zájmu blízkých
osob o nemocného

- zhoršení vztahů
- omezení kontaktu
s přáteli,
spolupracovníky
- pocit zanedbávání rodiny
- vyčlenění z pracovního
kolektivu

**c. Nedošlo k žádné změně
v mezilidských vztazích**

ZAMĚSTNÁNÍ

- ztráta zaměstnání
- invalidní důchod
- nemocenská/pracovní
neschopnost
- **starobní důchod**
- omezení pracovní schopnosti
- pocit méněcennosti
- ztráta motivace k zaměstnání

PŘÍLOHA č. 14

ETICKÁ KOMISE
MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU V BRNĚ
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno

Datum a místo jednání: 25. 8. 2009, zasedací místnost ředitelství – MOÚ Brno

Přítomní členové EK: - dle prezenční listiny

Žadatel:

Bc. Zuzana KANTOROVÁ

studentka Univerzity Palackého v Olomouci – Fakulta zdravotnických věd – obor studia:
Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

- *Žádost o posouzení etické vhodnosti kvalitativního výzkumu – interview v rámci diplomové práce na téma „Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných“.*

Seznam hodnocené dokumentace:

- Interview (viz příloha)

Etická komise Masarykova onkologického ústavu (kopie Prezenční listiny přiložena) souhlasí s prováděním výše uvedeného kvalitativního výzkumu - interview a souhlasí také s tím, aby Bc. Zuzana KANTOROVÁ spolupracovala s pacienty Masarykova onkologického ústavu v rámci zpracování své diplomové práce.

Jednání trvalo 20 minut.

v Brně dne:
25. 8. 2009

ETICKÁ KOMISE
Masarykova onkologického ústavu
656 53 Brno, Žlutý kopec 7
tel.: 543 134 106

NZ
MUDr. Oldřich Coufal, Ph.D.
předseda Etické komise