

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Současný stav psychosociální péče o dospělé
s onkologickým onemocněním**

Michaela Prachařová

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2014

Prague college of psychosocial studies



Contemporary state of psychosocial care of adults with oncological illness

Michaela Prachařová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Praze dne 23. 4. 2014

Michaela Prachařová

Poděkování

Děkuji paní MUDr. Olze Dostálové, CSc., za laskavé a erudované vedení mé práce, cenné rady a připomínky, ochotu, trpělivost a povzbuzující přístup.

V neposlední řadě děkuji všem svým nejbližším za jejich trpělivost a podporu při zpracování této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá významem nádorového onemocnění pro člověka a jeho život. Popisuje projevy nemoci, zaměřuje se na potřeby onkologicky nemocného pacienta a léčbu symptomů jeho nemoci.

Práce poukazuje na současně přetrvávající fakt nedostatečné péče o onkologicky nemocné v oblasti jejich vnímání a prožívání, která je zatím stále opomíjena. Vyzdvihuje potřebu individuálního přístupu lékaře a zdravotnického personálu k pacientům.

Tato práce se zaměřuje na dospělého pacienta s nádorovou nemocí, předkládá k zamyšlení současný přístup k její léčbě a zdůrazňuje význam a potřebu kvality života nejen v průběhu těžké nemoci, ale i v její poslední fázi.

Klíčová slova: Nemoc, onkologický pacient, rakovina, potřeby, symptomy, psychika, zdravotnická péče, strach, úzkost, bolest.

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the importance of tumorous illness to a man and his life. It describes the display of disease, it concentrates on the needs of oncologically ill patient and the treatment of symptoms.

The work points to contemporary persisting fact of insufficient care of oncologically ill in the area of their perception and experience, which is still being ignored / neglected. It emphasizes the need of the individual approach of physicians and medical personnel to the patients.

This bachelor thesis focuses on an adult patient with tumorous illness, it presents to consider the contemporary approach to its treatment and emphasises the importance and need of the quality of life not only during the serious illness, but also in its last period.

Key words: Illnes, oncological patient, cancer, needs, symptoms, psyche, health care, fear, anxiety, pain.

„Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.“

Publilius Syrus

OBSAH

ÚVOD	11
1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ	14
1.1 Deset faktů o rakovině	14
1.2 Zdraví a nemoc	16
1.3 Třífázové dění.....	16
1.4 Rakovina.....	17
1.4.1 Diagnostika nádorových chorob	18
1.4.2 Anamnéza	18
1.5 Šíření nádoru v organismu.....	19
1.5.1 Přehled pěti fází nemoci	19
1.5.2 Koncept sedmi fází onkologického onemocnění.....	20
1.6 Fáze podle Kübler – Rossové	21
2 POTŘEBY ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO	23
2.1 Rakovinová osobnost.....	23
2.2 Čtyři kvadranty.....	24
2.3 Psychické reakce na onkologickou nemoc	25
2.4 Potřeby nemocného	27
2.4.1 Dělení potřeb.....	27
2.5 Pojetí nemoci.....	28
2.5.1 Obecné faktory nemoci	28
2.5.2 Symptomy u nádorového onemocnění.....	29
2.5.1.1 Bolest.....	30
2.5.1.2 Dušnost.....	32
2.5.1.3 Kašel.....	32
2.5.1.4 Únava	33
2.5.1.5 Nechutenství.....	33
2.5.1.6 Nedostatek tekutin – dehydratace	34
2.5.1.7 Zmatenost a neklid	34
2.5.1.8 Rodinné vztahy.....	35
2.5.1.9 Psychická a existenciální tíseň	36
2.5.1.10 Existenciální a spirituální potřeby	37
3 MOŽNOSTI PÉČE O DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	38
3.1 Kvalita zdravotní a ošetrovatelské péče	38
3.2 Úloha zdravotnického personálu	39
3.3 Změny v psychice člověka upoutaného na lůžko	39

3.4	Demoralizační syndrom a jeho léčba	41
3.5	Pojetí komplexní léčby zhoubných nádorů	42
3.6	Alternativní metody doprovázející oficiální léčbu	42
3.6.1	Akupunktura	42
3.6.2	Reflexologie	42
3.6.3	Muzikoterapie	43
3.6.4	Psychoterapie	43
3.6.4.1	Společné znaky psychoterapie	43
3.6.4.2	Cíle psychoterapie	44
3.6.4.3	Psychoterapie u onkologických nemocných	44
4	SOUČASNÁ PÉČE O DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	46
4.1	Péče o nevléčitelně nemocné	46
4.2	Odborný lékař na oddělení	46
4.3	Zdravotnický personál	47
4.4	Pravda nebo milosrdná lež	49
4.5	Obtěžující symptomy	49
4.6	Možnosti alternativní medicíny	51
4.7	Ideální a dostupná medicína	52
4.8	Ekonomické umírání	52
5	PRAKTICKÁ ČÁST. PŘÍPADOVÉ STUDIE	54
5.1	Pacient č. 1	54
5.1.1	Základní údaje	54
5.1.2	Současné onemocnění	54
5.1.3	Setkávání a komunikace s pacientem	55
5.1.3.1	První setkání s pacientem	55
5.1.3.2	Druhé setkání s pacientem	56
5.1.3.3	Třetí setkání s pacientem	56
5.1.4	Analýza rozhovorů	56
5.1.5	Závěr	57
5.2	Pacientka č. 2	57
5.2.1	Základní údaje	57
5.2.2	Současné onemocnění	57
5.2.3	Setkání a komunikace	58
5.2.3.1	První setkání	58
5.2.3.2	Druhé setkání	59
5.2.4	Analýza rozhovorů	60
5.2.5	Závěr	60
5.3	Sanitární pracovník	61
5.3.1	Základní údaje	61
5.3.2	Charakteristika chování	61

5.3.3	Setkání a komunikace se zdravotnickým pracovníkem	61
5.3.4	Analýza rozhovoru	62
5.3.5	Závěr	63
5.4	Souhrn poznatků z rozhovorů se dvěma pacienty a jedním sanitářem	63
ZÁVĚR		65
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ		67

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma, které se zabývá kvalitou a potřebami dospělých osob s onkologickým onemocněním. K této volbě mě vedla skutečnost, že onkologické onemocnění, které je v současné době druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice, se stále celospolečensky přehlíží a stigmatizuje. Vzhledem k ne zcela fungující prevenci, nedostatečnému financování a nerovnoměrnému přístupu ke kvalitní onkologické péči je v současnosti vysoká míra přežití nemocných rakovinou zatím nedosaženým cílem. V této souvislosti je pokračující nárůst výskytu rakoviny v technicky vyspělých zemích alarmující.

Své poznatky jsem postupně shromažďovala v celém průběhu svého studia a to zejména v době trvání praxe, kdy jsem rok docházela do hospicu jako psychoterapeutka ve výcviku a následně dva roky stejně tak působila na onkologickém oddělení nejmenovaného zdravotnického zařízení. Na základě těchto osobních zkušeností jsem došla k poznání, že daná problematika u nás není dlouhodobě a systematicky zkoumána a význam zvládnutí psychosociálních problémů onkologických pacientů se častokrát zlehčuje a v mnohých případech až opomíjí.

Mapováním situace jsem vyzorovala, že skoro každý nemocný, který si vyslechl onkologickou diagnózu, se začne potýkat nejen se samotným onemocněním, ale také se svými vlastními představami o prognóze, sám si vytváří mýty o tom, jak bude nemoc dále pokračovat a ovlivňovat jeho další život, jeho čas. Málokdo z nemocných je schopen sdílet svoje obavy, myšlenky a úzkosti se svými nejbližšími. Jejich boj je pak bojem nejen se sebou samým, se svým strachem, s nemocí, se svými představami, ale také se svým okolím.

Je-li člověk vážně nemocný, ztrácí pravděpodobně fyzickou sílu, možná je i psychicky na dně svých sil, ale stále zůstává svéprávným. Může se stát, že i když se z fyzického hlediska uzdraví, bude až do konce svého života žít stále svůj příběh nemocného. Sama nemoc člověka nezavazuje jeho roli, bude protagonistou svého vlastního příběhu. Pokud toto nefunguje a za nemocného, aniž by byl zasvěcen do problému, bude rozhodovat někdo jiný, klasifikuje ho do role oběti.

V každé době se vyskytuje mnoho případů bolestných situací skryté a velké nouze, na něž nepostačuje úsilí veřejné péče, protože se mnohdy jedná o potřeby vztahující se z větší části k tělesné stránce za opomíjení oblasti a potřeb psychosociálních. V současné době však - bohužel - neshledávám velký prostor pro změnu.

Úzce biologický pohled na nemocného člověka a tržně – průmyslové pojetí medicíny může přinést pacientům velká rizika a nebezpečí. Problém je v samotném základu biologické medicíny, v úzkém zaměření na chorobu, v ignorování celostního, komplexního přístupu k člověku ve zdraví i nemoci. Lékařské fakulty by měly budoucí mediky vzdělávat nejen v biologických, ale i v psychosociálních oborech. Naučit je komplexnímu, psychoterapeutickému přístupu k pacientovi, umění navázat s ním kvalitní vztah a zasadit zdravotní obtíže do souvislostí jeho životního příběhu.

Souhlasím s názorem, že nezpracovaný stres může zapříčinit vážné zdravotní problémy. V této oblasti mě nejvíce ovlivnila psychoonkologie, jež je interdisciplinárním oborem ležícím mezi psychologií, psychoterapií a onkologií. Z dalších vědních oborů do ní zasahuje imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie a další vědní disciplíny. Nové oblasti psychoonkologie, kromě běžné onkologické léčby, nabízejí další možnosti a způsoby, které mohou být nápomocny nejenom nemocným, ale i jejich rodinným příslušníkům. Jsou to psychosociální metody, které jim umožní aktivně se postavit svému vlastnímu strachu, beznaději a zoufalství.

Stejně tak důležité je při ovlivňování onkologického onemocnění pacientova vůle a síla bojovat s nemocí a nevzdávat se, předně nepotlačovat svoje emoce. Za těchto předpokladů má pacient přece jen větší šanci na prodlouženou dobu přežití. A právě v této rovině má uspokojování bio-psycho-socio-spirito potřeb velmi významnou roli a to ať ve fázi boje („fighting spirit“ – bojové nastavení) anebo ve fázi smíření. Za těchto předpokladů má pacient reálnou šanci na udržitelnou kvalitu života. A právě v této rovině nalézá uplatnění psychoterapeutické a psychologické vedení nemocných, úzká spolupráce s lékaři a zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky. Sociální, psychologická a psychoterapeutická pomoc působí na endokrinní a imunitní funkce organismu, které dále mohou možná i ovlivnit nádorové buňky.

Zatím neexistují přímé důkazy, že by nádorová onemocnění vznikala na základě psychosociálních faktorů. Zdá se však, že jiná situace je již ve vztahu mezi psychosociálními faktory a průběhem onemocnění, neboť sociální a emoční opora onkologicky nemocných a jejich rodin může příznivě ovlivnit průběh onemocnění.

Je prokázána psychofyzická jednota lidského organismu a vzájemná interakce psychických a somatických dějů, z čehož plyne i možnost ovlivňování psychických stavů a procesů zásahy z oblasti „soma“ (např. chemoterapií, fyzikální terapií), ale i naopak, tedy modulaci somatických struktur, stavů a procesů vlivy z oblasti „psyché“. Psychické proměnné (např. prožívání) mohou měnit imunitní odpověď nejen aktuálně, ale i dlouhodobě.

Podle mého názoru optimalizovaná psychologická, psychoterapeutická a sociální pomoc může často příznivě ovlivnit průběh nemoci. Měla by být pravidelně zahrnuta do léčby spolu s běžnou onkologickou léčbou, jakou je operativní odstraňování nádorů s následnou chemoterapií a ozařováním.

Jako velmi znepokojující vnímám současný rozsáhlý a všeobecný dopad rakoviny na lidský život a lidské utrpení. Ukazuje se zde velká potřeba intenzivního zlepšení ve všech oblastech – výzkumu, prevence, průběžného poskytování zdravotní péče, práce s pacientem a současně započetí boje proti strachu, neinformovanosti a lhostejnosti.

My všichni jsme zodpovědní za včasnou prevenci, kvalitní léčbu a udržení plnohodnotného života těch, kteří s touto nemocí žijí anebo na ni umírají.

1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Podle statistiky INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (2012) je rakovina hlavní příčinou úmrtí na celém světě, což představuje 8,2 milionu úmrtí v roce 2012.

Primárními lokalizacemi rakoviny jsou:

- plíce (1,59 milionu zemřelých),
- játra (745 000 zemřelých),
- žaludek (723 000 zemřelých),
- tlusté střevo, konečník (694 000 zemřelých),
- prsy (521 000 zemřelých),
- rakovina jícnu (400 000 zemřelých)

Je však otázkou, zda jsou do této statistiky pod obecným označením zahrnuta další zhoubná nádorová onemocnění, jako sarkomy, hemoblastomy a hemoblastózy, mozkové nádory a kostní nádory. Typů zhoubných nádorů je sto (VORLÍČEK, 3. 4. 2014). Co se týče prvního místa v příčinách smrti, tak toto skutečně v roce 2010 zaujímaly v Evropské unii zhoubné nádory jako celek, nikoliv však pouze rakovina. Bylo to 76,5 úmrtí na 100.000 obyvatel, s tím ovšem, že v jednotlivých zemích se tato čísla značně liší, např. v jižních státech to je kolem 50 osob na 100.000 obyvatel, naopak vyšší je to ve střední Evropě (EUROPEAN COMMISSION, 2012). Jinak první místo v současnosti zaujímají ve vyspělých zemích kardiovaskulární choroby.

1.1 Deset faktů o rakovině:

1. Existuje více než 100 typů rakoviny, každá část těla může být napadena.
2. V roce 2008 zemřelo na rakovinu 7,6 milionu lidí – to je 13 % všech úmrtí na celém světě.
3. Asi 70 % všech úmrtí na rakovinu se vyskytuje v zemích s nízkými a středními příjmy.
4. Na celém světě existuje 5 nejběžnějších typů rakoviny, které zabíjí: plic, žaludku, jater, tlustého střeva a jícnu.
5. Po celém světě je 5 nejběžnějších typů rakoviny, které zabíjí ženy: prsu, plic, žaludku, tlustého střeva a děložního čípku. V mnoha rozvojových zemích je rakovina děložního čípku nejčastějším druhem rakoviny.
6. Užívání tabáku je největší příčinou rakoviny na světě, které lze předejít. Je příčinou

22 % úmrtí na rakovinu.

7. Jedna pětina všech případů rakoviny po celém světě je zaviněna chronickou infekcí, například lidským papillomavirem (HPV), který způsobuje rakovinu děložního čípku a virem hepatitidy B (HBV) způsobujícím rakovinu jater.
8. Rakovinu zásadního významu pro veřejné zdraví, jako například rakovina prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku je možné vyléčit, pokud je zjištěna včas a vhodně léčena.
9. Všem pacientům, kteří potřebují úlevu od bolesti, by pomohlo, kdyby se využily současné znalosti o zvládnání bolesti a paliativní péče.
10. Více než 30-ti % případům rakoviny by se dalo předejít zejména neuzíváním tabákových výrobků, zařazením zdravé výživy a fyzické aktivity do života a omezením užívání alkoholu (BODE, 2014).

V rozvojových zemích by se mohlo zabránit 20 % úmrtí na rakovinu očkováním proti infekci HBV a HPV (tamtéž).

Také v České republice počet nemocných roste. „*Přesně je to asi 3 až 6 procent ročně,*“ řekl předseda České onkologické společnosti Jiří Vorlíček v interviewu v Lidovkách.cz. „*Roste obecně počet zhoubných nádorů, rakovina je přitom jen jedním z typů ...*“ (ŽILKOVÁ, 2014). Podle Vorlíčka mezi nejčastější nádorové onemocnění patří rakovina plic, prsu a tlustého střeva.

Věk Čechů se prodlužuje. Důvodem je zdravý životní styl a rychlý pokrok v medicíně. Za posledních 15 let se jejich život prodloužil o 5 roků. Pokud by se našel lék na rakovinu, občané České republiky by se mohli v roce 2070 dožít až 120 let (BLAŽKOVÁ a PETRÁŠOVÁ, 2014). Dlouhověkost má i své nevýhody. Čím člověk déle žije, tím se zvětšuje riziko, že onemocní rakovinou. Medicína je sice v diagnostice i léčbě nádorových onemocnění na čím dál vyšší úrovni, ale spolehlivý lék proti rakovině ještě doposud nebyl vyvinut. Podle odborníků se tak každý jednou dožije svého nádoru. Haškovcová tvrdí, že je potřeba se zamyslet nad nemocnými rakovinou nejen proto, že rakovina je na žebříčku příčin úmrtí na druhém místě, ale hlavně pro její charakter nevyléčitelné nemoci. V budoucnosti bude rakovina léčitelná a proto je potřeba věnovat pozornost skutečnostem, které se dosud zdály druhotné, nepodstatné, nadstavbové a riskantní (HAŠKOVCOVÁ, 1985, s. 30 - 31).

Prof. MUDr. Pacovský uvádí: „*Člověk si nemoc nevybírání, spíše si nemoc vybírá člověka a nejednou mění jeho život. Zrodí se pacient – trpící a nemocný – nemohoucí (nemoc = ne-moci)*“ (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 1985, s. 7 - 8).

1.2 Zdraví a nemoc

Pojem nemoci podle HAŠKOVCOVÉ (1985) má v medicínském myšlení hlavní postavení. Nemoc lze definovat různým způsobem: podle jejího vzniku, klinického obrazu, průběhu, tak i ve významu vztahování se k hodnotám. „*Definovat nemoc znamená umět definovat zdraví*“ ((HAŠKOVCOVÁ, 1985, s. 20).

Ostrá hranice mezi zdravím a nemocí neexistuje, přičemž, jak dále Haškovcová uvádí, pojem zdraví a nemoci je do jisté míry relativní. WHO podle deklarace z Alma-Aty z roku 1978 podala definici zdraví „*stav úplného tělesného, duševního i sociálního blaha*“ (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, tamtéž). Takto prezentovaná definice zdraví a nemoci je vyhovující, i když je kompromisem. Není zde např. reflektováno na situace, kdy bolest není v poměrném vztahu k nemoci. Příkladem může být nepozorovaný růst karcinomu. Člověk se tedy cítí zdravý, i když v jeho těle propuká patologický proces. Postižený člověk se stále může těšit pocitu blaha, na druhé straně může vnímat mnoho nepříjemných pocitů, které nejsou bolestí, ale které výraznou měrou omezují stav spokojenosti, tedy i zdraví.

Definice nemoci podle Hartla a Hartlové je choroba: „*1 biologická porucha harmonie biologicko – somatických potřeb, 2 medicínsky reakce organismu na infekci, traumatizaci psychickou, akutní či vleklou, na poruchu rovnováhy uvnitř organismu či mezi organizmem a prostředím; ... 3 souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organizmem a prostředím, resp. narušení rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 345 - 346).

KŘIVOHLAVÝ (2002) uvádí, že v posledních desetiletích se prosazují v oblasti psychologie zdraví tzv. kognitivní modely zvládnání nemoci pacientem, které kladou velký důraz na myšlenkovou stránku psychiky. Např. model sebeřízení, který při zvládnání nemoci funguje podobně jako řešení problému. Dívá se na pacienta jako na obecného řešitele problému, který spěje vyřešením daného problému ke zdravému normálnímu stavu. Tento zdravý stav se chápe jako norma a jeho jakákoliv odchylka představuje zrod problému a zdroj motivace. Tato se vnímá jako hybná síla uvádějící do chodu řešení problému, který se popisuje jako třífázové dění.

1.3 Třífázové dění

1. Interpretace situace – hledání smyslu v tom, co se děje.
2. Vlastní proces zvládnání situace – využití prostředků k opětovnému nastolení normálního stavu.

3. Vyhodnocení účinnosti použitých prostředků ke znovunastolení zdraví (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 33).

Technická medicína 20. století vytvořila podmínky pro prodloužení a záchranu života člověka i v takových případech, které v minulosti končily pouze smrtí. Přibývá lidí tvořících skupinu chronicky nemocných. Tito lidé se musejí ve svém životě psychicky i lidsky vyrovnat se skutečností, že jejich život bude v biologické rovině omezený, což není pro nikoho nikdy snadné.

A tak se nejen otázky bolesti, nemoci a pravdy na nemocničním lůžku, ale i otázky problémů souvisejících s použitím tzv. mimořádných terapií a problémy umírání i smrti dostávají do přednostního zájmu nejen odborníků, ale i laiků. Je to moderní superspecializovaná technická medicína současnosti, která si právem vynutila i odpovídající systém odborné péče, který vedl v etické rovině k řadě problémů. Fakt, že se prostor lidského porozumění a psychologické pomoci na poli zdravotní péče velkou měrou zmenšil, vedl k formulaci současného pojetí „odlidštění nemoci“, „odlidštění stáří“ a „odlidštění smrti“. Za takto vzniklé situace nelze vážné problémy opomíjet a na vzniklé otázky neodpovídat (HAŠKOVCOVÁ, 1985, s. 13 - 14).

V lidské rovině si musí lékař s nemocným porozumět. Cílem zdravotníků všech kategorií by mělo být nejen aktivní přispění nemocnému člověku, ale i účinná psychologická a lidská pomoc v době, kdy kauzální terapie selhává a pacient umírá.

Na poli medicíny je na jedné straně člověk chronicky nebo nevléčitelně nemocný a na opačné straně lékař a ošetřující personál. Nemocný člověk potřebuje léčbu a pomoc v problémech, které mu jeho nemoc přinesla. Lékař a ošetřující tým poskytuje odbornou léčebnou pomoc, současně však vzniká potřeba lidského podání pomocné ruky, se kterým si neví rady. Překlenout propast zející mezi pacientem a lékařem je téma, kterým se zabývají v poslední době obě strany (HAŠKOVCOVÁ, 1985, s. 13 - 14).

1.4 Rakovina

Co je to tedy rakovina? Definice podle Psychologického slovníku je „*onemocnění onkologické zhoubným nádorem; není jen otázkou imunologie, ale též otázkou odhodlání pacienta s chorobou bojovat; poddání se nemoci znamená snadnější podlehnutí; pro psychol. nemocného nejdůležitější poznatek, že půjde o léčbu dlouhodobou, která zabere týdny a měsíce a bude vyžadovat celoživotní úpravu životní stylu ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 371).

Dle definice Šikla z r.1953 je nádor definován jako „*místní výstřelek tkáňového růstu, nedostatečně regulovaný, tedy víceméně autonomní a vymykající se postulátu celovztáhnosti (integrity) organismu*“ (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1986, s. 15).

1.4.1 Diagnostika nádorových chorob

Včasná diagnóza je obtížná a to ze dvou důvodů:

1. Na počátku onemocnění nemá nemocný obtíže, pro které by vyhledal lékařské vyšetření.
2. Nádorové onemocnění na začátku se neodráží v laboratorních hodnotách, podle kterých by se dalo určit. Nádorové onemocnění v pokročilém stadiu se diagnostikuje zpravidla bez problémů, jeho ovlivnění je již však velmi obtížné a ve většině případů neúspěšné. Nejdůležitější pro úspěšné vyléčení zhoubného nádoru je včasná diagnostika.

3. Diagnostické metody v onkologii pomáhají při:

1. určení diagnózy,
2. určení stádia onemocnění,
3. zhodnocení úspěšnosti léčby,
4. sledování nemocného a zjištění případného relapsu onemocnění,
5. plánování radioterapie,
6. zjištění komplikací onemocnění anebo jeho léčby,
7. intervenčních léčebných zákrocích (VORLÍČEK aj., 2006, s. 40).

1.4.2 Anamnéza

má velký význam pro včasné zjištění onemocnění. Někteří nemocní ze strachu z onkologického onemocnění zatajují obtíže.

Varovná znamení, která mohou, ale nemusí patřit k prvním příznakům zhoubného onemocnění:

1. nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin (z rodidel, konečníku, močového měchýře),
2. zduření nebo ztvrdnutí prsu (mokvání nebo deformace prsní bradavky, vtahování kůže prsu),
3. nehojící se rána nebo vřed na kůži a sliznicích,
4. zduření nebo zatvrdnutí v kůži nebo pod kůží (zduření žláz na krku, pod paží nebo v tříslech),
5. změny bradavic nebo mateřských znamének,
6. přetrvávající obtíže polykací, žaludeční nebo střevní,
7. dráždivý kašel, krvavé vykašlávání, trvající chrapot (VORLÍČEK aj., 2006, s. 40).

Celkové vyšetření

Lékař se při vyhledávání časných stadií zhoubných nádorů zaměřuje zvláště na:

1. krk a dutinu ústní,
2. prsy u žen,
3. kůži a lymfatické uzliny po celém těle,
4. digitální vyšetření konečníku a prostaty.

Nutná jsou i tato vyšetření: gynekologické, odebrání nátěru na cytologii, odebrání stolice na okultní krvácení, RTG srdce a plic, krevní obraz a vyšetření moče (VORLÍČEK aj., 2006, s. 41).

1.5 Šíření nádoru v organismu

Adam uvádí trojí způsob:

- a) pokračujícím místním růstem, který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla, případně šířením v tělních dutinách nebo jinými preformovanými prostorami, kde volný pohyb buněk nemá anatomických překážek,
- b) metastázováním lymfatickými cestami, to znamená zakládání vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest,
- c) metastazování krevními cestami. Známe více než 250 různých druhů nádorů, každý s charakteristickou symptomatologií a specifickým léčebným přístupem (VORLÍČEK, aj., 2006, s. 36).

Dostálová uvádí: „*Maligní nádor na rozdíl od benigního roste nejen expanzivně (útlak okolních tkání), ale především destruktivně a invazivně (prorůstá do okolních tkání a rozrušuje histolytickým enzymem jejich buňky), šíří se lymfatickými cestami a vytváří metastázy v lymfatických uzlinách nebo proniká do cév a metastazuje do vzdálených orgánů. Nádory rostoucí do dutiny hrudní nebo břišní mohou vytvářet implantační metastázy na pohrudnici nebo pobřišnici*“ (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 15).

1.5.1 Přehled pěti fází nemoci

Fawzy uvádí v roce 1999 pět fází života s nádorovým onemocněním s ohledem na speciální potřeby psychosociální péče (cit. dle ANGENENDTA aj., 2010, s. 61-63):

1. fáze diagnózy a sdělování informací – zde často dochází k psychickým komplikacím.
2. fáze časně lékařské terapie – v této fázi se objevuje úzkost a strach z léčby a z jejích vedlejších účinků.

3. fáze rehabilitace – období po ukončení medicínské léčby – v této době se mohou vyskytovat deprese, úzkosti, zoufalství, a někdy dokonce sebevražedné tendence.
4. fáze recidivy, případně dalšího rozvoje nemoci – v této době se objevují pocity zoufalství a traumatizace.
5. terminálně – paliativní fáze – během této fáze by psychosociální doprovázení mělo pacientovi pomoci se vyrovnat s blížící se smrtí a zabránit, aby se cítil izolován.

1.5.2 Koncept sedmi fází onkologického onemocnění

ANGENENDT aj. (2010) těchto pět fází nemoci ještě rozšířili o fázi podezření a fázi progresu nemoci. Tedy tento rozšířený koncept vypadá takto:

1. Fáze podezření
2. Diagnóza/nález
3. Léčba (operace, chemoterapie, ozařování)
4. Remise
5. Případná recidiva
6. Případná progresu nemoci
7. Konečné stadium, ve kterém se uplatňuje zejména paliativní péče (ANGENENDT aj., 2010, s. 102).

Jak člověk reaguje na stav ohrožení?

SVATOŠOVÁ (2008, s. 22) uvádí, že tento stav nemusí být nutně spojován s nemocí. Obdobně může člověk reagovat na velké zátěže v životě. „*V podstatě jde o psychickou obranu s cílem zachovat si duševní rovnováhu*“ (tamtéž). Předně záleží na reakcích, které jsou individuální, taktéž na okolnostech, např. na typu osobnosti a temperamentu, věku, životních zkušenostech, momentální kondici a zdravotním stavu, rodinném či jiném zázemí, hloubce a opravdovosti víry apod. Člověk použije takový způsob obrany, který si v minulosti již ověřil. Jsou dva typy obrany: aktivnější, která se projeví zvýšenou aktivitou, nebo agresivitou a pasivnější, která se projevuje popíráním, vytěšňováním, někdy rezignací.

SVATOŠOVÁ (2008) dále uvádí, že reakce lidí na těžké životní situace jsou různé a individuální a závisí na mnoha okolnostech. Vidí však v nich určité zákonitosti. Jako přehledné a srozumitelné zde uvádí fáze, jak je popsala dr. Elisabeth Kübler – Rossová.

Zde klade důraz na skutečnost, že těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Neopominutelný je také fakt, že, ač jsou tyto fáze seřazeny za sebou časově v takovém sledu, jak

většinou přicházejí, nemusí být vždy zachován tento sled. Některé z nich se mohou opakovaně vracet, střídat a prolínat. Mohou být různě dlouhé a některé také mohou chybět. Dané vychází z individuality každého člověka.

Jednotlivé fáze a jejich prožívání v časové ose může být jiné u pacienta v porovnání s průběhem u jeho blízkých. Cílem pomáhajících a pečujících je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 23 - 24).

1.6 Fáze podle Kübler – Rossové

1. Negace, šok, popírání.

Reakce postiženého: „To není možné, určitě to bude omyl, zaměnili mně výsledky.“

Doporučený přístup: Navázat kontakt a získat důvěru.

2. Agrese, hněv, vzpoura.

Reakce postiženého: „Proč zrovna já, čím je to vina?“ Doporučený přístup: Dovolit odreagování a nepohoršovat se.

3. Smlouvání, vyjednávání.

Reakce postiženého: Hledání zázračných léků, léčitelů. Sliby, ochota zaplatit cokoliv.

Doporučuje se: Maximální trpělivost.

4. Deprese, smutek.

Reakce postiženého: Smutek z utrpěné a hrozící ztráty. Strach z účtování a o zajištění rodiny. Doporučuje se: Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy a hledat řešení.

5. Akceptace, smíření, souhlas.

Reakce postiženého: Vyrovnání, pokora, přijetí. Doporučuje se: Lidská přítomnost, mlčenlivá a účastná (cit. dle SVATOŠOVÉ, 2008, s. 25).

Elisabeth Kübler – Rossová nebyla první a ve své době jediná, ale je nejznámější a nejcitovanější. Akademik Prokop Málek konstatuje, že „*není důležité, kdo byl první, ale je důležité, kdo první přesvědčil svět*“ (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 1985, s. 33).

HAŠKOVCOVÁ (1985) tvrdí, že křivka kübler – rossovská probíhá jen výjimečně lineárně. Fáze zloby, hněvu, smlouvání a depresí se častěji opakují a prolínají. Některé mohou být zesíleny, jiné zeslabeny, některá fáze může chybět. Navrhuje proto, aby toto dlouhé období, které začíná zlobou a hněvem a končí vnitřním přijetím pravdy o své situaci, bylo nazváno „Tápání“. Takto uchopené období tápání je z hlediska času nejdelší období a ve významu znamená nesnadnou cestu,

kteřá vede k přijetí nemoci za svou, tedy pouť k pravdě. Období tápání je relativně dlouhé a lišící se u různých skupin nemocných. U pacientů s onkologickým onemocněním, u solidních nádorů, je člověk nemocí plíživě a plynule, v delším časovém pásmu, srážen do nulové životní situace z plného zdraví. Zde může být období tápání shodné s časovým průběhem nemoci, která ač zvolna, tak pevně ukotvuje svou nadvládu nad člověkem a jeho organismem.

Období tápání je pro pacienta náročné. V této době je pacient schopen vyvinout jakékoliv úsilí v získání jakékoliv pomoci (HAŠKOVCOVÁ, 1985, s. 37 - 38).

2 POTŘEBY ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO

Podle Galena a Hippokrata se ve středověku objevovala tvrzení, že rakovinu způsobuje „černá žluč“, melancholie nebo duševní nerovnováha jedince. Schwarz v roce 1994 uvádí, že v jednotlivých historických obdobích bylo pojetí nádorových onemocnění podobné, zvláště ve smyslu nemoci, jemuž předchází psychická zátěž nebo přetížení organismu. Později se do souvislosti dávaly depresivní stavy (cit. dle TSCHUSCHKE, 2004, s. 15).

Spiegel a Kato v roce 2000 uvádějí, že vztah mezi povahou osobnosti a vznikem onkologického onemocnění se jistým způsobem zneužíval a to tak, že pacienti byli obviňováni ze vzniku své nemoci. Těmto nemocným se přikládalo za vinu, že nedobrým způsobem zacházeli se stresem, svými pocity a vztahy (cit. dle TSCHUSCHKE, 2004, s. 16).

Moderní přístup má jiný úhel pohledu. Chápe a zkoumá vztah mezi atributy osobnosti, vznikem a vývojem rakoviny. Existuje mnoho domněnek a spekulací, které se snaží najít pravdu o skutečnosti, zda je nádorové onemocnění vyvoláno psychickou nebo sociální zátěží. Velké množství nemocných rakovinou ve zpětném zrcadle svého života najde pro svou nemoc odůvodnění nebo vysvětlení (TSCHUSCHKE, tamtéž).

Vyskytuje se také celá řada studií, které se retrospektivně zabývají životními příhodami nemocných. Více než 60 % onkologických pacientů uvádí psychické přetížení jako následek předcházejícího onemocnění. Najít příčiny svého onemocnění je přirozená lidská potřeba. V této souvislosti se nejen u pacientů, ale i v rovině veřejnosti objevuje otázka, zda existuje něco jako „onkologická osobnost“. Z vědeckého hlediska ale není jasné, zda je možno se přiklonit k tvrzení, že psychické nebo sociální okolnosti mohou jednoznačně a přímo vyvolat rakovinu (ANGENENDT aj., 2010, s. 40).

2.1 Rakovinová osobnost

„Rakovinovou osobnost“ nikdo osobně nezná, ale většina lidí se jí obává. Onkologičtí pacienti se často ptají, zda si nemohou za svou rakovinu sami. I mezi odborníky se názory na tzv. osobnost typu C (podle slova carcinomatosus) rozcházejí. Někteří vědci a onkologové vnímají určité základní rysy osobnosti jako „spouštěče“ onkologického onemocnění (např. nedostatečné

vyjadřování emocí anebo úplná absence jejich projevu, depresivní osobnost a osoby charakterizované jako přizpůsobené a podřizující se).

Tyto závěry, jak uvádějí kritici, nejsou přípustné, vzhledem ke skutečnosti, že všichni pacienti posuzují svoji situaci z hlediska své diagnózy a negativní pohled či posouzení aktuálního stavu je spíše důsledkem než příčinou nemoci (ANGENENDT aj., 2010, s. 84).

Schulze považuje za prokázané v roce 1997, že stres způsobuje v souvislosti s negativními životními událostmi snížení imunitní aktivity (cit. dle ANGENENDTA aj., 2010, s. 44). Bellinger aj. tvrdí v roce 1994 tvrdí, že: „*Imunitní systém není autonomní, ale je řízen signály z CNS. Změny imunitních funkcí mohou být způsobeny klasickým podmiňováním, stresovými podněty a dalšími psychosociálními funkcemi*“ (cit. dle ANGENENDTA aj., 2010, s. 44).

2.2 Čtyři kvadranty

KÜBLER – ROSSOVÁ (2012) tvrdí, že se každá lidská bytost skládá ze čtyř kvadrantů: fyzického, emočního, intelektuálního a duchovního/intuitivního.

Když se narodíme, jsme skoro výlučně tělesnými, fyzickými lidskými bytostmi. Pro přirozený vývoj potřebujeme během prvního roku života hodně lásky a fyzického kontaktu. A také na konci života začneme tento aspekt opět postrádat nejvíc. Ničím nepodmiňovanou lásku v naší společnosti jsou schopni dávat jen velmi staří lidé. Ve společenství, kde si jedinci každé generace žijí odděleně jen sami se sebou, chybí tento aspekt vývoje převážně většině dětí. A právě toto u nich způsobuje první problémy při rozvoji jejich emočního kvadrantu (od jednoho do šesti let), v němž děti přijímají za vlastní všechny základní přístupy a postoje, které je budou ovlivňovat po celý jejich zbytek života.

Je zapotřebí, abychom své děti vychovávali v nepodmiňované lásce a důsledném řádu, ale bez trestů. „*je možné, abychom nesouhlasili s jejich chováním, a přece je měli rádi*“ (KÜBLER – ROSSOVÁ, 2012, s. 74). V případě takového přístupu se u dětí (kolem šestého roku) rozvine intelektuální kvadrant. Těší je nové věci a škola pro ně představuje výzvu.

Duchovní, intuitivní kvadrant se přirozeně vyvine v období dospívání, když se vyvíjíme normálně, přirozeně a je nám dopřán růst bez rušivých vnějších zásahů. Spirituální intuitivní kvadrant je ta „sféra já“, která v sobě pojímá veškeré vědění – je jediným ze všech kvadrantů, pro jehož rozvinutí nemusíme nic dělat. Pokud tělesný kvadrant chřadne, začíná se projevovat duchovní kvadrant. Pokud je tedy např. utrpení dětí delší a větší, napohled budou vypadat jako malé děti, ale budou z nich promlouvat moudří staří lidé.

Málokdo spoléhá na svou intuici, naslouchá svému vnitřnímu hlasu. Nechává si však od druhých říkat, co má udělat. Tento stav je výsledkem výchovy v lásce, která si kladla nějaké podmínky; nakonec způsobila přesvědčení, že si člověk může lásku koupit.

Když se pracuje s pacienty, kteří umírají, primárně je potřeba se postarat o jejich fyzické potřeby, o jejich fyzický kvadrant. Úplně nejdůležitější je zajistit, aby pacienti netrpěli bolestí. Pomoc nemocným od bolesti a zajištění jejich pohodlí má přednost před jakoukoliv emoční podporou a před spirituální pomocí. Emočnímu kvadrantu se můžeme věnovat až v okamžiku, když nepocítují žádné tělesné nepohodlí, netrpí bolestí, nejsou sami, nemají žízeň a jsou schopni komunikovat. Je důležité vědět o možnosti „obrázkové tabulky“ pro pacienty, kteří jsou např. v terminální fázi a nejsou komunikace schopni. Nemocný může být po mentální stránce v pořádku, ale vzhledem k dlouhé době, kdy se nemohl dorozumívat se svým okolím, začne se k němu ošetřující personál chovat jako ke hluchoněmemu, protože z jeho strany nepřicházejí žádné odezvy. Když se přeruší takové spojení, je to jako smrt, jedna z nejhorších, které mohou člověka v životě potkat.

V okamžiku, kdy je postaráno o tělesné potřeby pacienta a je zajištěna komunikace s ním, je možnost obrátit pozornost na emoční kvadrant. Pacienti, kteří umírají, sami sdělí, co potřebují k tomu, aby mohli až do samého konce svého života skutečně žít. Budou vycházet z intuitivního kvadrantu, nikoliv z intelektuálního (KÜBLER – ROSSOVÁ, 2012, s. 72 - 82).

2.3 Psychické reakce na onkologickou nemoc

jsou charakteristické podle jednotlivých období vývoje maligního onemocnění. Patří k nim:

1. *Bezpríznakové období*

V této době je choroba ještě nedetekovatelná, období může trvat od několika měsíců do několika let. U nemocného existuje určitý názor na to, co je zhoubný nádor. Na tomto názoru se podílí ladění jedince, jeho vzdělání, úroveň informovanosti v dané oblasti. Pokud je tento názor v obecné oblasti a nemá sklony k hypochondrii, má k problematice odtažitý vztah. Pokud se však v běhu života s touto nemocí setkal, existuje v jeho vědomí registrace této události již emočně podbarvená, s náznakem fobie či vyznačenou kancerofobií (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 44).

2. *Období prvních příznaků*

První příznaky mohou být objektivní nebo subjektivní. Objektivní příznaky se projevují symptomy, které doprovázejí i nenádorová onemocnění a samy o sobě nepředstavují na

první pohled hrozbu (např. bulka na prsu). Subjektivní příznaky, jako hubnutí nebo bolesti, bývají minimální anebo žádné. V této fázi nemocný reaguje taktéž podle stupně informovanosti, inteligence, podle svých interpersonálních vztahů, sebekoncepce a motivací. Mnoho nemocných nepřikládá těmto příznakům důležitost a tak se často dostávají do ordinace k odborníkovi podchyceni např. obvodním lékařem, u kterého byli z jiných důvodů. U jiných pacientů nastane psychický šok a v této souvislosti je ohroženo sebepojetí a vyvíjí se úzkost.

Další skupinou jsou nemocní, u kterých nevznikne šok, ale nastane obranná reakce. Úzkost není akceptována, i když je vyznačena. Jiní nemocní mají reakce „pštosí politiky“. (Podezření si připustí, jsou však zachvázeni paralyzujícím strachem a tak se upínají k minimální naději v nejistotě před zničující jistotou.)

V tomto období dochází ke komplikacím v případech, kdy nemocní nepodceňují prevenci, nicméně pro malé příznaky u nich není choroba včas diagnostikována. U nemocného tak vzniká hostilita.

3. *Období rozvinutých příznaků*

V této fázi se objevují zjevné obtěžující příznaky. Úzkost a strach bývají zjevné, u malého počtu pacientů bývá apatie. Ti nemocní, kteří vládou jasným vědomím a průměrnou inteligencí, jsou si vědomi ohrožení svých hodnot. Vyvíjejí se reakce na obranu sebepojetí (BALCAR, 1991): popření, vytěsnění, regrese, projekce, izolace, racionalizace, somatizace, odčinění, reaktivní výtvar, přesunutí.

4. *Období léčby*

Léčebné zásahy jsou u onkologicky nemocných náročné a zmrzačující (amputace). Bývají pro nemocné dalším šokem. Následné léčebné metody jako radioterapie a chemoterapie jsou doprovázeny nepříjemnými stavy z nežádoucích účinků. V tomto období potřebuje nemocný naději a útěchu. Uplatňují se stejné obranné reakce jako ve fázi předchozí, avšak častěji i jejich selhání. Objevuje se negativní emoční stereotyp jako důsledek nepříznivých událostí, deprese a špatná anticipace budoucnosti.

5. *Období zlepšení nebo remise choroby, popř. období progresu choroby*

V tomto období přetrvává deprese, ale objevuje se i naděje. Postoje těchto onkologicky nemocných bývají klidnější a vyzrálejší (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 44 - 50).

Je potřeba pochopit, jak byl pacient v průběhu života uspokojen, nebo frustrován z hlediska svých potřeb. Mezi nejdůležitější potřeby patří např.: potřeba bezpečí, potřeba sebeprosazení, sexuální potřeba, potřeba emočního vztahu, potřeba někam patřit, popř. potřeba péče o druhé a potřeba životního smyslu. Odvozené potřeby jsou zájmy. Pomocí nich lze individuum ovlivnit. Z primárních potřeb se vytvářejí postoje. Známe-li je, můžeme předpovědět jejich chování. „*Životní styl člověka je dán hodnotovou orientací, což je abstrakce jeho konkrétních postojů*“ (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 41).

2.4 Potřeby nemocného

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví definováno jako: „*plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka*“ (cit. dle SVATOŠOVÉ, 2008, s. 14).

Z této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Uvědoměním si těchto potřeb lze lépe určit, co vše může udělat pro pacienta lékař, pomáhající personál i pro sebe on sám. Může tak svým postojem svůj stav zlepšit, nebo zhoršit. „*Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění*“ SVATOŠOVÁ, 2008, s. 19). Pokud v počátku dominovaly potřeby biologické, v závěru nemoci mohou nabývat na důležitosti potřeby spirituální. Každý člověk je individualita, jinak nemoc vnímá, prožívá, má jiné potřeby (tamtéž).

Podle Psychologického slovníku je potřeba definována takto: „*I nutnost organismu něco získat n. něčeho se zbavit 2 stav lidského organismu, kt. znamená porušení vnitřní rovnováhy n. nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby ... komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány; zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, str. 444).

2.4.1 Dělení potřeb

Potřeby dělíme na:

1. *Potřeby biologické*

Do této skupiny patří vše, co potřebuje tělo nemocného – přijímání potravy, vyměšování, dýchání, odstranění nemocného orgánu, ozařování, chemoterapie, hormonální léčba apod. O většinu těchto potřeb bývá dobře postaráno v rámci nemocnice, ovšem někdy může mít pacient pro saturaci svých potřeb podstatně lepší podmínky doma.

2. *Potřeby psychologické*

Do tohoto okruhu patří potřeba respektování lidské důstojnosti bez ohledu na tělesný stav. Člověka je nutno chápat a respektovat jako jedinečnou bytost se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Mezi tyto potřeby patří potřeba verbální a neverbální komunikace, potřeba bezpečí, rodiny, lásky, přátelství, pravdivých informací, atd.

3. *Potřeby sociální*

vycházejí ze skutečnosti, že člověk je od přírody tvor společenský a nežije izolovaně. Osamoceně tedy ani nestůně a neumírá. Do této skupiny patří potřeba sociálních vztahů (vazby rodinné, přátelské, pracovní, sousedské, finanční, potřeba osobní identity, životní perspektivy, atd.).

4. *Potřeby spirituální*

Do nedávna byly tyto potřeby tabuizovány. Širší veřejnost je i v současnosti vnímá jako uspokojování potřeb věřících. Věřící sám však zná prostředky k jejich saturaci. Ve složitější situaci jsou lidé, kteří z víry nežijí; v průběhu vážné nemoci se potřeba zabývat se důležitými otázkami po smyslu života stává velmi aktuální. Do této skupiny také patří např. potřeba odpuštění, potřeba smyslu života, jeho naplnění, atd. Pokud se potřeby smysluplnosti nenaplní, pacient se nachází ve stavu duchovní nouze a může si až zoufat (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 19 - 21).

2.5 Pojetí nemoci

Obecně je nemoc porušení homeostázy somatické a psychické, porušení dosavadní adaptace a pokus o novou; je však vždy určitým stresem a zátěží. Vážná nemoc ohrožuje systém hodnot pacienta, který si ve svém životě vytvořil. Mnoho lidí nestaví zdraví a život na nejvyšší příčky hodnot své životní hierarchie. Nepřipouští si jejich ohrožení. „*Nemoc, pokud není provázena nozoagnozií, vyvolá adekvátní nebo inadekvátní psychickou reakci*“ (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 42).

Psychologie nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním zahrnuje jednak psychologii nemocných s chronickým onemocněním vůbec, jednak se přidává specifická stránka psychologie typické právě pro zhoubné onemocnění.

2.5.1 Obecné faktory nemoci

Obecné faktory, které ovlivňují reakci onkologicky nemocného, jsou tyto:

- a) somatické obtíže,
- b) délka a náročnost léčby,
- c) chronicita onemocnění,
- d) anticipační reakce týkající se prognózy,
- e) sociální mikroklima,
- f) terapeutický vztah.

První tři faktory nemůžeme měnit, jsou objektivně dány. Pomocí posledních dvou můžeme ovlivnit postoj nemocného k předchozím faktorům a připravit tím zlepšené podmínky jeho dalšího přežití (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 43).

2.5.2 Symptomy u nádorového onemocnění

Vzhledem k tomu, že řešení symptomů pacientů spojených zejména s pokročilým onkologickým onemocněním je jednou ze stěžejních úloh lékařů onkologů, zdravotnického a pomáhajícího personálu, rodiny a jejich blízkých, chtěla bych se jim věnovat v poněkud podrobnější rovině.

Rhodes a Watson uvádí v roce 1987 vysvětlení slova symptom, které je odvozeno z latinského slova *synthoma* („dění“ nebo „neštěstí“). Toto slovo se začalo v souvislosti s příznaky onemocnění více používat v 17. století. Ve středověku se výraz *synthoma* často užíval jako „znamení d'ábla“ (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 79).

Později se „příznak“ chápal jako něco, co je našimi smysly pozorovatelné, zatímco symptom označuje změnu funkce, kterou nemocný člověk pociťuje. Symptomy upozorňují lidi na skutečnost, že by měli vyhledat lékařskou péči, protože něco v jejich zdravotním stavu není v pořádku. V souvislosti s paliativní péčí přestávají mít symptomy „ochrannou funkci“ a často se stávají trvalým a stresujícím připomenutím pokročilého onemocnění. Potlačení či zmírnění symptomů je spjato s cílem paliativní péče, jímž je dosažení nejvyšší možné kvality života pacientů. Hodnocení symptomů, které jsou definované jako systematické sledování fyzických, emocionálních, sociálních a duchovních problémů, jež vznikly v důsledku pokročilého onemocnění, je nezbytné pro předpoklad jejich léčby (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 79).

O obecných zásadách léčby těchto symptomů u pokročilého onkologického onemocnění uvádí Sláma (VORLÍČEK aj., 2006, s. 156) následující:

Nejlepší léčbou symptomů je odstranění příčiny, která je vyvolává. U pokročilých stádií onkologického onemocnění vlastní příčinu obtíží ovlivnit nelze. Zbývá symptomatická léčba. Často

nelze odstranit a vyřešit všechny pacientovy obtíže. Je potřeba se přednostně zabývat symptomy, které lékař spolu s nemocným označí za nejvýznamnější. Některá hlediska strádání pacienta není možno žádnou jednorázovou lékařskou či ošetrovatelskou intervencí odstranit a vyřešit. Zde je potřeba přijmout fakt, že utrpení a zkušenost ztráty je nedílnou součástí lidského života. U takto nemocného je potřeba citlivě reagovat na jeho potřeby a přání. Farmakoterapie by měla být pouze součástí komplexní péče, nikoliv náhražkou podpory ze strany ošetřujícího personálu.

Intenzivní léčbou některého ze symptomů je někdy možno vyvolat několik dalších symptomů. Ošetřující personál by neměl zapomínat, že celkový útlum navozený vysokými dávkami analgetik je pro některé pacienty významnějším zhoršením kvality života než přítomnost určitého stupně bolesti při zachování jasného vědomí a schopnosti bezproblémové komunikace. Zde je zapotřebí zdůraznit potřebu otevřené aktivní komunikace s nemocným a to nejen o jeho obtížích, o pozitivních, ale i nežádoucích účincích symptomatické léčby. Všechny tělesné symptomy je nutno vždy hodnotit v širším kontextu pacientova prožívání. Existuje výzkum výskytu symptomů u pacientů, kterým je poskytována paliativní péče, zejména pacientům s rakovinou. Podobnými symptomy také trpí i lidé s jiným typem vážného onemocnění. Podle tvrzení Bruera z roku 1998 výsledky výzkumu ukazují, že únava, nechutenství a bolest se vyskytují u 70 – 90 % pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Mezi časté symptomy řadí autor ztrátu hmotnosti, nevolnost, zácpu, zmatenost a dušnost (cit. dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s. 81).

Psychické symptomy jako úzkost a deprese se často vyskytují u umírajících pacientů. Profil symptomu ovlivňuje typ onkologického onemocnění. Příkladem jsou nádory, které metastazují do kostí, jako je rakovina prsu, jsou provázeny bolestí, přičemž zase s nádory trávicího ústrojí je spojeno zvracení a nevolnost. Léčba onkologické bolesti bývá sdružena s výskytem dalších symptomů, jako jsou zácpa, zmatenost, sucho v ústech. Při symptomu bolesti je proto nutné se zaměřit také na možnost výskytu souvisejících symptomů (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 81).

2.5.1.1 Bolest

Podle Psychologického slovníku je definice bolesti následující:

„ ... nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy ... bolest lze ovlivnit farmakologicky (analgetiky, neuroleptiky, příp. narkotiky, slovem, sugescí i autosugescí; kvalitativní změny ve vnímání bolesti rozlišují analgezii, hyperalgezii a hypoalgezii; k nejčastějším fyzik. projevům patří: pocení, chvění, změny dýchání a oběhu krevního; k mimickým projevům b. patří: zavírání očí, svírání obočí, otevírání úst, zatínání pěstí ... hůře než intenzita b. se snáší její trvání ... nejhůře však strach, co bolest může znamenat; vnímání bolesti je ovlivňováno též

kulturou ... to vysvětluje rozdíl v tom, že jedinci, jimž je předepisován morfin k potlačení chronické bolesti, se na něm nestávají závislími, na rozdíl od těch, kteří ho užívají pouze k vyvolání blažených pocitů“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 79).

HAŠKOVCOVÁ (1975, s. 49) uvádí, že poznání z bolesti vyústí v pocity strachu o zničení vlastního já. Dává poznat člověku, že je zranitelný, uvědomuje ho o realitě pocitu, že je smrtelný. Mnohokrát bolest a její příčinu člověk překoná, ale přijde moment, kdy bojovat proti ní bude zbytečné. Jeništa již v roce 1921 říkal, že bolest není něco, co stálo před člověkem, ale splývá s ním a podílí se na vytváření jeho osudu. Není jenom krutá. *„Porozumívání bolesti je tvůrčím podnětem rozvoje dětských smyslů a nepostradatelným článkem biologického zákona, který vládne životu“ (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 1975, s. 49).*

Podle Velkého lékařského slovníku je bolest *„nepříjemný pocit a vjem, který patří k základním a důležitým příznakům onemocnění ... a jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu ... popř. omezit též pohyb určité části těla. Klinicky může mít různých charakter ... různou intenzitu, kolísání ...“ (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 130).*

Hodnocení bolesti

Překážkou v léčbě bolesti je její nedostačující hodnocení. Odpovídající hodnocení bolesti počíná celkovým vyšetřením zahrnujícím nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Součástí hodnocení bolesti je používání vhodného nástroje. Ten by měl obsahovat tyto charakteristiky: lokalizaci, charakter bolesti, intenzitu a časový faktor (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 91).

Podle toho, jak pacient bolest popisuje, lze rozlišit bolest na somatickou, viscerální a neuropatickou. Somatická bolest bývá pacienty popisována jako *“kontinuální“*, *“pobolívání“*, *“hryzavá“* či *“hlodavá“* bolest. Viscerální bolest pacienti pociťují ve vzdálenosti od postiženého místa a přichází *“ve vlnách“*, bývá popisována jako *“křeče“*. Neuropatická bolest bývá popisována jako *“brnění“*, *“vystřelování“*, *“pálení“* nebo jako *“elektrický šok“*. Různou bolest lze tlumit různými léky (tamtéž, s. 92).

Při hodnocení časového faktoru se vychází ze tří hledisek: nástupu bolesti, doby trvání a frekvence.

Kromě fyziologických projevů by si měl lékař všimnout i chování pacienta, které s bolestí úzce souvisí. Poskytne informace o tom, jak si je nemocný schopen zajistit základní potřeby. Psychosociální a spirituální dimenze bolesti na konci života mají svou důležitou roli.

Bolest je symptom, kterého se na konci života pacienti a jejich rodiny obávají nejvíce. U většiny nemocných však je možno dosáhnout úlevy od bolesti podáváním opiátů, analgetik a používáním alternativních metod. Domnívám se, že pacienti a lidé, kteří netrpí bolestí, mají možnost a prostor zaměřit se na své psychické a duchovní záležitosti a tím smysluplněji a kvalitněji prožít svůj život v posledních dnech.

2.5.1.2 Dušnost

Dušnost patří mezi nejobtížnější a nejhůře snášené symptomy. Protože dýchat znamená totéž jako žít, jakékoliv ohrožení této funkce může u pacienta vyvolat fyzickou a emociální tíseň. Pomáhající personál může při pohledu na pacienty, jež zápasí s dechem, pociťovat bezmocnost a úzkost.

NAVRÁTIL (2003, s. 307) charakterizuje dušnost jako „*subjektivní pocit nedostatku vzduchu, pocit zvýšené potřeby dýchací činnosti ... může být provázena zrychleným dýcháním ... či hlubokým dýcháním nebo je dýchací rytmus nepravidelný. Dušnost je abnormální tehdy, není-li adekvátní fyzické námaze, nebo se vyskytuje dokonce již v klidu.*“

O léčbu příčin u pacienta je potřeba se snažit vždy, když je to možné. V každé situaci je možná symptomatická léčba. Mezi obecná opatření patří zklidnění pacienta, vyhovující poloha, čerstvý vzduch, dechová a relaxační cvičení (VORLÍČEK aj., 2006, s. 156 - 157).

Dušnost je tedy stresující symptom, který ovlivňuje všechna hlediska života. U pacienta s pokročilým onemocněním není pravděpodobné, že se podaří zcela ovlivnit dušnost bez čárky na rozdíl od bolesti. Tito nemocní proto potřebují podporu a povzbuzení k vyrovnání se s tímto problémem a adaptací na změny, které dušnost přináší. Léčba dušnosti vyžaduje multidisciplinární přístup s ohledem na potlačení symptomu a úzkosti, jež dušnost provází.

2.5.1.3 Kašel

Kašel a expektorace jsou v popředí u primárních nádorů plic a u plicních metastáz. Kašel patří mezi obranné mechanismy dýchacího systému a má za úkol odstraňovat látky, které vnikly do dýchacích cest nebo nadměrně produkovaný sekret dýchacími žlázami. Nejcitlivějšími místy jsou: larynx, bifurkace trachey a větve velkých bronchů (NAVRÁTIL, 2003, s. 308).

Terminální dýchání se často projevuje jako: „*hlasité chrčivé dýchání vznikající z hromadění sekretů ve velkých dýchacích cestách u zesláblých terminálně nemocných ... Často se vyskytuje u*

umírajících pacientů s poruchou vědomí charakteru soporu a kómatu“ (VORLÍČEK, J. aj., 2006, s. 158).

Léčba je často indikována s ohledem na pacientovy ostatní spolupacienty. Sám nemocný již ve většině případů sám sebe, ani své okolí, nevnímá. Blízkým a rodině pacienta je potřeba vysvětlit, že tyto projevy, jako je hlasité dýchání, nejsou projevem dušnosti, ani jiného utrpení.

2.5.1.4 Únava

Je subjektivní pocit a není snadné stanovit její odpovídající definici. Pojem únava zahrnuje tyto ukazatele: Fyzické symptomy – únavu, slabost, celkovou ochablost, nedostatek energie, vyčerpání, ospalost, letargii, pobolívání po celém těle. Psychické symptomy – znuřenost, deprese, nedostatek motivace. Kognitivní symptomy – neschopnost se koncentrovat (O’CONNOR a ARANDA, 2005, s. 116).

Vzhledem k tomu, že existují různé definice i metody sběru statistických dat únavy, jež se týkají demografických faktorů, fáze onemocnění a způsobů léčby, pohybují se údaje o výskytu únavy u pacientů s onkologickým onemocněním v rozmezí od 40 do 100 %. (tamtéž, s. 117).

Je problematické odlišit depresi od únavy. Ačkoliv je logické se domnívat, že deprese může vést k pocitům únavy, je také logické tvrzení, že únava je příčinou deprese, protože vede k narušení zvyklostí v životě pacienta. Vzájemný vztah mezi psychickým stavem a únavou tedy komplikuje stanovení diagnózy a samotnou léčbu únavy u onkologického onemocnění (tamtéž, s. 118).

Doba zvyšující se únavy a spavosti bývá ukazatelem blížícího se konce života. Pokud byla do té doby únava léčena aktivním cvičením, hydratací, výživou, stimulací a odpočinkem, přichází nutnost rozhodnout o ukončení aktivní léčby a zacílit pozornost na pacientovu podporu při přirozeném procesu umírání. Toto rozhodnutí musí učinit pacient spolu s rodinou. Potřeby spolu s prioritami pacienta se v průběhu jeho nemoci mění a ošetřující a pomáhající personál by na ně měl být schopen včas reagovat.

2.5.1.5 Nechutenství

Podle Slámy (VORLÍČEK aj., 2006, s. 159) je nechutenství (anorexie) snížená či žádná chuť k jídlu; je častým symptomem pokročilých onemocnění, nejen onkologických. Tento stav může mít mnoho příčin, přičemž některé jsou ovlivnitelné. Častým důvodem může být např. nedostatečně zmírněná bolest. Nechutenství je potřeba hodnotit z hlediska celkového stavu pacienta

a ve vztahu k jeho prognóze. V případě, že prognóza pacienta je v řádu měsíců, je třeba jeho apetit podpořit.

U nemocných v terminálním stadiu nemoci v otázce příjmu potravy respektujeme přání nemocného. Tato skutečnost bývá obtížně přijatelná pro rodinu a blízké pacienta, kteří se obávají, že jejich blízký „zemře hladem“. Je potřeba velmi citlivě pracovat i s rodinou a blízkými nemocného a poučit je o skutečnosti, že odmítání potravy je za těchto okolností přirozeným projevem umírání. Podávání umělé výživy není těmto pacientům indikováno (VORLÍČEK aj., 2006, s. 160).

2.5.1.6 Nedostatek tekutin – dehydratace

Mezi možné rizikové faktory nedostatku tekutin patří nadměrné ztráty přirozenou cestou, např. zvracení, průjem, nebo nepřirozenou cestou – např. rány, permanentní katétry. Mezi další faktory, které jsou rizikové, patří narušený příjem tekutin.

Vorlíčková upozorňuje na to, že v tomto případě musí ošetřující personál sledovat příjem a výdej tekutin, všimnout si vyjádření pacienta, že má žízeň, podporovat příjem tekutin až 3 litry denně podle snášenlivosti nemocného. Trvající negativní rovnováha naznačuje vznikající dehydrataci a potřebu zvýšené náhrady tekutin. Mezi společné intervence s pacientem patří pobízení pacienta k popíjení tekutin a to i v případě, že neudává pocit žízně. Jen tak se může zajistit dostatečný příjem tekutin i u oslabeně vnímané potřeby pacienta. Očekávanými výsledky by měla být přiměřená rovnováha tekutin, která se bude projevovat stabilními vitálními funkcemi, např. zvlhčenými sliznicemi, dobrým turgorem kůže (VORLÍČEK aj., 2006, s. 313).

2.5.1.7 Zmatenost a neklid

Akutní zmatenost se vyskytuje často u pacientů s pokročilým onemocněním, starých osob a lidí s více onemocněním. Medicínské pokroky v léčbě nádorů pacientům prodlužují život, což však může být komplikováno organickými změnami mozku a možným rozvojem stavů zmatenosti. Pokud je zmatenost nerozpoznána a neléčená, je stresující nejen pro pacienta, ale i pro jeho blízké, protože znemožňuje komunikaci a může zanechat u členů rodiny stresující zážitky na poslední okamžiky. Dalším problémem je riziko úrazu, protože zmatenost je spojena s neklidem a rozrušením.

Často bývá používán pojem „delirium“ podle diagnostických kritérií Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM), která byla vytvořena Americkou psychiatrickou asociací (APA). Akutní zmatenost se projevuje jako výrazná alternace kognitivních funkcí, jež se

mění v průběhu času, někdy i několikrát za den) a má známou příčinu (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 177).

Delirium je definováno jako „*kvalitativní porucha vědomí, pozornosti, vnímání, paměti ... s akutním průběhem. Postižený je naprosto desorientován, má poruchy vnímání..., bývá rozrušený, úzkostný. Současně bývají přítomny i vegetativní příznaky (bušení srdce, změny krevního tlaku)*“ (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 203).

Akutní zmatenost se často nedostatečně rozpozná, proto nebývá vhodně léčena. Je potřeba sledovat známky akutní zmatenosti, aby ji bylo možno včas identifikovat a vhodně léčit. Je potřeba mít na paměti, že emocionální tíseň může zkomplikovat zmatenost a terminální neklid. Při posuzování a léčbě zmatenosti je nutno se zabývat všemi aspekty péče o pacienta a to včetně stránky emocionální, sociální, fyzické, spirituální a kulturní (O'CONNOR a ARANDA, 2005, s. 186 - 187).

2.5.1.8 Rodinné vztahy

Mezi možné rizikové faktory narušující rodinné vztahy onkologicky nemocného pacienta řadíme situační, přechodnou krizi – dlouhodobou nemoc, změněné role, změnu ekonomické situace. Vývojovou krizi – očekávanou ztrátu člena rodiny.

V těchto případech je potřeba si všimnout složení rodiny, přítomnosti blízkých a přátel. Pomáhá to poznat, kdo je připraven pomoci s péčí o pacienta. Zjišťuje se, jak probíhá komunikace v rodině a jaký je v rodině předpoklad další komunikace. Toto zjištění přináší informace o efektivnosti domluvit se a umožňuje odkrývat komplikace, které mohou narušovat schopnost rodiny být pacientovi nápomocna a pozitivně se vyrovnat nejen s diagnózou, ale i s terapií. Je potřeba zhodnotit očekávání rodiny vzhledem k jejich rodinným rolím a vybídnout ji ke komunikaci na toto téma. Vzhledem k tomu, že každý člověk může situaci vnímat jinak, ujasněním si těchto představ a očekávání jednotlivých členů rodiny podporuje vzájemné porozumění. Důležité je také naslouchání vyjádření o bezmocnosti. Tyto pocity mohou přispívat k problematickému přizpůsobování se diagnóze onkologického onemocnění a komplikují spolupráci při terapii. (VORLÍČEK aj., 2006, s. 320).

Se členy rodiny je potřeba jednat vstřícně, se zájmem a respektem. Přináší to pocit empatie a šíří důvěru ve schopnost zvládnout danou situaci. Je vhodné nereagovat negativně na vyjádření zloby. Pocity zloby se dají očekávat vzhledem k situaci, kdy jsou účastníci nuceni vyrovnat se s těžkou a potenciálně smrtelnou chorobou, jako je onkologické onemocnění. Důležité je vyjádřit

pochopení obtížnosti situace, v níž se pacient a rodina ocitli. Je potřeba povzbuzovat využívání osvědčených strategií vyrovnání se a zdůraznění významu kontinuálního otevřeného dialogu mezi členy rodiny. Otevřený dialog mezi jednotlivými členy rodiny pak podporuje porozumění a pomáhá udržovat komunikaci a řešit komplikace. Je vhodné doporučit rodině dle potřeby odpovídající podpůrné skupiny, organizace pacientů a duchovní, zajistit kontakt s psychologem.

2.5.1.9 Psychická a existenciální tíseň

Tíseň lze definovat podle Kissane a Yates (cit. dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s 189) jako „*nepříjemný pocit, jehož příčinou jsou psychické (afektivní, behaviorální a kognitivní), fyzické, sociální nebo spirituální problémy. Pacient se s touto situací musí nějak vyrovnat.*“

Existenciální tíseň je podle uvedených autorů (tamtéž) definována: „*jako tíseň, která pochází z konfrontace s podstatou existence – patří sem otázka smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty.*“

V paliativní péči lze nalézt velké množství různých příčin stavu tísně, která je přechodná, např. dlouhé čekání u lékaře, necitlivé poznámky od zdravotnického personálu, symptomy onemocnění. Pokud je nemocí ohrožena vlastní existence, situace může způsobit přetrvávající úzkost nebo depresi vyžadující léčbu. Existenciální utrpení může pacientovi způsobit velkou tíseň.

Péče paliativní je definována jako „*útěšná, úlevná péče; komplexní péče o nemocné, kteří trpí nevléčitelnou chorobou ohrožující život; jde o mírnění utrpení tělesného, psychického, sociálního i spirituálního včetně odstoupení od trýznivé léčby; zahrnuje i péči o příbuzné ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s 396).

Formy existenciální tísně podle Kissane a Yates (cit. dle v CONNORA a ARANDY, 2005, s. 191):

- **Úzkost spojená se smrtí** – vyznačuje se strachem z umírání a smrti, panikou, starostí z nejisté budoucnosti, ztrátou spirituální nebo náboženské víry. Související psychiatrické poruchy jsou úzkost a panické poruchy. Úspěšnou adaptací lze dojít k uvědomění si a přijetí smrti.
- **Demoralizace** – vyznačuje se pocitem, že nic nemá smysl, ztrátou duchovní síly, bezmocí, touhou zemřít. Psychiatrické poruchy související s tímto stavem jsou „demoralizační syndrom“, depresivní poruchy. Úspěšnou adaptací lze nabýt zpět duševní klid a pocit naplněného života.
- **Komplikovaný zármutek** (truchlení) – příznakem je intenzivní plačtivost, smutek, zloba,

depresivní nálady, pocit nespravedlnosti. Psychiatrickou poruchou jsou depresivní poruchy. Zdařile adaptován je pacient, který je smutný, ale smířený s tím, že se musí rozloučit.

- **Existenciální osamocenost** – vyznačuje se pocitem izolovanosti a úplného osamění. Související psychiatrickou poruchou je dysfunkční rodina, chybějící sociální podpora, problémy ve vztazích. Úspěšně adaptovaný pacient je doprovázen a podporován rodinou a přáteli.
- **Ztráta kontroly** – mezi příznaky patří: zlost ze ztráty kontroly, obsesivní problémy při rozhodování, nerealistická přání, nedodržování léčby, strach ze závislosti. Psychiatrické poruchy související s tímto stavem jsou fobie, obsesivní kompulzivní syndrom, zneužívání látek. Úspěšnou adaptací je přijetí vlastní křehkosti a závislosti na pomoci ostatních.
- **Ztráta hodnoty** – pacient je rozzlobený nebo rozrušený z nemoci, cítí stud, problémy s body image, má strach z přítěže pro ostatní. Související psychiatrické poruchy jsou adaptační poruchy. Úspěšně adaptovaný pacient je důstojný i přes přítomnost nemoci, znetvoření nebo handicap.

Zacházení personálu s pacientem má být nevtíravé, profesionálně laskavé a uklidňující. Je třeba respektovat pacientovo přání nebýt rušen, pokud chce přemýšlet a snít. Na druhé straně je žádoucí mu vyhovět v drobných žádostech: zatelefonovat vzkaz, zařídit dodání předmětu, který má rád, vyslechnout jeho vzpomínku, prohlédnout si fotografie (DOSTÁLOVÁ, 1984, s. 115).

2.5.1.10 Existenciální a spirituální potřeby

Pečující personál má mnohdy představu, že „duchovní potřeby“ mají jen lidé věřící a náboženští a při uspokojování těchto potřeb jim může být nápomocen jen farář, kněz nebo pastorační pracovník. Vážně nemocný pacient potřebuje kromě odborné léčby také lidi, kteří mu jsou nápomocni v jeho stavech naděje a beznaděje, radosti a úzkosti.

Proto je třeba, aby se těžce nemocný nebo umírající vyrovnal se svým životem, přestal si vyčítat své minulé nedostatky a chyby, vyrovnal se s obavami jak o sebe, tak o své blízké, pozitivně bilancoval svůj život a dospěl k vyrovnání a odpuštění sobě i druhým.

3 MOŽNOSTI PÉČE O DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Podle Psychologického slovníku je zdravotní péče definována jako: „konkrétní uskutečnění práva občana na zdraví; péče je dána dostupností geografickou, časovou, institucionální, ekonomickou, tj. mírou solidarity, a kulturně civilizační, tj. mírou schopnosti zdravotní péči vyžadovat a přijímat“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 396).

3.1 Kvalita zdravotní a ošetrovatelské péče

Úroveň pomoci lékaře a sestry je důležitá pro zlepšení zdravotního stavu pacienta i kvalitu jeho života. Lékař je nejlepším lékem ve významu povzbudivého osobního vztahu. Svojí úlohu zde však zde má i odborná stránka, profesionální poctivost a terapeutické možnosti. Pacient často bývá přesvědčen, že jeho lékař je ten nejlepší ze všech, ale může se stát, že lékař je sice profesionál, ale pacient či někdo z jeho blízkých ho takto nevidí. Tato situace je pak problematická; totéž platí také v oblasti ošetrovatelské péče (KŘIVOHLAVÝ, 1989).

Je třeba věnovat pozornost vztahům v rodině, např. zda se jednotliví členové rodiny podporují, jak dokážou řešit problémy. Pokud nemá být pacient sociálně izolován a nemá dojit k odcizení na obou stranách, je potřeba věnovat náležitou pozornost fungování rodiny jako takové.

Příbuzní a blízcí pacientů prožívají s pacienty jejich léčbu, většinou trpí obdobnými psychickými újmami jako nemocní. Prožívají strach, úzkost, obavy, kolísání v náladách. Žádají rady a pomoc od sester a lékařů, komunikace s nimi je důležitá a náročná jako s pacienty. Ošetřující personál se také mnohdy setkává u příbuzných pacienta s nezájmem, dokonce odmítnutím pomoci blízkému nemocnému člověku.

Kalvodová (VORLÍČEK aj., 2006, s. 167) upozorňuje na to, že zdravotní sestra ošetřující pacienta s onkologickou diagnózou na oddělení nebo v ambulanci je mu fyzicky i psychicky nejbliže. Při léčebných procedurách se ho dotýká, způsobuje i tíši bolest. Sestra je první a možná jediná, které se nemocný svěří se svými vnitřními pocity, emocemi, náladami.

3.2 Úloha zdravotnického personálu

Někteří pacienti mají obavy, že jsou pro své blízké přítěží. Bojí se toho, že budou umírat v nedůstojných podmínkách. Vyplývá z toho důležitá potřeba hovořit s nimi o těchto záležitostech. Nemocní totiž dříve mohli být svědky umírání, které považovali za nedůstojné. Zde je potřeba ujištění, že moderní způsoby léčby bolesti jsou účinné. Úkolem zdravotní sestry je podporovat pacienta a „doprovázet“ jej na jeho cestě.. Kontinuální péče a podpora rodiny a personálu je nutná až do momentu smrti pacienta.

Zdravotní sestra se v průběhu své praxe naučí poznávat, kdy pacient trpí. Je nejbližší osobou, která s ním přichází několikrát denně do styku a může naslouchat jeho obavám nemocného a obhajovat jeho potřeby. Často se stává, že sestra jako první zjistí problém pacienta, a může tak upozornit ty členy multidisciplinárního týmu, kteří mají příslušnou erudici, což je např. psycholog. Citlivá a empatická péče o pacienty v terminální fázi navazuje tam, kde kauzální léčba není možná. I zde je podpora sester nezbytná pro rodinu a blízké, která spočívá, mimo jiné, v poskytnutí útěchy ve složitém období života.

3.3 Změny v psychice člověka upoutaného na lůžko

Pokud je pacient upoután na lůžko, nastávají v jeho psychice určité změny a při péči o něj je potřeba s nimi počítat.

- **Aktivita** – zdravý člověk vykonává značnou činnost různého druhu, zatímco pro pacienta na lůžku je typická pasivita. Pacient ve větší míře jen přijímá péči druhých.
- **Kvalita a kvantita výkonu** – zdravý člověk podává dobrý výkon v řadě různých činností. To mu dodává určitou míru sebejistoty. Pacient, který je upoután na lůžko, musí vykonávat činnosti, které mu určují jiní a jež by – jako zdravý člověk - nedělal. To pak snižuje jeho sebevědomí, což se výrazně odráží v jeho psychice.
- **Životní rytmus** – zdravý člověk je zvyklý na jistý rytmus. Pokud je však upoután na lůžko, jeho životní rytmus určují zásahy vyšší moci (lékařů, zdravotnického personálu). Pacient se musí přizpůsobit.
- **Změna prostředí** – zdravý člověk se pohybuje v jemu známém prostředí. Když je upoután na lůžko, je mu vnuceno jiné prostředí, pokud leží v nemocnici. To může pacienta demotivovat.

- **Změna zájmů** – zdravý člověk má široký rozsah zájmů. Pokud je upoután na lůžko, stále si připomíná jediný tematický okruh – svou nemoc a své obtíže. Pokud leží pacient v nemocnici a nemá zájem o dění mimo ni, může to návštěvy, které za ním přicházejí, deprimovat.
- **Citový stav** – život zdravého člověka obsahuje přiměřenou část relativně příjemných a pozitivních emocí. U pacienta, který je upoután na lůžko, je sféra emocí kvalitativně jiná. Bolesti, nejistota, pochybná perspektiva vstupují do pacientova života a negativně jej ovlivňují. Pacient může propadnout depresi.
- **Změna v obsahu vědomí** – u pacienta upoutaného na lůžko dominuje téma vlastního zdravotního stavu a ostatní záležitosti ztrácejí na naléhavosti. Často nemocný upadá do stavu, že nevidí a neslyší, chce hovořit jen o své nemoci. To však brání zlepšení jeho psychického stavu.
- **Vlastní tělo** – zdravý člověk ovládá své fyzické projevy, rozumí si. Ležící pacient si nerozumí, propadá depresi při myšlence, že sám nad sebou ztrácí vládu.
- **Sociální interakce** - u ležícího pacienta se výrazně úží okruh lidí, s nimiž se stýká, kteří za ním dochází. Do seznamu přibyli lidé, kteří nemocného vnímají jako řadového člověka, jenž potřebuje pomoc, a nikoliv jako člověka, který ve svém civilním životě něco znamenal. Někteří lidé tuto změnu v sociální hierarchii těžce nesou.
- **Sociální komunikace** – s lidmi v běžném životě komunikujeme bez obtíží. U člověka upoutaného na lůžko nevíme, co nám vyjadřuje jeho mimika, jak se k němu máme chovat. To, jak blízko a kdy se ke druhému může přiblížit, určuje lékař nebo zdravotnický personál. V komunikaci s nimi se mu nedostává odborných slov a chybí mu technické termíny, mnohému pak vůbec nerozumí. To mu jeho sebevědomí neposiluje.
- **Závislost** – proti běžnému životu, na jaký byl člověk zvyklý, nadřazený nad ním je lékař i zdravotnický tým. Může být pro něj těžké tuto situaci zvládnout.
- **Výhled do budoucnosti** – zdravý člověk žije přítomným okamžikem a hledí vstříc budoucnosti. U ležícího pacienta je tato časová perspektiva ohraničena na „nyní“, případně na „zítra“. Jeho prožitek současného okamžiku pak není příjemný. Zakrytý zorný úhel budoucnosti může působit depresivně. Stav pacient upoutaného na lůžko je změněn a to jak v oblasti sociální sféry (v jeho jednání s druhými lidmi), tak v oblasti

jeho emocí (zájmů, myšlenek, perspektiv). Vhodný je pokus o porozumění skutečnosti, proč se pacient chová určitým způsobem. (KŘIVOHLAVÝ, 1989, s. 28 - 31).

3.4 Demoralizační syndrom a jeho léčba

Kissane a Yates (cit. dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s. 196) uvádějí, že demoralizace se často vyskytuje u pacientů starých, handicapovaných, nesoběstačných, s kosmetickými vadami (např. amputacemi) a těch, kteří jsou sociálně izolovaní. Zejména pak tehdy, když se bojí, že budou pro ostatní přítěží, mají strach ze ztráty důstojnosti a mají aktivní suicidální myšlenky. Dosud se věnuje demoralizaci malá pozornost, protože tento stav býval považován za „podprahovou“ depresi. V současné době je uznáván jako samostatná a klinicky významná porucha mentálního stavu.

Léčba demoralizačního syndromu (tamtéž):

- zajištění kontinuity péče a léčby nepříjemných symptomů s využitím empatie a duševní posily pacienta,
- využití přístupu, který je založen na hledání smyslu života (terapie zahrnují stanovení cílů, úkolů a vyjasnění pacientovy role),
- zahrnutí kognitivně – behaviorální terapie. Spočívá v testování reality, řešení problémů, přeformulování pesimismu, pocitu selhání nebo studu,
- využití interpersonální terapie jako je pomoc příbuzným, podpora nosných vztahů v rodině,
- využitím narativní terapie, která je založená na zhodnocení života se zaměřením na duchovní nebo náboženské faktory,
- užití farmakologické léčby a deprese.

Prvotním smyslem těchto přístupů je posílení naděje a smyslu života. Všeobecná životní naděje je záchranou pro člověka v údobí, kdy se konkrétní naděje zdá být nereálná. Pomoc v období nejistoty a zármutku může posílit návrat naděje a životního smyslu. Tato podpora je nemožná bez mezilidských vztahů. Mezi tyto vztahy patří např. pravidelná komunikace s příbuznými. Důraz je kladen na „bytí“. Zdravotnický personál zde může být nápomocen např. aktivním nasloucháním pacientovi, posilováním jeho pocitu, že má pro někoho cenu. Zdravotnický personál může také povzbuzovat rodinu a jeho blízké v navštěvování pacienta a zapojení se do sociálních interakcí.

3.5 Pojetí komplexní léčby zhoubných nádorů

Současné pojetí komplexní léčby maligních nádorů zahrnuje chirurgický zásah, radioterapii a chemoterapii, případně hormonální léčbu, v některých případech i imunoterapii. To však již nestačí komplikované problematice, která se týká vzniku a vývoje zhoubné nádorové nemoci. Uvedené metody opomíjejí pacienta jako somato – psychicko – sociální jednotku. Neberou v úvahu přirozený odpor pacienta k vedlejším účinkům protinádorové léčby a jeho zvyšující se negativismus při jejím dlouhodobém podávání. Toto běžné pojetí by v současnosti měla nahradit širší komplexní péče o nemocné s maligním nádorovým onemocněním. (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 191).

3.6 Alternativní metody doprovázející oficiální léčbu

Podpůrných léčebných metod je velké množství, pro pacienty s onkologickým onemocněním však většinou nejsou účinné. Proto se zde budu věnovat hlavně o psychoterapii.

Důležité však je, aby lékař předem neodmítal možnost použití těchto metod, jednak proto, aby věděl, co pacient užívá, jednak aby tomu mohl zabránit, pokud by to bylo škodlivé. Měřítkem účinnosti jakékoliv metody jsou však výsledky konkrétních výzkumů, které mohou metodu buď potvrdit, zpochybnit nebo vyvrátit. S tím by měl být pacient seznámen (VORLÍČEK, 3. 4. 2014).

3.6.1 Akupunktura

Tato tradiční čínská medicína je stará přes dva tisíce let. Cílem akupunktury je obnovení harmonie, upravení „dechu člověka“. Spočívá ve vpichování tenkých jehel do určitých akupunkturních bodů, které leží na dvanácti energetických drahách; pomáhá předcházet narušené rovnováze v toku životní energie. Akupunktura může mírnit vedlejší účinky chemoterapie a poskytnout pacientovi velkou úlevu. Může ovlivnit i bolesti a snížit tím užívání analgetik.

Stanovení diagnózy je časově náročné. Terapeut potřebuje o pacientovi zjistit mnoho informací. Jeho cílem je léčit příčiny nemoci, nikoliv příznaky. U různých pacientů se stejnými příznaky může ke vpichu jehel volit různé akupunkturní body. (CASIRAGHI, 2009, s. 170).

3.6.2 Reflexologie

Vznikla na počátku 20. století ve Spojených státech. Reflexologie stimuluje energetický oběh stlačováním reflexních bodů, která jsou na chodidlech. Tyto body pak odpovídají jednotlivým tělesným orgánům.

Akupresurní masáže těchto bodů lze docílit hlubokého uvolnění a zmírnění bolesti. Bezpečná je jen tehdy, pokud ji provádí kvalifikovaný terapeut. Pacient podstupující jiné další terapie, musí o nich terapeuta informovat. Jedná se totiž o komplementární terapii, která nemůže nahradit klasickou léčbu (CASIRAGHI, 2009, s. 171).

3.6.3 Muzikoterapie

Vznikla v 50. letech a stále se vyvíjí. Základem jsou studia o vlivech hudby na pocity a emoce člověka. Hudební rytmus přináší pacientovi např. povzbuzení, stimulaci, odplavení napětí, uvolnění, změnu nálady. Lze ji praktikovat buď individuálně anebo ve skupině. Dodnes je tato metoda označována jako jedinečný psychoterapeutický nástroj (CASIRAGHI, 2009, s. 178 – 179). U těžce nemocných a umírajících pacientů, kteří jsou ještě schopni hudbu vnímat, může muzikoterapie podporovat jejich zklidnění, vyvolat příznivé vzpomínky z dřívějších dob a podporovat meditaci.

3.6.4 Psychoterapie

Úspěšná psychoterapie se může podílet na zlepšení kvality pacientova přežití. Cílená psychoterapie může poskytnout lepší pochopení vnitřního světa pacienta a komunikaci s ním. Člověk je somato – psycho – sociální jednotkou a psychoterapeutická pomoc respektuje všechny tyto tři aspekty (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 62 – 63).

Konečný a Bouchal definují psychoterapii jako „*promyšlené psychické působení na zdravotní poruchu smysluplnými podněty sociální interakce*“. Kratochvíl zahrnuje do psychoterapie v širším smyslu i možnosti působení zevním prostředím (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1986, s. 63).

3.6.4.1 Společné znaky psychoterapie

Frankl v r. 1973 uvádí 3 znaky společné všem formám psychoterapie:

1. Prvním znakem je **vznik zvláštní interpersonální vazby**. Vytváří se během psychoterapie mezi pacientem a terapeutem. Ze strany nemocného je obsažena důvěra v terapeutovu kompetenci a profesionální etiku. Ze strany terapeuta pak pochopení a přijetí pacienta s vírou v jeho další pozitivní vývoj. Tento terapeutický vztah má velký význam pro izolovaného nemocného s velkým pocitem nejistoty.
2. Druhým společným znakem je **prostředí**, v němž psychoterapie probíhá. Toto místo je pro pacienta uklidňujícím pozadím jeho léčebného procesu. Zde je mu umožněno se uvolnit při

terapeutických technikách. Ve vyspělých společnostech je léčení lokalizováno v nemocnici, ambulanci, v psychologických poradnách.

3. Třetím znakem je, že všechny psychoterapie jsou založeny na racionálních výkladech nebo mýtech zahrnujících *ucelené pojetí nemoci a zdraví*. Tak poskytují pacientovi bazální rámec pochopení jeho potíží a problémů (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1986, s. 63 - 64).

3.6.4.2 Cíle psychoterapie

Úspěšnou se psychoterapie stává dosažením těchto výsledků:

- a) Získání vhledu procesem učení na hladině poznávací a zážitkové.
- b) Všechny terapie mají za cíl vzbudit pacientovu naději ve zlepšení a zmírnění obtíží.
- c) Úspěšné zkušenosti v průběhu terapie nejen dále posilují naději, ale vyvolávají v pacientovi zvládnání interpersonálních dovedností.
- d) Všechny psychoterapie pomáhají nemocnému přemoci demoralizující pocit izolace (díky interakcím s psychoterapeutem nebo se spolupacienty ve skupině).
- e) Všechny druhy psychoterapie, která je úspěšná, pacienta emočně povzbuzují.

Úspěšné psychoterapeutické techniky způsobují úlevu od nepříjemných pocitů, dodávají pacientovi naději, zvyšují pocit nemocného, že ovládá sám sebe a své okolí. Zvyšují jeho morálku a pomáhají mu zdárně řešit problémy (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 64 – 65).

3.6.4.3 Psychoterapie u onkologických nemocných

Symptomatické pojetí psychoterapie u onkologických nemocných se shoduje se stejným cílem jako paliativní somatická léčba: zlepšit kvalitu přežití onkologických pacientů. Somatická léčba sleduje kvalitu přežití po těchto stránkách: zmírnění tělesných obtíží, zlepšení tělesných funkcí, navrácení nebo udržení nezávislosti nemocného na druhých. Nezabývá se však jeho náladami, strachem, prožíváním nemoci nebo vztahy. Obě léčby se snaží o tlumení bolesti, o zmírňování vedlejších účinků po protinádorové léčbě. Společně se také dotýkají zájmu o navrácení pacienta do jeho sociálního prostředí.

Samostatný cíl psychoterapie je pacientovo vyrovnání se s faktem nemoci a růst osobnosti (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 66).

„I kdyby však zůstala psychoterapie pouze pomocným prostředkem somatické léčby, i pak by měla nezastupitelné místo v komplexní péči, protože skutečná výše kultury dané společnosti se

projevuje také v tom, jak se tato společnost stará o své nemocné, jakou jim poskytuje morální a psychickou podporu“ (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 191).

4 SOUČASNÁ PÉČE O DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

4.1 Péče o nevléčitelně nemocné

Haškovcová uvádí, že podle veřejnosti není péče o nevléčitelně nemocné a umírající kvalitní. Jen 1,3 % dotázaných považuje péči o nevléčitelně nemocné a umírající jako dobrou. Alarmující je také skutečnost, že zdravotníci s opakovanou zkušeností s péčí o umírající hodnotí kvalitu ještě kritičtěji (HAŠKOVCOVÁ, 2007 s. 34).

„Špatná kvalita péče o umírající je tak jednoznačně skrytý a zamlčovaný problém, který má ještě daleko větší rozměry, než by se na první pohled mohlo zdát“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 34).

Nejpříznivěji je hodnocena léčba somatických problémů a bolestí, nejhůře pak péče o psychický stav umírajících a jejich rodin. Negativní hodnocení je i směrem k míře informovanosti pacientů o jejich zdravotním stavu. 68 % lidí umírá ve zdravotnických zařízeních, 4 % lidí končí v sociálních zařízeních, v hospicích dochází k méně než 1 % úmrtí. Tato fakta jsou v kontrastu s přáním lidí zemřít doma nebo u svých blízkých, kteří striktně odmítají léčebny dlouhodobě nemocných a domovy důchodců. Jaké jsou obavy spojené s procesem umírání? Jsou to především bolest, ztráta soběstačnosti, odloučení od blízkých osob, psychické utrpení, osamocenenost, ztráta důstojnosti, obavy z toho, co bude po smrti. Z dotázaných občanů je 91 % přesvědčeno o důležitosti zlepšit péče o umírající (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 34 - 35).

4.2 Odborný lékař na oddělení

Studie dokazují, že stres je jedním z faktorů, který se významně podílí na spuštění rakovinného bujení, a zároveň potvrzují, že stres a imunita spolu souvisejí. Také poukazují na skutečnost, že po vyřčení diagnózy se pacientův život zcela změní. Rakovina postihuje celý organismus a paralyzuje člověka nejen po fyzické, ale také po psychické stránce. Nabízí se logická otázka, proč lékaři onkologickým pacientům automaticky nepředepisují sezení s psychoterapeutem nebo jinou terapii, která by je podpořila a pomohla jim lépe zvládat vzniklou situaci a umožnila jim vyjádřit emoce a zbavit je úzkosti? (CASIRAGHI, 2009, s. 45).

Potřeba psychologa nebo psychoterapeuta na onkologickém oddělení je více, než nutná. V současné době, kdy nemocnice bojují o přežití, a finanční prostředky se šetří na každém kroku, je takovýto požadavek jen těžko splnitelný.

Autorka této práce má zkušenost, že lékaři, kteří přicházejí na oddělení na pravidelné kontroly, jen stěží stačí vyhovět nárokům jednotlivých pacientů na individuální rozsáhlejší informovanost, kterou nestačila pokrýt krátká návštěva např. ve formě vizity. V některých nemocnicích lékař konající běžnou denní kontrolu (vizitu) ani nevstupuje k pacientům na pokoj z obavy před množstvím dotazů, kterými by byl zahrnut.

Pacient s vážným onemocněním, kterým nádorové onemocnění bezpochyby je, se bez podpory lékaře cítí nejistý. Neznalý odborných termínů se neodvažuje informovat v širších souvislostech. Po sdělení nepříznivé prognózy zůstává nemocný na své obavy sám, podporou mu může být pouze rodina a jeho blízcí, jejichž medicínské znalosti jsou většinou na stejné úrovni jako pacientovy, nebo horší.

Taktéž stav pacienta po nešetrném sdělení nepříznivé diagnózy a popř. infaustní prognózy, pokud není ošetřen, může vést k až k panické reakci nemocného, nebo jeho propadnutí letargii, lhostejnosti, apatii a celkové rezignaci a pasivitě. Tento stav může nejen zkomplikovat jeho léčbu, ale i ještě na nějakou dobu dosažitelnou přiměřenou kvalitu života.

Pacienti ve vícelůžkových pokojích bývají velmi často svědky utrpení svých spolupacientů, kteří mají stejnou diagnózu, svědky dramatického zhoršení jejich zdravotního stavu, někdy i smrti. Dospívají k názoru, že totéž čeká i je. Ztrácejí naději, vitalismus, energii a sílu do boje s nemocí.

Osobně jsem byla svědkem hovoru pacienta v jedné nemocnici, který se mezi jednotlivými chemoterapiemi chystal k africkým břehům opalovat. Obecně si neinformovaný pacient sám sobě škodí, prodlužuje si nechtěně léčbu, která je pak ve výsledku ekonomicky mnohem nákladnější. Cesta a důvěra nemocného k různě se nabízejícím letáčkům je již dávno překonána. Logicky ale nemůže být překonána moc a vliv lidského slova oděného do bílého pláště.

4.3 Zdravotnický personál

Zdravotníci nemají hrát roli těch, kdo existenciální a spirituální potřeby naplňují nebo odpovídají na všechny kladené otázky, ale měli by uznat právo na ně za stejně oprávněné jako se postarat o jiné biologické potřeby nemocného. V případě potřeby by měli pacientovi zprostředkovat kontakt na kněze nebo pastoračního pracovníka. Povzbuzení typu „Na to nemyslete“ a „Nechte to

být“ pacientovi nepomohou a souběžně ukazují povrchnost chápání našeho života nebo vlastní pochybnosti nad existenciálními a duchovními otázkami života. (VORLÍČEK aj., 2006, s. 163).

V případě starších pacientů, mnohdy značně sociálně opuštěných, by měli zdravotníci do jisté míry nahrazovat chybějící rodinu. Vzhledem k velkému objemu jiné práce, nedostatku ošetřujícího personálu a také díky chybějící motivaci, se často veškerý kontakt a komunikace s pacientem omezuje na otázky vztahující se k tělesným obtížím a péči o základní somatické potřeby. Důsledkem toho může dojít k prohloubení emoční i sociální opuštěnosti a ohrožení pocitu důstojnosti pacienta.

Zvláštní skupinou, pracující v nemocnici, jsou sanitáři. Tito lidé pocházejí z různých oborů, z různých sociálních vrstev. Sanitářem se např. podle nabídky ÚVN (2014) může stát každý člověk po dovršení věku 18 let, s ukončeným základním vzděláním a s dobrým zdravotním stavem. Po absolvování kurzu (13 dnů á 8 vyuč. hod./den – teorie + 80 hod. – praktická část) absolvent obdrží osvědčení o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání sanitáře.

„Tento kvalifikační kurz připravuje jednotlivce k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání sanitáře pro činnosti v oblasti preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické, dispenzární, laboratorní, lékárenské péče i autoptického oddělení včetně úseků poskytujících vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, kde bude vykonávat své povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu“ (ÚVN, 2014).

Dostupná je i cena kurzu, která činí Kč 6 000,-

Tito pracovníci, podle mé zkušenosti nejen z doby mé hospitalizace, často zastávají a suplují práci zdravotních sester. Bývají, ať již s tichým souhlasem svých nadřízených, nebo bez něj, často připouštěni k práci, která není v jejich kompetenci. Obecně jde o praxi výpomoci zdravotním sestřám, které musí zvládnout velký objem práce a povinností a proto rády využijí k zastoupení svých povinností relativně levné pracovní síly. Nemocný mnohdy ani nemá možnost poznat, že určité procedury s ním absolvoval člověk nekompetentní. Někteří takto povolání sanitární pracovníci si této možnosti, ke které by se za normálních okolností nedostali, velmi užívají. K zamyšlení je více aspektů tohoto jevu, než jen problém etický.

4.4 Pravda nebo milosrdná lež

Komplikované rozhodování o pravdě se týká řady situací a lze konstatovat v obecné rovině, že *„problematika pravdivé informace nemocných je aktuální všude tam, kde pravda může nemocnému také ublížit“* (HAŠKOVCOVÁ, 1997, s. 101 – 102).

V České republice je každému lékaři od roku 1966 (Zákonem o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.) uložena povinnost *„přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu“* (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 2007, s. 54). Zatímco v nedávné minulosti byl obecný příklon k milosrdné lži, dnes je evidentní posun k pravdě. Důvodů je celá řada, např. bezpodmínečný individuální a partnerský přístup k nemocnému, obecné principy práva na seburčení a forezní důsledky vyplývající pro lékaře při nesdělení a skutečnost, že pravdu je dnes problém zatajit.

V souladu se současnými právními normami je nezbytné informovat v první řadě pacienta a teprve po jeho souhlase další osoby. Informace dalším osobám by neměly být rozsáhlejší než ty, které získá pacient. Vzhledem k tomu, že náš právní řád jasně nevymezuje, kdo je rodina, respektive rodinný příslušník, mohou nejasnosti způsobit řadu nedorozumění (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 57).

Archinard v souvislosti s otázkou informování pacienta o jeho stavu uvádí, že průběžné informování pacienta je nejen etickou nutností, ale také terapeutickou taktikou, protože účinnost léčby se odvíjí od kvality poskytnuté informace. *„Odborná literatura k tomuto tématu říká: dobře informovaný pacient má lepší vztah k léčbě, netrpí tolik depresemi a úzkostí, lépe spolupracuje a soustředí své síly na boj proti nemoci“* (cit. dle CASIRAGHI, 2009, s. 102).

Autorka této práce se v průběhu své praxe přesvědčila, že empatie k pacientovi a projevená účast jsou dnes u lékaře zahrnutého velkým objemem povinností a v časové tísní nedostatkovým artiklem. Sdělit či nesdělit nepříznivou prognózu, jak a do jaké míry, je často diskutovaným tématem. Osobně se kloním k individuálně sdělené pravdě s důrazem kladeným na ponechání naděje. Bohužel i dnes můžeme být svědky situací, kdy je etické rozhraní mezi vyslovenou „pravdou s podtextem naděje“ a tzv. „odsouzením k smrti“ těžko hmatatelné a těžko postižitelné.

4.5 Obtěžující symptomy

„Pro lékaře je vždycky bolest pomůckou k orientaci, zatímco pro nemocného je vždycky jen potíží, charakterizovanou intenzitou a trváním“ (HAŠKOVCOVÁ, 1975, s. 49).

Průzkumy ukazují, že v ČR u více než 50 % onkologicky nemocných není dostatečně léčena bolest a to i přes to, že jsou v současné době možnosti, jak ji dobře mírnit. Jako příčina je uváděna malá pozornost, kterou zdravotníci bolesti věnují, jejich nedostatečné znalosti a některé nesprávné představy o opioidech, které vedou k tomu, že jsou tyto léky nasazovány pozdě a bývají také nevhodně dávkovány (SLÁMA aj., 2011).

Léčba nádorové bolesti je často spojena s výskytem dalších symptomů, jako jsou např. zácpa, sucho v ústech, zmatenost. Léčba těchto obtěžujících symptomů a důraz paliativní péče na jejich zmírnění, je nedostatečná. Důvodem může být skutečnost, že se nevěnuje odpovídající pozornost jejich důkladnému hodnocení. Faktory na straně pacienta mohou ovlivňovat identifikaci symptomů. Mezi tyto faktory patří např. strach symptomy přiznat, nebo poznatek, že lidé se spíše svěří s fyzickými než s psychickými problémy. Hlavní důvod je však na straně zdravotníků.

Bolest bývá často podceňována. Příčiny její nedostatečné léčby mohou být na straně zdravotníků, pacientů a někdy i rodinných příslušníků. Pracovníci ve zdravotnictví častokrát postrádají dostatečné znalosti hodnocení a léčby bolesti (FERREL a GRIFFITH, 1994, s. 221 – 234).

Více autorů uvádí, že je výskyt psychické závislosti na opioidech nízký a to zejména u pacientů na konci života. Sestry spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky často správně nechápou význam termínů „adikce“, „tolerance“ a „fyzická závislost“ (O’CONNOR and ARANDA, 2005, s. 90).

Při rozhodování o podávání opioidů by měl mít vždy odpovědný zdravotník na mysli princip „dvojitého efektu“. Tato koncepce, která byla uvedena v život teology římsko-katolické církve (zabývajících se morálkou), obhájí eventuálně škodlivý efekt činu, který byl vykonán v dobrém úmyslu. Např. některé léky určené ke zmírnění bolesti na konci života (morfin), nesou riziko vzniku nežádoucích účinků, které jsou vážné a mohou způsobit i smrt. Pozitivní účinek, jímž je dostatečné tlumení bolesti převažující nad jejich případnými škodlivými účinky, je žádoucí a správný (MUNZAROVÁ, 2005, s. 84).

Podle mých zkušeností má v pokročilém stavu nádorového onemocnění bolesti až 80 % nemocných. Tato bolest posiluje úzkost a depresi onkologických pacientů. Jejich obavy ze smrti jsou často menší než strach z bolesti a utrpení. Neléčená bolest pak může výrazně zkrátit dobu přežití. Bohužel i dnes můžeme v nemocnicích být svědky neošetřené bolesti u pacientů.

V jedné nemocnici jsem byla při návštěvě své přítelkyně přítomna dlouhotrvající bolesti u pacienta doprovázené tichým úpěním a nářkem. Zdravotní sestra, která několikrát okolo lůžka

procházela, nejevila o stav tohoto nemocného nejmenší zájem. Po celou dobu mé přítomnosti na pokoji nemocných se tato situace nezměnila. Při odchodu mě plačící pacient prosil, jestli bych cestou z oddělení nemohla sehnat někoho, kdo by mu pomohl jeho utrpení ukončit, protože v takovýchto bolestech nechce dál žít.

Dostupná odborná literatura nám poskytuje informace o mnoha možnostech jak s bolestí pracovat, aby bylo vážně nemocnému pacientovi umožněno zbytek svého života prožít plnohodnotně a bez utrpení.

I v případě náhlé tzv. „průlomové bolesti“, která se vyskytuje ze známých i nepředvídatelných důvodů v průběhu dobře tlumené konstantní bolesti, lze poskytnout „první pomoc“ např. záchrannou medikací, přivoláním lékaře, vyvinutím jakékoliv činnosti na podporu pacienta. Zmíněná (uvedená) a podobná lhostejnost ze strany zdravotnického personálu může mít dalekosáhlé důsledky na psychický stav pacienta, potažmo na další průběh jeho léčby. Nehledě na psychologický dopad na přihlížející nemocné.

4.6 Možnosti alternativní medicíny

Archinard uvádí, že pacienti, kteří se obracejí na alternativní medicínu, nemají zvláštní psychologický profil. Od komplementární medicíny čekají, že je zbaví příznaků, na něž klasická léčba nestačí. Pokud se alternativní terapie nekříží s klasickou léčbou, je možno takové aktivitě rozumět jako výrazu hledání, adaptace a boje s nemocí (cit. dle CASIRAGHI, 2009, s. 100).

Casiraghi ve své knize uvádí, že je stoupenkyní alternativní medicíny. Popisuje léčebné metody uplatňované na některých klinikách v Německu a Anglii, které kromě klasické léčby nabízí velké množství doprovodných terapií a služeb, jako např. nutriční a psychologické poradenství, pohybová cvičení, tanec, gymnastiku, jógu, koupele v termálních lázních, turistiku, různé sportovní aktivity, masáže a lymfatickou drenáž, arteterapii v podobě dřevorytectví, malování, modelářství, hraní divadla nebo jakoukoliv uměleckou činnost. (CASIRAGHI, 2009, s. 45 - 46).

Autorka této práce si myslí, že by bylo určitě velmi vítaným jevem zařazení doprovodných terapií a služeb do léčebného plánu onkologicky nemocných. Rozvíjet ducha a posilovat tělo oslabené nemocí by jistě mnoho nemocných rakovinou uvítalo. Je to však právě tato skupina vážně nemocných, která musí disponovat s velmi omezenými finančními prostředky a to právě díky handicapu způsobenému nemocí. I za předpokladu existence těchto možností by si tyto nadstandarty málokterý z nich mohl dovolit. Spoluúčast a pomoc od zdravotních pojišťoven, které se snaží ušetřit již na samotné léčbě, málokdo očekává.

4.7 Ideální a dostupná medicína

V našem století se vzdálenost mezi ideální a dostupnou medicínou zvětšila a to paradoxně v situaci, kdy se věda stala výrobní silou. „*Čím větší je propast mezi ideální a dostupnou medicínou, tím hůře pro nemocné, kteří trpí bolestí a umírají v čase, kdy prostředky proti jejich bolesti a způsoby jejich záchrany jsou špičkovým vědcům známy*“ (HAŠKOVCOVÁ, 1997, s. 61).

V komplikované situaci jsou i praktičtí lékaři; za stavu rozporu mezi ideální a dostupnou medicínou záleží na jejich rozhodnutí, komu bude a komu nebude poskytnuta forma ideální medicíny. Jsou to oni, kteří rozhodují s definitivní platností, kdo bude žít dál a kdo ne. Dopad odpovědnosti lékařů je vysoký. Stanovením pravidel se snižuje napětí prožívané lékařem při rozhodování. V posledních desetiletích se někteří erudovaní profesionálové pokoušeli o vypracování kritérií „komu ano a komu ne“. Systémy kritérií tohoto typu se nazývají „matematikou milosrdenství“ (HAŠKOVCOVÁ, 1997).

4.8 Ekonomické umírání

Podle HAŠKOVCOVÉ (2007) se zdá neetické hovořit o vztahu ekonomiky a finality života, nicméně zamlčovat existenci těchto vztahů je „pokrytecké“. Odborná a veřejná diskuze o tomto problému by mohla ztlumit volání po „čistém řešení“ formou eutanázie jevící se mnohým jako vysoce humánní a ekonomicky přijatelný způsob smrti. Jsou zveřejňovány údaje o tom, že v závěru života je finanční náročnost léčby vysoká a neúměrně zatěžuje omezené zdroje. Všeobecná snaha o úspory finančních prostředků a argumenty podobného typu těmto navrhovatelům zkratovitých řešení jen nahrává.

Náklady spojené s čerpáním finančních zdrojů pojišťoven pacienty v posledním měsíci života jsou u nás vysoké a představují nepochybně vážný ekonomický problém. Zvláště pak, pokud si uvědomíme počet těch, kterých se to týká v určitém časovém období. Tito lidé si celý život platili zdravotní pojištění, které využili minimálně nebo vůbec ne. I když existuje generační solidarita a štafetovitý způsob tvorby rozhodujících zdrojů, finanční prostředky jsou nedostatečné.

Čím je moderní medicína lepší, tím je dražší. Nelze každému dopřát vše, co medicína umí a v závěru života je vhodné od některých nákladných procedur upustit. Problém je stanovení kritérií, kdy ještě léčit a kdy už nikoliv, přičemž faktorem, který je rozhodující, je zájem pacienta, doplněný ekonomickou rozvahou.

„Správná, resp. dostatečná aplikace analgetik není formou eutanázie, i když může urychlit „vstup smrti“. V každém případě je dobrá paliativní zejména analgetická léčba pomocí v umírání, nikoli pomocí ke smrti“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 154 – 156).

V této souvislosti bych ráda připomněla již výše uvedený a velmi diskutovaný, tzv. „princip dvojího efektu“. Jedná se o podávání tisících prostředků s jistým předvídatelným dopadem v podobě „rychlejšího vstupu“ smrti. Buď nejsou jiné prostředky k odstranění neúnosných bolestí umírajícího, nebo proto, že pozitiva uvedeného postupu převyšují negativa. Někdy se v této spojitosti hovoří o tzv. „nepřímé eutanázii“, protože ke smrti dojde mimoděk v důsledku velkého, ale nezbytného množství tisících prostředků (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 140)

Podle KŘÍŽOVÉ (1998) není vztah mezi lékařem, lékařským zařízením a pacientem identický vztahu poskytovatele a zákazníka. Vysoce odborným charakterem medicínské profese je pacient závislý na lékaři, jenž jediný může zhodnotit pacientovy zdravotní problémy a indikaci diagnostických postupů a léčby. *„Pacient je ve vztahu ke zvládnání svých zdravotních problémů nekompetentní a nemůže kvalifikovaně posoudit, zda zákroky, indikované lékařem, opravdu potřebuje a zda mají takovou hodnotu, jakou jim lékař vykalkuloval.“ Lékař tedy samostatně rozhoduje o rozsahu zdravotní péče a ceně svých služeb. Pacient má minimální možnost volby“ (KŘÍŽOVÁ, 1998, s. 12).*

Ptám se tedy: budeme jednou nuceni rychle umírat, protože nebudou prostředky na dlouhotrvající smrt?

5 PRAKTICKÁ ČÁST. PŘÍPADOVÉ STUDIE

Praktická část této bakalářské práce bude zaměřena na potřeby onkologicky nemocných pacientů, jejich prožívání a zvládání nemoci. Do této části byli vybráni dva pacienti, kteří se ještě byli schopni podělit o své zkušenosti s prožíváním a zvládáním psychických a sociálních problémů spojených s onkologickým onemocněním a jeden zaměstnanec ke zjištění možného přístupu k problému z opačné strany. Pokud byl zjištěn rozpor mezi verbálním a neverbálním projevem zkoumaného, jako důvod jsem předpokládala skutečnost, že některé tematické okamžiky jej zasáhly emocionálně více, než bylo možno z jeho verbálního projevu vyvodit. Z případových studií byly vybrány ty části, které se týkají studovaného problému, tedy jsou pro účely této práce zkráceny. Součástí uvedených výsečí případových studií bylo pozorování klimatu a atmosféry na odděleních nejmenovaných nemocnic a zdravotnických zařízeních.

Na základě uvedených 3 částí případových studií si chci ověřit, zda závěry, ke kterým jsem došla, lze podložit teoretickou částí mé bakalářské práce.

Konkrétní údaje všech uvedených osob byly změněny.

5.1 Pacient č. 1

5.1.1 Základní údaje

Pacient S. P., narozený v r. 1940, vysokoškolsky vzdělaný, původním zaměstnáním učitel. I v době nemoci, pokud zdravotní stav dovoľoval, pracoval na částečný úvazek. Bydliště v Praze.

Ženatý, otec dvou dětí, rodinný život bez vážnějších komplikací. Dobře finančně zajištěn, s rodinou žil v panelovém domě, vlastnil luxusní chatu, často vyjížděl do zahraničí. Synové byli již dospělí žijící samostatně se svými rodinami. Manželka byla o diagnóze plně informována, manžela pravidelně navštěvovala.

5.1.2 Současné onemocnění

Zdravotní potíže začaly krví ve stolici. Následně se dostavil celkový kolaps, bezvědomí, pacient byl odvezen záchrannou službou do nemocnice. Vzhledem k anémii, byla naordinována

transfúze. Po následných vyšetřeních byl diagnostikován nádor prostaty, pacient byl dále předán do péče onkologického oddělení.

Vzhledem k tomu, že byl nádor neoperabilní, byla doporučena chemoterapie a ozařování. V počátku nemoci byla jeho zdravotní kondice dobrá. Později jeho stav zhoršily vedlejší účinky léčby a progresse onkologického onemocnění. Pacient v pokročilém stádiu své nemoci byl již celkově fyzicky velmi vyčerpán, pohybově omezen a přijímal jen tekutiny.

V závěru nemoci se u pacienta objevily komplikace spojené s virovým onemocněním. Byla nasazena antibiotika, pacient však krátce poté zemřel.

Pacient byl komunikativní, ke svému onemocnění bojovně nastaven, vázán na svou práci, rodinu. Byl schopen introspekce, o své nemoci hovořil otevřeně, své emoce měl pod kontrolou.

5.1.3 Setkávání a komunikace s pacientem

Pacienta č. 1 jsem navštívila ve zdravotnickém zařízení třikrát.

5.1.3.1 První setkání s pacientem

Při první návštěvě byl v dobré fyzické i psychické kondici. Otevřeně hovořil o své rodině, práci. V našem hovoru se o svém zaměstnání často zmiňoval. Zdálo se, že v jeho životě práce zaujímá podstatné místo. Ve chvíli, kdy se zmínil, jak je rád, že na něj kolegové v práci čekají, a drží mu místo, projevil dojetí. Moje projevená účast v něm však vyvolala odmítavou reakci. Často také v souvislosti se svým povoláním hovořil o své finanční situaci. Byl hrdý na skutečnost, že je finančně velmi dobře zabezpečen. Zmínil se o svých plánech do budoucna, ve kterých se chystal na cestu kolem světa. Na moje dotazy ohledně jeho biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb odpovídal, že nestrádá, tedy projevoval vcelku kladné reakce. Pacient poměrně dobře spal, chuť k jídlu a jídlo samotné se mu zdálo v pořádku, jediný problém pociťoval při močení a to v podobě pálení a tlaku.

Měl pocit, že je o něj dobře postaráno, se svou nemocí byl srozuměn, jediný problém spatřoval v pozdní diagnostice své nemoci. Z toho vinil lékaře, u nichž absolvoval preventivní prohlídky. Jako učitel byl totiž vysílán na delší výměnné pobyty do zahraničí, kterým vždy předcházely preventivní lékařské prohlídky. Zde uváděl, že - ač krátce před propuknutím nemoci takovou prohlídkou prošel, lékař vyhodnotil všechny výsledky jako negativní. Tuto skutečnost pacient vnímal jako zásadní pochybení.

S péčí ve zdravotnickém zařízení byl nemocný vcelku spokojen. Na nic si nestěžoval. Starost rodiny o jeho zdravotní stav vnímal jako odpovídající dané situaci. O manželce se

vyjadřoval jako o někom, kdo: „má starost, jsem rád, že přišla, ale uleví se mi, když je na odchodu.“
Přátele zmiňoval pouze v souvislosti se svým zaměstnáním.

Pacient nebyl ve smyslu náboženství věřící. Psychologickou ani psychoterapeutickou pomoc neměl potřebu vyhledávat. Alternativní léčbu odmítal jako nepodstatnou a zbytečnou. Věřil ve své uzdravení a byl plný optimistických plánů do budoucnosti.

5.1.3.2 Druhé setkání s pacientem

Při mé druhé návštěvě, po necelých dvou měsících, došlo k radikálnímu posunu ve všech směrech. Pacient jevil výrazné změny nejen v oblasti fyzické, ale i psychické.

Jeho celkový vzhled prošel markantními změnami. Fyzický vzhled se velmi změnil, kůže byla velmi vyschlá s výraznými skvrnami, vlasový porost na hlavě výrazně prořídil a změnila se jeho barva. Došlo k velkému váhovému úbytku. Již nebyl schopen samostatného pohybu z lůžka. Jeho motorika a verbální projevy byly velmi zpomalené.

Stále však byla zjevná snaha o zachování standardu muže a jeho důstojnosti ve všech ohledech. Svoji situaci vnímal jako přechodnou, nicméně byla patrna změna v hodnotovém nastavení. Připouštěl, že jeho celoživotní snažení a honba za penězi nebyla tou pravou cestou. Na první místo v tento okamžik stavěl zdraví. I v této situaci hovořil o budoucnosti s nadějí. Plány na život po nemoci pro něj byly stěžejní.

5.1.3.3 Třetí setkání s pacientem

Moje třetí návštěva u pacienta proběhla v optimistickém duchu. Pacient vnímal informaci o svých komplikacích spojených s léčbou ve smyslu podávání antibiotik velmi pozitivně. Chápal tuto terapii jako cestu ke svému úplnému vyléčení. Velmi kladně se vyjadřoval k práci rehabilitační sestry, která docházela na oddělení a cvičení, které s ní absolvoval. Vnímal tuto terapii jako cestu ke svému uzdravení. Měl velkou potřebu vše demonstrovat, věřil v příznivý posun věcí. Psychologickou a psychoterapeutickou pomoc stále odmítal.

Další setkání se neuskutečnilo; v době mé další přítomnosti na oddělení lékař vyhodnotil situaci pacienta jako vážnou a nedoporučil jakékoliv návštěvy. Několik týdnů poté jsem byla informována, že v důsledku komplikací spojených s nemocí pacient zemřel.

5.1.4 Analýza rozhovorů

Pacient byl dominantní osobnost, znalá komunikačních dovedností, k čemuž mu poskytl zkušenosti jeho povolání učitele. Záleželo na tom, aby ovládal svůj život tak, jak byl dosud zvyklý. Snažil se udržet si svou lidskou důstojnost i při komplikacích, které mu onemocnění přinášelo.

Pacient nepřiznal po celou dobu svému okolí, že je si vědom závažnosti svého onemocnění a nejspíše použil i obrany sebepojetí ve smyslu popření jeho infaustní prognózy.

Na jedné straně je nutno ocenil pacientův pozitivní postoj k životu přes to, čemu byl při tomto onemocnění vystaven, druhou stranu jeho postoje během všech tří setkání zcela odpovídaly tabuizaci problému umírání současnou společností, která považuje hovor o tom za společensky nevhodný. Jeho chování a projevy odpovídaly požadovaným konvencím, jak si je představují úspěšní muži.

Přesto nakonec dokázal připustit alespoň to, že úspěšná kariéra a nadstandardní finanční zabezpečení by nemělo mít před zdravím prioritu.

5.1.5 Závěr

Pacientovo onemocnění bylo diagnostikováno ve fázi, kdy již léčba nenabízela možnosti jeho vyléčení ani významné prodloužení jeho života.

V počátcích své léčby pacient vykazoval výraznou snahu o vyrovnání se s aspektem nemoci a se všemi příkořimi, které v té souvislosti vnímal. Jeho chování odpovídalo společenským požadavkům vidět svou prognózu optimisticky. V průběhu další progresu onemocnění pak došlo k přehodnocení všech významů jeho dosavadního života.

5.2 Pacientka č. 2

5.2.1 Základní údaje

Pacientka M. S., 35 let. Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Bydliště: malá vesnice blízko Prahy. Povolání úřednice. Pracovala jako technicko – hospodářská pracovnice v jedné soukromé firmě. V průběhu nemoci jí byl přiznán invalidní důchod.

Vdaná, matka dvou dětí, pečující manžel. V rodině dobře fungující vztahy a pevné citové vazby, zvláště mezi matkou a dětmi. Všichni bydleli v malém rodinném domku. V rodině pacientky výskyt onkologického onemocnění.

5.2.2 Současné onemocnění

Pacientka č. 2 si při samovyšetření nahmatala v prsu bulku. Do týdne navštívila gynekologii, odkud byla odeslána na mamografii a ultrazvuk. Po těchto vyšetřeních byla stanovena diagnóza - karcinom prsu a pacientka odeslána na onkologii. Zde jí byla přímo sdělena nutnost operace. Taktéž

byla pacientka informována, že se plánuje provést jen parciální mastektomie, tedy devastační složku v rámci možností minimalizovat, nicméně nelze vyloučit úplné odstranění prsu.

Krátce od stanovení diagnózy proběhla operace s normálním průběhem, byla však nutná ablace prsu. Následně pacientka nastoupila intenzivní chemoterapii. Po ukončení chemoterapie docházela na kontrolní odběry, ale všechna vyšetření, včetně onkomarkerů, byla negativní.

Pacientka byla následně několik měsíců bez potíží. Při dalších kontrolních odběrech se objevily vysoké hodnoty onkomarkerů a proto následovalo CT vyšetření, magnetická rezonance. Byl zjištěn nález v sakrální oblasti.

Do čtrnácti dnů proběhla další operace, kde byly nádory odstraněny. Následovala chemoterapie a ozařování. Po jejich absolvování byly výsledky opět v normě, pacientka byla bez obtíží propuštěna do domácího ošetřování. Další měsíce proběhly bez potíží.

Relaps nemoci se ohlásil silnými bolestmi hlavy a páteře, následně pacientka náhle upadla do bezvědomí. Rychlou záchrannou službou byla odvezena do nemocnice. Zde ukázaly výsledky vyšetření rozsáhlé metastázy v celém těle.

Pacientka podstoupila znovu chemoterapii, ozařování, bolest jí byla tlumena opioidy. Po třech měsících od posledního kolapsu tato pacientka umírá.

5.2.3 Setkání a komunikace

Pacientku č. 2 jsem navštívila ve zdravotnickém zařízení dvakrát.

V době své hospitalizace nemocná komunikovala, z jejího chování byl patrný hluboký smutek. Ke své nemoci se snažila chovat jako k faktické události. „Co se stalo, stalo se a nelze vrátit nazpět.“. Prožívání pacientky bylo umocněno starostmi o své děti, které velmi milovala a které ještě nedosáhly zletilosti. Alternativní možnosti léčby odmítala, psychologickou pomoc vyhledala při prvním relapsu.

5.2.3.1 První setkání

Při první návštěvě je pacientka M. S. krátce po sdělení diagnózy a následné operaci. Je stále ve stádiu šoku a nepřijetí. Nemůže se rovněž vyrovnat se skutečností, jak jí byla diagnóza sdělena. Vadí jí, že lékař, který jí tuto zprávu na nemocniční chodbě sdělil, byl strohý a neosobní. Dával ostentativně najevo, že je zaneprázdněn a nemá na pacientku čas.

Netají se tím, že nemocniční prostředí, zejména prostředí onkologie, ji velmi skličuje. Prodělaná vyšetření a operace ji nejen děsí, ale zároveň vyčerpávají. Popisuje strach před každým výkonem, ať už se jedná o odběr krve nebo měření tlaku. V této souvislosti zmiňuje případ, kdy zdravotní sestře ukazovala při odběru krve žílu, o které věděla, že je jako jediná funkční. Sestra

však byla jiného názoru a na pacientku nebrala zřetel s tím, že ona ví nejlíp, co má dělat. Teprve po dlouhém čase neúspěšných a bolestivých vpichů svoje pokusy ukončila. Až přivolaná jiná zdravotní sestra úspěšně krev odebrala a to z místa, které nemocná již prve avizovala.

Pacientka vykazuje ve všech směrech nejen strach, ale i výraznou úzkostlivost a citlivost na bolest. Velmi špatně nese odloučení od rodiny, zejména od dětí. Manžel za ní dle možností do nemocnice dochází, děti na ni čekají doma. V této souvislosti zmiňuje svůj soukromý hovor s jednou zdravotní sestrou, která rozhodně nedoporučovala přítomnost dětí na onkologickém oddělení a v nemocnici vůbec. Tato sestra zastávala názor, že děti mají být od nemoci a nemocných separovány a neresppektování těchto obecně platných zásad je svědectvím o nezodpovědnosti rodičů. Traumatický zážitek, který tito rodiče dětem způsobí, jim pak bude komplikovat celý zbytek života. Nemocná nepřítomnost dětí velmi těžce nese.

O práci a svých spolupracovnících se nezmiňuje, je patrné, že svoje zaměstnání vnímá pouze jako zdroj obživy, nikoliv jako místo, které by pro ni mělo zásadní význam.

Pacientka se také zmiňuje o pro ni důležitém okamžiku, kdy po probuzení z narkózy zjistila, že nenahmatala svůj prs. V tomto momentu pocítila naprostou paniku a s ní spojenou pozdější beznadějí. Objevil se u ní odpor ke svému vlastnímu tělu. Připadalo jí, že byla rozdělena na dvě části: duši a tělo. Beznaděj pacientky umocňovala nemožnost konzultovat obavy s některým z kompetentních odborníků. Její stav také zhoršovala přítomnost pacientů s různými stádii nemoci na pokoji. Jejich stav popisovala jako: „zoufale sklíčující fyzický a psychický stav“.

Pacientka uvádí, že nemá chuť k jídlu, nic ji netěší, nejraději spí a čeká na návštěvu manžela. Pokud nemusí, ze svého lůžka nevstává.

5.2.3.2 Druhé setkání

Naše druhá a poslední návštěva probíhá v době prvního relapsu nemoci. Pacientka, která věřila, že je vyléčena, je návratem nemoci naprosto traumatizována. Nachází se ve stavu hlubokého smutku, lítosti a odmítání. Jsem překvapena, že vůbec k našemu hovoru svolila.

Nemocná se odhodlává, i vzhledem k mému předchozímu doporučení, vyhledat psychologickou pomoc. Vyjadřuje se však o návštěvách psycholožky s nedůvěrou a její výpověď naznačuje, že od toho nic neočekává a již předem svůj život vzdala. Jakékoliv možnosti alternativní léčby odmítá. Můj dojem z pacientky při tomto setkání je spíše negativní. Patrné kolísání emocionálních stavů a hledání příčin současného stavu v minulosti je zjevné.

Pacientka rezignuje a svoji nepříznivou situaci vnímá jako nějaký trest shora a je přesvědčena o své brzké smrti. O svých dětech mluví jako o sirotcích, kteří opuštěni a bez mateřské lásky záhy zahynou.

5.2.4 Analýza rozhovorů

Pacientka byla v důsledku své diagnózy dlouhodobě nemocná, možnosti současné medicíny jí nepomohly tuto nemoc překonat. Závažnost jejího onkologického onemocnění nebyla slučitelná se životem.

Způsoby, jakými lidé prožívají průběh nemoci, jsou velmi individuální. Záleží na mnoha faktorech. Zmíněná pacientka byla úzkostná a depresivní. Přístup ze strany lékaře a zdravotnického personálu tuto skutečnost jen umocňoval. Tělo bylo léčeno, ale o strádající duši se nikdo nestaral. Sama musela vyhledat psychologickou pomoc, na kterou však už předem nespolehala, a se kterou nebyla ve výsledku spokojena. Bohužel ani obavy o děti nevnímala jako motivaci k boji proti nemoci, ale naopak posilovaly její úzkost a strach, prohlubovaly její depresi. Podporujícího manžela pozitivně přijímala, nicméně prožívání a vnímání pacientky nebyl schopen významně ovlivnit.

Vzhledem k tomu, že emoce ovlivňují imunitní systém v pozitivním i v negativním smyslu, lze se domnívat, že pacientčin psychický stav průběhu nemoci neprospěl. Ovšem s ohledem na malou četnost setkání a neznalost všech souvislostí a podrobností lze tuto úvahu označit jako spekulativní.

Vzhledem k potřebě získání uceleného přehledu o chodu a fungování zdravotnického zařízení jako celku bylo mojí snahou získat výpověď i od zdravotnického personálu. Bohužel se mně podařilo dostat svolení ke krátkému rozhovoru jen od sanitárního pracovníka daného zařízení. Ostatní personál z osobních obav různého typu mojí žádost odmítl.

5.2.5 Závěr

Pacientka mladšího středního věku s pokročilou rakovinou prsu byla od objevení se progresu onemocnění v depresivním stavu, předem vzdala boj o život. Se svým duševním stavem se netajila. K němu přispívalo i chování lékaře a sestry, kteří podceňovali její úsudek a dávali jí najevo svou neosobní nadřazenost. To umocňovalo ještě více její poráženeckou náladu.

Největší utrpení bylo pro nemocnou to, že zanechává své děti na pospas světu a byla přesvědčena, že bez ní nepřežijí. Tedy nikomu kolem sebe nevěřila a propadla naprostému nihilismu.

5.3 Sanitární pracovník

5.3.1 Základní údaje

Sanitář XY, narozen 1973, bydliště Praha. Původ romský. Svobodný, žijící sám. S partnerkou, se kterou žil, se po delší známosti rozešel.

Tento pracovník uvedl, že má vysokoškolské vzdělání v oboru etnologie z jedné mimopražské fakulty. Později absolvoval měsíční kurz na sanitárního pracovníka. Významným mezníkem v jeho životě byla vojenská služba, kde si vysloužil vyšší hodnost a působil zde delší dobu jako voják z povolání.

Později nastoupil jako sanitář v jedné psychiatrické léčebně. Později pracoval také jako řidič z povolání a obsluha vysokozdvížného vozíku.

V současném zdravotnickém zařízení působí na pozici sanitární pracovník takřka 10 let.

5.3.2 Charakteristika chování

Tento zdravotnický pracovník je velmi komunikativní, vstřícný, se zájmem o svou práci, se silným týmovým duchem a s kladným vztahem k pacientům a prostředí, ve kterém pracuje. Projevil rozsáhlé znalosti o nemocech, jejich příčinách, příznacích a léčbě. K personálu a svým nadřízeným se vztahoval velmi loajálně.

5.3.3 Setkání a komunikace se zdravotnickým pracovníkem

Z našeho hovoru vyplývá, že je o pacienty dobře postaráno. Lékaři i celý zdravotnický personál na péči o blaho pacientů vynakládá veškeré své úsilí. Psychický stav přijatých nemocných je od prvního kontaktu pečlivě monitorován, a pakliže vykáže sebemenší odchylku od normálu, je přivolán odborník. Dobré duševní rozpoložení pak při hospitalizaci hlídají nejen zdravotní sestry, ale i sanitáři. „Většina pacientů duševně nestrádá jen díky zdravotníkům a personálu, který má za úkol, aby duševní strádání bylo eliminováno. Praxe je taková, že „často s pacientem mluvíme o tom, co ho trápí, jaké má potřeby a to okamžitě řešíme tak, aby pacient byl v příznivé psychické kondici. Také je důležitý přístup k pacientům, být vstřícný, naslouchat, co chtějí a co očekávají od nás zdravotníků. Vždy vysvětlovat, že vše bude dobré, být neustále pozitivní. V tomto případě pacienti duševně nestrádají a mají v nás důvěru.“

Nikdy nebylo zaznamenáno, že by v tomto zdravotnickém zařízení některý z pacientů dlouhodobě trpěl bolestí, nařikal nebo jinak projevoval duševní potíže a nebyla mu věnována pomoc a odpovídající péče. „Většina ležících pacientů je schopna své léčby jako je ozařování a

chemoterapie. Duševní zdraví je předpokladem úspěšně zvládnuté léčby bez duševního strádání. Také se setkáváme v praxi s duševním strádáním, apatií, negativním postojem k léčbě, depresí. V tomto případě musí lékař vyhodnotit jeho psychiku, zda je schopen léčbu plně dokončit. Vždy je nutné uplatnit psychologa nebo psychiatra, který na požádání onkologického lékaře pacienta vyšetří a navrhne medikaci.“

Od okamžiku, kdy pacient vstoupí do léčebného procesu až do jeho ukončení, vše probíhá bez problému. Případné, ojedinělé komplikace jsou vyřešeny již v počátku. Největší podíl na takovém úspěchu má personál. „Z mého pohledu vše i ozařování pacientů probíhá psychicky dobře, bez jakýchkoliv problémů. Psychické syndromy nebyly zjištěny. K přístupu k pacientovi je zde velký vliv personálu. Intimita pacienta je brána na zřetel.“

S intimitou pacientů přicházejí sanitární pracovníci do kontaktu poměrně často, nejen při běžné denní hygieně, koupání, ale např. i při ozařování, kdy před zákrokem pomáhají pacienty polohovat a znehybnit tak, aby směřování záření nebylo narušeno nežádoucím pohybem. Mnohdy se jedná o intimní partie, které jsou u pacienta nemocí zasaženy a tak se stávají předmětem ozařování.

Na moji přímou otázku, zda přišel někdy do kontaktu s některými z kolegů, kteří by zneužili svou pozici sanitáře a využili indispozic nemocných ke svému sexuálnímu ukájení, odpověděl, že v tomto zdravotnickém zařízení rozhodně ne. Ale má informace, že se toto chování jinde objevuje a s ním i mnoho stížností od pacientů, o kterých v této souvislosti slyšel.

Na můj dotaz, jakým způsobem probíhá na jednotlivých odděleních dělba práce mezi sanitáři a zdravotními sestrami, uvádí, že náplň práce je daná a popsána v pracovní smlouvě každého sanitárního pracovníka. Připouští však, že v souvislosti s okolnostmi a aktuální situací je nutná flexibilita daného pracovníka s odkazem na přímé pokyny jeho nadřízeného, v tomto případě zdravotní sestry. Konkrétní příklady neuvádí.

Při úmrtí pacienta na pokoji ve zdravotnickém zařízení bývá přivolán lékař. Po ohledání zemřelého a konstatování exitu je lůžko zemřelého z obou stran obestaveno zástěnami až do jeho odvozu na příslušné místo v zařízení pro tyto případy vyhrazeného. Přítomným, přihlížejícím pacientům se věnuje pozornost v případě, že reakce na vzniklou situaci jsou nepřiměřené anebo signalizují duševní trauma. Jak bylo uvedeno, stává se tak zřídka.

5.3.4 Analýza rozhovoru

Výpověď sanitáře lze jen obtížně hodnotit, protože na místo mé působnosti byl přeřazen teprve nedávno. Do té doby pracoval v jiné části zdravotnického zařízení. Z důvodu neshod na

pracovišti byl částečně na svoji žádost přemístěn. Přesto byl ochoten jako jediný poskytnout rozhovor.

Je zřejmé, že po 10-ti letech svého působení ve zdravotnictví si osvojil odborné znalosti vztahující se k náplni své práce i mimo ni. Má ke své práci kladný vztah. Své úkoly se snaží plnit zodpovědně. Z rozhovoru plyne zřejmá snaha nepřijít do konfliktu se svými nadřízenými, jednak z důvodu předchozích zkušeností, jednak také nejspíš i proto, že mu kritiku nedovoluje jeho kolektivní cítění. Lze předpokládat i jeho naději, že se mu vychvalování poměrů na oddělení v budoucnosti zúročí.

Názory a postřehy tohoto pracovníka jsem přesto do své práce zařadila, protože jsou výpovědí a svědectvím o situaci a atmosféře na oddělení tohoto zdravotnického zařízení a sdělené skutečnosti mají neoddiskutovatelnou výpovědní hodnotu.

5.3.5 Závěr

Získané informace od zdravotnického pracovníka, který dlouholetou spoluprací se zdravotnickým zařízením získal návyky a znalosti potřebné v plném rozsahu k výkonu této práce, jsou způsobem výpovědi a celkovým dojmem o reálné situaci na pracovišti málo důvěryhodná.

Vzhledem k jeho zjevné a pochopitelné snaze uchovat si práci za každou cenu se nabízí otázka, zda by se o případných negativěch jeho práce, i kdyby byl jejich přímým účastníkem anebo svědkem, skutečně zmínil. Jeho výpověď svědčí pouze o tom, že na oddělení se možnost případných nedostatků nepřipouští, čehož dokladem je i to, že nikdo z ostatních nebyl ochoten o poměrech na oddělení vypovídat.

5.4 Souhrn poznatků z rozhovorů se dvěma pacienty a jedním sanitářem

Oba dva rozhovory se nelišily od zkušeností autorů, které uvádějí ve svých pracích. Postižené osoby reagovaly rozdílně podle svého osobnostního založení a podle své momentální životní situace. Pacient č.1 měl za sebou úspěšný profesionální život, žil v dobrých finančních podmínkách a měl dospělé děti, i proto byl zřejmě vyrovnanější, více sobě věřil, a proto lépe snášel svou chorobu. Pacientka č. 2 byla velmi zranitelná, protože měla nedospělé děti, ale také proto, že byla mladá a nebyla na možnost vzniku onemocnění připravena. Její obrana vlastní integrity se tedy zcela zhroutila, přestala věřit nejen sobě, ale i jakékoliv odborné péči. Lze říci, že se na tomto stavu podíleli i zdravotničtí pracovníci necitlivým přístupem, i když nevědomě.

Analýza rozhovoru se sanitářem pak ukázala, že sebekritika je ve zdravotnických zařízeních stále tabuizovaná. Vystoupení sanitáře jistě nelze brát jako odpovídající situaci na oddělení, protože

chyby připustit je blíže pravdě, než je odmítat, což je nedůvěryhodné. Na druhé straně lze hodnotit, že jako jediný byl ochoten rozhovor poskytnout. Bylo by jistě vhodné doplnit postoje sanitáře konkrétními informacemi, kdybychom znali, proč z předchozího oddělení odešel. Mohlo to být např. i proto, že si dovolil kritiku, ale i pro vlastní chyby v práci.

V každém případě všechny rozhovory potvrzují eventuality, které jsou obsaženy v teoretické části.

Autorka je toho názoru, že v psychosociální péči o onkologicky nemocné by měl působit sociální pracovník, který by mohl zdárně doplnit kvalitní psychosociální péči.

ZÁVĚR

Tato práce podává přehled o průběhu nádorového onemocnění, potřebách takto postižených pacientů, způsobu zacházení s nimi ze strany zdravotníků a o vlastních zkušenostech autorky jako stážistky, která se zaměřila na psychosociální oblast pacientů trpících tímto onemocněním. Autorka se zamýšlí nad konstatováním i úvahami řady renomovaných autorů, kteří pracují s dospělými onkologicky nemocnými.

Závěry výše uvedených vybraných částí případových studií podtrhují a v některých úsecích doplňují, případně rozšiřují informace, které autorka uvedla v části své teoretické práce.

Autorka se získanými výsledky snaží přiblížit nezbytnosti jedinečného a zároveň individuálního pojetí onkologicky nemocných pacientů. Důraz klade na individualitu každého pacienta a tím vznikající potřebu osobitého přístupu.

Autorka dále poukazuje na emoce, které zásadním způsobem ovlivňují imunitní systém. Nejen v pozitivním, ale i v negativním smyslu. Zmiňován je význam psychosociální podpory partnera, rodiny, blízkých a psychologické, terapeutické nebo jiné odborné pomoci. Při snaze zvládnout neúměrné psychické napětí, strach a úzkost, zejména v raných fázích onemocnění, je vhodné navrhnout některým pacientům tišící léčbu, po které se jim uleví. Znovunabytý klid pak s nimi umožní lepší terapeutickou práci.

Významně vystupuje do popředí potřeba lékaře jako partnera, nikoliv nadřazené složky, které je potřeba z neznalosti dané problematiky podléhat.

K zamyšlení autorka také předkládá snadnou možnost „kvalifikace“ a následného přijímání do provozu zdravotnických zařízení zájemců z řad široké veřejnosti bez náležitých odborných filtrů a její etické dopady.

Získávání rozhovorů je časově velmi náročné, protože pro vybudování důvěry mezi pacientem a terapeutem je potřeba mnoha setkání a pacientova aktuální uspokojivá kondice. Jen důvěra, která má pevné pilíře, je schopna unést vážná témata.

Ze zjištěných poznatků vyplývá, že uspokojení všech bio – psycho – socio – spirito potřeb a zvyšování kvality života u onkologicky nemocných determinuje vyšší kvalitu jejich života.

Bylo by jistě přínosné ve zkoumání dané problematiky kvalitativním nebo kvantitativním výzkumem pokračovat a získané výsledky aplikovat v praxi.

Vzhledem k tomu, že autorka vycházela ze svých celkových zkušeností, připouští, že přístup k onkologickým pacientům se může v jednotlivých zdravotnických zařízeních lišit.

Postřehy a závěry autorky mají základ v pozorování. Vzhledem k tomu, že autorka sama nebyla onkologicky nemocná a také nemohla být každodenně součinná v péči o onkologicky nemocné, je si vědoma, že její postřehy a závěry mohou být spekulativní.

Autorka dospěla k názoru, že v psychosociální péči o pacienta s onkologickým onemocněním chybí pomocný článek, který by mohl vhodně vyplnit sociální pracovník.

LITERATURA

ANGENENDT, Gabriele, SCHÜTZE - KREILKAMP, Ursula a TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál, 2010. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. ISBN 978-80-7367-781-7.

BALCAR, Karel. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. oprav. vyd. Chrudim: Mach, 1991. ISBN neuvedeno.

CASIRAGHI, Liliane. *Diagnóza rakovina*. Přeložila Irena BUCHEROVÁ. Praha: Fontána, 2009. ISBN 978-80-7336-500-4.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986.

DOSTÁLOVÁ, Olga. Psychologické problémy v onkologii u dospělých. In: KOUTECKÝ, Josef a DOSTÁLOVÁ Olga. *Základy klinické onkologie*. Praha: SPN, 1984, s. 113 – 115.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 2. Dopln. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7484-466-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Univerzita Karlova, 1998. ISBN 80-238-0937-7.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

MUNZAROVÁ, Marie. *Eutanázie nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

NAVRÁTIL, Leoš, ed. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. Praha: Manus, 2003. ISBN 80-86571-02-5.

O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. Přeložila Jana HEŘMANOVÁ. ISBN 80-247-1295-4.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, L., VORLÍČEK Jiří aj. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie*. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan aj. *Velký lékařský slovník*. 8. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, s. 203, 130. Edice Jessenius. ISBN 978-80-7345-166-0.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Elektronické zdroje

BLAŽKOVÁ, Jana a PETRÁŠOVÁ, Lenka. *Kolika let se dožijí dnešní děti?* [online]. c2014, posl. revize 18. 2. 2014 [2014-03-28]. Dostupné z:

<http://www.svet.czsk.net/clanky/publicistika/dlhovekost.html>

BODE Chris de. 10 facts on cancer [online]. c2014, posl. revize 19. 2. 2014 [cit. 2014-04-6]. Dostupné z:

<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index.html>

EUROPEAN COMMISSION. *Statistika příčin úmrtí* [online]. c2012, posl. revize září 2012] [cit. 2014- 03-28]. Dostupné z:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistic_explained/index.php/

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence? Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [online]. c2012 [2013-04-8]. Dostupné z: http://globcan.iarc.fr/pages/fact-sheets_cancer.aspx

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. *Akreditovaný kvalifikační kurz Sanitář 12. - 15. května 2014* [online]. c2014 [2014-03-28] Dostupné z: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=1429:kvalifikani-kurz-veobecny-sanita&catid=59:kurzy&Itemid=1068

ŽILKOVÁ Věra. *Rakovina zamořuje svět, lékaři se bojí epidemie* [online]. c2014, posl. revize 4.2.2014 [2014-04-08]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/pocet-usmrcenych-rakovinou-roste-muze-za-to-spatna-zivotosprava-p93-/zdravi.aspx?c=A140204_140259_In-zdravi_pvr

Televizní pořad

VORLÍČEK Jiří. *Současné problémy onkologie*. Pořad Hyde Park. TV, ČT24. 3. dubna 2004, 20 hod.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Michaela Prachařová

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Současný stav psychosociální péče o dospělé s onkologickým onemocněním

Počet stran (bez příloh): 69

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2014

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze dne:

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Michaela Prachařová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

Název práce: Současný stav psychosociální péče o dospělé s onkologickým onemocněním

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 69

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 24 + 6 elektronických

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Z rozhovoru se sanitářem bylo zřejmé, že se nechce vůbec kriticky vyjadřovat, a že vykresluje poměry na oddělení pouze příznivě. Jaký měla autorka dojem z tohoto rozhovoru, byl stejný, jak se jeví čtenáři?

Jak autorka vnímá současnou situaci ve zdravotnictví, že osoby po 3-měsíčním kurzu mají ke všemu přístup a nedbá se případného studu pacienta?

Nechť autorka otevřeně sdělí, jaké problémy měla se sběrem podkladů pro praktickou část.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma je z hlediska sociální práce vhodně voleno, autorka se do něj pustila s velkou angažovaností. Práci věnovala značnou péči. Teoretická část je vypracována zasvěceně, je v ní poměrně důkladně probrána část medicínská, část týkající se středně zdravotnické péče, psychologický vliv nemoci na pacienta, podpůrné možnosti alternativní medicíny. Sociální pracovník se zatím obecně v této oblasti neuplatňuje tak, jak by bylo dobré pro komplexní péči o pacienta. Po této stránce by stálo za to uplatnit více návrhů na zapojení sociálního pracovníka do budoucna.

S literaturou autorka pracovat umí, citace jsou správné.

Praktická část byla závislá na možnostech, které jí nemocniční oddělení poskytlo, proto nemohla vyčerpat všechny své potenciality. Navíc byla autorka při vypracovávání práce pod určitým tlakem okolí. Předložené však umožňuje udělat si představu o tom, co autorka chtěla zjistit.

Formálně práce odpovídá požadavkům kladeným na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře, případně i výborně, pokud by byla obhajoba mimořádně zdařilá.

20. 5.2014


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Posudek oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Michaela Prachařová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Současný stav psychosociální péče o dospělé s onkologickým onemocněním

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 69

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 24

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Domníváte se, že lze z předložených dvou případových prací vyvozovat nějaké závěry? V čem jsou zobecňující tendence nebezpečné?
- 2) Definujte obvyklou podobu pracovní náplně sociálního pracovníka ve státních zdravotnických zařízeních a navrhněte konkrétní rozšiřující možnosti jeho profesionálního působení vyplývající ze závěrů vaší BP.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Bakalářská práce, orientována teoreticko-empiricky, je zaměřena na problematiku kvality zdravotnické a psychosociální péče poskytované onkologickým pacientům. Cílem BP bylo poukázat na současnou realitu zdravotnické péče u pacientů vyrovnávajících se s nádorovým onemocněním a zdůraznit tak nepostradatelnost individuálního respektujícího přístupu zdravotnického personálu k těmto trpícím. V teoretické části autorka vymezuje klíčové pojmy, popisuje vývojové fáze onkologického onemocnění, seznamuje čtenáře s fázemi dle Kübler-Rossové a se symptomy nádorových onemocnění. Podrobněji uvádí biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby člověka, které se v průběhu onemocnění mohou významně proměňovat v důsledku prožívání existenciální tísně, jíž tito pacienti musí čelit. Autorka se v další části textu detailněji věnuje psychosociálním možnostem péče o dospělé onkologické pacienty a přitom vychází nejen z teoretických zdrojů, ale i z osobní praktické zkušenosti. V empirické části BP autorka dokresluje nastíněnou realitu prostřednictvím dvou případových studií dospělých pacientů s onkologickým onemocněním a rozhovorem se sanitářem stejnomenného zdravotnického zařízení. V závěru BP autorka vyjadřuje názor, že v psychosociální péči o pacienta s onkologickým onemocněním není doposud významněji angažován sociální pracovník.

Klady a nedostatky BP:

Teoretická část je zajímavě přehledně zpracována a může poskytnout sociálním pracovníkům obohacující informace z oblasti zdravotnické léčby onkologických pacientů. Autorka se nedopustila výraznějších přehmatů vůči českému jazyku.

BP se však zabývá tématem vztahujícím se k praxi spíše zdravotnického pracovníka, postrádám vysvětlující přemostění ke studovanému oboru sociální práce. Přestože autorka v závěru BP upozorňuje na skutečnost, že sociální pracovník není v přímé péči o onkologické pacienty angažován, sama se v žádné z podkapitol nevěnuje roli a obsahu jeho současné pracovní náplně v těchto typech zdravotnických zařízení, která je v systému péče ČR legislativně zakotvena. Dvě předložené případové studie by zasluhovaly důkladnější zpracování.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře – dobře dle výsledku ústní obhajoby

Datum, podpis: 20. 5. 2014

Mgr. Lucie Vacková