

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Sandra Němcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Sandra Němcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ONKOLOGICKY
NEMOCNÝCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Velké díky patří mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali při psaní této práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Sandra Němcová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychologické aspekty onkologicky nemocných

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 9

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: onkologie, psychologie, emoce, rakovina

Souhrn: V bakalářské práci je věnována pozornost psychologickému prožívání onkologického pacienta. V teoretické části, jsou popsány aspekty, které ovlivňují léčbu a vnímání onemocnění.

Praktická část je provedena metodou kvalitativního výzkumu, kde hlavně analyzují psychické problémy provázející nádorové onemocnění.

ANNOTATION

Surname and name: Sandra Němcová

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Psychological Aspects of Oncological Patients

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 9

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 25

Keywords: oncology, psychology, emotions, cancer

Summary: This bachelor thesis deals with emotions and psychological experience of oncological patient. The theoretical part describes the aspects, which influence the therapy and disease perception.

The practical part is made by using the qualitative research method. The main target is the analysis of psychological problems connected with cancer disease.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ONKOLOGIE.....	11
1.1 Rizikové faktory	11
1.1.1 Tabák, kouření	11
1.1.2 Výživa.....	12
1.1.3 Alkohol.....	12
1.1.4 Nadváha a obezita.....	12
1.1.5 Vliv tělesného cvičení	12
1.1.6 Infekce	12
1.1.7 Ionizující a UV záření.....	13
1.1.8 Genetické vlivy.....	13
1.1.9 Vliv stresu.....	13
1.1.10 Vliv emocionálních projevů a deprese na objevení rakoviny.....	13
1.1.11 Vliv osobnostních faktorů	13
1.2 Prevence.....	14
1.3 Pět fází života s nemocí	14
1.3.1 Fáze diagnózy a její sdělování.....	14
1.3.2 Fáze časné lékařské terapie.....	14
1.3.3 Fáze rehabilitace – období po ukončení medicínské léčby	15
1.3.4 Fáze recidivy.....	15
1.3.5 Terminálně-paliativní fáze.....	15
2 PROBLÉMY NEMOCNÉHO A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NEMOCNÝCH	16
2.1 Kvalita života onkologického pacienta.....	16
2.2 Postoj k nemoci.....	17
2.3 Omezení životních potřeb	18
2.4 Omezení soukromí	20
2.5 Psychiatrické symptomy onkologie	20
2.5.1 Deprese	21
2.5.2 Úzkost.....	21
2.5.3 Anticipační deprese	21
2.5.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD).....	21
2.5.5 Delirium.....	22
2.6 Únava.....	22
2.7 Stres	22

2.8	Nevolnost a zvracení.....	22
2.9	Bolest	22
2.10	Osobnost a rakovina.....	23
2.11	Autoplastický obraz nemoci.....	24
2.12	Prožívání nemoci v čase.....	24
2.13	Sdělení onkologické diagnózy	25
2.14	Prožívání nemoci.....	25
3	PSYCHOTERAPIE PSYCHOLOGICKÁ POMOC A PODPŮRNÉ SKUPINY	28
3.1	Psychoterapeutické vedení u onkologicky nemocných	29
3.2	Relaxační techniky a sugesce	29
3.3	Podpůrné skupiny	30
3.4	Psychologická pomoc	30
3.5	Psychoonkologie.....	30
4	PALIATIVNÍ PÉČE.....	31
4.1	Práce s příbuznými.....	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	FORMULACE PROBLÉMU	33
6	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
7	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	35
7.1	Metoda sběru dat.....	35
7.2	Výběr respondentů	35
7.3	Způsob získávání informací.....	35
8	ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHOVORŮ	37
8.1	Respondentka č. 1	37
8.2	Respondent č.2.....	45
9	DISKUZE	53
	ZÁVĚR.....	57
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHA A – 12 ZÁSAD JAK PŘEDCHÁZET VZNIKU RAKOVINY	
	PŘÍLOHA B – DESATERO SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY	
	PŘÍLOHA C – OTÁZKY ROZHOVORU PRO RESPONDENTY	

ÚVOD

Onkologická onemocnění se stávají velmi aktuálním tématem. V České republice onemocní každý rok téměř 65 000 lidí. Z toho vyplývá, že onemocní každý třetí a každý čtvrtý nádorovému onemocnění podlehe.[1] Incidence nádorového onemocnění stále stoupá a s ním i rizikové faktory, které vzniku napomáhají. Smutné je, že moderní medicína stále nepřinesla optimální lék a rakovina je tedy stále smrtelnou nemocí. Slovo rakovina, nádor a onkologie v každém z nás vzbuzuje většinou negativní pocity. Představíme si chemoterapii, padání vlasů a dokonce i smrt. Strneme hrůzou. Je pro nás nepředstavitelné, že se náš život obrátí jiným směrem. Každý máme nějaké cíle, koníčky, povinnosti, které nás naplňují a uspokojují. Máme nějak nastavené priority, hodnoty, máme nějaké místo ve společnosti a to se s příchodem nemoci mění. To vše musí pacient přijmout a uvědomit si, aby byl boj s rakovinou zvládnutelný.

Zjištění onkologické diagnózy vyvolává mnoho negativních pocitů beznadějí, ohrožení a strach. Přichází těžká životní zkouška. Nemoc je velkou psychickou zátěží nejen pro člověka, ale i pro jeho okolí. Je důležité, aby měl člověk někoho, v kom bude mít oporu. To by měla zajistit především rodina. Otevřené a podporující okolí napomáhá nemocnému v těžkých chvílích onemocnění, ale i v tom, že se neuzavře sám do sebe. Mnozí z vás jste se možná s tímto onemocněním setkali, nebo znáte někoho, kdo nemoc zažil, v blízkém okolí. Víme, jak s takovým člověkem komunikovat? Dokážeme si vůbec představit pocity nemocného? Jak přemýšlí? Čím prochází? Pro mnohé z nás může být kontakt s nemocným těžký. Čím nemocný prochází a co ho trápí, vám představím ve své bakalářské práci.

Léčba rakoviny je spjata i s pobytem či návštěvou zdravotnického zařízení. Celý zdravotnický komplex velmi ovlivňuje nemocného. Prostředí, atmosféra, a veškerý zdravotnický personál. Zdravotníci by měli dodržovat celostní přístup. Vidět člověka jako osobnost a ne jako diagnózu. Veškeré negativní chování a zanedbání psychické podpory negativně ovlivňuje průběh nemoci.

Tohle téma jsem si vybrala, protože jsem se sama dostala před několika lety do pozice, kdy jsem nevěděla, co nemocný s nádorovým onemocněním prožívá, jak se k němu chovat a jak s ním komunikovat. Nebyla jsem si jistá ani tím, jestli dokážu odhadnout, co právě potřebuje. Bylo pro mě těžké otevřít téma nemoci, jelikož jsem nechtěla překročit hranici toho, o čem ještě můžu mluvit. Bála jsem se, abych nemocnému nějak neublížila

svým chováním. Lidé většinou tápají, jak o nemoci hovořit, a proto se tomuto tématu nebo dokonce nemocnému vyhýbají. Vždy mě zajímalo, co tato nemoc lidem dala a co vzala, zda se změnil jejich postoj k životu a jak nemoc působila na jejich psychiku. Chci se zabývat jejich pocity a potřebami. Chci vědět, kdo jim byl oporou a jak s nemocí bojovali. A těmito otázkami se budu zabývat ve své bakalářské práci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE

Onkologie je obor interního lékařství, který se zabývá diagnostikou, prevencí a nechirurgickou léčbou nádorových nemocí. Tento typ oboru je propojen s různými odvětvími medicíny. Nádory dělíme na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Maligní nádor se liší od benigního tím, že agresivně prorůstá do okolní tkáně ničí jí a vytváří metastázy. Na léčbě nádorového onemocnění se podílí více specialistů z různých medicínských oborů. Metodami léčby jsou chemoterapie, radioterapie a chirurgická. Moderní medicína nyní aplikuje i léčbou biologickou.^[20]

1.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory lze shrnout jako soubor komplexních činitelů, kteří negativně ovlivňují vznik maligních nádorů. Dělíme je na dvě základní skupiny, zevní a vnitřní. Zevní faktory můžeme ovlivňovat a snížit tím riziko onemocnění.^[5]

V příloze A je poté možné nalézt dvanáct nejdůležitějších zásad jak správně předcházet vzniku rakoviny.

1.1.1 Tabák, kouření

Jedná se o jednu z nejvýznamnějších příčin maligních onemocnění. Řadí se také mezi příčiny, kterým lze jednoznačně předejít. Vlivem kouření vzniká 29-38% všech nádorů v Evropě. Nejznámější a nejvýraznější nádor vznikající z tohoto rizikového faktoru je karcinom plic. V ohrožení jsou i pasivní kuřáci. Inhalace cigaretového dýmu vede ke zvýšenému riziku vzniku nádorového onemocnění.^[17]

Psychology zajímalo, jaké mají kuřáci povědomí o rakovině a kouření. Zjistilo se, že u kuřáků, kteří hlouběji znají rizika rakoviny, existuje výrazný *optimistický skluz* či *optimistická předpojatost*. Kuřáci si myslí, že v jejich osobním případě je riziko rakoviny nižší než u ostatních. Zde hovoříme o sebeklamu, se kterým se můžeme setkat například u alkoholiků.^[21]

1.1.2 Výživa

Na vzniku rakoviny se významně podílí i výživa, a to přibližně 30%. Tím se řadí spolu s kouřením mezi dva nejzávažnější zevní činitele.^[17] Vysoce rizikovými faktory jsou potraviny s vysokým obsahem soli, konzervované potraviny, nadměrná konzumace živočišných tuků, aditiva a další chemické látky. Nezdravá a nevyvážená strava podmiňuje i řadu dalších onemocnění, jako jsou cukrovka a vysoký krevní tlak.^[8]

1.1.3 Alkohol

Dalším významným etiologickým faktorem způsobujícím nádorová onemocnění je alkohol. Podle studií bylo zjištěno, že alkohol způsobuje nádory úst, hltanu, hrtanu, jícnu, kolorekta a prsu. Je také pravděpodobné, že důsledkem pití alkoholických nápojů vznikají nádory jater. Otázkou však stále zůstává, zda existuje méně škodlivý druh alkoholu a jaké množství alkoholu je ještě bezpečné.^[8]

1.1.4 Nadváha a obezita

Tato civilizační choroba je zodpovědná za téměř 14–20% úmrtí v důsledku nádorových onemocnění. Podle dokázaných studií způsobuje vysoký BMI (index tělesné hmotnosti) nádorová onemocnění. Například nádor endometria, prsu, ledvin, jícnu, pankreatu, kolorekta.^[17]

1.1.5 Vliv tělesného cvičení

Studie potvrdily, že lidé se sníženou pohybovou aktivitou mají větší pravděpodobnost výskytu nádorového onemocnění než lidé pohybově více aktivní.^[21] Pohyb nás nejen udržuje v dobré kondici a udržuje naši tělesnou váhu v normě, ale také může zabránit výskytu nádorů. Dále má i blahodárný účinek na náš imunitní systém. Pozitivní výsledek měla i studie v rámci karcinomu prsu.^[8]

1.1.6 Infekce

Výskyt maligních onemocnění v důsledku infekce byl nejdříve prokázán u zvířat, příkladem je leukémie a sarkomy u drůbeže. (klin oko sestry). Nejvýznamnějším virem je potom HPV (*human papillomavirus*), kdy po nakažení některým z jeho typů vzniká karcinom děložního čípku. Dále například *Helicobacter pylori* zvyšuje potenciál vzniku rakoviny žaludku a viry hepatitidy B a C a virus Epstein-Barrův mají také onkogenní riziko.^[17]

1.1.7 Ionizující a UV záření

UV záření je spjaté s výskytem nádorů kůže. Nejvíce jsou ohroženi lidé světlé pleti. Výrazně rizikové pro vznik nádorů kůže je i umělé ultrafialové záření, se kterým se setkáváme například v soláriích.^[17]

1.1.8 Genetické vlivy

„Každé nádorové onemocnění je způsobeno genetickými změnami na buněčné úrovni.“ (Klinická onkologie pro sestry, str.31) Velmi známým je takzvaný familiární výskyt, kdy se určitý typ nádorů generačně opakuje v rodině.^[8]

1.1.9 Vliv stresu

Stres má vliv na vznik rakoviny. Výzkum dokázal, že pokud ženy prožívají rok před vyšetřením těžké životní situace, nastává u nich veliké riziko vzniku rakoviny. Nejvýrazněji se to prokázalo tam, kde vyšetřované osoby potlačovaly negativní emoce a vzpomínky.^[17]

1.1.10 Vliv emocionálních projevů a deprese na objevení rakoviny

Souvislostí mezi emocionálními projevy a rakovinou se zabývali S. Greer a T. Morris (1978) a tento fakt také potvrdili ve studii, při které zkoumané ženy netušily, zda se u nich diagnóza rakoviny potvrdí. Ženy byly rozděleny do tří skupin a po celou dobu výzkumu byly v psychickém napětí. V první skupině své emoce potlačovaly. Druhá skupina dávala emocím volný průchod. Třetí se chovala citově normálně. Tento výzkum potvrdil, že se rakovina pravděpodobněji objevila u žen, které silně potlačovaly strach a obavy. Bylo zjištěno, že pacienti trpící depresí mají statisticky častěji rakovinu.^[21]

1.1.11 Vliv osobnostních faktorů

Lékař Ronald Grossarth-Maticek a psycholog H. J. Eyseneck přišli na základě tzv. multifaktoriálního modelu s teorií, že osobnostní faktory mají souvislost se vznikem rakoviny. Spolu zpracovali soubor testů, dotazníků, řízených rozhovorů a laboratorních vyšetření, podle jejichž vyhodnocení rozdělili sledované osoby do čtyř skupin. *První skupinou byly osobnosti náchylné k rakovině.* Byly zde osoby přátelské, pro které byly dobré vztahy důležité. Jednalo se o výrazně racionální lidi, kteří své negativní emoce v rámci těžkých životních situací potlačovali či skrývali. Neprojevovali známky beznaděje a bezmoci. Do druhé skupiny spadaly osoby, které byly snadno frustrovány jinými lidmi a okolnostmi života. Odpověď na frustraci byla zlost a agrese. *Třetí skupinu tvořily osoby, které se pohybovaly mezi I. a II. typem. Čtvrtá skupina zahrnovala osoby relativně nejzdravější. Cítily se dobře a byly pozitivně naladěny.*^[21]

1.2 Prevence

Prevence je soubor opatření, která se snaží předejít vzniku onemocnění. Prevenci dělíme na čtyři úrovně: primární, sekundární, terciální, kvartérní.^[14]

Účelem **primární prevence** je zredukovat výskyt maligních onemocnění a eliminovat co nejvíce rizikových faktorů. **Sekundární prevence** je včasné rozpoznání příznaků onemocnění. Záměrem je zamezit počtu úmrtí díky brzkému podchycení onemocnění, kdy je ještě možné vyléčení. Cílem **terciální prevence** je zabránit možné recidivě (návratu) onemocnění po prodělané léčbě. Pacient dochází i po vyléčení ještě několik let na pravidelné kontroly do zdravotnického zařízení, kde byl léčen. U těchto sledovaných pacientů se nesmí opomíjet sekundární prevence. Hrozí zde vznik jiného nádoru, než pro který je sledován. **Kvartérní prevence** se snaží předcházet důsledkům nevléčitelného nádorového onemocnění, kdy je nutno brát zřetel na oblasti tělesné, psychické a sociální. Snaží se, aby nebyla snížena kvalita života.^[14]

Onkologický screening je cílené vyšetření populace, jehož účelem je detekce nádorového onemocnění.^[17] V České republice se léčí více než 380 000 lidí se zhoubným nádorem. Měli bychom se nad tímto stavem zamyslet. My sami však některé činitele můžeme ovlivnit například zdravým životním stylem.^[14]

1.3 Pět fází života s nemocí

V této kapitole je popsáno 5 fází, které jsou typické pro nádorové onemocnění.^[3]

1.3.1 Fáze diagnózy a její sdělování

Zde se často objevují psychické komplikace. Dochází k šoku a pacienti bývají často traumatizováni. Objevuje se zde popírání nemoci a informací. Mezi normální reakce při sdělení diagnózy patří šok, nedůvěra, hostilita, mírný hněv, úzkost. Maladaptivní chování (nepřizpůsobivé) má tyto znaky: úplné popření, odmítání léčby, klinická deprese, vztahovačnost, která může narušovat vztahy.^[3]

1.3.2 Fáze časně lékařské terapie

Tato fáze s sebou přináší aktivní léčbu (ozařování, chemoterapie) nebo tělesné změny v důsledku léčby (odstranění některých částí těla). To má negativní dopad na

psychiku nemocného člověka. Objevuje se smutek, úzkost, deprese, bezmocnost, beznaděj, pocit viny a hněv. Dle studií může tyto stavy snížit široké spektrum psychologicko-psychotherapeutických metod či rozsáhlejší psychologicko-psychotherapeutická pomoc.^[3]

1.3.3 Fáze rehabilitace – období po ukončení medicínské léčby

Pacienti mohou být ještě dlouhou dobu po ukončení léčby zranitelní, přichází omezení v osobním i profesním životě. Může u nich také přetrvávat posttraumatická stresová porucha. Vhodné jsou zde například podpůrné skupiny.^[3]

1.3.4 Fáze recidivy

Tato fáze znamená, že nemoc může opět zaútočit. Sdělení této skutečnosti může vyvolat v pacientovi ještě větší šok. V této fázi je vhodné, aby měl nemocný co nejvíce informací o dalších možnostech léčby. Riziko propadnutí depresi, smutku, zlosti a zoufalství je v této fázi obrovské. Vhodná je psychologicko-psychotherapeutická pomoc, která dokáže tyto pocity zmírnit. V této fázi pacient těžko přijímá realitu. Nemocní mohou hledat jiné alternativy léčby, jiné odborníky a nové informace.^[3]

1.3.5 Terminálně-paliativní fáze

V této fázi je potřeba vědomě se rozloučit a přijmout nevyhnutelnost smrti. Cílem je podpořit kvalitu života tak, aby byla pro pacienta snesitelná.^[6]

2 PROBLÉMY NEMOCNÉHO A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NEMCONÝCH

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Praktický slovník medicíny str.311).

Při vymezování pojmu nemoc je vhodné vycházet z pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský. Nemoc s sebou přináší spoustu potíží. Tato porucha zdraví vyžaduje adaptaci na novou situaci. Přináší různá omezení, narušuje osobní život, soukromí, zvyklosti a dosavadní způsob života. Vážná nemoc může člověka připravit o soběstačnost. Staví nemocného do nové role, kdy je nucen vyrovnávat se s řadou překážek. Musí zvládat bolest a jednat ve změněných podmínkách. Změny přináší také léčba. Pacient podstupuje různá diagnostická vyšetření, která nezná, a může mít o nich jiné představy nebo nedostatek informací. To v člověku vyvolává obavy, úzkost a strach. Nemoc klade vysoké nároky na rodinu, může to vést až k narušení mezilidských vztahů. Může také zhoršit pacientovu sociálně-ekonomickou stránku. To vše se odráží na psychice nemocného. Každá osoba je individuální, má jiné osobnostní rysy, nachází se v jiné sociální situaci. Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou tedy být rozdílné. Tohle vše je důležité vnímat, chápat a uvědomovat si, abychom pacientovi porozuměli. Musíme ho vidět jako člověka celého a mít k takovému člověku zcela komplexní přístup.^[11]

2.1 Kvalita života onkologického pacienta

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Světová zdravotnická organizace, WHO)

Pro onkologického pacienta hraje kvalita života důležitou roli. Takový člověk přichází do nemocničního zařízení s širokým individuálním žebříčkem hodnot. Vlivem těžkého onemocnění se nerad vzdává svých zvyků, společenských vazeb, sociálního postavení. V průběhu se však snaží tyto hodnoty udržet a zůstat u dřívější struktury. Omezení, která s sebou nemoc přináší na úrovni fyzických a psychických potíží, nutí pacienta tyto hodnoty časem změnit. Vytváří si takové, které by v budoucnu naplňovaly jeho život tak, aby byl snesitelný a kvalitně prožívaný. Kvalitu života ovlivňuje pacientův

věk, průběh léčby, jaké stádium nemoci aktuálně probíhá a jak se umí s těmito stavu vyrovnat. Průběh nemoci se neustále mění a s ním i on sám a jeho okolí.^[17]

Studie prokázaly, že objektivní posouzení kvality života lékařem u onkologicky nemocných se může výrazně lišit od subjektivního vnímání léčeného. Onkologové si dříve mysleli, že nejhorším prožitkem při onemocnění je bolest. Po vyplnění dotazníků se ukázalo, že na prvním místě snižuje kvalitu života vyčerpanost a únava, dále byla bolest a za ní nauzea s depresí.^[21]

Z těchto výsledků je zřejmé, že jsou výzkumy v oblasti kvality důležité pro léčbu a napomáhají účinnějšímu přístupu personálu k pacientovi. Tyto ukazatele slouží k lepšímu vytvoření vztahu mezi pacientem a personálem v různých fázích onemocnění. Tento vztah usnadňuje a zpříjemňuje pobyt, zajišťuje lepší spolupráci s blízkými nemocného a vytváří tak adekvátní sociální zázemí pro pacienta a jeho blízké. Studie ukázaly lékařům nový přínos pro léčbu na základě monitorování subjektivních prožitků samotných pacientů.^[17]

2.2 Postoj k nemoci

Každý proces změny zdraví má stránku fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální. Staví nemocného do nové pozice, kterou musí přijmout, byť silně působí na jeho psychiku. Nastává změna prostředí a sociální situace, v níž prožívá každý den. Postoj k nemoci je individuální.^[11]

Postoj k nemoci je rozdělen do několika skupin, podle toho jakou hodnotu má nemoc pro pacienta.^[22]

Normální postoj – přiměřená adaptace na nemoc.^[11]

Bagatelizující postoj – nemocný podceňuje chorobu, nepřisuzuje jí důležitost, nedodrží léčebná opatření. Podceňuje zdraví a přeceňuje své možnosti. Může za tím stát i strach z bolesti a z následků onemocnění.^[11]

Repudiační postoj – nemocný nejde k lékaři, nebere nemoc vůbec na vědomí.^[11]

Disimulační postoj – nemocný popírá své potíže nebo je schválně zkrsluje. Může to být z důvodu brzkého návratu do zaměstnání či ze strachu ztráty o něj, z finančních důvodů.^[11]

Nozofobní postoj – nemocný se nepřiměřeně obává choroby, nechává se neustále vyšetřovat, střídá lékaře, přeceňuje drobné potíže. Nemocný si je svých obav vědom, nedokáže je však potlačit.^[11]

Hypochondrický postoj – má pocit, že trpí vážnou chorobou, podléhá svým potížím.^[11]

Nozofilní postoj – vidí pozitivní stránky nemoci, nemusí plnit své povinnosti, okolí si ho více všímá, stará se o něj.^[11]

Účelový postoj – vystupňovaný nozofilní stav. Nemocný chce utéct z nepříjemné situace, nebo si chce získat soucit či určité hodnoty.^[22]

Rozlišujeme:

Agravace -přehánění příznaků. Může to být nevědomé, např.: starý člověk chce větší kontakt s lidmi.^[11]

Simulace – je charakterizována jako úmyslné předstírání za vidinou získání nějaké výhody. Většinou u velmi primitivních lidí, rychle odhalena. Také hodně u dětí k získání větší péče od svých blízkých.^[11]

Repudiace – nevědomá disimulace.^[11]

2.3 Omezení životních potřeb

S těžkou životní situací přichází i omezení životních potřeb. V rámci onemocnění záleží na charakteru nemocného, na typu onemocnění a také na situaci sociálních poměrů, ve kterých se nachází.^[15]

Bártlová dělí potřeby člověka na:

Potřeby se s nemocí nemění, jsou stejné jako u člověka zdravého. Patří sem potřeba vzduchu, jistoty, bezpečí, spánku, výživy, vyprazdňování, pohodlí. Při hospitalizaci jsou tyto potřeby uspokojovány zdravotnickým personálem.^[23]

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou velmi individuální a mohou se v průběhu onemocnění neustále měnit. Záleží na typu onemocnění, fázi a závažnosti.

Některé potřeby (např. sociální) se mohou na začátku nemoci redukovat. S uzdravováním a pozitivní prognózou se opět tato potřeba aktivuje. Naopak některé potřeby mohou zaniknout kvůli nemožnosti návratu do původního zdravotního stavu. Aktivita pacienta je teď zaměřena na boj s nemocí. [23]

Potřeby, které vznikly onemocněním, ovlivňuje řada okolností. Charakter, typ osobnosti, zkušenosti s onemocněním, stupni a závažnosti onemocnění, informacích o chorobě, vztahy a chování okolí. V přístupu a ošetřování pacienta nesmíme zapomínat, že pracujeme s člověkem, u kterého jsou nálady, prožívání a chování ovlivněny uspokojováním biologických, psychických a sociálních potřeb. Je zde kladena velká potřeba navrácení zdraví, tlumení či odstranění bolesti nebo pomoc při změně sociální role. Nemocní jsou často omezeni v řadě činností, na které jsou běžně zvyklí. Vážně zde kontakt s přáteli a vrstevníky, omezena je i řada aktivit, které se vlivem onemocnění nedají vykonávat. To může vést ke komplikacím zdravotního stavu. [23]

Nemocný potřebuje:

Sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc

Lidé, kteří jsou izolováni či omezeni v sociálním kontaktu, mohou mít pocity nezájmu, nejistoty a také pocitem, že o něco tam venku přicházejí. Ovlivněn je jejich duševní stav, přichází smutek, podráždění, úzkost, neklid a zklamání a může přejít až v agresivitu. Zdravotníci by měli vědět, jak reagovat a všimnout si negativních signálů pacienta. V této fázi je důležitý kontakt mezi pacientem a zdravotníkem a jejich vzájemná důvěra. [11]

Bezpečí a jistota

Uspokojení těchto potřeb a předcházení negativních pocitů má blahý vliv na psychiku nemocného. Kontakt s rodinou a dostatek informací příznivě ovlivňují zdravotní stav. Děti tyto stavy na rozdíl od dospělých prožívají hůře. Frustraci předcházíme tím, že člen rodiny může být hospitalizovaný s dítětem. Děti mají strach z výkonů, z cizího prostředí a lidí, bolesti. Možnost pobytu s někým z rodiny pozitivně ovlivňuje průběh léčby. [11]

Potřeba podnětů a činností

Pobyt v nemocnici omezuje nemocného v řadě činnosti, na které je v běžném životě zvyklý. Je fixován na omezené prostory. Přichází pocity nudy, nepříjemný pocit z nečinnosti, omezení je výrazné i v pohybu. Pacient začíná být mrzutý, náladový, může to vystupňovat až do fáze, ve které přestane spolupracovat.^[11]

Potřeba realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů

Nemocný člověk je zaskočen situací, která se právě odehrává, může mít zkreslené představy o budoucnosti, o tom, co ho vlastně čeká a jak to změní jeho dosavadní život. Příchodem onemocnění, může najednou vidět vše nereálně. Nemá před sebou jasný cíl. V těchto situacích je důležité, aby měl pacient co nejvíce informací. Může se obrátit na specializované poradny, kde se mu dostane odborné pomoci a rady. Profesionálové dokážou takového člověka motivovat v řadě činností. Nemocný má také možnost navštěvovat různé kluby, kam dochází lidé se stejnými či podobnými problémy a postižením.^[11]

2.4 Omezení soukromí

Při pobytu pacienta v nemocnici musíme zajistit, aby zůstal v dobrém psychickém stavu, předcházet emočnímu zhroucení a zapojit ho aktivně do léčebného procesu. Při přijmutí je zřejmé, že nám pacient musí sdělit mnoho informací o své osobě, která může před většinou lidí tajit. Mohou to být informace o pohlavních chorobách či jiných onemocněních. Tohle vše v něm vzbuzuje rozpaky a stud. Musíme si uvědomit, že jsme pro něj cizí osoba, náš přístup musí být šetrný a ohleduplný. Soukromí nemocného je součástí lékařského tajemství. V případě obnažování při různých vyšetřeních nebo ošetřovatelských výkonech musíme zachovat intimitu. Vyprazdňování na pokoji, provádění hygieny na lůžku, to vše je veliký zásah do soukromí pacienta.^[11]

Při hospitalizaci je nutné stále myslet na to, že pacientovo chování se značně odráží od toho, do jaké míry jsou uspokojeny jeho elementární a sociální potřeby. Naším cílem je, aby tyto potřeby byly v co nejvyšší míře uspokojeny.^[22]

2.5 Psychiatrické symptomy onkologie

Výskyt psychických poruch u onkologických pacientů je vysoký. Nejčastější jsou to depresivní a úzkostné poruchy. Tyto nejvíce gradují u pokročilých stádií nemoci. Statistiky hovoří o (68%) poruch přizpůsobení se s úzkostnou či depresivní náladou, (13%)

trpělo depresí a delirium se objevilo u (8%). Tyto poruchy se objevily spíše až po zjištění onkologické diagnózy.^[6]

2.5.1 Deprese

Deprese se projevuje skleslou náladou, apatií, ztrátou životní energie bez jasné příčiny. Lidé trpící touto poruchou se těžko soustředí, mají poruchy paměti, jsou velmi unavení, mají vysoký práh radosti, mají pocit bezmocnosti. Dále se u nich vyskytují pocity viny, mají nízké sebevědomí.^[17] Faktorů, které mohou přivodit depresi, je několik. Patří sem hlavně negativní životní události a biologické změny-například poporodní deprese.^[18]

Prevalence depresivní poruchy stoupá s pokročilým stádiem nemoci. Většina lékařů v akutní fázi nemoci příznaky deprese podceňuje. Tento jev vzniká z domnění, že symptomy jako je únava, smutek, zhoršená nálada a úzkost patří k adaptaci na nemoc a jsou součástí pacientovy reakce. Stává se tedy, že podceňují tyto příznaky a opozdí se adekvátní léčba či medikace. Je potřeba se zaměřit hlavně na psychologické příznaky deprese, jelikož protinádorová léčba má stejné vegetativní vedlejší účinky, které jsou typické pro depresi. Pacienti s depresí se hůře zapojují do léčebného procesu a jejich stav se může následkem této poruchy zhoršit.^[6]

2.5.2 Úzkost

Úzkost patří mezi známé reakce pacienta na ohrožení nemocí. Nemocný má pocity neurčitěho ohrožení, cítí vnitřní napětí a neklid. Objevují se vegetativní symptomy zvracení, průjem, sucho v ústech, nechutenství, nespavost, tachykardie, nadměrné pocení, tachypnoe.^[17] Úzkost u onkologických pacientů se může objevovat jen v určitých situacích, může být přechodná. Musíme mít na paměti, že některé antiemetické léky způsobují akatizii a neklid.^[6]

2.5.3 Anticipační deprese

Zármutek nastane v období, kdy se očekává hrozící ztráta. Tento zármutek pociťují pacienti, ale i jejich blízcí. Je to soubor emočních, kulturních, kognitivních a sociálních reakcí na smrt či ztrátu.^[6]

2.5.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Zdravý jedinec si odnáší trauma, kdy bojoval o život, a to v něm zanechá traumatické vzpomínky, které jsou těžké pro jeho duši.^[17]

2.5.5 Delirium

Bývá komplikací nádorového onemocnění při metastázách do mozku. Výskyt převážně v terminální fázi nemoci. Tento stav přichází se změnou pozornosti, paměti až k dezorientaci a halucinacím. Projevy deliria se mohou střídat, jsou buď hyperaktivní nebo hypoaktivní. Takový stav negativně působí na rodinu. Musíme jim vysvětlit, že se jedná o projevy nemoci.^[6]

2.6 Únava

Únava je častým jevem u onkologických pacientů. Protinádorová léčba je velmi náročná a ubírá mnoho energie, nemocný musí podstupovat řadu vyšetření a užívat mnoho léků, které mají řadu vedlejších účinků. Většinou jsou to antihypnotika, antidepresiva a antiixolytika. Deprese a nespavost jsou také další spouštěče únavy.^[6]

2.7 Stres

V psychoonkologii je definován stres jako vztahy mezi negativními životními událostmi, problémy všedního života, negativními emocemi a jejich stylem řešení problémů. V období nemoci musí pacient řešit mnoho otázek, které se týkají jeho kvality života. Rakovina ji poměrně snižuje a často vyvolává distres (špatný stres). Se zvládnutím psychické zátěže a množstvím problémů, které onkologičtí pacienti prožívají, pomáhá nemocným psychoterapie a psychoonkologie. Odborníci hledají správné a účinné intervence, které by pomohly zlepšit nácvik strádání, kvalitu života a zvládnutí zátěže.^[4]

2.8 Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení patří mezi nežádoucí účinky chemoterapie a ozařování. Tyto vedlejší účinky léčby jsou pro pacienta nepříjemné a mohou snižovat kvalitu života. Při protinádorové léčbě se preventivně, při plánované aplikaci léčby cytostatiky či ozařováním, podávají antiemetika (léky proti zvracení).^[17]

2.9 Bolest

Bolest je jedním z nejobávanějších symptomů nádorového onemocnění. Intenzitu bolesti ovlivňuje typ nádoru. Mezi nejvíce bolestivé patří nádory kostí, slinivky břišní a jícnu.^[7] Bolest nám potvrzuje závažnost choroby nebo její zhoršení. Zhoršuje psychický stav pacienta, doprovází ji deprese a úzkost. Pacienti, kteří mají silné bolesti, si myslí, že brzy umřou.^[6]

Léčba bolesti se musí kontrolovat a být včas zahájena. Neléčená bolest má negativní dopad na pacientův celkový stav. Vede k únavě, nespavosti, depresi a vyčerpanosti. Při bolesti se také může zhoršovat nutriční stav pacienta, nemá chuť jíst ani pít. Moderní medicína umí zmírnit velkou bolest ve snesitelnou.^[7] Bolest se léčí v praxi nejčastěji farmakologickými přípravky, fyzioterapeutickými technikami a chirurgicky. Dnes už můžeme také využít psychologicko-psychotherapeutických technik. Důležité v léčbě bolesti je vytvořit mezi pacientem a personálem pečujícím o pacienta důvěrný vztah, navodit příjemnou atmosféru a zajistit klidné prostředí pro léčbu.^[11]

2.10 Osobnost a rakovina

Pokud se zamýšlíme nad otázkou vztahu rakoviny vůči osobnosti, musíme myslet a na vztah mezi rysy osobnosti a rizikem rakoviny. První, kdo formuloval, že rakovina může vznikat na základě psychosomatických jevů, byla psychotherapeutka Elida Evans (1926). Přišla s teorií, že u lidí potlačující své negativní emoce (zlost a vztek), je pravděpodobnější výskyt nádorového onemocnění. Wuilly Meyer (1931) se domníval, že rakovina je podmíněna emocionálním a sociálním stresem. V polovině dvacátého století přichází Grossarth-Maticek (1984) a J. H. Eysenck (1988) s myšlenkou, která vyjadřuje vztah mezi vznikem rakoviny a psychosociálními faktory. Badatelé se zabývali také poměrem mezi racionalitou a emocionalitou. Bylo prokázáno, že lidé s vyšší hodnotou poměru racionality k emocionalitě častěji podléhají nádorovému onemocnění (vliv psychiky na zdraví). Jako další do souboru osobnostních rysů s rizikem vzniku rakoviny patří osobnost typu C (C – systém zvládání těžkostí). Tato osobnost je charakterizována jako člověk, který nedostatečně nebo vůbec nevyjadřuje své negativní emoce. Vyhýbá se konfliktům, je submisivní, nejistý a nadměrně se snaží spolupracovat s druhými lidmi.^[3]

V moderní osobnostní typologii se osobnost typu C už nepoužívá. Nejnovější studie ukázaly, že osobnostní charakteristiky onkologicky nemocného jsou mnohem složitější. S jakým člověkem je tedy možné se setkat na onkologickém pracovišti? Je to člověk s výraznými a rozsáhlými gesty a jeho projev je hlasitý. Nechce nikoho obtěžovat ani zatěžovat svými pocity, a proto své smutky skrývá ve svém nitru. Onkologičtí pacienti bývají většinou velmi pracovití, spolehliví, úzkostní, nestěžují si, udělají cokoli pro druhé, své emoce v sobě drží a pláčou do sebe. I pro odborníky je těžké dosáhnout toho, aby tenhle typ pacientů dokázal otevřeně mluvit o svých problémech. V onkologii se setkáváme i s charakteristikou alexithymie, jsou to jedinci, kteří vypadají necitelně. Svě

emoce zadržují, bývají nevšimaví. Je to jen zástěna před okolím, bojí se zesměšnění a zklamání. Další osobnostní charakteristikou u onkologicky nemocných je nižší hladina **nezdolnosti**. Znamená to, že takový člověk je schopen zdolávat překážky, výzvy a nemoci. Snadno překonává obtíže. V neposlední řadě se onkologie zabývá fenoménem s **názvem bojový duch**. Tento ukazatel je velmi pozitivní v přístupu k léčbě a přijetí nemoci. Tito lidé mají velmi silnou vůli, věří v sebe a své schopnosti. Uvažují racionálně a to jim pomáhá v adaptaci na pobyt v nemocnici a na problémy, které s sebou přináší.^[17]

2.11 Autoplastický obraz nemoci

Tento pojem objasňuje subjektivní prožívání nemoci. Zahrnuje senzitivní, volnou, emocionální, racionální a informativní složku. Všechny tyto složky se navzájem prolínají.^[11]

Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci

1. ráz onemocnění:

Záleží, zda je onemocnění akutní či chronické. Kde léčba probíhá, jestli ambulantně nebo ve zdravotnickém zařízení. Jak je pacient léčen-zda konzervativně či chirurgicky. Rozhodující jsou také okolnosti onemocnění, zda je omezen pohyb pacienta, roli hrají i vizuální či kosmetické problémy.^[11]

2. okolnosti, za nichž nemoc probíhá:

Pacienta ovlivňují nejistoty a problémy (rodinné, pracovní, finanční). Prostředí, ve kterém nemoc probíhá, zda v zahraničí či doma. Dále zda si nemoc pacient zavinil sám nebo někdo jiný.^[11]

3. premorbidní osobnost – osobnost před nástupem nemoci.^[11]

2.12 Prožívání nemoci v čase

Nemoc probíhá v různých fázích a tím se mění i psychické prožívání nemoci.

1. aktivní adaptace – nemocný spolupracuje. Aktivně se zapojuje do léčebného procesu a přizpůsobuje se problémům spojeným s onemocněním.

2. psychická dekompenzace – Vzniká nejčastěji tam, kde neproběhla aktivní adaptace. Léčba se nevyvíjí tak, jak nemocný očekával, a to je frustrující. Závisí na stavu nemocného a na jeho osobnosti. Nemocný je lítostivý a nekritický k ošetřujícímu personálu.

3. pasivní adaptace – nemocný rezignuje. Uzavírá se do sebe. Vzdává boj s nemocí.^[11]

2.13 Sdělení onkologické diagnózy

Onkologickou diagnózu vždy sděluje lékař. Nejlépe ten, kterého pacient zná. Lékař by si měl v průběhu léčby získat pacientovu důvěru, aby měl pacient pocit bezpečí a jistoty. To vše pomáhá k tomu, aby pacient diagnózu lépe unesl. Sdělení onkologické diagnózy je stresující a vyčerpávající jak pro pacienta, tak i pro lékaře. Někteří lékaři se vyhýbají tomu sdělit celou pravdu, sdělí jí jen částečně, říká se tomu „milosrdná lež“. Bojí se, že nemocný pravdu neunes. Mají strach, že by se zhoršil psychický stav pacienta a tím i průběh léčby. Z průzkumů vychází, že většina lidí si přeje být pravdivě informována o své diagnóze, výsledcích vyšetření a o průběhu léčby. Přitom pravdivé informace utváří důvěru mezi lékařem a nemocným a přispívají k lepšímu vyrovnání se s nemocí. V příloze B popisují zásady sdělování onkologické diagnózy.^[6]

Pro zahájení tohoto rozhovoru mezi lékařem a nemocným je dobré si vytvořit klidné ničím nerušené prostředí a dostatek času. Tento rozhovor by měl probíhat v empatické atmosféře. Lékař by měl mluvit jasně a srozumitelně, vynechat cizí slova, aby nemocný vše pochopil.^[4] Ke sdělení diagnózy je také možná přítomnost pacientových blízkých. Lékař by se měl na rozhovor soustředit a ujišťovat se, že pacient všemu porozuměl. Měl by mluvit pomalu a zřetelně, aby mohl nemocný vše vstřebávat a ptát se na věci, které mu jsou nejasné.^[17]

2.14 Prožívání nemoci

Sdělení onkologické diagnózy je pro člověka veliký zásah. Od chvíle, kdy se nemocný dozví onkologickou diagnózu, musíme mít na paměti, že právě prochází životní krizí. Tato krize je doprovázena výraznou emotivitou. Nemocný by měl mít pocit, že jeho lékař ho neopustí a nabídne mu více možností léčby a řešení. Zdravotníci by měli respektovat základní psychické fáze prožívání nemoci, které popsala Elisabeth Kübler

Rossová (1972). Měli by znát vhodný přístup k nemocnému, aby jeho psychický stav nebyl poškozen.^[7]

1. Fáze nejistoty před stanovením diagnózy

Člověk začíná uvažovat o své nemoci, která v něm vzbuzuje nepříjemné emoce, úzkost, obavu z nemoci a strach. Tělo vydává signály spojené s onemocněním, což upoutává pozornost člověka. Tělo nefunguje jak má a člověk se snaží to překonat. Potíže vygradují až do stupně, kdy jsou neúnosné a velmi obtěžující. To vede k tomu, že člověk vyhledá lékaře a tato fáze končí stanovením diagnózy.^[7]

2. Fáze šoku a popření

Tato fáze přichází po sdělení diagnózy. Člověk není schopen se s takovou informací hned vyrovnat, snaží se odvrátit mysl od faktu, který mu byl sdělen, a realitu zatím odkládá. Snaží se popřít realitu a je přesvědčen, že diagnóza je omyl. V tomto období lidé fantazírují a představují si, že přijde zázrak a nic z toho, co mu bylo sděleno, není pravda, a on bude zdravý. V této fázi se vyskytuje magické myšlení – dává člověku prostor a čas na zpracování diagnózy, z které vyplývá, že už nikdy nebude zdravý, nebo už nebude žít.^[6]

3. Fáze generalizace negativního hodnocení

V této fázi už člověk přijímá, že je nemocen, jelikož příznaky choroby už nelze popírat. V tomto období jsou lidé dezorientovaní a neví, co se s nimi bude dít dál. Smysl má pro ně jen to, že se uzdraví. Člověk si postupně uvědomuje nepříznivou skutečnost a doprovází ho pocity smutku, hněvu a zlosti. To v něm může vzbudit bojového ducha a snaží se nemoci postavit nebo pouze ventilovat napětí. Pokud si člověk myslí, že je ještě možnost vyléčení, může si svou zlost vybíjet na zdravotnickém personálu. Pacient se hněvá na všechny, kteří mají to štěstí, že jsou zdraví a mohou prožívat život jinak. Jestli už je člověk ve fázi, kdy si myslí, že je vše ztraceno a nedá se nic dělat, objevují se deprese a smutek.^[6]

4. Fáze postupné adaptace

Nemocný zaujímá jiný postoj k nemoci. Pokouší se najít jiný smysl. Vyrovnává se se situací. Přichází fáze smlouvání. Ví, že už nepřijde žádný zázrak, má však snahu dosáhnout ještě alespoň něčeho. Nemocný se snaží dodržovat léčbu, i když si pořád představuje, že přijde větší zlepšení, než je možné. Jak se nemocný vyrovná s chorobou, záleží na jeho aktuálním stavu. Pokud se cítí lépe, je možné, že bude závažnosti choroby racionálně popírat a bude si myslet, že se lékař mylí.^[6]

5. Fáze smíření

Nemocný přijímá všechny závažnosti, akceptuje pravdu a důsledky onemocnění. Ví, že jeho stav nelze změnit. Přizpůsobuje svůj život nemoci a přijímá omezení vzniklé chorobou. Nalézá nový smysl života. Naopak někteří lidé nejsou schopni akceptovat problémy vzniklé příchodem choroby a nikdy se nesmíří s tím, že jsou nemocní. Budou pořád marně hledat způsob jak se uzdravit. Další možností jsou lidé, kteří úplně rezignují. S nemocí se nevyrovnají a ani nemají snahu. Situaci podlehnou.^[6]

3 PSYCHOTERAPIE PSYCHOLOGICKÁ POMOC A PODPŮRNÉ SKUPINY

„Psychoterapie je odborná a kvalifikovaná činnost, jejímž obsahem je léčení či ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví“. (Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii str.26)

Moderní medicína zvyšuje počet lidí, kteří rakovinu přežili. S tímto pokrokem se stále zvyšuje význam psychologické a psychoterapeutické intervence, která léčbu této zákeřné nemoci pozitivně ovlivňuje a přináší dobré výsledky.^[24] Psychoterapie pro pacienty s rakovinou je zaměřené převážně na psychosociální problémy, které souvisí s léčbou. PST pomáhá lidem porozumět problémům, se kterými se v životě setkávají a které přicházejí s onemocněním. Cílem je, aby dokázali pojmenovat problémy, závažné životní situace, například pojem onkologická diagnóza. Dále se snaží podporovat a nasměrovat člověka k tomu, aby se mu dostalo dovedností, které mu pomohou zvládat problémy efektivněji, tak aby nedocházelo k vyčerpání a nahromadění negativních emocí. Napomáhá také v prevenci možného výskytu deprese a zpracování hromadících se stresorů v těle jak psychických, fyzických, tak i sociálních. Snaží se redukovat negativní emoce, jako je úzkost, hněv a zlost. PST ukazuje nemocnému, jak může odbourat strach třeba z vyšetření. Zkrátka aby zvládl emočně danou situaci. Pacient získává psychoterapií nové dovednosti, lepší přizpůsobení se životním situacím, seberealizaci a pocit vyrovnaní, odreagování a naplňování smyslu života.^[4]

Pro představu uvádím pět nejrozšířenějších psychoterapeutických přístupů v praxi:

Rogerovská psychoterapie - Terapie řízení klientem. Založená na tom, že každý člověk má tendenci se po celý život osobně rozvíjet, dosahovat svých cílů a být zdrav. Cílem terapie je zvýšit tendenci dosahovat co nejvyšších možností a podpořit ho v tom.^[4]

Kognitivně-behaviorální psychoterapie – Tento směr vychází z teoretické psychologie. Podle tohoto modelu lidé mají tendenci prostředí aktivně zpracovávat, interpretovat a až potom na ně pasivně reagovat. Stručně řečeno nejdříve poznávám, posléze hodnotím, prožívám, a pak jedním. Důraz v terapii je kladen na sebeřízení a sebekontrolu.^[10]

Psychoanalytická psychoterapie- Tato terapie je založená na principu psychoanalýzy. Je zde výhoda, že i pacienti se „slabším já“ (neurotici, lidé s duševní krizí) se mohou terapie zúčastnit. Léčba je kratší a méně nákladná. Směrů psychoanalytické psychoterapie je v praxi mnoho. ^[10]

Systematická psychoterapie- Je zde kladen veliký důraz na komunikaci. Skrze rozhovor nám pacient sděluje významné věci a díky tomu lépe chápeme určité skutečnosti. Komunikace vede k porozumění toho, co je, a novému porozumění dané skutečnosti. ^[10]

Neuropsychoterapie- Zkoumá, hodnotí a obohacuje pohled **neurověd.** ^[10]

Existuje mnoho dalších druhů a technik psychoterapie. ^[10]

3.1 Psychoterapeutické vedení u onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění je psychicky velmi náročné a zatěžující onemocnění, které se týká všech lidí v blízkosti pacienta (rodina, zdravotnický personál, blízké osoby). Toto onemocnění je dlouhodobé a vedle tradiční léčby je do léčebného procesu zařazena i psychoterapie. Byl prokázán vztah mezi aktivitou NK buněk (buňky imunitního systému, které ničí nežádoucí účinky) a úrovní sociální podpory. Pokud je sociální podpora silná a spolehlivá, dochází ke zvýšení počtu a vyšší aktivitě NK buněk. Podobné je to i se stresem, se stresem stoupá progresa nádoru. Přínosné pro léčbu je, že určitý typ psychologických intervencí redukuje vliv stresu na imunitní systém. ^[10] Důležité je zvolit správné psychoterapeutické techniky, tak aby pacientům neuškodily. Pacient by měl mít pocit, že může mít k terapeutovi důvěru. Měl by cítit podporu, která posiluje jeho já a pracuje s dlouhodobě potlačovanými konflikty. ^[9]

3.2 Relaxační techniky a sugesce

Relaxace znamená celkové uvolnění. Příznivě pomáhá u somaticky nemocných pacientů. Snižuje pocit úzkosti a napomáhá ve zvládnání těžkostí. V praxi se provádí většinou Jacobsonova progresivní relaxace a autosugestivní cvičení. Oblíbený a osvědčený je také Schultzův autogenní trénink. Úspěch má také imaginace. Při volbě psychoterapeutických postupů by se neměl typ terapie vybírat náhodně, ale měla by být zpracována celá koncepce psychologického přístupu k pacientovi. ^[9]

3.3 Podpůrné skupiny

Cílem skupin je vzájemná podpora v situaci, do které je uvedla nemoc, a zlepšení kvality života. Často bývá organizována laicky. Ve skupinách jde o to, aby každý přijmul situaci, ve které se nachází. Pomáhá při návalu emocí a udržuje nemocného v sociálním kontaktu.^[17]

3.4 Psychologická pomoc

Součástí komplexní léčby u pacientů s rakovinou jsou dnes už kmenoví kliničtí psychologové, kteří jsou zaměřeni na práci s tímto specifickým onemocněním. Pomoc potřebují i blízcí lidé nemocného a pro ně a pro nemocné pracuje i poradna na internetu (www.linkos.cz), kterou vedou kliničtí psychologové. Psycholog by měl být přítomen denně, aby intervence byly účinné. Měl by být součástí života na pracovišti. Součástí léčby psychologa je diagnostika psychopatologií, poruch osobnosti a psychóz u onkologických pacientů. Psycholog může vést výcvik relaxačních technik a komunikace pro zdravotnický personál. Tyto aspekty mají nepříznivý vliv na léčbu. Každá psychologická péče zaměřená především na odstranění stresu pomáhá posílit pacientovu schopnost bojovat s nemocí. Ošetřující personál by měl být proškolený o těchto technikách a měl by vědět, jak s nemocným správně komunikovat, aby nebyl poškozen či zanedbán. Pacient by měl mít pocit psychické podpory a porozumění.^[17]

3.5 Psychoonkologie

Psychoonkologie se zaměřuje na obecné poznatky o vzniku a průběhu nádorového onemocnění a jejich vlivu na lidskou psychiku. Tento mladý interdisciplinární obor sdružuje více oborů-onkologii, imunologii, endokrinologii, psychologii a sociologii. Nestará se jen o pacienta, ale i o rodinu a blízké nemocného. Do této péče spadá i podpora lékaře a zdravotnického personálu^[3]

4 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní péče je aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitosti má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.“ (Obecná onkologie str.211)

Cílem paliativní léčby je prodloužení života, zmírnění a prevence některých symptomů a komplikací, které obtěžují pacienta a snižují jeho kvalitu života. Podpůrná léčba zde není zaměřena na likvidaci nádorových buněk, ale na mírnění obtíží vyvolané nádorem (bolest), zvracení, infekční komplikace, rodinné problémy úzkost a strach. Základem dobré paliativní léčby je otevřená komunikace s pacientem a jeho blízkými. Zdravotníci by měli být připraveni na hluboké existenciální otázky zvláště v terminální fázi nemoci. Neměli by je odmítat, bagatelizovat je a vyhýbat se jim. Pokud se necítí na takový rozhovor, musí si to přiznat a povolát někoho kompetentního (např: duchovního, psychologa nebo člena rodiny).^[17]

V komunikaci s onkologickým pacientem musí mít zdravotník na paměti některé zásady a mít k rozhovoru určité předpoklady. Měl by být empatický, autentický (důvěryhodný), musí umět aktivně naslouchat, neměl by pacienta nadměrně zahlcovat množstvím informací, měl by být schopný se vyjadřovat tak, aby tomu pacient rozuměl. Důležitostí je schopnost navození důvěry, podávat jen pravdivé informace, zvládat vlastní úzkost a strach. Hlavně by měl zdravotník přijímat nemocného jako bytost, která má svou důstojnost a zaslouhuje si úctu a respekt.^[12]

V komunikaci se mohou vyskytnout bariéry. Jsou buď ze strany pacienta, nebo zdravotníka. Pacient je neochotný se svěřovat se svými problémy a pocity. Neumí si ujasnit to, co chce vědět o své léčbě a nemoci, protože ho ovlivňuje neznalost problému. Při rozhovoru bychom měli používat otevřené otázky a zaměřovat se na jednotlivé problémy, být empatičtí a zapojit pacienta do rozhodovacího procesu. Dalším negativním vlivem je nedostatek komunikačních dovedností. Převládá zde strach, že zdravotník nebude umět správně odpovědět a reagovat na otázky pacienta. Zdravotník se od pacienta distancuje, ignoruje pláč, mění téma rozhovoru nebo se v něm zaměřuje pouze na praktické úkony, není schopen rozeznat problém, neumí ho diagnostikovat a soustředí se jen na somatické problémy.^[2]

4.1 Práce s příbuznými

Podle WHO je rodina základní jednotkou v paliativní péči. Očekává se od nich, že se vyrovnají se situací a důsledky paliativní léčby. Že si zvládnou rozdělit své role, úkoly a zvládnou každodenní péči a svého blízkého. Mnozí zdravotníci nejsou připraveni poskytnout rodinám dostatek pomoci, zapojení rodiny do procesu je totiž poměrně nový koncept. Péče o příbuzné by měla začít již při stanovení diagnózy. Potřebují mít dostatek informací a podporu ve všech fázích nemoci. Pokud se naskytne nějaký nedostatek v komunikaci, ztrácí příbuzní pocit jistoty a bezpečí a ztrácí důvěru k zdravotnickému systému. Pokud jsou neuspokojeny potřeby členů rodiny, vymizí schopnost starat se o nemocného a sami mají fyzické a psychické problémy. Je důležité, aby případné intervence byly šity na míru potřeb příbuzných.^[2]

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Rakovina a způsob zvládnání těžkých životních situací s ní spojených, je nelehký úkol pro každého, kdo se ocitne v její blízkosti. Důležitou roli ve zvládnání tohoto zákeřného onemocnění hraje osobnost nemocného a také blízcí lidé v jeho okolí. Ti se stávají jeho oporou v boji proti nemoci. Zdokonalená technika moderní medicíny umožnila snížit vývoj utrpení a bolesti a také zkrátit její čas. Zároveň se tím zvýšila potřeba psychické podpory nemocného. Je důležité se dívat na nemocného jako na osobnost a přistupovat tak k němu. Zvolit a najít přístup na míru. Každý člověk je individuální, každého zasáhne nemoc jinak, jinak ji prožívá a vnímá. To musíme mít stále na paměti, aby byl náš přístup k nemocným přínosný pro jejich stav a cítili pocit bezpečí a jistoty.

Iniciací k tomuto výzkumu byla má absence nevědomostí a neznalostí problémů, které člověk s nádorovým onemocněním má. Nyní bych chtěla znát subjektivní pocity nemocného. Zajímá mě, jak nemoc vidí on, co prožívá a jaké má potřeby. Tento výzkum mi umožní dostat se do problematiky psychického prožívání nemoci, a to je má hlavní výzkumná otázka. Doufám, že můj výzkum bude přínosný nejen pro mě, ale i pro ostatní. Přála bych si, aby si každý uvědomil, co nemocný prožívá a jaká má přání, a podle toho k němu tak i přistupoval.

6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem mé praktické části je zmapování psychického prožívání nemoci. Zaměřím se na vnímání nemoci, reakci na diagnózu a průběh léčby. Rozhovor je rozdělen do tří částí. Období před diagnózou, při sdělení diagnózy, v průběhu léčby a období po léčbě. Chci znát pacientovo pocity a potřeby. Zaměřím se také na to, jak je pro pacienta v této chvíli důležitá rodina a jak vnímá jejich podporu.

Dílčí cíle:

1) Zjistit jak vnímali nemocní psychologický přístup sester a lékařů.

Výzkumné otázky:

1) Jaké byly reakce nemocného na sdělení diagnózy a léčbu nemoci?

2) Jaké měl nemocný pocity během léčby?

3) Jak je pro nemocného důležitá podpora rodiny a blízkých?

7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do mé výzkumné práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je vzhledem ke zde zkoumané problematice vhodnější, jelikož mi umožní individuální přístup k respondentům. Dále mi umožní zkoumat problematiku více do hloubky než výzkum kvantitativní. A s ohledem na citlivost zvoleného tématu si myslím, že je kvalitativní přístup vhodnější. Zajímám se o pocity, porozumění a psychickou podporu onkologicky nemocných. Mým záměrem je tyto pocity co nejpodrobněji získat, a to mi umožní tento druh výzkumu.^[25]

7.1 Metoda sběru dat

Jako zdroj do své práce jsem použila anamnézu, kde jsem získávala početný zdroj informací. Nejvíce jsem se zaměřila na anamnézu osobní. Neopomím také anamnézu sociální, pracovní a farmakologickou. V osobním kontaktu s pacientem jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Výhodou byla flexibilita a systematičnost rozhovoru.^[25]

7.2 Výběr respondentů

Vybírala jsem respondenty, kteří prodělali maligní onemocnění a s rozhovorem souhlasili. Oba dotazovaní jsou již vyléčení. Jedná se o ženu v důchodu, kterou jsem znala a mladého muže, se kterým jsem se setkala poprvé. Chtěla jsem zjistit, jaký je rozdíl vnímání nemoci mezi tak individuálními osobami. Každý má jiné zkušenosti, jiný život a rozdílný věk a pohlaví. Léčbu oba podstoupili v jiném zdravotnickém zařízení.

7.3 Způsob získávání informací

Informace byly získávány formou polostrukturovaného rozhovoru. Nejdříve jsem se ujistila, zda respondenti souhlasí s rozhovorem. Oba dva dotazující podepsali souhlas s rozhovorem a já je ujistila, že vše bude anonymní. Dále jsem je seznámila s cílem výzkumu a otázkami. Jsem si vědoma, že otevření tématu o této nemoci nemusí být příjemné. Respondenti se opět vrátí do období nemoci, což v nich může evokovat negativní pocity, proto nemuseli odpovídat, pokud jim otázka nebyla příjemná.

Celý rozhovor jsem nahrávala na záznamové zařízení. Mohla jsem tak sledovat neverbální reakce na otázky. Rozhovor s každým trval téměř dvě hodiny. Obě šetření proběhla v místě jejich bydliště. Prostředí pro ně bylo příjemné a cítili se zde v klidu, jelikož nemuseli mít obavu, že nás uslyší někdo jiný. Po celou dobu rozhovorů vládla příjemná atmosféra. Přátelská a uvolněná.

Po seznámení s mým výzkumem a podepsáním souhlasu o poskytnutí rozhovoru, jsem si zkontrolovala nahrávací zařízení a otázky. Otázky byly po rozhovoru přepsány do bakalářské práce jako příloha C a vyhodnoceny.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHOVORŮ

8.1 Respondentka č. 1

Anamnéza

Žena 67, let.

Osobní anamnéza

Pacientka byla od dětství sledována pro strumu štítné žlázy. Jinak prodělala běžná dětská onemocnění. V roce 1996 provedena Subotální strumektomie. Od roku 2000 se léčí pro vysoký krevní tlak. V březnu 2012 si nahmatala bulku v pravém prsu, odeslána na vyšetření kde se prokázal karcinom. Dne 17. 5. 2012 operace ablace pravého prsu. V červnu téhož roku prodělána trombóza, hospitalizace na interním oddělení. Nekuřačka, alkohol příležitostně.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na rakovinu žaludku a matka zemřela po prodělané plicní embolii. Bratr je invalidní důchodce, kardiální potíže.

Sociální anamnéza

Nyní žije sama v panelákovém bytě v malém městě. V místě bydliště bydlí i její dcera a vnuk. Manžel zemřel 2 roky poté, co se vyléčila. Zemřel na rakovinu plic. V okolí kde žije, bydlí spousta jejích přátel a příbuzných. V současné době je v důchodu. Má plno aktivit a koníčků. Vede klub důchodců a cestuje.

Období před diagnózou:

1) Jak byste charakterizovala svoji osobnost?

„Jsem velký optimista, sangvinik a extrovert. To mi říká každý. Řekla bych, že jsem pořád pozitivně naladěná. Ráda pomáhám lidem v mém okolí. Pořád něco dělám, lidé mi říkají, že jsem až moc aktivní. Jenže já nevydržím chvíli sedět, také jsem ráda mezi lidmi.“

2) Jak zvládáte zátěžové situace?

„Nemám strach z ničeho. Co se stane se má stát, a já se snažím všemu čelit. Jsem silná osobnost a bojovník. Před 22 lety mi zemřel syn a nic pro mě nebylo horšího. Bylo to hrozné, neumíte si představit, jaké to bylo. Musela jsem být silná, jelikož mám ještě dceru a v té době se narodil můj vnuk. To nám trochu pomohlo překonat tyto zlé časy. Tato událost mi ukázala, že lidé řeší leckdy zbytečnosti. A žádný problém nebo nějaká překážka mě neporazí. Samozřejmě nastaly v mém životě stresové situace, ale vždy jsem tomu tak nějak uměla čelit. Po léčbě jsem se musela vyrovnat s další ztrátou. Zemřel mi muž na rakovinu plic.“

3) Jaké byly Vaše rodinné vztahy před onemocněním?

„Všichni mezi sebou máme dobré a pevné vztahy. Víme, že se na sebe všichni můžeme spolehnout. Můj muž mi byl po celý život vždy velkou oporou. Důvěra a vzájemná podpora nám dodávala harmonii do našeho vztahu. Mrzí mne, že tu dnes nemůže se mnou být. Naše rodina je velmi početná. S nikým nemám problém a všichni se rádi v rámci možností navštěvujeme.“

4) Co Vás vedlo k tomu, že jste navštívila lékaře?

„V pravém prsu jsem si nahmatala bulku. Občas jsem mívala tukové, ale tahle se mi nějak nezdála. Zašla jsem si na vyšetření k mé gynekoložce v našem městě. Řekla, že si myslí, že je velmi pravděpodobné, že se jedná o nádor, raději mě odeslala ještě ten den na sonografické vyšetření. Tam se potvrdil tumor na 99 %.“

5) Napadlo Vás, že se může jednat o rakovinu?

„Pořád jsem si říkala, že to nic nebude. Nijak jsem se tím nestresovala. Jsem velký optimista, tak proto jsem nejspíš přemýšlela takto.“

Období sdělení diagnózy:

6) Popište mi, jak jste reagovala na sdělení diagnózy?(pocity)

„Mám pocit, že si mi v tu chvíli úplně zatemnělo. Pořád jsem si říkala, že to přece nemůže být pravda, že zrovna já. Že už se mi v životě stalo dost špatných věcí. Vůbec si nepamatuji, jak jsem se ten den dostala domů. Rozhodně mě nenapadlo, že bych měla umřít nebo něco takového. Věděla jsem, že tady ještě musím být. Strach tam samozřejmě trochu byl, pocity se pořád měnily.“

7) Co Vás jako první napadlo? Na co jste myslela?

„ Řekla jsem si: „Panebože, snad to nebude tak zlý, snad se z toho dostanu“. Dobře mi nebylo. Je to zvláštní, ale pan doktor mi řekl: „Paní XXX, nejste tak stará, to zvládneme, bude to dobrý, musíte bojovat“. Dodal mi v tu chvíli odvalu a sílu. Věřila jsem tomu, co říká. A já si řekla, že to zvládnu! Že vyhraju! Myslela jsem na to, že mam doma muže, dceru a vnuka. Že je tady nemůžu nechat. Že chci ještě cestovat, vidět vnuka vyrůstat, zažít spoustu věcí. Rozhodla jsem se, že budu bojovat. Vůbec jsem se nebála, že bych měla prohrát. Nepřipouštěla jsem si nic takového. Hůř snáším, když onemocní někdo z mých blízkých než já. Mám spíš strach o druhé.“

8) Byl někdo s Vámi při sdělení diagnózy?

„Ne, na vyšetření jsem jela sama. Řekla bych, že v tuhle chvíli je důležité, aby u vás někdo byl. Je lepší a lépe snesitelné když cítíte vedle sebe oporu.“

9) Jak jste při vyšetření vnímala úlohu Všeobecných sester?

„Sestřičky byly milé, ale nijak se se mnou o nemoci nebavily při vyšetření. To až pak lékař.“

10) Jak jste se vyrovnávala s Dg.? Co jste prožívala?

„Bála jsem se toho, jak bude probíhat léčba. Že to bude trvat dlouho. Spíš jsem se bála toho, že se po operaci neprobudím. Bála jsem se té anestézie. Opravdu jsem se s nemocí vyrovnávala dobře. Horší to bylo s okolím. Měla jsem pocit, že já podporuji je, aby nebyli smutní.“

11) S kým jste jako první konzultovala své pocity?

„Nejdříve o mém onemocnění věděl jen muž a dcera. Vše jsem probírala s nimi a hlavně také s mým ošetřujícím lékařem. Ten byl vynikající jako lékař i jako člověk. Opravdu velmi empatický člověk. Můj muž měl tedy trošku problém se o tomto tématu se mnou mluvit. Trochu se do sebe uzavřel. Poté jsem to sdělila i kamarádkám. Ony to vážně braly hůř ne já.“

Období léčby:

12) Komunikovaly s Vámi sestry?

„Ano, snažily se. Hlavně vše působilo přirozeně. Nebyla to komunikace třeba jen z povinnosti.“

13) Řekla byste, že si sestry na komunikaci s Vámi udělaly čas a aktivně ji vyhledávaly?

„V rámci možností ano. Záleželo na situaci. V komunikaci nebyl problém. Sestřičky si povídaly rády, bylo to takové upřímné“

14) Jak jste zvládala léčbu? Trápilo Vás něco?

„Byla jsem unavená, bolesti jsem tolik neměla. A skvělé bylo to, že jsem ani nezvracela, jen jsem měla žaludek jak na vodě. Hodně mě podpořila rodina a mé kamarádky. Hlavně jsem byla ráda, že jsem měla tak skvělého lékaře. Těšilo mě také to, že se velmi vlídně choval i personál. To Vás hodně podpoří v léčbě takové nemoci. Problém během léčby pro mě byl, že jsem nemohla vykonávat své aktivity. To mě trochu frustrovalo. Špatný pocit jsme také měla z toho, že mi vypadávaly

vlasý. V léčbě mi hodně pomohlo také to, že jsem své pocity v sobě nezadržovala a vše projevovala, tak jak jsem to cítila.“

15) Kdo byl Vaší největší oporou?

„Manžel, dcera, vnuk a mé kamarádky. Měla jsem kolem sebe hodně lidí, kteří mě podporovali. Bez nich by to nebylo tak snadné. Je potěšující a uklidňující vědět, že máte takovou podporu a na koho se obrátit v těch nejtěžších chvílích.“

16) Byla jste během léčby s něčím nespokojená?

„Před chemoterapií jsem dostala trombózu a byla jsem hospitalizována na interním oddělení, kde se opravdu sestry chovaly hrozně. Měla jsem pocit, že jsem jim na obtíž. Nikdo si mě nevšímal a mísu na záchod mi musela podat spolu-pacientka. Opravdu hrozný zážitek. Podepsala jsem revers. Jinak na onkologickém oddělení bylo vše v pořádku.“

17) Vyskytly se nějaké psychické problémy v období léčby?

„Před chemoterapií jsem dostala trombózu. To trochu zpozdilo léčbu a byla jsem si trochu nejistá. V tu chvíli jsem se bála, že nebudu moct pokračovat v léčebném plánu. Vše se vyřešilo a léčba pokračovala. Velkou oporou mi byl můj lékař, on mi vždy odpověděl na mé otázky a já byla klidnější.“

18) Věřila jste Vašemu lékaři? Jaký jste měli vztah?

„Ano, měl moji plnou důvěru. Vše se mnou konzultoval, mluvil se mnou na rovinu, jednal se mnou jako se sobě rovným. Takový přístup se mi líbil. Podporoval mě, vše mi vysvětloval. Nikdy nenastal problém. Vzbudil ve mně pocit jistoty a bezpečí. Cítila jsem, že ví, co dělá.“

19) Dostávala jste po celou dobu onemocnění srozumitelné informace?

„Ano, vše mi pak doktor vysvětlil a k dispozici také byly sestřičky.“

20) Všímalý si sestry Vašich potřeb a pocitů?

„Ano, aktivně se ptaly, zda něco nepotřebuji. Pořád se vyptávaly, zda něco nepotřebuji, jak se cítím. Myslím, že na mě bylo vidět, že není potřeba pomoci. Já ještě ke všemu podporovala a dodávala sílu ostatním pacientům. Potkala jsem zde spoustu milých lidí. S personálem jsem měla problém jen při hospitalizace ohledně trombózy. Tam jsem měla pocit, že nikoho nezajímám a že jsem jim tam snad na obtíž.“

21) Byla Vám nabídnuta psychologická pomoc?

„Nebyla potřeba.“

22) Z čeho jste měla největší strach?

„Asi jsem spíš, řešila to, jak se na mě bude dívat okolí. Že mě budou brát jako nějakou chudinku. Víím, že to možná zní bláznivě, ale já měla v hlavě jen to, že se uzdravím. Nesmíte nemoci propadat. To si myslím, že mi hodně pomohlo. To jaký jsem člověk, ovlivnilo pozitivně moji léčbu a postoj k ní. Někteří lidé mi nevěří, že jsem se nebála, ale je to tak. Staly se mi v životě horší věci a já si řekla, že tohle mě nepoloží.“

23) Co bylo největší motivací pro uzdravení?

„Hlavně rodina a blízcí, žiju pro ně. Také to, že mě velmi baví cestovat a já měla představu, kde všude budu cestovat a co navštívím. A uvědomila jsem si, jak jsem na tom světě ráda a že je tu spousta krásných věcí.“

24) Jak onemocnění vnímala rodina a okolí?

„Jako první věděl o mém onemocnění můj manžel. Poté jsem to řekla dceři. Kamarádky a příbuzní se to dozvěděli za delší dobu. Bála jsem se, že to ponесou špatně a budou mě litovat. To já opravdu nemám ráda. Ničím by mi tím nepomohli a já to pak špatně snáším. Časem jsem jim to sdělila a bylo to tak, jak jsem očekávala. Řekla jsem jim na rovinu, že jestli chtějí brečet a litovat mě ať jdou domů. Vůbec nechápali, jak takhle můžu reagovat. Ale znají mě a časem se s tím srovnali. Byla jsem ráda, že pak se mnou mohli o nemoci mluvit. A v okolí bydliště, se mi lidé občas snažili vyhýbat. Podle mě nevěděli, jak se mnou mají komunikovat a reagovat. To je na tom trošku smutné, jak se na vás každý zvláště dívá.“

25) Změnily se nějak rodinné či partnerské vztahy?

„Řekla bych, že v tuhle chvíli poznáte, kdo je opravdovým přítelem. V pár lidech jsem se trochu zmýlila, ale v těch nejbližších ne. Někteří mě naopak zase potěšili. Přišlo mi, že během nemoci jsme v rodině k sobě byli ještě vlídnější. Ale žádné negativní emoce se v rodině neprojevíly.“

26) Jak jste nesla nežádoucí účinky léčby?

„Jak jsem se již zmínila, vadilo mi vypadávání vlasů a nošení paruky. To byl zvláštní pocit. Vadilo mi to snad víc než odebrané prso. Byla jsem také velmi unavená, špatně mi nebylo. Já velmi ráda jím a štválo mě, že na nic nemám chuť. Hodně mi pomáhala dcera a muž. A také vnuk, ten dělal, jako kdyby žádná nemoc nebyla a to se mi líbilo.“

Období po léčbě:

27) Změnila jste nějak své hodnoty?

„No, měla bych také více myslet na sebe a na své zdraví. A trochu se šetřit.“

28) Ovlivnila nemoc nějak Vaše chování?

„Myslím, že už mě jen tak nic neporazí. Řekla bych, že jsem silnější. Jsem starostlivější o své blízké a chci s nimi trávit víc času. Jinak se nic zásadního nezměnilo.“

29) Přinesla Vám něco nemoc?

„Ano, uvědomila jsem si, jak je opravdu důležité mít pevné zázemí. Jak jsem šťastná, že mám kolem sebe skvělé lidi. A že nemá moc smysl si něco plánovat dopředu, tedy spíš se na to upínat. Žiju teď a tady. Neřeším prkotiny.“

30) Vzala Vám něco?

„Řekla bych, že ani ne.“

31) Jak se teď díváte na svět? Změnilo se něco?

„Každý den si opravdu užívám naplno. Žiju jen jednou, tak ať to stojí za to. Jsem ráda, že tu můžu být a rozdávat kolem sebe pozitivní energii. Pomáhám více nemocným lidem ve svém okolí.“

8.2 Respondent č.2

Muž 45 let

Osobní

V dětství prodělána běžná onemocnění. Žádná závažná onemocnění neudává. V lednu 2013 vyhledal pro dušnost a dlouhodobý kašel lékaře. Zprvu diagnostikována tuberkulóza, ale poté se zjistilo, že se jedná o Hodgkinův lymfom. Poté hospitalizován a vyšetřován na hematologickém oddělení. Kuřák, alkohol příležitostně.

Rodinná

Matka neměla žádné výrazné onemocnění. Otec zemřel ve 40 letech na rakovinu žaludku. Setra léčena pro maligní onemocnění děložního čípku.

Sociální

Tento muž má 2 dcery. Jeho zaměstnání je psychicky náročné. Pracuje ve Fakultní nemocnici Plzeň. Bydlí s manželkou v malém městě v rodinném domě. Hlavním koníčkem je kapela, ve které zpívá.

Období před diagnózou:

1) Jak byste charakterizoval svoji osobnost před léčbou?

„Před léčbou jsem byl flegmatik. Žil jsem tak trochu bohémský život. Byl jsem laxní k hodně věcem a tak trochu mám sklon k pesimismu. Připadá mi, že jsem byl víc jakoby otevřený. Měl jsem rád společnost a lidi. Teď je to jinak.“

2) Jak zvládáte zátěžové situace?

„No, úplně moc dobře ne. Záleží taky jak co a co se právě děje a v jaký jsem situaci. Byly časy, kdy jsem to řešil alkoholem a před problémy utíkal. Nic moc jsem nechtěl řešit.“

3) Jak vypadaly Vaše rodinné vztahy před diagnózou?

„S manželkou jsme si prošli zlým i dobrým. Hodně nás spojilo to, že jsme spolu zvládli mnoho problémů. Máme dvě dcery. S první to není úplně ono. Jsou tam nějaké problémy. S druhou dcerou je vše v naprostém pořádku. Tátu už nemám a mamka bydlí v zahraničí. Vidíme se málo. Ale řekl bych, že v rodině žádné potíže nemáme.“

4) Co Vás vedlo k tomu, že jste navštívil lékaře?

„Už delší dobu mě trápil kašel a byl jsem takový dušný. Jednou v noci mi řekla už i žena, ať si někam zajdu. Hodně kouřím a tak jsem si myslel, že to bude třeba z toho. Že se jedná o CHOPN. Objednal jsem se tedy na plicní.“

5) Napadlo Vás, že se může jednat o rakovinu?

„Upřímně, nad tímhle jsem vůbec nepřemýšlel. Jelikož pracuji spoustu let ve zdravotnictví, napadlo mě podle příznaků, že se jedná o CHOPN. Ten kašel jsem měl vážně dlouho.“

Období sdělení diagnózy:

6) Popište mi, jak jste reagoval na sdělení diagnózy?(pocity)

„Celé to vyšetřování bylo takové podivné. Nejdříve si myslela paní doktorka na plicním podle RTG snímku, že mam tuberkulózu. Vzhledem k místu, kde pracuji, by to možné bylo. Čekal jsem tedy dvě hodiny, zda se výsledky potvrdí. Tuberkulóza se nepotvrdila a paní doktorka mě poslala pro jistotu ještě na CT. Tam stoprocentně TBC vyloučili. Začal jsem si být vážně nejistý, co to může být. Pořád mě posílají sem a tam, nabírají krev a sputum a nic. Lékařům se výsledek z CT moc nezdál. Na rovinu jsem se jich zeptal, co si myslí, nechtěl jsem na výsledky dlouho čekat. Naznačili mi, že se jedná buď o sarkoidózu, nebo o lymfom. V tu chvíli jsem nevěděl, co je pro mě lepší nebo horší. Byl jsem vážně v šoku. S tímto pocitem jsem jel domů. Pořád jsem naivně doufal, že to vážně není pravda. Proč zrovna já? Modlil jsem se, ať to není pravda. Neplakal jsem, jen jsem nemohl nic vnímat. Poté

jsem ležel na plicním a tam mi udělali biopsii, aby se stanovila diagnóza. Ta se nepovedla a lékař si myslel, že je to jen nějaký zánět. To mě uklidnilo. Vše ze mě spadlo, ten strach a úzkost z toho, že by to opravdu mohla být rakovina. Jedna lékařka s výsledkem nesouhlasila a nechala udělat mediastinoskopii. To je invazivní vyšetření mezihrudí pro diagnostiku nádoru plic. Ležel jsem pak tedy několik dní na chirurgii, kde se výkon prováděl. Tam se potvrdilo, že mám Hodgkinův lymfom. Šok už byl menší, tak nějak jsem se odevzdal tomu, že to rakovina být může. Po odebrání vzorku se ještě 2 týdny čekalo, o jaký typ se jedná. To čekání bylo hrozné. Cítil jsem se najednou takový bezmocný. Že nemůžu udělat nic. Bylo to vše strašně dlouhé a nikdo Vám nic určitého neřekl. Jen doufáte, že to opravdu není nádor.“

7) Co Vás jako první napadlo? Na co jste myslel?

„Byl jsem zaskočen. Jelikož vím od známých, co léčba nádoru obnáší, dostal jsem strach. Co se mnou bude? Mám tolik povinností? Stavíme dům, splácíme hypotéku, co se bude vlastně dít? Co stane s holkama, když umřu? Myslel jsem hlavně na to, jak vše zařídíme a že se musím uzdravit.“

8) Byl někdo s Vámi při sdělení diagnózy?

„Ne, byl jsem sám. Hned jak jsem se probudil po vyšetření mezihrudí, volal jsem známému na patologii, aby mi sdělil výsledek. Lymfom se potvrdil. Mám ve zdravotnictví hodně známých, takže jsem pořád šťoural a chtěl vše vědět.“

9) Jak jste při vyšetření vnímal úlohu Všeobecných sester?

„Všeobecné sestry se mnou nekomunikovaly jen v rámci vyšetření a údajů, které potřebovaly. Chovaly se příjemně.“

10) Jak jste se vyrovnával s Dg.? Co jste prožíval?

„Po takové té fázi šoku jsem si řekl, že musím bojovat. Že se nemoci nesmím poddat. Samozřejmě jsem občas utíkal do fantazie, a říkal si, že to snad není

pravda. Popravdě jsem se bál, vím jak je rakovina zrádná. Pořád jsem o tom potřeboval s někým mluvit. Měl jsem toho plnou hlavu. Strašily mě hlavně otázky materiální. Kdo zaplatí všechny naše výdaje, už takhle s tím máme problém.“

Období léčby:

11) S kým jste konzultoval nejčastěji svoje pocity?

„S manželkou a druhou dcerou. Obě mi byly obrovskou oporou. Také jsem měl výbornou lékařku.“

12) Komunikovaly s Vámi sestry?

„Péče sester na hematologickém oddělení byla výborná. Musím tam opravdu poslat děkovný dopis. Takhle by se měli chovat všude. Vládla zde taková rodinná atmosféra. Cítil jsem, že ví, co dělají. Věděly, jak se k nám mají chovat. Cítil jsem zde pochopení. Psychicky mě velmi podporovaly. Věděl jsem, že se jim můžu říct své pocity. Opravdu bez problému.“

13) Řekl byste, že si sestry na komunikaci s Vámi udělaly čas a aktivně ji vyhledávaly?

„Celkově bych řekl, že ano. Někdy se stalo, že se sestrou nebyla řeč. Že udělala jen svoji práci a šla, ale to já chápu, mají moc práce. Nepříjemný byli jen tam, kam jsem chodil na chemoterapii. Tam se mě nikdo na nic neptal a sestry i lékaře nic o mě nezajímalo.“

14) Jak jste zvládal léčbu? Trápilo Vás něco?

„Po několika vyšetřeních a čekání na to co vlastně bude, jsem se na léčbu vyloženě těšil. Potřeboval jsem, aby se konečně začalo něco dít. Měl jsem takový divný pocit, jako kdyby se mi ty nádorové buňky množily v těle. Velmi zvláštní a takový odporný pocit. Ze začátku jsem léčbu snášel dobře jak psychicky tak fyzicky. Ozařování bylo v pořádku, ani mi nebylo moc špatně. Říkal jsem si, proč všichni o tom mluví tak hrozně, vždyť to není tak hrozné. Z toho jsem měl celkem dobrý pocit. Po první

chemoterapii přišly komplikace. Dostal jsem silnou alergickou reakci a byl jsem hospitalizovaný na kožním oddělení. Byl jsem oteklý a po celém těle jsem měl ošklivou vyrážku. Lékaři nemohli přijít na to, z čeho konkrétně to je a přisuzovali to hlívě ústřičné, kterou mi donesla má žena. Nechtěli uznat, že za to může chemoterapie. Nakonec za to mohla jedna látka obsažená v chemoterapii. Trápilo mě to, že jsem měl najednou pocit, že neví co se mnou. Pořád nějaká vyšetření a výsledek žádný. Přestal jsem jim věřit. Ztrácel jsem jistotu. Najednou léčba neprobíhala, jak měla a to mě stresovalo. Propadal jsem beznaději a myslel si, že je to snad konec.“

15) Kdo byl Vaší největší oporou?

„Manželka a druhá dcera. Sám bych to nezvládl. Je příjemné vědět, že někdo za mnou někdo stojí, miluje mě a záleží mu na mě. S přáteli jsem se moc nestýkal. Matka bydlí v zahraničí a byla tu tak dvakrát.“

16) Byl jste s něčím v nemocnici nespokojený?

„Na hematoonkologii bylo vše perfektní. Přístup lékařů, respektive mé ošetřující lékařky a sester. Co se týče zařízení, kam jsem chodil na chemoterapie, byl jsem vážně nespokojený. Arogantní a neosobní přístup se mi vážně nelíbil. V tu chvíli se do takového zařízení nechcete vracet a obtěžuje Vás, že tam máte jít. Mám po těle mnoho tetování. To způsobilo, že si o mne hned udělali špatný obrázek a podle toho se ke mně chovali. Myslím, že na tak citlivém oddělení by takoví lidé pracovat neměli. Vážně to na mě působilo negativně. Snažil jsem se nad tím povznést. Špatně na mou psychiku působilo také to, když jsem viděl pacienty, kteří měli nějaké deformace či pokročilé stádium onemocnění.“

17) Vyskytly se nějaké psychické problémy v období léčby?

„Chemoterapie jsem nesnášel moc dobře. Byl jsem unavený, vyřízený. Měl jsem pocit, že mi smrt sedá na ramena. Nechtělo se mi nic. Byl jsem nepříjemný, a to mě trápilo. Propadal jsem beznaději, depresi. Byly dny, kdy mi bylo fajn a dny, kdy mi bylo velmi těžko psychicky i fyzicky. V poslední fázi léčby jsem myslel, že už dál nemůžu. Že to snad nezvládnou.“

18) Věřil jste Vašemu lékaři? Jaký jste měli vztah?

„Má ošetřující lékařka byla výborná. Sice nastala menší komplikace, kdy jsem pochyboval o léčbě, ale vše se vyřešilo. Psychicky mě velmi podporovala. Dodávala mi odvalu jít dál. Mluvila se mnou na rovinu a já jí věřil. Jsem raději, když opravdu vím co se se mnou děje. Pořád mi opakovala, že musím být silný i když mi nemoc bere hodně energie.“

19) Dostával jste po celou dobu onemocnění srozumitelné informace?

Ano, nebyl problém. Já si vše hned také zjišťuji a pořád se na něco ptám.

20) Všimaly si sestry Vašich potřeb a pocitů?

„Ano na hematoonkologii sestry neodváděly jen práci, kterou musí. Jako třeba přinést léky, podat infuzi, ale všimaly si mých pocitů. To mě překvapilo. Byl jsem rád, že o tom s nimi můžu mluvit. Že si mě vyslechnou. Byl to takový ten pocit, že Vás tam berou jako člověka se vším všudy. To hodně podporovalo můj psychický stav. V zařízení kam jsem docházel na chemoterapii, si nikdo mých pocitů nevšiml. Tam mě brali jen jako diagnózu, takový jsem měl pocit.“

21) Byla Vám nabídnuta psychologická pomoc?

„Nevyžadoval jsem jí a myslím, že nebyla potřeba. Vše zvládla rodina a zdravotnický personál.“

22) Z čeho jste měl největší strach?

„Někdy jsem měl strach, že nemoc nade mnou zvítězí. Že nebudu mít sílu vše zvládnout.“

23) Co bylo největší motivací pro uzdravení?

„Tak jsem mladý člověk, který má rodinu a musí jí uživit a zabezpečit. To mě motivovalo.“

24) Jak onemocnění vnímala rodina a okolí?

„Manželka celou situaci nesla velmi těžce, bylo to pro ni náročné období. Přišla o práci a já byl nemocný. Sáhla na nás ekonomická krize. S tím jsme museli také nějak bojovat. Strašně mě trápilo, když jsem viděl, jak jsou smutní. Někdy jsem měl pocit, že to přijímají hůř než já. Ale zvládli jsme to spolu. Druhá dcera mi byla také velkou oporou. Mohl jsem jí říct vše, co jsem cítil. Potřeboval jsem se vypovídat a tuhle oporu jsem měl jak u manželky, tak u druhé dcery. Matka věřila, že se uzdravím. A okolí? Cítil jsem, jak se o mé nemoci každý bojí mluvit. Někteří se mi dokonce vyhýbali. Nevěděli, jak se mnou mají komunikovat, aby mi neublížili. Mezi nimi byli i lékaři, jsou to přeci také jen lidi. V tu chvíli jsem měl pocit, jako kdybych byl prašivej. Časem se to spravilo. Hraju v kapele a kluci mě také velmi podporovali.“

Období po léčbě:

25) Změnily se nějak rodinné či partnerské vztahy?

„S manželkou upevnily. S první dcerou jsme se nepohodli. Jinak je to takové síto. Vidíte, kdo je opravdový přítel.“

26) Jak jste snášel nežádoucí účinky léčby?

„Nebylo to nic příjemného. Hrozně jsem přibral, protože jsem užíval ještě kortikoidy a neměl žádné vlasy. Nejvíce mi vadila bolest zad, která přišla s narůstající hmotností a to že mi bylo většinu času špatně.“

27) Změnil jste nějak své hodnoty?

„Myslím, že vše mám tak nějak nastavené zase jako dřív. Tedy opravdu jsem si uvědomil, jak důležitá je rodina a opravdoví přátelé a hlavně zdraví.“

28) Ovlivnila nemoc Vaše chování?

„Po léčbě mám pocit, že jsem uzavřenější a pesimista. Jsem také agresivnější, vytočí mě banality, nad kterými jsem dřív mávl rukou. Zapomínám na to, že jsem byl nemocný a dál kouřím. Víím, že to není dobré, ale je to tak.“

29) Přinesla Vám něco nemoc?

„Ano, přinesla mi poznatky o tom jaké to je být nemocný a zhodnotil jsem to, jak se teď budu chovat k nemocným. Vždy jsem odsuzoval jejich nálady, teď to dělat nebudu. Vždyť nevím, co se jim právě odehrává v hlavě a jejich životě. Víím, jak pozitivní přístup pomohl mě a proto tuto zkušenost a radost budu předávat dál.“

30) Vzala Vám něco?

„Neřekl bych. Asi jen čas.“

31) Jak se teď díváte na svět?

„Říkám si, že jsou na světě důležitější věci než peníze a materiální hodnoty. Je to rodina. Nyní se nezabývám maličkostmi jako dřív a nedělám si hlavu z nepodstatných věcí.“

9 DISKUZE

V této bakalářské práci se zabývám psychologickými aspekty onkologicky nemocných. Zaměřuji se na problémy, které přicházejí s nádorovým onemocněním. O tom, že rakovina je stále smrtelným onemocněním, má povědomí každý z nás. Každý jistě víme, že s sebou přináší spousty negativních emocí, chvil a problémů. Nejlépe to ví ale lidé, kteří jsou nemocní a ti, kteří boj s rakovinou vyhráli. Jen ti nám mohou co nejpodrobněji sdělit své problémy, pocity a potřeby, které z tohoto onemocnění vyplývají. Proto musíme být empatičtí, abychom nemocnému porozuměli. Musíme umět naslouchat a s takovým člověkem komunikovat. Nezavírat před ním dveře jen proto, že nemoci nerozumím, nebo se jí dokonce sám bojím. Nemocnému musíme být v tuto chvíli oporou, je příjemné vědět, že nebojuje sám. Potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, který mu můžeme svou přítomností zajistit. Mysleme na to, že psychická podpora je nesmírně důležitá a má pozitivní vliv na stav nemocného.

Léčba nádorového onemocnění je náročná nejen po stránce fyzické, ale též po stránce psychické. Moderní medicína umí odstranit nebo zmírnit bolest a nepříjemné symptomy tohoto onemocnění. Důležitou součástí léčby se vedle té farmakologické stává i léčba psychologická. Špatný psychický stav má negativní dopad na léčbu, kdežto dobrý duševní stav vede léčbu k pozitivním výsledkům.

Do své diskuze jsem vybrala muže a ženu, kteří mají léčbu úspěšně za sebou. Mezi oběma respondenty je výrazný věkový rozdíl. Chci zde poukázat na to, jak důležitou roli zde hrají tyto aspekty. Každý z respondentů je jiný typ osobnosti, jejich vlastnosti se liší podle temperamentu a charakteru. Žijí rozdílné životy, mají jiné zájmy, potřeby, hodnoty a zkušenosti. Co se týče rodinného zázemí a okolí, vyskytuje se u obou respondentů nepatrný rozdíl. To vše výrazně ovlivňuje prožívání a pohled na onemocnění.

Hlavním cílem práce bylo, aby všichni, kdo se setkají s nádorovým onemocněním, pochopili subjektivní pocity pacienta. Abychom si uvědomili, jaké má psychické potíže a jak nemoc vnímá. A abychom se na základě těchto informací a poznatků mohli stát pacientovi oporou.

V první otázce se zaměřuji na *reakci nemocného na sdělení onkologické diagnózy*. Reakce u obou respondentů se nijak výrazně neliší.

Respondentka č.1 si do poslední chvíle nepřipouštěla možnost onkologické diagnózy a sdělení této informace ji zaskočilo. Při sdělování prožívala fázi šoku. Nemoc však nepopírala ani neodkládala její připuštění si, jak je popsáno v modelu Elizabeth Kübler-Rossové. Po uvědomění si faktu, že má rakovinu, se rozhodla okamžitě bojovat. S nemocí se smířila hned na začátku.^[6] Postoj, jaký zaujala respondentka k nemoci, je ovlivněn typem osobnosti a zkušenostmi, které má. Od úmrtí syna, jak řekla ona sama, ji jen tak nic nesrazí na kolena. Dalším vlivem je také její optimistická povaha. Literatura udává, že osobnostní charakteristiky velmi ovlivňují postoj člověka k nemoci. V praxi bylo konstatováno, že déle přežívají lidé, kteří hned na začátku sdělení diagnózy bojují.^[21] **Respondent č.1 a č.2** se v této reakci téměř shodují.

Respondent č.2, byl při sdělení diagnózy také v šoku. Poté přišla fáze, kdy pořád doufal, že to, co mu bylo sděleno, není pravda. Po potvrzení diagnózy onemocnění nezastíral a rozhodl se bojovat. **Respondentka č.1** nemoc nepopírala, okamžitě diagnózu přijala a čelila svému stavu. Nepřipouštěla si variantu, že by léčba dopadla špatně. Oba respondenti uvádějí, že měli strach spíš o své blízké než sami o sebe.

Oba respondenti vyzdvihují při sdělení diagnózy důležitost emocionální podpory. Muž i žena byli při sdělování diagnózy sami, přítomnost někoho blízkého jim chyběla. Oba se shodují v tom, že je důležité mít pevné rodinné zázemí a dobré sociální vztahy.

Další výzkumnou otázkou bylo, *jaké měl pacient pocity během léčby?* **Respondentka č.1**, byla přesvědčená od začátku, že boj s nemocí vyhraje. V psychologii se tento fenomén nazývá **bojový duch**.^[17] U **respondenta č.2** byla reakce nejdříve stejná. Po čase se objevují relapsy dobré a špatné nálady. **Respondent č.2** ji přirovnává k depresi. U obou dotazujících nastaly zdravotní komplikace, které přerušily léčbu. To u obou respondentů vyvolalo neklid a ztratili pocit jistoty. U **respondenta č.2**, se psychický stav v době komplikace výrazně zhoršil. Nevěřil lékařům a propadal panice, že je léčba ztracena. Připadal si bezmocný a nevěděl, jak se tomuto stavu postavit. Měl pocit, že je konec. **Respondentka č.1** důvěru v lékaře ani léčbu neztratila, věřila, že se problém vyřeší. Chemoterapie snášela **respondentka č.1** poměrně dobře, nežádoucí účinky chemoterapie přijala jako fakt. Moc se tím netrápila a její psychický stav nebyl negativně ovlivněn. Trápilo ji, že nemůže vykonávat aktivity, na něž je zvyklá. Nepříjemná jí byla ztráta vlasů. **Respondent č.2** snášel chemoterapii velmi špatně, na jiné aktivity než být doma a ležet v posteli ani nepomyslel. Trápilo ho, že je dlouhodobě izolován od společnosti. Byl

unavený, propadal beznaději a depresi, měl pocit, že už nemůže dál pokračovat. Oba respondenti udávají, že měli nepříjemný pocit z toho, jak je vnímalo jejich okolí. Měli pocit, že se jim okolí vyhýbá a bojí se kontaktu s nimi. Oba si byli vědomi toho, že lidé v jejich okolí měli strach, aby jim psychicky neublížili, nebo jen nevěděli, jak správně komunikovat. **Respondent č.2** měl období, kdy propadal strachu, že nebude mít sílu bojovat a nemoc ho porazí. Takové stavy se u onkologických pacientů vyskytují často. U **Respondentky č.1** se tyto stavy nevyskytovaly.

Každý z respondentů uvedl, že u tak těžké životní situace jim pomohl dobrý a důvěrný vztah s lékařem. Také je hrálo vědomí, že při nich stojí jejich rodina a blízcí a že v boji proti rakovině nejsou sami.

Třetí výzkumnou otázkou je, *jak je pro pacienta důležitá podpora rodiny a jeho blízkých?* Odpovědi u obou respondentů se nijak výrazně nelišily. **Respondentka č.1** udává, že jí velmi pomohl manžel, dcera, vnuk a kamarádky. **Respondent č.2** jmenuje manželku a druhou dceru. S první dcerou vznikl konflikt v době léčby, o kterém respondent nechtěl mluvit. O přátelích se mnoho nezmiňuje. Oba respondenti vyzdvihují důležitost mít v tak těžké chvíli někoho blízkého. Pocit opory a bezpečí léčbu pozitivně podporoval. Bezpečí a jistota, kterou vytváří především rodina, je jedna za základních lidských potřeb. Uspokojením těchto potřeb se předchází negativním pocitům. Tyto potřeby mají pozitivní vliv na psychiku nemocného a na léčbu.^[11]

Dílním cílem bylo zjistit, jak nemocní vnímali psychologickou podporu sester a lékařů. Pacienti se od první chvíle mimo lékaře setkávají i se sestrami. Ty se stejně jako lékaři mohou stát jejich partnery v průběhu léčby. Chování sester a lékařů ovlivňuje psychický stav pacienta. Vhodnými intervencemi mohou pacientovi léčbu usnadnit. Nepřiměřeným chováním mohou však pacienta naopak poškodit.

Respondentka č.1 byla s péčí lékaře velmi spokojená. Jejich vztah byl založen na vzájemné důvěře. Lékař jí psychicky podporoval, svým chováním a upřímným jednáním v ní vzbuzoval pocit toho, že je ve správných rukou. Stejný pocit měl i **respondent č.2**, oceňuje upřímnost a lidské chování a tyto pocity v něm lékařka vzbuzovala. Při komplikaci v léčbě však lékařku začal podceňovat. Nepřicházely pozitivní výsledky léčby a pacient ztrácel naději a důvěru. Časem se vše vyjasnilo a vztah mezi lékařkou a respondentem se opět upevnil. Oba respondenti jsou rádi, že měli štěstí, co se lékařské a sesterské péče týče. **Respondent č.2** měl problém s chováním sester a lékařů na oddělení, na které později

docházel na chemoterapii. Tvrdí, že mu chování tamějšího personálu nezpůsobilo psychickou újmu, jen měl nepříjemný pocit se do tohoto zařízení opět vracet. S podporou sester byla spokojena **respondentka č.1**, **respondent č.2** se na jednom ze zdravotnických zařízení setkal s neprofesionálním přístupem sester, který může pacienta psychicky poškodit. Oba respondenti měli pocit, že sem jim sestry věnují a hlavně že si všímají jejich pocitů a zajímají se o jejich stav nejen fyzický, ale i psychický. Zdravotníci musí mít na paměti, že svým chováním výrazně ovlivňují prožívání nemoci.

Během rozhovorů se mi potvrdilo několik věcí. Z výpovědi respondentů je zřejmé, jak důležitou roli hraje rodinné zázemí. Svou roli zde sehrává i blízké okolí nemocného. Velkou motivací pro uzdravení se stává právě rodina, hlavně děti a vnoučata. Další důležitou součástí podpory tvoří empatický a laskavý přístup zdravotníků.

Mezi zajímavě zjištění patří také to, jak lidé přehodnotí během náročné životní situace své priority. Více se radují z maličkostí a uvědomí si co je opravdu důležité, jak je tomu u **respondentky č.1**. U **respondenta č.2** se změnilo jen to, že si uvědomil, jak se má chovat k nemocným lidem na základě vlastní zkušenosti. Vlivem onemocnění se upevnily rodinné vazby. U **respondenta č.2** nastal konflikt s jednou z dcer. U ostatních členů problém nenastal. Oba respondenti dokážou nyní snáze rozeznat podstatné věci od nepodstatných.

Do otázek, na které respondenti odpovídali, jsem zahrнула i to, jak by se charakterizovali, jelikož typ a charakter člověka ovlivňuje také prožívání onemocnění. **Respondentka č.1** je velký optimista a vyzařuje z ní pozitivní nálada. Se zátěžovými situacemi se vypořádává dobře. Literatura nazývá tento typ lidí jako **bojový duch**.^[17] **Respondent č.2** o sobě vypovídá, že je flegmatik a má sklon k pesimismu. Některé zátěžové situace zvládá obtížněji. Někdo by si řekl, že tento člověk není typ bojovníka. **Respondent č.2** ukázal, že za podpory rodiny a zdravotnického personálu lze tak těžkou životní situaci zvládnout.

Velmi mě potěšilo, jak byli oba respondenti spokojeni s přístupem sester a lékařů jen s malými výhradami. Udělalo mi radost, že vnímají lékaře a sestry jako psychickou oporu. Oba dva měli pocit, že se jim věnují a snaží se léčbu ulehčit. Obdivuji zdravotnický personál za jejich trpělivost a dodání síly pacientům v momentě jejich těžké životní situace.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na psychologické aspekty onkologicky nemocných. Cílem práce bylo nastínit problematiku psychického prožívání onemocnění. Zaměřila jsem se na pocity, které nemocný prožívá v různých obdobích před zjištěním diagnózy, při zjištění diagnózy, v průběhu léčby a po léčbě. Snažila jsem se přiblížit, jak nemocný zvládá tuto těžkou životní situaci. Rakovina neovlivňuje jen psychiku nemocného, ale i jeho okolí.

Výzkumným šetřením jsem zjistila, že nejdůležitějším zdrojem psychické opory je zdravé rodinné zázemí. Nezastupitelné místo opory mají i blízcí přátelé. Nemocní tráví v období léčby mnoho času ve zdravotnickém zařízení, přichází zde do kontaktu se zdravotnickým personálem, který také ovlivňuje psychické prožívání nemoci. Zdravotníci by měli mít na paměti, že pozitivním a empatickým chováním usnadňují nejen pacientův pobyt v nemocnici, ale především navozují přátelskou atmosféru, která prospívá celkovému stavu nemocného.

Každá osoba, se kterou přijdou do kontaktu, by si měla uvědomit, co pacient prožívá, a měla by zaujímat takový postoj, který nemocnému neublíží. Proto jsem se ve své práci zajímala o pocity, které onkologické onemocnění provází. Zaměřila jsem se na věci, které jsou pro ně v tak těžkou chvíli důležité, a co ovlivňuje jejich chování a vnímání nemoci. Určitě zde rozhodují aspekty, jako jsou typ osobnosti, vnitřní vnímání postojů, osvojení strategií, sociální zázemí a zkušenosti.

Závěrem bych chtěla říci, že by si každý z nás měl uvědomit, že každý člověk žije v těsném, oboustranném vztahu s okolím. Není jen prázdnou schránkou, pouhým tělem, ale i duší, která má nějaký příběh, o který bychom se také měli zajímat.

LITERATURA A PRAMENY

- [1] JANÁČKOVÁ, Laura. Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké. 1. vyd. Ilustrace Aleš Čuma. V Brně: Grifart, 2014, 288 s. ISBN 978-80-905337-4-5.
- [2] O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [3] ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [4] NEZU, Arthur M. Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004, 311 s. ISBN 80-7364-000-7
- [5] BECKER, Horst D. Chirurgická onkologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, xxv, 854 s. ISBN 80-247-0720-9.
- [6] PRAŠKO, Ján. Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4.
- [7] KOUTECKÝ, Josef. Klinická onkologie. 1. vyd. Praha: Riopress, 2004-, ^^sv. ISBN 80-86221-77-6.
- [8] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
- [9] FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
- [10] VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.
- [11] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

- [12]OPATRŇÁ, Marie. Etické problémy v onkologii. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, 114 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.
- [13]GULÁŠOVÁ, Ivica. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 9788080633059.
- [14]KAREŠOVÁ, Jana. Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny. Praha: Maxdorf, 2010, 143 s. ISBN 978-80-7345-217-9.
- [15]TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 8070133244.
- [16]KALINA, Kamil. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
- [17]ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Obecná onkologie. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, xxi, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [18]JOSHI, Vinay. Stres a zdraví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 156 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9.
- [19]ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [20]VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009, xv, 1159 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.
- [21]KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- [22]JOBÁNKOVÁ, Marta. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
- [23]BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 8024711974.
- [24]TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Vyd. 1. Překlad Lucie Simonová. Praha: Portál, 2004, 216 s. ISBN 80-7178-826-0.

[25]HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

SEZNAM ZKRATEK

např.: - například

Dg. – diagnóza

č. – číslo

str. – stránka

HPV – lidský papilomavirus

UV – ultrafialové

PTSD – posttraumatická stresová porucha

TBC – tuberkulóza

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

RTG – rentgenové vyšetření

CT – počítačová tomografie

NK buňky – buňky imunitního systému

WHO – World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – 12 zásad jak předcházet vzniku rakoviny
- Příloha B – Desatero sdělování onkologické diagnózy
- Příloha C – Otázky rozhovoru pro respondenty

PŘÍLOHA A – 12 ZÁSAD JAK PŘEDCHÁZET VZNIKU RAKOVINY

- 1) Vyhněte se kouření.
- 2) Pozor na místa, kde se kouří. Vytvořte si prostor, kde je absence kuřáků.
- 3) Nepijte alkohol, nebo jeho užívání omezte.
- 4) Jezte zdravě a vyváženě:
 - Vyhněte se vysoce kalorickým potravinám a nápojům. Pozor na sladká a tučná jídla.
 - Vybírejte potraviny, které mají vysoký obsah vlákniny. Celozrnné výrobky, luštěniny, zeleninu a ovoce.
- 5) Buďte aktivní, denně se hýbejte.
- 6) Udržujte si v normě tělesnou váhu.
- 7) Účastněte se screeningových programů a dbejte na prevenci.
 - Rakoviny prsu.
 - Rakoviny děložního čípku.
 - Rakoviny tlustého střeva (muže i ženy).
- 8) Nevystavujte se příliš slunečnímu záření. Dbejte na ochranu před sluncem a používejte ochranné pomůcky. Vyhněte se solárium.
- 9) Zjistěte si, zda nejste doma vystaveny záření radonu. Pokud ano, zařídte, aby koncentrace záření byla snížena.
- 10) Pokud pracujete s rakovinotvornými látkami, dodržujte bezpečnostní opatření.
- 11) Pro ženy:
 - Pokud můžete kojit své dítě, kojte. Snižuje to riziko rakoviny.
- 12) Dávejte pozor na substituční hormonální léčbu, zvyšuje riziko rakoviny.
 - Očkujte své děti:
 - Proti hepatitidě B
 - Proti viru HPV (u dívek).

12 zásad, jak předcházet vzniku rakoviny. *Linkos.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/zasady-zdraveho-zivotniho-stylu/12-zasad-jak-predchazet-vzniku-rakoviny/>

PŘÍLOHA B – DESATERO SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY

- 1) Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
- 2) Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (například členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
- 3) Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
- 4) S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
- 5) Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
- 6) Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
- 7) Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
- 8) Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
- 9) Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
- 10) Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

PŘÍLOHA C – OTÁZKY ROZHOVORU PRO RESPONDENTY

Období před diagnózou:

- 1) *Jak byste charakterizoval/a svojí osobnost před léčbou?*
- 2) *Jak zvládáte zátěžové situace?*
- 3) *Jak vypadaly Vaše rodinné vztahy před diagnózou?*
- 4) *Co Vás vedlo k tomu, že jste navštívil/a lékaře?*
- 5) *Napadlo Vás, že se může jednat o rakovinu?*

Období sdělení diagnózy:

- 6) *Popište mi, jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy?(pocity)*
- 7) *Co Vás jako první napadlo? Na co jste myslel/a?*
- 8) *Byl někdo s Vámi při sdělení diagnózy?*
- 9) *Jak jste při vyšetření vnímal/a úlohu Všeobecných sester?*
- 10) *Jak jste se vyrovnával/a s Dg.? Co jste prožíval/a?*

Období léčby:

- 11) *S kým jste konzultoval/a nejčastěji svoje pocity?*
- 12) *Komunikovaly s Vámi sestry?*
- 13) *Řekl/a byste, že si sestry na komunikaci s Vámi udělaly čas a aktivně ji vyhledávaly?*
- 14) *Jak jste zvládal/a léčbu? Trápilo Vás něco?*
- 15) *Kdo byl Vaší největší oporou?*
- 16) *Byl/a jste s něčím v nemocnici nespokojený?*
- 17) *Vyskytly se nějaké psychické problémy v období léčby?*
- 18) *Věřil/a jste Vašemu lékaři? Jaký jste měli vztah?*
- 19) *Dostával/a jste po celou dobu onemocnění srozumitelné informace?*
- 20) *Všímal/y si sestry Vašich potřeb a pocitů?*
- 21) *Byla Vám nabídnuta psychologická pomoc?*
- 22) *Z čeho jste měl/a největší strach?*
- 23) *Co bylo největší motivací pro uzdravení?*

24) *Jak onemocnění vnímala rodina a okolí?*

Období po léčbě:

25) *Změnily se nějak rodinné či partnerské vztahy?*

26) *Jak jste snášel/a nežádoucí účinky léčby?*

27) *Změnil/a jste nějak své hodnoty?*

28) *Ovlivnila nemoc Vaše chování?*

29) *Přinesla Vám něco nemoc?*

30) *Vzala Vám něco?*

31) *Jak se teď díváte na svět?*

ZDROJ: *vlastní*