

Psychosociální intervence u onkologicky nemocných pacientů

Karla Bernátová

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karla BERNÁTOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Psychosociální intervence u onkologicky nemocných pacientů**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretických východisek – studium literatury

Zpracování praktické části – provedení kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření /zadání dotazníků, sběr dat, zpracování a vyhodnocení/

Přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Spoutaný život, 1.vydání.Praha: Panorama, 1985

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci, 1.vydání.Praha: Grada Publishing, 2002

ROSSOVÁ, E.K. Odpovědi na otázky o smrti a umírání, 1.vydání.Praha: Tvorba, 1995

NAKONEČNÝ, M. Základy psychologie, 1.vydání.Praha: Academia, 1998

TSCHUSCHKE, V. Psychoonkologie, 1.vydání.Praha: Portál, 2004

FRANKL, E. Smysl života, 1.vydání.Praha: Triton, 2007

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet, 1.vydání.Praha: Ecce Homo, 1995

BERAN, J. Psychoterapeutický přístup v klinické praxi, 1.vydání.Praha, 1995

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Řeháčková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2008

Ve Zlíně dne 25. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Jarmila Celá
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Onkologické onemocnění patří ke smutné realitě současné společnosti. Výskyt rakovinných onemocnění v naší populaci neustále roste. Existence této reality se stala impulsem pro napsání mé bakalářské práce, která se zaměřuje na psychické prožívání onkologicky nemocných pacientů od zjištění diagnózy až po přijetí nemoci. V teoretické části se zabývám pojmem rakovina, možnými příčinami, člověkem jeho potřebami, reakcemi na diagnózu, problematickým prožíváním, bolestí, která se objevuje při rakovině, ale také komunikací, vztahy, životními hodnotami atd.

V praktické části přistupuji k rozboru dotazníkového šetření, které jsem prováděla na onkologickém oddělení fakultní nemocnice v Ostravě.

Klíčová slova: rakovina, potřeba, reakce, bolest, léčba, komunikace, faktory, životní křivka, lékař, pacient

ABSTRACT

An increasing number of patients with cancer diagnosis is on increase in our society nowadays and that has inspired me to write this thesis. To be cancer diagnosed is a dramatic event in one's life that exerts big pressure not only on person itself but on a family, friends and colleagues, too.

In the theoretical part of this thesis I look at person's needs at the time of being diagnosed, his reaction to the diagnosis, subsequent problematic emotions connected with pain; pain not only physical but also mental. Next I look at the communication within the family members with such a patient. Finally, I deal with the impact of patient's temperament and a change of values.

In the practical part I analyse the questionnaire carried out on the oncology ward in the Faculty hospital in Ostrava.

Keywords: cancer, need, reaction, pain, medication, communication, factors, life stage, doctor, patient

Děkuji paní Mgr. Heleně Řeháčkové za cenné rady a účinnou pomoc při psaní této práce. Můj dík patří také paní doktorce Koutňákové za to, že mi umožnila průzkum na svém pracovišti.

„Dřív než se zítřek stane včerejškem, lidé často přehlédnou šance, které jim nabízí dnešek.“

ČÍNSKÉ PŘÍSLOVÍ

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU	10
1.1 POPIS SITUACE	11
1.2 PODSTATA RAKOVINY	12
1.3 VAROVNÁ ZNAMENÍ.....	12
1.4 MOŽNOSTI PREVENCE	13
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
1.5.1 Rakovina – duchovní příčiny nemoci	14
1.6 DESATERO PROTI RAKOVINĚ	15
2 ČLOVĚK PŘED VZNIKEM NEMOCI	16
2.1 KLASIFIKACE POTŘEB DLE MASLOWOVY HIERARCHIE POTŘEB	16
2.2 HOLISTICKÁ TEORIE DLE GOLDSTEINA.....	17
2.3 PEVNOST ČI NEZDOLNOST JAKO OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA.....	17
2.4 FAKTORY, KTERÉ JSOU DŮLEŽITÉ PRO USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB ČLOVĚKA	18
3 ČLOVĚK V PRŮBĚHU NEMOCI	20
3.1 TYPY OSOBNOSTI	20
3.2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZJIŠTĚNÍ A LÉČENÍ RAKOVINY	22
3.3 ŽIVOTNÍ CYKLUS.....	24
3.4 METODA ŽIVOTNÍ KŘIVKY	26
3.5 FÁZE ONEMOCNĚNÍ.....	27
3.5.1 REAKCE NA NEMOC.....	27
3.5.2 Křivka prožívání příchodu a rozvoje nemoci	28
3.5.3 Tápání	30
3.6 MONOGRAFICKÁ VÝPOVĚĎ REAKCE NA NEMOC	31
3.6.1 Pavel Novák	31
3.6.2 Ladislav Nicek.....	32
3.6.3 Věra Galatíková.....	33
3.7 PROBLEMATICKÉ ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ TĚŽKOSTÍ NEMOCÍ A UTRPENÍ	35
4. JAK PACIENT ZVLÁDÁ BOLEST	37
4.1 DRUHY BOLESTI	38
4.1.1 Bolesti při rakovině.....	38
4.1.2 Léčba onkologické bolesti	39
5 KOMUNIKACE	41

5.1 ZÁSADY KOMUNIKACE.....	41
5.2 KOMUNIKACE PACIENTA S LÉKAŘEM.....	41
5.3 PRAVDA NA NEMOCNIČNÍM LŮŽKU	43
5.4 DOPORUČENÍ PRO PARTNERY NEMOCNÝCH S RAKOVINOU	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
6 CÍL PRÁCE	47
6.1 HYPOTÉZY	47
6.2 METODIKA VÝZKUMU	48
6.2.1 Výběr respondentů	48
6.2.2 Zpracování dat	48
7 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ	49
7.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	49
7.1.1 Zjištěné výsledky průzkumu anamnestické části dotazníku	49
8 SHRUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	75
8.1 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	75
ZÁVĚR.....	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	80
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	81
SEZNAM TABULEK.....	82
SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

Snad o žádném jiném onemocnění nekoluje mezi lidmi tolik názorů a teorií jako o rakovině. Rakovina znamená těžkou ránu osudu, nevyléčitelnou, neovlivnitelnou nemoc, jistou, ale ne okamžitou smrt, nýbrž pomalé a bolestné chřadnutí. Má v sobě něco příšerného, záladného a zlého. Může to znamenat trest, jeho odpykání nebo vinu. Rakovina znamená také sníženou výkonnost, a tedy pocit bezcennosti, pocit, že námi ostatní opovrhují a že jsme jim na obtíž. Nese známky malomocenství, vyloučení ze společnosti, izolace, bezmocnosti a beznaděje. (Hurny a Adler, 1991, s. 16)

Ve starověku se objevovala tvrzení, že rakovina je způsobena „černou žlučí“ nebo „melancholií“ či duševní nerovnováhou jedince. Hippokrates (460 – 370 p.K.) rozděloval nemoci do třech kategorií a původ nemoci popisoval jako prevalenci zvláštních šťáv v těle (krev, hlen, žlutá a černá žluč).

Následník Hippokrata – řecký lékař Galén (131 – 210 n.l.) přiznal černé žluči schopnost působit karcinomy. Jako první popsal klinický vzhled pokročilého karcinomu jako otoku s distendovanými vénami, napodobujícími vzhled krabích nohou, odtud tedy pojmenování „cancer“ – rakovina. Označil ji jako tumor – nádor (z latinského tumere – bobtnati).

Rakovinné buňky jsme schopni pěstovat i v laboratoři. I tam se množí zcela spontánně. Množí se však i v těle člověka. Vytváření tzv. neoplastické tkáně. Ty pak od hostitele berou neúměrné množství živin a navíc mu způsobují často velké bolesti, utrpení až smrt. Rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

V životě jsou chvíle, kdy jsme plni energie, ale jsou i chvíle těžké. Mezi ně jistě patří diagnostikování onkologického onemocnění. Je to tak zásadní sdělení, které nám změní celý život, způsob myšlení, naruší chod rodiny a v neposlední řadě se nám začne jaksi měřit čas a my si více uvědomujeme pomíjivost našeho bytí.

Jelikož nemocných se zhoubnými nádory v naší civilizaci stále přibývá, dostává se stále více lidí do podobných situací. Toto mě také vedlo k tomu, že jsem si jako téma mé bakalářské práce zvolila psychosociální intervence u onkologicky nemocných pacientů.

Je smutné, že v našem zdravotnictví se stále ještě zapomíná na to, že člověk je mnohodi-
menzionální bytost, která má složku biologickou, psychickou, duchovní a sociální.

V minulých letech byla věnována pozornost převážně složce biologické, duchovní dimenze stála jakoby stranou. Nebylo zvykem zabývat se celým člověkem, léčil se nemocný orgán a na holistický přístup se zapomínalo.

Dnes se již naštěstí začíná brát člověk jako celek, zjišťuje se, že psychické rozpoložení člověka má velký vliv na základní onemocnění. Je stále více jasné, že řada nemocí vzniká právě na psychickém podkladě (stres, nepříjemné zážitky, sociální introverze, potlačované pocity a jiné).

Je smutné, že naše populace zaujímá k nemocnému rakovinou podobný postoj jako středověký člověk k lepře a moru. Zatímco méně vážnější nemoci se skloňují ve všech pádech, o rakovině se na veřejnosti stále spíše nemluví. Stačí, když se řekne onkologie a každý ztuhne hrůzou. Je zajímavé, že se nikdo neděsí, když se mluví o kardiologii, vždyť mít nemocné srdce je neméně či stejně závažné jako mít rakovinu, ne-li závažnější. Jak se pak cítí lidé s touto nemocí? Jak žijí po prodělané léčbě? Co jim nejvíce chybí? Mají vůbec možnost uspořádat si svůj život? Proč se nemocný člověk najednou stává titěrným, zbytečným a skoro nesvéprávným?

Chtěla bych se ve své práci zabývat právě těmito pocity, které lidé prožívají od období, kdy se dozví, že mají rakovinu, chtěla bych znát jejich prožitky, chtěla bych vědět, co nejvíce v té době potřebují a zda-li jsou jejich potřeby uspokojeny, dále, kdo jim je v době jejich nemoci největší oporou a jakým způsobem s nemocí bojují.

Chci se podělit o zkušenosti pacientů, kteří docházejí na onkologické oddělení ostravské fakultní nemocnice, ale také o to, jaký přístup k nemoci zaujímaly některé naše populární osobnosti, které s touto nemocí také bojovaly, a také chci uvést autentickou výpověď jedné pacientky. Chtěla bych nejen sdělovat fakta, metody a to, co již bylo zjištěno, ale toužím po tom, dodat všem nemocným naději a chuť k životu. Přála bych si docílit toho, aby i nemocný člověk pohlížel na svět bez hořkosti, aby dokázal se svou nemocí žít a radoval se z každého dne, z každé minuty života, která mu ještě byla nabídnuta. Aby poznal, že největším bohatstvím je život sám, že proti němu nemá nic žádnou hodnotu.

Člověk si nemusí dělat dlouhé plány, nikdo z nás, ani my „zatím“ zdraví nevíme, kolik času nám zbývá. Právě proto bychom měli každý den prožít a ne přežít. Zkusme se radovat ze zdánlivě přirozených věcí, jako je ranní rozednění, na jaře vykvetlé stromy, na podzim zbarvené listí. Radujme se z toho, že máme kolem sebe dobré lidi. Život je zázrakem, kvůli kterému stojí za to rakovině vzdorovat.

Myslím si, že jsou pravdivá slova, která napsala paní Helena Růžičková ve své knize Deník mezi životem a smrtí a to doslova: „Ano, rakovina je hlavně o naději. Vlastně celý život je o naději. Neustále v něco doufáme, na něco čekáme a těšíme se. Tedy, jsme-li optimisty. Jsme-li pesimisty, pak to máme přesně naopak. Pořád čekáme, co zlého se nám stane, co hrozného nás potká a co špatného nám druzí udělají. Vždycky však je důvod k optimismu a vždycky je nač se těšit. A za tím si stojím. Mám rakovinu, ztratila jsem milovaného syna, ale přesto jsem ráda na světě a těším se na všechno, co mě ještě čeká.“

1.1 Popis situace

Mezi příčinami smrti stojí zhoubné nádory na druhém místě, za chorobami kardiovaskulárními. U nás usmrcují každého čtvrtého člověka a postihují 2 ze 3 rodin. Výskyt většiny druhů nádorů v ČR stoupá, v úmrtnosti na nádory patříme k nejvíce postiženým zemím Evropy.

Bohužel více než polovina z nich je pokročilých, takže léčba není tak úspěšná, jak by mohla být v případě, že by lidé přicházeli s potížemi dříve.

1.2 Podstata rakoviny

Podstatou rakoviny (karcinomu) je chorobná změna v některé z tělesných buněk. Taková buňka ztratí schopnost podřizovat se potřebám tkáně, jejíž je součástí, zvrhne se do jednoduchého, primitivního stavu a začne se bez ohledu na potřeby a zájmy organismu nezadržitelně množit. Je-li to v pevné tkáni, vzniká tak zvětšující se útvar, zhoubný nádor, který stlačuje okolní tkáně, nebo do nich dokonce prorůstá svými výběžky. Částičky nádoru, které proniknou do cév, mohou být mizou nebo krví přeneseny na jiné místa a založit tam druhotné nádory (metastázy). Pokud je postižena krvevá tkáň, může se zhoubné bujení projevit obrovskou nadprodukcí primitivních a nefunkčních bílých krvinek (leukémie).

Nejčastějšími nádory u mužů jsou karcinom plic, karcinomy tlustého střeva, konečníku a prostaty, u žen karcinom prsu, potom karcinom tlustého střeva a nádory v gynekologických lokalizacích. Některých nádorů přibývá jako např. karcinomu prsu, karcinomu plic, relativně více u žen, přibývá nádorů děložního čípku. Zvyšuje se také počet nádorů ledvin a nádorů slinivky břišní, přibylo také nemocných se zhoubným melanoblastomem.

Nejčastějšími formami lymfomů, což jsou nádory mízních uzlin, onemocní ročně asi 1 400 lidí, zhruba polovina jich zemře. Ale mnoho dospělých s akutní leukemií, kteří dříve často během pár měsíců umřeli, se podaří zcela vyléčit.

Rakovina však zdaleka není tak osudovým a neodvratným onemocněním, jak si mnozí myslí. Ale největší význam mají otázky prevence rakoviny.

Každé nádorové onemocnění podléhá hlášení. Hlášení jsou centralizována postupně na úrovni okresní, regionální a nakonec v Národním onkologickém registru. Proto jsou informace o výskytu nádorů dosti přesné.

1.3 Varovná znamení

V praxi máme každý odpovědnost sám za sebe, proto každý musí sám sledovat svůj zdravotní stav, příznaky, které by mohly signalizovat onemocnění zhoubným nádorem. Říkáme jim varovná znamení. Patří mezi ně prakticky jakékoli krvácení, kromě pravidelného menstruačního cyklu žen, tedy krvácení z konečníku, krev v moči, krvácení mimo menstruační cyklus u en, krvácení po pohlavním styku, krev ve vykašlaném hlenu. Dále je třeba sledovat objevení se bulky v místech, kde jsou mízní uzliny (krk, podpaží, třísla), bulky po těle (v prsu), zvětšení varlete, nehojící se rány (v dutině ústní) nebo ve starých jizvách, dále

změny pigmentových, tzv. mateřských znamének jako zvětšování, svědění, krvácení z něho, bolesti. Mezi varovná znamení patří také dlouhodobý kašel u kuřáků nebo hubnutí, které nelze vysvětlit. Bolest již není časným příznakem. Tyto příznaky mají varovat dotyčného, aby navštívil lékaře a svůj stav konzultoval. Často se jedná o příznaky jiného onemocnění, ale bohužel také může jít o zhoubný nádor. Pak je čas nepřítelem, čím dříve se začne s léčbou, tím je větší naděje na vyléčení.

1.4 Možnosti prevence

Onemocnění rakovinou se svým klinickým průběhem jeví jako poměrně náhle vznikající a rychle postupující děj. Moderní vědecké poznatky ale ukazují, že toto klinicky manifestní období je pozdní a závěrečnou fází velmi dlouhého procesu karcinogeneze, který probíhal předtím, a trval u většiny nádorů 10 až 40 i více let. Postup není plynulý, probíhá v různě dlouhých krocích, fázích, které na sebe navzájem navazují. Do celého popsaného procesu, po celou dobu jeho trvání, mohou zasahovat zevní vlivy. (Kotulán, J. 2002)

1.5 Rizikové faktory

Mezi nejintenzivnější rizikové faktory (R. Doll a R. Peto, 1983) patří kuřáctví. Je zodpovědné za 90 % úmrtí na rakovinu plic a za 30 % všech úmrtí na zhoubné nádory. Další místo zaujímá alkohol, který rozpouští některé karcinogeny a usnadňuje jim tak kontakt se slizničními buňkami horní části trávicího ústrojí. Rizikovým faktorem je také výživa, kdy jde o požití karcinogenů, ovlivnění tvorby karcinogenů v těle, ovlivnění jejich transportu v těle. Důležitý je přívod vláknin v potravě a dostatek vitaminů a minerálů. Chemické látky, které jsou přidávány do potravin jsou také pokládány za určitý faktor škodlivosti.

Znečištěné prostředí, profesionální vlivy – azbestový prach, reprodukční a sexuální chování. Dále i lékařské výkony (ionizující záření) a léky (steroidní antikoncepce) jsou zařazeny mezi rizikové faktory vzniku rakoviny.

Je známá také účast slunečního UV záření při vzniku rakoviny kůže a rtu, dovoluji si říci, že existuje i spousta neznámých faktorů.

V poslední době se také přisuzuje velký význam psychosociální zátěži (prožívání stresu, typu osobnosti, genetickým a imunologickým faktorům) jako spouštěčem onkologických onemocnění.

Některé studie spekulují i o tom, že vliv na vznik rakoviny může mít i příslušnost k určité sociální vrstvě, kdy se předpokládá, že čím je nižší zařazení jedince, tím vyšší je pravděpodobnost propuknutí nemoci.

Z tohoto popisu vyplývá, že nemůžeme jednoznačně určit jednu jedinou příčinu, z čeho rakovina vznikla. Říkáme tedy, že se jedná o multifaktorový vznik onemocnění.

1.5.1 Rakovina – duchovní příčiny nemoci

Existuje také teorie, která říká, že ochranný systém lidského těla je neustále ničen „rakovinnými buňkami“, které se přirozeně v lidském těle vyskytují. Hlavní nebezpečí vzniká v okamžiku, kdy člověk svůj ochranný systém zablokuje. Tato blokace může být způsobena duševní zátěží, stresem, alkoholem, drogami, negativním prožitkem, špatným stravováním, kouřením, sebelítostí, nenávistí, nepřekonanou osobní tragédií.

Riziková bývají často lidé, kteří potlačují své emoce, nedokáží ventilovat své pocity a vnitřně se trápí.

Pokud máme dojem, že se ocitáme v některé z těchto fází, měli bychom se snažit zaměřit na pozitivní myšlení a zbavit se negace. Někteří autoři doporučují četbu knih s pozitivní tematikou, imaginační cvičení, rozhovory s psychoterapeuty, kineziology a podporování imunity organismu.

Myšlenka, že se psychické faktory mohou podílet na vzniku vážných chorob včetně nádorových onemocnění není také nová. Avšak teprve v tomto století, zejména v období po druhé světové válce, se provádějí systematická šetření k ozřejnění těchto vztahů. V posledních letech vzbudily pozornost práce podávající charakteristiku tzv. rakovinné osobnosti. Tento termín koresponduje s tzv. depresivní osobností a používá se ho pro hypotetickou bytost, která má vysoké riziko, že onemocní rakovinou právě pro svou psychickou, zpravidla dlouhodobou dekompenzaci.

Již v roce 1973 shrnuli například američtí lékaři Hollandová a Frei do té doby známé poznatky z této oblasti výzkumu a zdůraznili, že dlouhotrvající ministresy, deprese a smutek mohou být příčinou vzniku vážného somatického onemocnění. Autoři se odvolávají zejména na studii provedenou na klinice bratří Mayových v Minnesotě. V souboru 139 nemocných rakovinou bylo tehdy zjištěno, že 76 % osob diagnostikovaných jako suspektní karcinom slinivky břišní prožívalo deprese až šest měsíců před objevením se prvních fy-

zických obtíží, 17% těch, u nichž byla zjištěna rakovina tlustého střeva, rovněž udávalo psychické obtíže trvající delší čas před onemocněním. Závěrem pak autoři shrnuli psychické faktory, které se mohou podílet na vzniku vážného somatického onemocnění, a vyjmenovávají je v tomto pořadí: tendence k popření nebo regresi bolestivých informací, strach ze sebezmrzačení a smrti, fatalismus, přílišná skromnost, předchozí kontakt s nemocným rakovinou v rodině, předchozí psychiatrická nemoc. (Svatošová, M. 1995)

1.6 Desatero proti rakovině

Pro účely zdravotní výchovy byl evropskými společnostmi odborníků vypracován a všeobecně přijat tzv. „Evropský kodex proti rakovině“, který ve formě stručného desatera shrnuje zásady, jimiž by se měli lidé v rámci prevence zhoubného bujení řídit. Toto desatero pro život zní:

1. Nekuřte.
2. Mírněte se v konzumaci alkoholických nápojů.
3. Vyhýbejte se nadměrnému slunění.
4. Dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny, zejména při práci a manipulaci s látkami, které mohou způsobit rakovinu.
5. Často jezte čerstvé ovoce a zeleninu i obiloviny, neboť obsahují ochranné látky.
6. Vyvarujte se vzniku nadváhy a omezte spotřebu tučných jídel.
7. Navštivte lékaře, objevíte-li kdekoliv na těle bulku, pozorujete-li změny „mateřského znaménka“ nebo „zjistíte-li krvácení bez známé příčiny.
8. Navštivte lékaře, máte-li přetrvávající obtíže, jako jsou kašel, chraptot, nepravidelná stolice, nebo jestliže hubnete bez známé příčiny.
9. Ženy, chodte pravidelně na gynekologické prohlídky a žádejte vyšetření stěru z děložního hrdla.
10. Ženy, kontrolujte si pravidelně prsy (samovyšetřováním) a po dosažení 50. let chodte na pravidelná odborná vyšetření.

2 ČLOVĚK PŘED VZNIKEM NEMOCI

V době zdraví si většina lidí vůbec nepřipouští pomíjivost našeho bytí. Neustále si něco plánujeme, někam spěcháme, nemáme na nic čas. Často odsunujeme stranou návštěvy, výlety, relaxaci. Máme dojem, že jsme nenahraditelní, potlačujeme různé méně závažné nemoci, přecházíme je a snažíme se fungovat na 100 %. Jakoby uspokojujeme své potřeby seberealizace, sounáležitosti, uznání a naše fyziologické potřeby bereme jaksi automaticky.

Jedinečnost lidské bytosti a její psychosomatickou jednotu ve vztahu k životním potřebám nejlépe vystihuje holistický přístup. Mezi nejvýznamnější představitele holistické teorie osobnosti patří Kurt Goldstein a Abraham Maslow .

Obecně lze potřeby člověka rozdělit na základní životní potřeby – dle některých autorů tzv. nižší potřeby – potřeby jídla, vody, kyslíku, bezpečí a na vyšší životní potřeby – pocit sounáležitosti, solidarita, radost, pocit pohody.

2.1 Klasifikace potřeb dle Maslowovy hierarchie potřeb

1. Fyziologické potřeby jako je potrava, teplo, dýchání, vyměšování, rozmnožování, život bez bolesti.
2. Potřeba bezpečí a jistoty znamená hledání jistoty, uhýbání neznámému, hrozivému.
3. Potřeba lásky a společnosti znamená, že chci někam patřit , chci být přijímán a milován.
4. Potřeba sebeúcty v sobě zahrnuje kladné sebehodnocení i hodnocení ostatních.
5. Potřeba seberealizace znamená stát se tím , čím se chci stát, naplnit své možnosti růstu a rozvoje .

I když uspokojování fyziologických potřeb patří dle Maslowa k těm prvním v žebříčku, pokud jsou tyto potřeby bez potíží uspokojovány, dovoluji si tvrdit, že je ani nevnímáme. Naše pozornost je spíše zaměřena na potřeby druhotné, které v době plného zdraví představuje láska a společnost, sebeúcta, seberealizace.

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a

porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, smyslnosti a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování „posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“ (Maslow, 1960).

Na rozdíl od základních životních potřeb, jsou potřeby vyšší velmi individuální. Vyšší životní potřeby a způsoby jejich uspokojování vytváří v životě každého z nás určitou hodnotovou orientaci, vyjádřenou našimi přáními, tužbami, ideály, přesvědčením a tak vytváří naše životní hodnoty.

Proces uspokojování základních potřeb (hlad, žízeň) i vyšších potřeb (strach, osamocení) je spojen s uvědoměním si určitého nedostatku, či přebytku v organismu, či ve vlastním sociálním prostředí. Pocit nedostatku vyvolává reakci pro naplnění potřeb. Nejsou-li naplněny potřeby základní je výrazně ovlivněn pocit uspokojení potřeb vyšších. Pokud nejsou uspokojeny životní potřeby vzniká stav nelibosti a nepohody, který se nazývá frustrací.

2.2 Holistická teorie dle Goldsteina

Holistická teorie dle Goldsteina vychází z medicínského poznání, osobnost chápe jako integrovanou entitu, nikoliv jako souhrn částí. Pojem organismus a osobnost jsou dle Goldsteina zaměnitelné. Vnímá rozmanité způsoby chování jedinců jako dynamický sled procesů vyplývajících z jediné motivační síly seberealizace, která je motivována pudovou tendencí osobnosti. Pojímá osobnost v logických vztazích v kontextu ke svému sociálnímu prostředí. Popisuje úzkostné stavy osobnosti a nutné zajištění podmínek při vyrovnávání se s novým sociálním prostředím. Definiuje rozdíly mezi konkrétním chováním (reakce na vše co jedinec vnímá) a abstraktním chováním (chování přiměřené dané situaci) u zdravých a nemocných. (Tschuschke, 2004)

2.3 Pevnost či nezdolnost jako osobní charakteristika

Uvedenou problematikou se z českých autorů zabývá Jaro Křivohlavý, ze zahraničních autorů integrovala Kobasová (1995) osobní charakteristiku vyššího řádu nazývající se pevností, kterou definovala třemi znaky:

- a) kladný příklon k životu v protikladu k odcizení

- b) snaha ovládat běh životního dění v protikladu k tomu být ve vleku událostí
- c) tendence nepřijímat stresové životní situace jako neštěstí, ale jako výzvy

Kobasová empiricky potvrdila, že takto definovaná charakteristika „pevnosti“ má vztah s odolností k zátěži. Jde o vztah typu: „Čím pevnější kdo je, tím větší je i jeho odolnost k zátěži.“

Na základě této myšlenky, pokládám ve své práci otázky týkající se typu člověka, předpokládám, že člověk, který bude v období před svou nemocí mít tyto vlastnosti, bude jako-by mít usnadněno sžívání se s nemocí na rozdíl od lidí, kteří tyto vlastnosti nemají. Nekladu tyto otázky přímo, ale v mnohých odpovědích se dají vyčíst.

Aby byl člověk nezdolný, měl by aktivně přistupovat k životu, být optimistický a vědět, že z každé situace vede určité východisko. K životním událostem přistupovat aktivně, umět se rozhodovat a nenechávat řešit své problémy někým jiným. (Křivohlavý, 2002).

2.4 Faktory, které jsou důležité pro uspokojování potřeb člověka

Existuje řada faktorů, na nichž záleží, jak se původně zdravý člověk postupně bude adaptovat na svou nemoc. Tyto faktory mohou adaptaci znesnadnit, narušit či znemožnit. Můžeme mezi ně zařadit: osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové období, ve kterém se právě nachází a okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

Individualita člověka – osobnost člověka, osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující bude typologie člověka, jeho temperament.

Mezilidské vztahy, zejména vztahy k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb. Do těchto vztahů často vstupují zdravotní sestry, protože jsou v blízkosti nemocného v jeho kritických obdobích. Prostřednictvím těchto vztahů mohou pomáhat nemocnému, aby si uvědomil své potřeby a navodil zdravý způsob jejich uspokojování.

Vývojové stadium člověka modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Každý člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. Je nutné brát v úvahu, že zvláště v období kojeneckém a batolecím a částečně i následujících věkových obdobích nemá dítě dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb. Obdobně problematické bude vyjádření potřeby u starého člověka. (Křivohlavý, 2002)

3 ČLOVĚK V PRŮBĚHU NEMOCI

Pacient přichází do zdravotnického zařízení z důvodu stanovení diagnózy nebo léčby onemocnění. Dostává léky, injekce, absolvuje radioterapii, chemoterapii. Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat ke zdraví či ulehčení bolesti. Pro uzdravení nemocného je nezbytné, aby vedle medikamentů léčebných zákroků měl dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Uzdravovací procesy podpoří dobrá psychická pohoda nemocného. Vedle biologických potřeb by měl nemocný mít uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty – potřeby estetické, poznávací atd.

Falzy (1999) uvádí pět fází „nádorového prožívání“:

1. zjištění diagnózy,
2. léčba,
3. zotavování,
4. případný nástup recidivy,
5. terminálně-paliativní opatření.

3.1 Typy osobnosti

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocný člověk bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby (fyziologické i psychogenní) v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení.

V dalších pasážích se budu zabývat třemi aspekty osobnosti, které pokládám za nejvýznamnější z hlediska obecně psychologického přístupu. Jsou to: *temperament*, *emocionalita* a *inteligence*. Domnívám, že je důležité vědět, za jakou osobnost se člověk považuje, dá se pak u něho předpokládat reakce, která k těmto typům osobnosti náleží, navíc by jeho chování mělo být jaksi přijímáno, očekáváno. Pokládám za důležité, aby i zdravotní personál byl v anamnéze pacienta o těchto skutečnostech informován a ve svém přístupu k by měl zaujímat odpovídající postoj.

Charakteristika Hippokratových typů temperamentu doplněná o hlediska W. Wundta (1903) a H. J. Eysencka (1960) je tato:

- melancholik: emocionálně založený, vážný, rigidní, kombinace emocionální lability a introverze,
- choleric: vznětlivý, činorodý, impulzivní, kombinace emocionální lability a extroverze,
- sangvinik: vyrovnaný, přiměřeně reagující, kombinace emocionální stability a extroverze,
- flegmatik: lhostejný, stálý, nevzrušivý, kombinace emocionální stability a introverze.

V novodobých psychologických typologiích osobností největší popularitu zaznamenala typologie C. G. Junga (1921) s typy introverze a extroverze a řadou variant, které vycházejí z Jungova svérázného třídění psychických funkcí. Dále to byla typologie E. Kretschmera (1921). Tyto souvislosti vyzoroval psychiatr Kretschmer u svých pacientů. Původně Kretschmer zjistil, že s určitým typem stavby těla souvisí určitý druh duševního onemocnění: se schizofrenií astenický (leptosomní) a s cyklofrenií (maniodepresivní psychózou) pyknický typ stavby těla.

Emocionalita vyjadřuje zvláštnosti citového života člověka. Obecný význam emocionality spočívá v tom, že tvoří podstatu motivace a zpevňování, takže se rozhodujícím způsobem podílí na organizaci a regulaci lidského chování. V roce 1995 propracoval D. Golema dnes velmi populární koncept emoční inteligence, který vymezuje znaky: znalost vlastních emocí, zvládnutí těchto emocí, schopnost své motivace, vnímavost k emocím jiných, umění mezilidských vztahů. Jde vlastně o to, jak si poradit se svými vášněmi, úzkostmi, aniž by tím trpěl vlastní citový život a mezilidské vztahy.

Podle J. P. Guilforda jsou faktory emocionality interkorelovány tak úzce, že je obtížné oddělit je ve faktorové analýze. Nicméně zaznamenává následující faktory: veselost - depresivita, emocionální nezralost – emocionální zralost (dle Guilforda je emocionálně nezralá osoba lehce popsitelná, neboť „vzbuzuje dojem dítěte“, respektive extroverta, „který se nenaučil ovládat své citové reakce“ a je, kromě jiného, „infantilní a egocentrický“, svárlivý a snaží se vyvolávat sympatie. Dalším faktorem je nervozita – klidná mysl, stabilita - cykloidní dispozice (střídání nálad), váhavost – sebejistota.

Intelligence je zkoumání mentálních výkonů, v nichž se primárně uplatňuje myšlení, tj. řešení problémů různého druhu. V závislosti na inteligenci pacienta probíhá spolupráce při léčbě. V případě snížené inteligence se pacient může dopouštět závažných chyb z hlediska dodržování pokynů, nebo si vysvětlovat výroky zodpovědných osob po svém, úplně jinak, než byly míněny. Faktory inteligence jsou: na názor vázané myšlení, bohatství nápadů a produktivita, síla koncentrace a motivace, kapacita zpracování, formálně logické myšlení a schopnost úsudku, na operaci s čísly vázané myšlení a na řeč vázané myšlení.

Za jakési „jádro inteligence“ je pokládán faktor čtvrtý z výše uvedených tj. kapacita zpracování, formálně logické myšlení a usuzovací schopnost, který tvoří komplex vzájemně propojených mentálních funkcí, a který určuje výkon v řešení komplexnějších úkolů, vyžadujících kromě jiného, přehled a chápání vztahů. (Nakonečný, 1997)

3.2 Psychologické aspekty zjištění a léčení rakoviny

Zjištění onkologické diagnózy je faktem, s nímž se pacient musí vyrovnat. Jde přitom nejen o přijetí – akceptaci – tohoto faktu (že já mám rakovinu), ale i o zvládnutí toho, co přichází po stanovení (potvrzení) diagnózy. Mnohé z toho se přitom dotýká nejhlubších oblastí života.

Chirurgický zásah prováděný z onkologických důvodů je pacientem i personálem nemocnice chápán jinak nežli obdobný zásah, nejde-li o rakovinu. Existují studie, které porovnávaly chování lékařů i celého zdravotnického týmu v takovýchto situacích (Andersen, 1989). Bylo zjištěno, že například vztah chirurgů k onkologickým pacientům je chladnější a zdrženlivější v porovnání se vztahem k pacientům, kteří nemají rakovinu. Některé studie ukázaly, že i průběh ozdravného procesu po chirurgickém zásahu je u onkologických pacientů poměrně pomalejší.

V emocionální sféře pacienta se často objevuje výrazná emocionální odezva na chirurgický onkologický zásah. Zjišťují se projevy deprese, úzkosti. Telch a Telch (1985) zpracovali přehled výsledků řady studií tohoto jevu. Konstatují například, že u 39 % pacientek na kdy byl zjištěn maligní nádor, bylo třeba psychiatrické pomoci. Toto zjištění konfrontují s 12 % pacientek s benigním nádorem. U jiných druhů rakoviny se počet těchto pacientek pohyboval v rozmezí 18-25 %.

Radiační terapie má obvykle řadu negativních vedlejších příznaků a toho jsou si mnozí pacienti vědomi. Obávají se toho. Tím, že kognitivní a emocionální příprava pacientů na tuto skutečnost je taková, jaká je, obavy a strach pacientů rostou ještě dříve, nežli radiační terapie začne. Obdobně je tomu i u chemoterapie. I zde dochází ke zvracení, depresi, ztrátě váhy, ztrátě chuti k jídlu, vypadávání vlasů, radikálnímu snížení až vymizení sexuálních zájmů i aktivit, popřípadě k alergii na některé pokrmy. S tím vším se musejí pacienti vyrovnávat.

V pojednáních o tom, co přichází po absolvování základní onkologické terapie, se setkáváme se dvěma termíny: s remisí a relapsem. Relapsem se rozumí „znovuobjevení původních negativních příznaků“ a remisí se rozumí naopak návrat k normálnímu zdravému stavu. Pacienti si jsou vědomi, že i po údobí remise může přijít relaps. Tohoto návratu do stavu onkologického onemocnění se zcela přirozeně obávají.

Případný nástup recidivy onemocnění je prožíván pacienty mnohdy intenzivněji než první zjištění nemoci, je to jakoby návrat zpět, toto zjištění bývá doprovázeno šokem, popíráním, strachem vztek, zoufalstvím i hlubokou depresí

Pacientka X, s kterou jsem vedla rozhovor, je právě nyní je před vyšetřením, které má potvrdit, zda je v pořádku či se nemoc opět vrací. Tvrdí, že již nyní to má v podvědomí a hrozně se bojí. Přes den to řeší prací, ale v noci, kdy nemůže spát, se obavy z návratu nemoci stupňují. Říká také, že má zkušenost, že každý návrat nemoci, je prožíván snad ještě hůře než první zjištění nemoci.

Opuštění nemocnice po ukončení onkologické léčby je pro mnohé pacienty těžkým zážitkem. Ne, že by se jim v nemocnici líbilo. V nemocnici se totiž cítí vzdor všemu „v dobrých a odborných rukou“. Ztráta této opory odborníků je pacienty někdy pocíťována velice těžce. Projevuje se to na jejich emocionálním stavu – v depresích, úzkostech a někdy i v projevech nevole, zlosti a hněvu. Mimo nemocnici se cítí zranitelnější. To jim nedělá dobře.

Z onkologické léčby si pacienti odnášejí zážitky, kterých se někdy dlouho nemohou zbavit. Odnášejí si i obavy a předsudky. Ty se projevují například v tom, že někteří svobodní pacienti a svobodné pacientky se obávají vstoupit do manželství, případně založit rodinu a mít děti, bojí se, že budou rodině přítěží. Pacienti jsou tak ponecháni v sociální izolaci. Jejich potřeba prodiskutovat osobní problémy s druhými lidmi, kteří by jim rozuměli, je neuspo-

kojena. V tomto směru se osvědčuje skupinová terapie, setkání bývalých i současných onkologických pacientů. Falzy (1993) se svým týmem vedl řadu let skupiny bývalých onkologických pacientů a zjistil, že došlo ke zlepšení kvality života a také fyzický stav pacientů byl normě. Uvádí, že po šesti letech takového setkávání zemřely ze skupiny 34 pacientek jen 3. V kontrolní skupině, která možnost skupinového setkávání neměla, zemřelo z 34 pacientek celkem 10 (4).

Také pacientka X uvádí, že je členkou takového sdružení při Hornické nemocnici v Karviné, vidí v tom velký smysl, tvrdí totiž, že ten, kdo rakovinu nezažil, může těžko pochopit prožitky, kterými tito lidé procházejí.

Tschusche (2004) uvádí, že pacienti, kteří se ocitnou v terminálně-paliativní fázi uvádějí obavy o izolaci od své rodiny i ošetřujícího týmu. Obávají se toho „neznámého“, procesu umírání a toho, co přijde potom, smrti. Mají strach z možných tělesných komplikací, jako jsou bolest, obtíže s dýcháním, ztráta tělesných funkcí. V tomto stadiu by měla být psychologická péče zaměřena na zvládnání smutku a existenciálních aspektů.

Myslím, že je velice dobře, že v současné době fungují a stále vznikají nové hospice, zařízení, kde lidé mohou důstojně dožít, pokud se v této fázi ocitnou.

V Ostravě funguje tzv. mobilní hospic, který pracuje tak, že klienti jsou u něho evidováni a jsou umístěni doma u svých blízkých, zaměstnanci hospice jsou k dispozici při potížích, takže dojíždějí aplikovat injekce, pomoci při hygieně i poskytnout radu. Je jen škoda, že kapacita poskytované pomoci hospicem je omezená a v současné době již zájem a poptávka převyšuje možnosti hospice.

3.3 Životní cyklus

Jak jsem se již zmínila výše, ten, kdo formuluje psychosociální profil dospělého pacienta s rakovinou a jeho rodiny, by měl začít s popisem momentálního postavení nemocného v životním cyklu. Jisté zájmy a obavy nemocného se stávají pochopitelnější a zvládnutelné, jestliže se bere v úvahu jeho sociální a psychologický věk.

Do mladé dospělosti je život plný událostí, plný možností a voleb. Je to čas mnohých začátků. K právě začaté kariéře anebo nové rodině musí mladý dospělý přidat všechny problémy, které vážná nemoc přináší. Rovněž nesmí být podceněny finanční požadavky, stává

se, že takový člověk nemá dostatek finančních rezerv pro náklady, které s sebou nemocnese, protože ztrácí příjem.

Mladý člověk také není zvyklý být nemocen. Být nemocen znamená ztrátu zdraví a tato ztráta bývá často oplakávána. Rakovina přímo ovlivňuje život s milovaným partnerem, dochází ke změně úloh a vztahů v rodině.

Také svobodní nemocní jsou vystaveni značným změnám v „uspořádání“ života. Často se musí vrátit zpět do své rodiny, což může otřást jejich vědomím a pýchou z nově získané nezávislosti.

Střední věk klade značné nároky na individuální emoční flexibilitu. „Prázdné hnízdo“, které vznikne, když děti vyrostou a začínají žít své vlastní životy, smrt rodičů a smrt kolegů, vrstevníků, jsou ohromné změny. Většinou lidé středního věku mívají široký okruh známých v komunitě nebo na pracovišti, kde mohou vznikat nové kvalitní vztahy. Pokud není jedinec schopen navazovat alternativní vztahy, může být u něj velmi zvýrazněn pocit vlastní ztracenosti a vytváří se pocit izolace, v němž je rakovina jen jednou součástí. Jedinec, který nemůže rozšířit své horizonty za emocionální a fyzikální ztráty středního věku je ve velké nevýhodě při adaptaci na diagnózu rakoviny.

Starý člověk musí vyřešit problém smyslu svého života, protože se blíží ke smrti. Očekávání smrti se stává bezprostřednějším vzhledem k úmrtím přátel, příbuzných a manželských partnerů, je starší člověk konfrontován se základním přijetím života jedince jako nevyhnutelného a smysluplného. To v sobě obsahuje spokojenost s tím, jak byl život prožit, v protikladu k zoufalství, protože zbývá málo času na opravy minulých chyb a na nový začátek. Jestliže má člověk pocit, že jeho úkol nebyl splněn, může onemocnění rakovinou prohlubovat depresi a vést k myšlenkám o životě beze smyslu.

Dalším kritickým momentem je odchod do důchodu, představuje konec úlohy člověka vydávajícího peníze – tj. úlohy, která je naší společností nejvíce ceněna.

Fyzické stárnutí vede u starších lidí k významným poruchám tělesným – porušenému svalovému tonu, změnám v kostech, kloubech, poruchám smyslů, proto je fyzický vliv rakoviny na organismus daleko závažnější než u mladého člověka. (Vodvářka, 1998)

3.4 Metoda životní křivky

Bohuslav Blažek a Jiřina Ošmerová (1998) navrhli podnětnou metodu sledování časového vývoje boje se životními těžkostmi, kterou nazvali metodou životní křivky. V podstatě se jedná o zakreslení tzv. vektoru (stopy pohybu v čase) kladných a záporných emocí různé intenzity v průběhu celého života nebo určitého časového úseku.

Podle tohoto pojetí je třeba v souvislosti s onemocněním věnovat pozornost zvláště průběhu životních krizí, které přicházejí v situaci, kdy je člověk obrazně řečeno „nahore“ a propadá se do bezmoci. V časovém průběhu životních krizí rozlišují tyto tři fáze:

- I. Prekritická fáze: V ní nacházíme například odlišnou úroveň intenzity pracovní angažovanosti, přepínání sil, různou míru pozornosti věnované udržování zdraví, šetření se nebo naopak riskování, vnitřního napětí, lability či naopak stability.
- II. Kritická fáze: Tato fáze je z hlediska onemocnění fází hlavní. Dochází v ní k přepólování, tj. přechodu k opačnému pólu kvality emocí, k různé hloubce propadu do negativních emocí (zhroucení), sebekontroly atp.
- III. Postkritická fáze: Jde v ní o návrat k původní rovině výkonu a o přechod k novému uspořádání života. V této fázi je možné se setkat i s projevy osobnostního dozrávání, osvobození se od malicherností a zaměření se na podstatné hodnoty.

Metoda životní křivky dává možnost vhodnějšího vhledu nejen do momentální fáze pacientova života, ale i do těch fází života, které předcházely. Umožňuje lepší porozumění tomu, jak se pacient vyrovnával se životními těžkostmi v době před vypuknutím momentálního onemocnění, z čehož je možné s určitou mírou pravděpodobnosti usuzovat i na to, jak se bude vyrovnávat s nemocí, pro kterou je například momentálně hospitalizován. (Vodvářka, 1998)

Určitý pohled na to, co se děje v duši pacienta, bojujícího se svou nemocí, poskytuje kniha klinického psychologa, který sám s rakovinou bojoval. (Vodvářka, 1998). Hovoří v ní

o deseti nadějných krocích, které vyzoroval sám u sebe. Toto je jejich přehled:

Kognitivní očista – zbavení se falešných představ např. o tom, že existuje zázračný lék, a uznání, že jsem člověk smrtelný.

Rozlišování dvou druhů skutečností:

a) toho, co se změnit za žádnou cenu nedá

b) toho, co se změnit dá.

Soustředit se nato, co se změnit dá a určit si reálný cíl a na něho se zaměřit.

Rozčlenit si cestu k cíli na řadu malých dílčích cílů.

Upřesnit první etapu cesty k cíli, za jeho dosažení se náležitě odměnit.

Vydržet ještě jeden další krok a pak se zaměřit vždy jen na jeden jediný další krok a ten realizovat.

Zvládat vnitřní dialog – boj mezi tím „to nezvládnou“ a „to musím zvládnout“.

Učit se žít se zdravotním postižením – i když je to těžké.

Žít v přítomnosti, tj. neutápět se v minulosti či ve fantastické budoucnosti.

Mít život rád, i když je to nyní život těžký, radovat se z každé maličkosti.

3.5 Fáze onemocnění

3.5.1 Reakce na nemoc

Dojde-li ke změně zdravotního stavu, změní se fyzická i psychická stránka člověka. Uspokojení dosahuje nižší míry, objevuje se frustrace. Křivohlavý (2002) takto popisuje alloplastické chování, které charakterizuje člověka dostávajícího se pod vliv podnětů, jenž jsou pro něj neznámé a příliš silné. Frustrace je pak důsledkem neschopnosti přiměřeně zvládnout situaci.

Dlouhodobá nebo nevléčitelná nemoc obvykle zasahuje do dosavadního způsobu života a často má za následek změnu žebříčku hodnot. V očích některých lidí vzniká představa, že dlouhodobé choroby a umírání jsou v rozporu s obdivovanými hodnotami a nenacházejí v nich žádný smysl. Člověk s tímto myšlením může sebe posuzovat jako něco, co nemá vůbec žádnou hodnotu a smysl. Proto si lidé vytváří psychickou obranu s cílem zachovat si duševní rovnováhu.

Svatošová (1995) uvádí, že zafixování variant obrany se utváří již v průběhu života, a to na základě pozitivní zpětné vazby. Znamená to, že člověk bude používat takové způsoby

obranu, se kterými v minulosti uspěl. Vyplácel se mu spíše útok nebo naopak únik? Známe-li člověka dobře, můžeme odhadnout, jaká asi bude jeho reakce. V zásadě jsou dva typy obrany: aktivnější a pasivnější. Aktivnější se projeví buď zvýšenou aktivitou (nápadněji se uplatní ve fázi „smlouvání“ dle Kübler-Rossové) nebo zvýšenou agresivitou. Pasivnější typ obrany se projeví popíráním a vytěšňováním, jindy rezignací.

3.5.2 Křivka prožívání příchodu a rozvoje nemoci

Již zmiňovaná lékařka Rossová (1995) zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání příchodu a rozvoje nemoci v psychické úrovni na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nevléčitelně nemocnými, které sledovala po dobu až pěti let před smrtí. Je dobře podotknout, že její práce nebyla první, přesto je nejznámější a nejcitovanější.

Člověk reaguje na svou nemoc podle stupně jejího vývoje. Každá fáze onemocnění přináší s sebou specifické problémy, které na člověka působí rozdílně.

První stadium, tedy příchod nemoci, charakterizovala jako ŠOK: „Proč se to stalo? Proč právě teď? Proč právě mně?“ To jsou běžné výroky lidí, kteří se náhle ocitli v roli nemocných. Všechny vedou k popření faktu nemoci a ke stažení se do izolace. Typické jsou reakce: „To nemůže být pravda, zcela jistě je to omyl.“ V této fázi je důležité navázat kontakt s nemocným a získat jeho důvěru. Měla by se rozvinout spolupráce zdravotníků s rodinou nebo s blízkou osobou nemocného tak, aby tato osoba dokázala pacienta podporovat již od tohoto stadia.

Šok jako psychická odezva na nástup nemoci byl popsán již v minulosti a obecně přijímán již v roce 1960. Lékaři provádějící výzkum se shodli na tom, že stadium iniciačního šoku je fáze časově krátká. Po ní následuje období popisované jako popření, jehož projevem je projektivní psychologická ochrana, nemocný podléhá stresům iniciovaným hrozbou ztráty života a soustavně se snaží tento stres popřením základních fakt vytěšnit. Třetí fáze prožívání vážné nemoci je ovládnuta snahou nemocného nalézt vyrovnání s novou realitou a realizovat změněné a fyzicky dostupné perspektivy vlastního života. (Haškovcová, H. 1985)

Následuje období ZLOBY a HNĚVU. Časté narážky nejrůznějšího typu vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. Nemocní si stěžují neoprávněně na cokoliv, bez ohledu na skutečnost. Necháávají průchod myšlenkám „všichni se máte, protože jste zdraví“, v jiné rovině slovně napadají toho zdravého, ať je to kdokoliv. Vždyť

situace, do níž se nemocný dostal, je „vrcholně nespravedlivá“. Tento časový úsek prožívání je období značně náročným zejména na okolí nemocného. To by mu však mělo dovolit odreagovat se, dát mu prostor, aby vyjádřil své pocity. Měli bychom si uvědomit, že nemocný prožívá nelehké období a tyto projevy nevztahovat na svou osobu.

Přichází údobí nazývané jako SMLOUVANÍ, projevující se větami: „třeba se ještě dožiji léta“, „kěz bych se dočkala toho, až půjde vnouček do školy“. Tady závisí na individuálních hodnotách a cílech nemocného, který zdůrazňuje časově omezené přání toho, co z hlediska vlastní hierarchie hodnot považuje za podstatné a nutné. Nemocný člověk se může dočkat cíle stanoveného ve fázi smlouvání a potom čeká, co bude dál. Jestli nemoc ustoupí nebo se naopak zhorší, co když se znovu objeví metastázy? Při dosažení cíle může člověk dojít k vyrovnání, protože se dočkal toužebně očekávané události a postaví si cíl nový, po jehož dosažení začne doufat v uzdravení. Jindy splnění cíle může vést k depresi z blížícího se konce. Deprese se projevuje smutkem z hrozící nebo utrpěné ztráty, strachem o zajištění rodiny. Zde je nutné trpělivě naslouchat nemocnému, pomoci mu urovnat vztahy a společně hledat řešení problémů. Nyní je důležitou oporou rodina, ale pro ni toto období může být stejně náročné jako pro samotného nemocného.

AKCEPTACE, tedy přijetí pravdy o tom, že jsem se stal nemocným, je možným zakončením bolestně zažitého a prožitého příchodu nemoci, která má vážný a nevléčitelný charakter. Nemocný člověk může projít zmíněnými stadii opakovaně, avšak k některým ani dojít nemusí. Autorka uvedené práce je přesvědčena, že nastolení důstojného klidu je po přijetí pravdy méně častou variací nad dozrálou situací než rezignace nebo zoufalství. Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje takto: „Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového přijetí pravdy“. (Svatošová, M. 1998)

Poznání a přijetí pravdy je vždy výsledkem zápasu – opravdového, tvrdého. Co však bude dál? Nemocný si může vybrat z těchto možností: rezignovat, bojovat, odevzdat se důstojnému klidu smíření se stavem, všechno, popřít, marně doufat. Co si z toho nemocný zvolí záleží také často na všech zúčastněných osobách a v nemalé míře také na přístupů zdravotníků.

Haškovcová (1985) uvádí, že podle vlastní klinické zkušenosti má za to, že kübler-rossovská křivka probíhá lineárně jen výjimečně, mnohem častěji se fáze zloby, hněvu a především depresí a smlouvání opakují a prolínají. Některé mohou být zeslabeny, jiné zesíleny, za určitých okolností může některá z nich dokonce chybět. Proto navrhuje, aby celé dlouhé období počínaje zlobou a hněvem a konče vnitřním přijetím pravdy o své situaci bylo nazváno tápání.

3.5.3 Tápání

Období tápání takto pochopené představuje bezesporu časově nejdelší období a ve své podstatě znamená strastiplnou cestu vedoucí k přijetí nemoci za svou. Je třeba zdůraznit, že rozhodující pro toto období, stejně jako pro veškerý čas, který zbývá, je charakter průběhu vlastní nemoci. Fáze šoku, popření a izolace je relativně stejná nebo podobná u všech nevyléčitelných stavů. Období tápání, hledání pravd a realistického postoje k nemoci je obdobím relativně dlouhým a naprosto se lišícím u různých souborů nemocných. Tak například u nemocných rakovinou, jmenovitě u solidních tumorů, je člověk z pozice plného zdraví chorobou pomalu, více méně plynule, v poměrně dlouhém časovém úseku strháván do situace životně nulové. Období tápání může být v takových případech shodné s časovým průběhem nemoci, která pozvolna, soustavně upevňuje svou vládu nad lidským organismem.

Naprosto jiná je situace u nemocných, u nichž se cyklicky střídají období relativního klidu a zdravotní pohody, tzv. remise, s obdobím zvratu do nemoci, tzv. relapsu, který je znovu, i když zeslabeně prožíván šokově a je opětovnou situací mezní nouze člověka.

Období tápání je vysoce náročné pro nemocného, soudíme-li například z potřeb hovorů, získávání informací nejrůznějšího druhu, hledání faktických i planých nadějí apod. V době tápání nemocný intenzívně iniciativně vyhledává literaturu o nemoci, sleduje osudy spolupacientů, shání „zaručené“ recepty, je ochoten vydat se za jakýmkoliv mastičkářem a šarlatánem světa, vyvinout nepředstavitelné úsilí v získání jedinečného, nového, zejména zahraničního léku, stejně tak jako je ochoten střídat přední odborníky oboru. Nemocný často hovoří způsobem „ode zdi ke zdi“. Je schopen s vnitřní opravdovostí tvrdit, ač ozařován kobaltem, že se zcela jistě jedná o prevenci nádoru, stejně tak jako o několik chvil později vysvětlovat svým spolupacientům v čekárnách, že ví, že jeho dny jsou sečteny. Pravda v té

chvíli není ani na jedné, ani na druhé straně, ale k fakticitě toho, jaký je stav v reálu, se pacient musí probojovat sám.

Poznání a přijetí pravdy je vždy výsledkem zápasu. Opravdového, tvrdého a nelehkého. Co však bude dál? Před nemocným člověkem se otevírá paleta možností: rezignovat, bojovat, odevzdat se v důstojném klidu smíření se stavem, všechno popřít, marně doufat. Co z toho bude nemocný akceptovat, nezáleží pouze na něm samotném, ale také na všech ostatních, ať již profesionálně, či laicky zúčastněných osobách. Člověk v nouzi se bude vždy obracet k fenoménu naděje. Je to problematická neznámá, zvláště když ji upřeme vlastnosti zbožné víry, a proto si zasluhuje mimořádné pozornosti. Je potvrzením upřímnosti hovořit o naději také v úrovni ateistické a všimnout si jejich zázraků v krutých situacích životů odsouzených k časově limitovanému bytí. (Haškovcová, 1985)

3.6 Monografická výpověď reakce na nemoc

3.6.1 Pavel Novák

Nyní bych chtěla citovat z knihy „I smrt se bojí“, která je monografií zpěváka Pavla Nováka (2001). Popisuje svůj boj s rakovinou od samého počátku nemoci. Chci poukázat konkrétně na stavy, kterými si nejspíš projde každý člověk, když začne uvažovat o té možnosti, že je vážně nemocný, o tom, co se mu honí hlavou, než se dozví konkrétní diagnózu. Myslím, že tato kniha tyto pocity dobře vystihuje.

„Nevím, jestli to není planý poplach. Možná, že jsem všechno dělal špatně. Možná, že je to trest. Ale proč by mě Bůh trestal? Nejsem lepší než ostatní. Ale horší určitě ne. Nikomu jsem neublížil. Ty blázne, to s tím přece nesouvisí. Jak to ta babička říkala? Bůh zkouší, jestli jsi dost silný. Jsem dost silný?“

Bože! Kde je Bůh? Co je Bůh? Je v nás, odpověděl jsem si. A hned jsem si vzpomněl na své životní motto: Bože, dej mi klid, abych přijímal věci, které nemohu změnit. Dej mi sílu, abych změnil to, co změnit mohu. A dej mi moudrost, abych to dokázal rozlišit.“(Novák, P. 2001, str. 75)

I když by se mohlo zdát, že počáteční reakce na nemoc je u Pavla Nováka rovněž přijetím, není to pravda, člověk pátrá mnohem delší dobu po tom, proč právě on, a i když se zdá, že už už svou nemoc přijal, opět se dostane do situace, kdy bude znovu tímto obdobím pro-

cházet, záleží to na mnoha okolnostech, rozpoložení, situaci než člověk jakoby přijme nemoc za svou.

„Zase jsem měl ten pocit nejistoty. Co bude? Zítra musím na důležité vyšetření. Tak já mám rakovinu. Proč zrovna já? Ležel jsem na posteli a vteřiny ťukaly do mého mozku. Jel na plné obrátky. Proč zrovna já? Náhle jsem se však probral. Proč ne? Proč by ji měla mít Olga nebo někdo z dětí? Nebo proč někdo jiný? Pane Bože. Najednou jsem si uvědomil, že už to není jen slovní obrat. Obracel jsem se k Bohu. Je to spravedlivé? Ne. Nesmím soudit to, na co nemám právo. Kolik jsem toho slyšel o lidech, kteří měli stejnou nemoc, jakou mám teď já. Někteří odešli rychle, jiní trpěli. Ně kterým se podařilo vyhrát. Většinou se obraceli k Bohu. Ale najednou jako bych slyšel zase babičku. Bůh tě neopustí.“(Novák, 2001)

Bylo by zajímavé zabývat se tím, zda-li nemocný člověk snáší všechny trable s nemocí lépe, je-li věřící. Myslím si, že Novákovi víra velmi pomáhala, ale nejen ona samotná, měl velkou oporu ve své ženě a hlavně měl sílu s nemocí bojovat. Myslím si, že to odhodlání „nepoddát se“ je nesmírně důležité.

3.6.2 Ladislav Nicek

Nedávno mě o tom přesvědčil v pořadu televize Nova – „Na vlastní oči“ i náš český plavec pan Ladislav Nicek, který je považován za zakladatele zimního plavání. Jemu byla v jeho 41 letech zjištěna rakovina tlustého střeva a již metastázy Lékaři mu dávali 2 měsíce života, jeho chuť žít byla tak veliká, že se nepoddal a začal se věnovat otužování a plavání venku za každého počasí, 2x týdně v ledové vodě (2 stupně Celsia). Nyní má 95 let a elán z něho vyzařuje stále. Je už jedno, zda-li opravdu otužování vyhrálo nad nádorem, ale hlavní je ta víra a chuť s tím bojovat. Myslím tedy, že každý člověk potřebuje v době nemoci, ale možná i mimo ni, v něco věřit.

Proto mám i jednu z hypotéz zaměřenu na to, o co se lidé v době nemoci mohou nejvíce opřít, co je pro ně největší hodnota, v nabízených možnostech se kromě vztahů, úspěchů, peněz, zdraví nabízí také víra.

3.6.3 Věra Galatíková

Další možnou reakcí na nemoc chci uvést v příkladu herečky Věry Galatíkové, která na svou diagnózu reagovala asi takto:

„Když vám řeknou, že máte rakovinu, je to šok. Pak vám ale svitne naděje, že všechno dobře dopadne. Když rakovina udeří podruhé, člověk pochopí, že přišla konečná,“ říká vyrovnaně herečka .

„Víte, nikdy mě ani ve snu nenapadlo, že by mě mohla postihnout taková choroba. Byla jsem přeci holka krev a mlíko z Moravy. V naší rodině nikdy nikdo rakovinu neměl, tak jsem celý život bezstarostně flámovala a kouřila jednu cigaretu od druhé. Dokázala jsem jich vytáhnout dvacítku denně. Vlastně jsem si tu nemoc zavinila sama svojí nezodpovědností a neúctě vůči vlastnímu zdraví,“ zamýšlí se herečka (internetový zdroj).

3.6.4 Rozhovor s pacientkou „P“

Má práce je založena na kvantitativním výzkumu, ale chtěla bych ji obohatit o rozhovor s jednou pacientkou, která byla ochotná mi o své nemoci vyprávět. Chtěla bych se s Vámi podělit o její zážitky.

V rozhovoru jsou použity zkratky T – tazatel, P – pacientka.

T: „Můžete mi sdělit, kdy a za jakých okolností Vám bylo diagnostikováno onkologické onemocnění?“

P: „Dole nad nártou levé nohy se mi objevilo znaménko, které jaksí rychle rostlo a stávalo se citlivé, nejdříve jsem tomu nepřikládala vážný význam, ale asi po 3 měsících jsem navštívila svého kožního lékaře.“

T: „Před kolika lety to bylo?“

P: „Bylo to před 11 léty.“

T: „Jaká byla reakce kožního lékaře?“

P: „Kožní lékař se mnou nechtěl nic mít, řekl mi, že přicházím pozdě, a že to je věc pro plastickou chirurgii, kde mě také hned objednal. Na plastickou chirurgii jsem byla přijata k zákroku poměrně rychle, ale jaké bylo mé zděšení, když mi najednou aniž by mi někdo, cokoli řekl, začali potírat obě nohy, jednu – bolavou, ale druhou zdravou. Jelikož mi již

byla dávana narkóza, nestihla jsem se zeptat co se děje a byla jsem zděšená. Po zákroku jsem zjistila, že mě bolí obě nohy a dozvěděla jsem se, že mi museli vzít kůži ze zdravé nohy, aby mohla být pokryta ztráta kolem odstraněného znaménka.“

T: „Jak dál probíhala léčba?“

P: „Brzy se zjistilo, že rakovina již metastázovala, musela jsem podstoupit ozařování postižené oblasti pak i chemoterapii. Byla jsem hospitalizována na lůžkové části onkologického oddělení a tehdy jsem myslela, že umřu. Nemohla jsem nic jíst a pít, vše jsem zvrátila, byla jsem úplně na dně. Když jsem očekávala pomoc od ošetřujícího lékaře a naříkala jsem si na beznaděj, tak mi stroze řekl: „Chcete žít a pokud ne, tady jsou dveře“. Toto sdělení mě hodně ranilo a dodnes ho nosím v sobě. Kde je nějaký lidský přístup, chápu, že nemůže lékař prožívat každou bolest pacienta, ale trochu empatie a tolerance by přece měl být schopen. Nechápu to, že nikdo nevidí, jak jsou lidé, kteří tam leží, zranitelní, jak očekávají aspoň nepatrný zájem, laskavost. Myslím si, že obzvláště v takovém prostředí by měli být zaměstnáváni lidé s lidským srdcem a ne stroje.“

T: „Zajímalo by mě, zda-li byl na oddělení psycholog a pokud ano, jestli jste využila jeho pomoci.“

P: „Bohužel nebyl, což si myslím, je také velká chyba. Myslím si, že v současné době se všude za nějaké úkony platí a lidé nadávají, ale řeknu Vám, že tady i kdybych si měla jeho služby zaplatit, bych neváhala. Pociťovala jsem velkou touhu někomu své pocity sdělit a slyšet radu, jak mám s nimi právě teď naložit.“

T: „Uvedla jste, že jste členkou sdružení žen bojujících proti rakovině, co Vám toto členství dává?“

P: „Hlavně mě to dává setkávání s někým, kdo má stejné trápení jako já. Je nás tam asi 45, samozřejmě, že od založení již některé z nás umřely, ale přesto se ta základna na tomto čísle drží, přicházejí mladší. Další důvod je touha pomáhat, hlavně prevencí. Nikdy si neodpustím, že jsem mohla být včasnější. I když se v současné době mluví více o rakovině, přesto si lidé neustále myslí, že jich se to netýká a všechny počáteční projevy ignorují. Proto také pořádáme přednášky ve školách, kde na tyto projevy upozorňujeme a k prevenci nabádáme.“

T: „Pociťovala jste někdy reakce opovržení, strachu, izolace ve spojení s Vaší nemocí?“

P: „To víte, že ano. I když můžete mít dojem, že se o rakovině hovoří, stejně jsem se často setkávala se zvláštními reakcemi. Jakoby rakovina byla infekčním onemocněním, jako bych mohla svou nemocí někoho nakazit. Také jsem se setkala s tím, že jakmile jsem chtěla o své nemoci hovořit, druzí o tom nechtěli slyšet. Připadalo mi to tak, že si vůbec nechtějí tento problém pustit do domu. Ale to je přece velký omyl, vždyť i já jsem si myslela, že se mě to nemůže dotknout a nakonec stojíte před tím faktem a říkáte si – proč právě já, ale není Vám to nic platné, nakonec musíte nemoc vzít za svou.“

Velice mě překvapila výpověď této ženy, myslela jsem si, že v dnešní moderní společnosti již takové předsudky o rakovině neexistují, dost mě zklamal přístup lékařů, očekávala jsem, že se již hodně ví o psychickém prožívání nemocných, ale asi je jedna věc něco vědět a druhá umět se dle toho zachovat.

Kdyby to bylo v mých silách, určitě bych navrhovala zaměstnat na onkologickém pracovišti psychologa. Je smutné, že dnešní zdravotnictví na všem šetří, nedostatek personálu, jeho přepracovanost si pak vybírá daň na emočním prožívání pacientů, vlastně nás všech, jelikož my všichni na zdravotní péči přispíváme, a když ji pak potřebujeme, tak se nám nemusí dostat očekávané péče. Jelikož nikdo z nás neví, zda se sám na těchto odděleních někdy neocitne.

3.7 Problematické způsoby zvládnání těžkostí nemocí a utrpení

Nemocní často hovoří o určitých prožitcích, které se v literatuře objevují pod pojmem obranné mechanismy. Jedná se o způsoby reakcí na určité situace. Často jsem se s těmito reakcemi v době průzkumného rozhovoru setkávala.

Represe – vytěsnění z vědomí toho, co se ve skutečnosti děje: nežádoucí moment (např. trauma) je vnitřní cenzurou pacienta potlačen a vytěsněn z vědomí.

Suprese – záměrné a vědomé potlačení toho, co by mělo být ve vědomí: pacient si je vědom toho, co se stalo, ale silou své vůle si to záměrně zaclání.

Regrese – sestup pacienta na vývojově nižší stupeň: dospělý člověk se například stáhne do sebe, rozpláče se, začne trucovat atp., tj. můžeme u něj pozorovat reakce dítěte.

Inverze – převrácené chování. Jedná se o to, že pacient se chová opačně, než-li bychom očekávali. Například pacient místo toho, aby slovně vyjádřil svou bolest, raději hraje hrdinu, kterého to vůbec nebolí. My očekáváme pláč, ale místo toho přichází bagatelizace.

Popírání – pacient si zakazuje o určité věci myslet, hovořit, slyšet atp. Dělá, jako by ho to nezajímalo, uzavírá vstup informacím, např. říká „nechci znát žádné podrobnosti o své nemoci, ani to, co se mnou budete provádět, chci hlavně, aby to bylo za mnou a byl bych zdrav“.

Introjekce – promítání starostí druhých lidí do vlastního života. Pacient si jakoby přisvojuje problémy druhých lidí, pokládá je za své problémy a dělá si s nimi starosti.

Racionalizace intelektualizace – racionalizací se rozumí hledání rádooby moudrých důvodů pro nemoudré věci, které pacient dělá. O intelektualizace hovoříme tam, kde pacient hledá intelektuální důvody pro nesmyslnosti, které dělá.

Sebeobviňování – pacient se nadměrně obviňuje za to, co se s ním po zdravotní stránce děje. Hledá příčiny svého onemocnění (často neprávem) ve svém dřívějším jednání.

Externalizace viny – pacient se snaží (většinou neprávem) obviňovat druhé lidi z toho, co se s ním děje.

Identifikace – ztotožnění, pacient si například představuje, že jeho stav je takový jako stav jiného pacienta, který je na tom hůře či lépe nežli on.

Projekce – pacient promítá vlastní záměry do jednání druhých lidí. Často jde přisuzování vlastních chyb druhých lidem. (Křivohlavý, 2002)

4. JAK PACIENT ZVLÁDÁ BOLEST

Okolnosti tolerance bolesti

- věk – (straší lidé mají obvykle vyšší práh bolesti (tzn. snášejí bolest lépe),
- nemoc – chronicky nemocní mají nižší práh bolesti,
- pohlaví – muži mají obvykle vyšší práh bolesti než ženy,
- denní rytmus – ráno je vyšší práh bolesti než večer,
- zátěž – je-li člověk zatížen vyšším fyzickým výkonem, zvýší se mu práh bolesti,
- etnografické vlivy – některé národy mají vyšší práh bolesti
- emocionální stav – strach a úzkost snižují práh bolesti,
- placebo – zvyšuje práh bolesti,
- relaxace – zvyšuje práh bolesti.

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Hlubší pohled ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je na místě. Má to své kladné i záporné důsledky. V kladném slova smyslu umožňuje v diagnostice úplnější vystižení jevu bolesti. Obdobně je tomu v terapii – v tlumení bolesti a v prevenci bolesti. Do popředí však vystupují stále zřetelněji i důsledky dosavadního jednostranného pojetí bolesti.

Ukazuje se, že lékaři na jedné straně předimenzovávají tlumení bolesti analgetiky – jak tomu je např. u bolestí zad (Von Korfu, BRLOW, Cherkin A Deyo, 1994). Na druhé straně bolest pacientů podceňují (např. v terminálním stadiu rakoviny) a příliš šetří opiáty ve falešné představě, že by se z těchto umírajících pacientů mohli stát narkomani.

Pojednání o bolesti nacházíme v učebnicích fyziologie v oddílech pojednávajících o činnosti nervového systému. Dozvídáme se tam, že v kůži máme relativně největší množství receptorů, které nás za určitých okolností mohou informovat o bolestivém podnětu. Tzv. vrátková teorie bolesti, kterou r. 1965 publikovala dvojice autorů Donald Melzack a Peter Wall říká, že náš nervový systém je v neustále činnosti. To, co se děje na úrovni míchy v dané chvíli, rozhoduje o tom, zda a jak bude vnímán ten či onen podnět.

4.1 Druhy bolesti

Není bolest jako bolest. Jednou z charakteristik bolesti, která se stále častěji objevuje ve všech studiích bolesti, je doba trvání bolesti. Z tohoto hlediska se odlišuje bolest akutní od chronické bolesti.

Akutní bolest je definována dobou trvání. Ustálila se zde hranice šesti měsíců. Ukazuje se však jako nadměrná. Stávající doporučení uvažují o hranici trvání akutní bolesti v rozsahu jednoho měsíce. V jádru jde o poměrně krátkodobý signál toho, že došlo k poškození tkáň. Tato bolest má svůj dobrý smysl: upozorňuje pacienta na nutnost distancovat se od toho, co člověku škodí.

Za chronickou je bolest považována tam, kde trvá déle nežli půl roku. Může jít přitom o trvalou bolest nebo o bolesti, které se v určitých pravidelných či nepravidelných intervalech opakují. Patří sem i bolesti při některých druzích rakoviny. Psychologické studie ukazují, že chronická bolest je v mnoha případech spojována s určitými psychopatologickými jevy – například s vyšší mírou deprese, zvýšeným množstvím konzumace léků, s určitými psychopatologickými rysy osobnosti. Hlubší studie však ukázaly, že tyto psychopatologické charakteristiky spojené s chronickou bolestí existovaly u pacientů již před tím, nežli se u nich bolest objevila.

4.1.1 Bolesti při rakovině

Statistická šetření ukazují, že bolest doprovází onemocnění rakovinou ve 30 – 40 % případů v začáteční fázi výskytu a v 60 – 90 % případů v terminálním stadiu. Existují však rozdíly v zážitcích bolesti podle druhů rakoviny. Například u leukémie jen 5 % pacientů zažívá velkou bolest, kdežto při rakovině kostí až 85 % prožívá chronickou bolest. K bolestem, které pramení ze změněné funkce organismu, se přidávají u pacientů další bolesti, které jim působí často invazivní léčebné procedury. V řadě případů je k tomuto mnohostrannému zážitku bolesti třeba přičíst ještě bolesti, které přímo s rakovinou nesouvisejí, např. bolesti zad, artritida atp.

Profesor Pavel Klener, náš přední onkolog, v rozhovoru pro Mladou frontu Dnes ze dne 16. 11. 2007 na otázku novináře: „Jste si jist, že medicína dokáže úplně odstranit fyzickou bolest?“, odpovídá takto: „*Jak jsem již jednou řekl, nic není na sto procent, problém je spíš v tom, že mnoho lékařů nezná možnosti léčby bolesti. Pětadevadesát procent pacientů bo-*

lestí trpět nemusí.“ Na další otázku novináře: “A co když jim prostě jen připadá, že dlouhým umíráním ztrácí jejich život důstojnost?” odpovídá: „ Promluvte si s řediteli hospiců, řeknou vám úplně jiné zkušenosti – jaké to je, když se o pacienta starají a on se necítí opuštěný. Bohužel, umírání se dnes přesunulo do nemocnic, člověk umírá sám mezi hadičkami a přístroji, to je děsivé.“

4.1.2 Léčba onkologické bolesti

Bolest v souvislosti s nádorovým onemocněním lze léčit primárně, tj. odstraněním nebo zmenšením nádoru, případně útlaku okolních tkání, nebo sekundárně, tj. pouze zmírněním pocitu bolesti bez ovlivnění nádoru samotného. Primární postupy jsou v rukou specialistů: chirurgů, ortopedů ke stabilizaci patologických zlomenin, onkologů k provádění radioterapie, chemoterapie a cílené hormonální léčby, zatímco sekundární postupy by měl ovládat každý lékař, který se právě o pacienta stará. Cílem symptomatické (sekundární) léčby bolesti je umožnit pacientovi důstojně a bez utrpení prožít zbytek života.

Stále platí doporučení Světové zdravotnické organizace o třístupňové strategii léčby bolesti. Při mírném stupni bolesti se podávají periferní analgetika a nesteroidní antiflogistika (NSAID) a adjuvantní léky. Pokud bolest přetrvává, přidá se k dosavadní terapii lék ze skupiny slabých opioidů /kodein, tramadol, a pokud stále ještě není účinek dostatečný, vymění se slabý opioid za silný /nejčastěji morfin. V současné době není k dispozici žádný nový převratný přípravek, ale farmaceutický výzkum a vývoj vedl k dostupnosti nových forem tradičních léků, které výrazně usnadňují život pacienta s léčbou bolesti. Navíc jsou k dispozici i nové technické pomůcky, které umožní ambulantní léčbu pacientům, kteří by dříve museli být hospitalizováni.

Psychická závislost u pacientů s bolestí prakticky nevzniká, ale fyzická závislost vzniká vždy po určité době léčby (1-2 týdny) a jejím důsledkem je, že při přerušení podávání opioidů nebo nechtěném podání antidota vznikne abstinenční syndrom. Problém může vzniknout tehdy, je-li pacient převeden na jiný způsob terapie (např. kontinuální epidurální analgezií) a zdánlivě již nepotřebuje morfin. Dávky morfinu je nutno snižovat postupně (vždy na polovinu v průběhu jednoho nebo dvou dní), aby abstinenční syndrom nevznikl.

V Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze budou Američané zkoušet nový lék proti rakovině lymfatických uzlin a některých typů leukémie. Posledním převratem v léčbě rakoviny byl glivec na chronickou myeloidní leukemii, na niž zemřel Josef Lux. Lék, který zvý-

šil dobu přežití, přišel krátce po jeho smrti. Ale ani tento lék nepomůže všem lidem s danou diagnózou, protože v medicíně nic není stoprocentní. (Mladá fronta Dnes 16.11.2007)

4.2 Krizové intervence

V souvislosti se zjištěním diagnózy rakoviny prožijí prakticky všichni postižení životní krizi. O krizi se mluví tehdy, když zátěž, která je kladena na psychické a fyziologické schopnosti jedince překročí možnosti jeho zvládnání.

Krizová intervence je poradenská metoda, která je principiálně časově omezená a cílená přímo na překonání problémů tady a teď (Loscalzo a Brintzenhofeszoc, 1998). Pozornost se nezaměřuje na dřívější potíže, ale snaží se pokud možno o co nejrychlejší navození stejné funkční úrovně pacienta, kterou měl před vypuknutím krize.

U nás zůstává spíše otázkou, kdo by měl tuto krizovou intervenci pacientovi nabídnout, když se naše zdravotnictví nyní ocitá v takové krizi, že mu chybí prostředky někdy i na základní péči a jak jsem se již zmínila dříve, tak ani služby psychologů na onkologickém oddělení nejsou samozřejmostí.

5 KOMUNIKACE

5.1 Zásady komunikace

Podle mého je komunikace velice důležitá, zejména týká-li se našeho zdraví, což mnozí z nás považují za svou největší hodnotu v životě, měla by ji být věnována dostatečná pozornost.

Bohužel, mám opět dojem, že naši lékaři nejsou zvyklí s pacienty komunikovat, někdy mám pocit, že během studia se věnovali převážně anatomii – nemocem orgánů lidského těla a nějak zapomněli na to, že orgány tvoří jednu celkovou bytost, kterou je člověk.

Je známo, že sdělování informací může probíhat cestou nonverbální sociální komunikace, verbální komunikací, činy nebo je vše podmíněno nasloucháním – očima, ušima, srdcem. Je velice důležité kdo, co kdy, kde, jak proč a za jakým účinkem bude komu sdělovat.

5.2 Komunikace pacienta s lékařem

Mezi specifické formy komunikace patří komunikace pacienta a lékaře. Jedná se o specifický rozhovor, který je dán zvláštností vztahu mezi lékařem a pacientem. Důvodem rozhovoru bývá často nemoc, která značně ovlivňuje psychiku jedince nejen vůči sobě, ale i vůči okolí ve smyslu labelingu, tedy nálepkování.

Základním předpokladem pro vzájemné porozumění mezi lékařem a pacientem je lékařova schopnost empatie a umění naslouchat. Empatie není chápána jako soucit, ale jako schopnost vcítit se do pacientovy situace. Dialogický přístup lékaře pacienta staví do popředí řady nových aspektů, kdy se na rozdíl od minulosti pacient stává aktivním subjektem zdravotní péče i z hlediska komunikace, což přináší i řadu obtíží, které vyplývají z vysokých nároků kladených na komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Je to zejména otázka výrazových nepřesností, řada strategií a taktik, které jsou užívány v tomto typu rozhovoru. Komunikační chyby bývají častěji na straně lékaře, neboť jsou chápány jako následek chování /i nežádoucího/ pacienta, který si je takto vyloží. Proto je kladen důraz na pečlivou volbu slova a větnou stavbu. Je důležité, aby sdělení lékaře byla formulována kladně, neboť platí, že každé „ne“ může působit jako negace již dohodnutého a navození nepřilíh kooperativní atmosféry. Dalším prvkem, který do komunikace mezi

lékařem a pacientem vnáší šum, je užití „ale, kdyby, pokud“ apod., což vyvolává popření toho, co bylo předtím lékařem řečeno.

Celkové vystupování a komunikace lékaře má působit věrohodně, přesvědčivě a zásadově. Základním předpokladem je naprostý soulad mezi tím, co je řečeno slovy a tím, co vyjadřuje neverbální složka komunikace, tedy gesta, mimika, haptika, pohled. Aby byl celkový projev lékaře autentický, musí kontrolovat své citové projevy a jeho slovní projev musí být souladu s jeho vnitřním přesvědčením.

Zvláštním typem komunikace je sdělování diagnózy. Na lékaře je kladena nelehká úloha, má sdělovat pacientovi něco, co člověk považuje za nejcennější, co má – zdraví, život.

I pacient má svá práva a chce být on nebo jeho rodina, informován o svém zdravotním stavu. Pokud se týká sdělování zdravotních diagnóz u závažných onemocnění – mezi ně patří i diagnóza rakoviny, není dosud u nás tato otázka uspokojivě vyřešena. Vždy však platí, že je nutno postupovat individuálně s ohledem na psychický stav.

Máme-li někomu porozumět, musíme mluvit stejnou řečí. Při setkání lékaře s pacientem oba hovoří stejnou řečí (česky), avšak životní prostředí, z něhož přichází lékař, a to, z něhož přichází pacient, jsou odlišná. Postoj ke sdělení je také odlišný. Lékař přichází do kontaktu s druhými lidmi – a zvláště s lidmi, které něco trápí – obvykle daleko častěji nežli pacient. Pacient není zvyklý hovořit o svých zdravotních těžkostech řečí, na kterou je zvyklý lékař.

Lékař je zdravotní profesionál. Ovládá svou tematiku a umí o ní hovořit – svou řečí. Ta je však odlišná od řeči pacienta, protože je v ní mnoho cizích odborných termínů. Lékařův žargon bývá obvykle jmenován na prvním místě, pokud se zjišťují těžkosti v sociální komunikaci pacienta s lékařem.

Jedním z vážných problémů komunikace lékaře s pacientem je ztráta úcty – respektu k osobě pacienta. V řadě případů se zjišťuje, že lékař hovoří s pacientem jako člověk s člověkem, pokud spolu hovoří a sedí například vedle sebe u stolu, ale jakmile lékař přejde k technickým výkonům, hovoří „o pacientovi“ v ryze technické řeči (jako o předmětu). Není pak divu, že bylo zjištěno (Jarvin, 1955), že počet komplikací u pacientů se zvýšil po tzv. velké vizitě, kdy si lékaři mezi sebou prohodili poznámky, kterým pacientům dost dobře nerozuměli.

Lékař neříká jen to, co sděluje slovy. Emocionální stav lékaře je pro pacienta též důležitým sdělením. Studie prokázala, že celkový stav pacientek po mamografii se výrazně lišil, když příslušný lékař byl emocionálně rozrušen, nebo naopak relativně v klidu. (Shapiro, 1992)

5.3 Pravda na nemocničním lůžku

Sdělit, či nesdělit pravdu nemocnému o povaze jeho vážné či nevy léčitelné nemoci je otázka, která provází lékaře již dlouhou dobu.

Tradiční přístup našeho zdravotnictví k vážné nemoci je jiný a lze jej charakterizovat jako „pravdu zakrývající“, často se používá tzv. „milosrdná lež“. Haškovcová (1985) uvádí, že současným stavem věcí v otázkách sdělování pravdy na nemocničním lůžku nejsou spokojeny de facto obě strany a lze dokonce říci, že obě právem. Kritici „čisté pravdy“ poukazují na to, že někdy pravdu nesdělit je humánnější než ji ozřejmit v plné šíři a ihned v závěru diagnostického procesu. V našich podmínkách se naopak množí hlasy vyzývající k častějšímu sdělování pravdy, než je zatím zvykem. Myslí si, že námitky obou stran jsou oprávněné: sdělit pravdu je někdy nutné, často vhodné, ale problém tkví v tom, „komu ji říci“, „jak ji říci“ a „kdy ji říci“. Doplnující otázkou pak je „kdo má pravdu sdělit“ a „kde ji má sdělit“. Někteří autoři potom shrnují tyto naléhavé otázky do tří základních: „Komu ji říci, jak ji říci a co říci.“

Je třeba podotknout, že sdělení diagnózy ihned po jejím zjištění může nemocného skutečně zlomit a ublížit mu. Asi proto se také lékaři často uchylují k již zmíněné milosrdné lži či polopравdě a někdy si nemocného pacienta přehazují „jako horký brambor“. Nemocný se však zpravidla k pravdě „protrpí“ a pochopí ji. (Haškovcová, H. 1985)

5.4 Doporučení pro partnery nemocných s rakovinou

Chcete-li svým blízkým pomáhat, bude často nutné naučit se v nových a těžších podmínkách pomoc poskytovat. Mnoho věcí bude totiž vycházet a dopadat jinak, nežli jste byli zvyklí dříve. Bude také nutné naučit se přijímat pomoc – pečující o vážně nemocné se sami ocitají také v těžkém stresu a bez doplňování citových rezerv se rovněž dostávají do stavu psychického ohrožení.

Seznamte se co nejdříve se zdravotním stavem svého partnera či partnerky. Nejlepší je, poskytne-li úplnou informaci ošetřující lékař, pokud možno oběma současně. Tím se předchází zkrslení a nedorozumění.

Není třeba, abyste znali podrobnosti o nádorových buňkách, enzimech a dalších detailech, je však nutné, abyste věděli, jak pomoci svým blízkým v konkrétních situacích:

Neměli byste odmítat diskusi s vaším blízkým, zvláště po sdělení diagnózy. Neutíkat od tématu k vedlejším věcem, překročte „spiknutí mlčení“ charakterizované obavou promluvit o čemkoli, co se týká nemoci.

Zmatek, šok nebo paniku, která ve vás vznikla při zjištění, že partner je nemocný musíte zvládnout. Mluvte o svých pocitech, můžete vyjádřit společné obavy a současně ujistíte druhého, že s ním stále budete.

Nebojte se místo slov třeba partnera obejmout, pohladit, pomilovat.

Nepropadněte obavám, že nádorové onemocnění je infekční – rozhodně se od nemocného nemůžete nakazit.

Nebojte se tělesného kontaktu s nemocným, místo slov je někdy větší pomocí držení za ruku, objetí, polibek nebo třeba i společné mlčení.

Povzbuzujte partnera k jakékoli aktivitě, kterou je schopen vykonávat. Pociť takové schopnosti dodává pacientovi sílu, sebejistotu, a chuť se s chorobou poprat.

Humor nemusí být vždy šibeniční a může v mnohém pomoci a osvobodit.

Nezvládáte-li sami svoje pocity a nálady, neváhejte navštívit odborníka – psychoterapeuta (psychologa, psychiatra, duchovního atd.).

Při některých nepříjemných až odpuzujících skutečnostech (samovolný odchod moči nebo stolice, zvracení atd.) ovládněte svou přirozenou nechuť přiblížit se, a místo kroku zpět udělejte vstřícný krok vpřed.

Nezapomínejte, že i po vyléčení zůstává ve vašem nemocném partnerovi strach, zda bude účinek léčby trvalý.

Nebuďte netrpěliví a naučte se „obyčejnému“ naslouchání.

Nereagujte agresivně na případné výbuchy zloby, zlosti nebo nerudné nálady svého nemocného partnera, uvědomte si, že jde o „vztek na osud“, nikoli na vás.

Nikdy, ani v těch nejhorších chvílích, neberte partnerovi víru v možnost uzdravení.

Odklon od lékařské péče, např. k léčitelům, bylinkám, cvičení atd. Nekritizujte, ale dohlédněte, aby váš nemocný partner zároveň dodržoval všechna lékařská doporučení a chodil na pravidelné lékařské kontroly.

Všimnete-li si, že se váš partner propadá do úzkostné a beznadějné nálady a ztrácí o všechno kolem zájem, vyhledejte společně pomoc psychologa, psychiatra či psychoterapeuta.

Dovolte si vzájemně vyjádřit i silné pocity lítosti nebo strachu – lépe se vám pak budou zvládat. (Nakonečný, 1997)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je nastínit problematiku psychického prožívání onkologických pacientů, jejich vnímání, intervencí, které potřebují a očekávají. Chtěla bych se zmínit o pocitech pacientů, které zažívají v průběhu nemoci, přála bych si, aby se postupně odstraňovalo pomyslné tabu, které se nad rakovinou vznáší, jelikož mám dojem, že méně vážnější nemoci se skloňují ve všech pádech, a o rakovině se na veřejnosti stále moc nemluví. Chtěla bych svou prací dodat sílu všem příbuzným nemocných, proto se často zmiňuji o tom, jaké intervence a postoje by měli k nemocným zaujímat. Chtěla bych jim dodat odvalu k tomu, aby byli pacientům oporou.

6.1 Hypotézy

Jelikož základem pro mou práci je kvantitativní výzkum, stanovuji si tyto hypotézy, kdy předpokládám, že:

1. Nemocní rakovinou budou udávat, že ve svém životě prožili stresovou událost, kterou považují za příčinu „vypuknutí své nemoci“, nežli budou předpokládat, že rakovina vznikla bez příčiny.
2. Starší nemocní budou udávat, že hlavní hodnotou je pro ně rodina, oproti mladším pacientům, kteří budou mít jiné priority.
3. Větší polovina respondentů, kteří budou mít diagnostikovanou rakovinu, budou lidé, kteří se považují za celoživotní pesimisty oproti těm, kteří se cítí být optimisty.
4. Více jak polovina respondentů bude uvádět, že po diagnostikování nemoci zažili změnu v interpersonálních vztazích, oproti těm, kteří tuto změnu nezaznamenali.
5. Většina respondentů bude udávat, že ve svém životě zažili tzv. období truchlení – tj. ztrátu někoho blízkého, která je silně poznamenala, oproti jiným, kteří toto období nezažili.*

* většina – pro účely výzkumu se termínem většina rozumí nadpoloviční většina

6.2 Metodika výzkumu

Ke své práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, který je jedním ze základních druhů pedagogického výzkumu, jehož smyslem je získat data, která lze zpracovat kvantitativními postupy. Využívala jsem nominální měření, které se často u dotazníků uplatňuje, určovala jsem také četnost volby. Výzkumný problém bych zařadila mezi problémy vztahové.

6.2.1 Výběr respondentů

Na počátku mé práce jsem si provedla výzkumnou sondu, tím, že jsem vedla rozhovor s pacienty onkologického lůžkového oddělení, které jsem pokládala za svůj výzkumný vzorek, snažila jsem se vydedukovat, co je pro ně v době nemoci důležité, co má pro ně nějaký význam, co potřebují, čeho se jim dostává a co postrádají. Na základě těchto rozhovorů jsem pak sestavila dotazník, který jsem pacientům lůžkové i ambulantní části polikliniky rozdala a požádala je o jeho vyplnění.

6.2.2 Zpracování dat

Sběr dat jsem prováděla od prosince 2007 do poloviny dubna roku 2008. V prosinci jsem navštívila lůžkové oddělení onkologické části polikliniky v Ostravě Porubě, kde jsem hovořila s dvaceti pacienty. Na základě těchto rozhovorů jsem vypracovala dotazník, který jsem pak pomocí MUDr. Koutňákové doručila pacientům docházejícím do ambulance cca 20 dotazníků, zbývající část – cca 90 dotazníků jsem postupně rozdala klientům na lůžkovém oddělení. Získat dotazníky zpět mi opět umožnila zmíněná paní doktorka. Celkem jsem měla 110 dotazníků, vrátilo se mi 103 dotazníků, na jejichž podkladě jsem zpracovávala data. Z toho bylo 53 žen, 50 mužů. Všichni respondenti byli informováni o tom, že dotazníkové šetření je anonymní a uvedené skutečnosti použiji jen ke své práci.

7 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

7.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

7.1.1 Zjištěné výsledky průzkumu anamnestické části dotazníku

V úvodu dotazníku zjišťují anamnestické údaje o pohlaví, zda-li se jedná o muže či ženu, dále věkovou kategorii respondenta, kterou člením do období 18-25 let, 26-40 let, 41-55 let, 55-více let. Toto věkové členění je důležité pro zjištění, ve kterém období se respondenti s onkologickým onemocněním setkali. V informativní části dotazníku je pak ještě uvedena kolonka týkající se délky onemocnění, zda-li se jedná o počátek nemoci, nebo o recidivu.

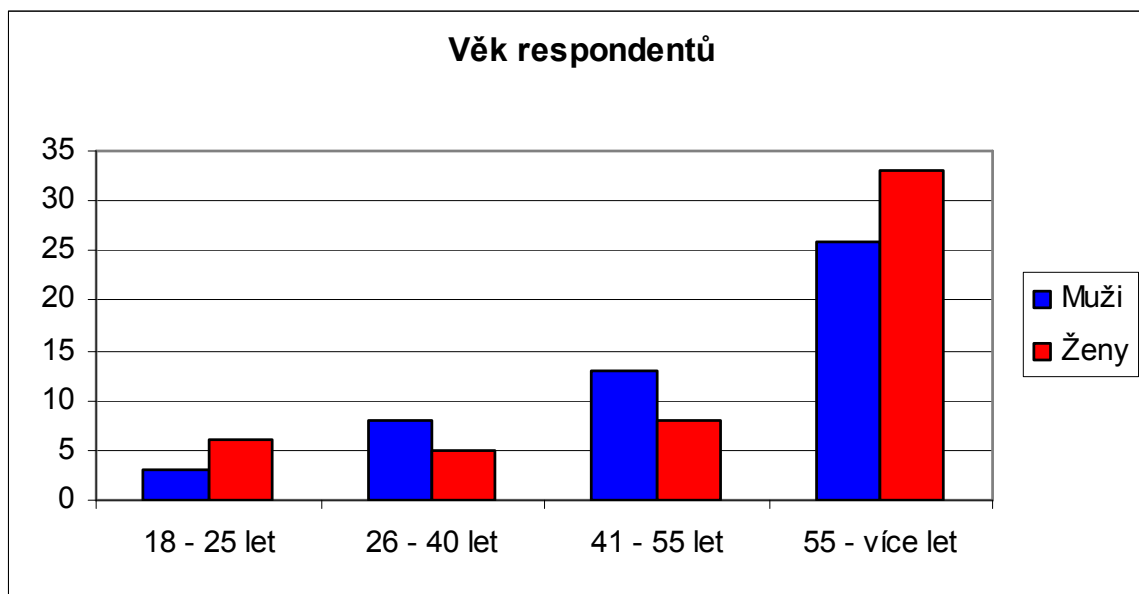
Tabulka č. 1 - Statistické údaje respondentů

Věk respondentů	Respondenti celkem		Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%	AČ	RČ%
18 - 25 let	8	8	3	6	5	12
26 - 40 let	15	14	8	16	7	10
41 - 55 let	23	22	13	24	10	15
55 - více let	57	56	26	52	31	63
Celkem	103	100	50	48	53	52

Tabulka č. 2 – Délka onemocnění

Délka onemocnění	Respondenti celkem		Muži		Ženy	
	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)
0 - 1 rok	49	47	20	40	29	55
2 - 5 let	23	22	10	20	13	25
6 - 10 let	15	15	10	20	5	10
11 - více let	16	16	10	20	6	10
Celkem	103	100	50	100	53	100

Graf č. 1



Otázka č. 1

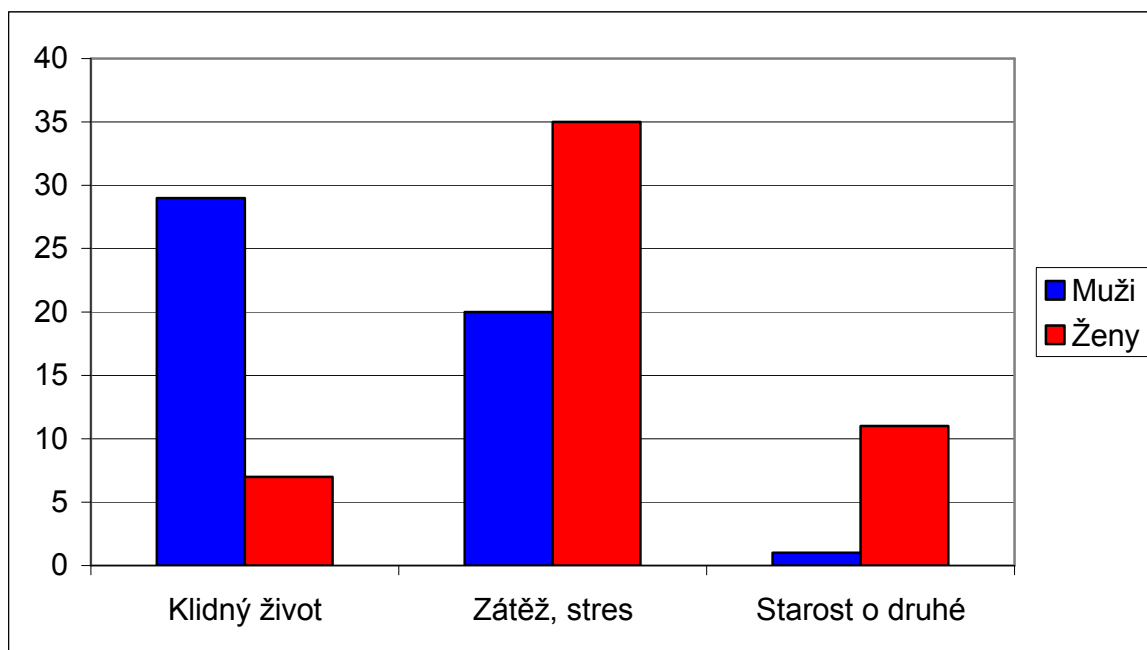
Můžete charakterizovat svůj život před diagnostikováním nádorového onemocnění některou z těchto variant?

V této otázce nabízím tři možné odpovědi, kterými se pokouším zjistit, zda je něco pravda na tvrzení, že lidé, kteří žijí v neustálém stresu či prožívají starosti druhých blízkých lidí, jsou rizikovou skupinou pro vznik rakoviny.

V mém výzkumu se ukázalo, že 35 % (36) respondentů před diagnostikováním rakoviny má dojem, že mají spokojený život, že má určitý řád a smysl. 53 % (55) respondentů uvádí, že mají dojem, že jim život proplouvá mezi prsty, tzv. „nestíhají“ – žijí ve stresu, 12 % (12) respondentů pak udává, že se nechají ovlivnit problémy jiných lidí, zvláště pak svých blízkých – rodičů, dětí.

Mohu tedy říci, že v mém vzorku 103 respondentů, zhruba polovina udává, že zažívají stres, možná i starost o jiného člověka může být určitým stresem, ale spíše mám dojem, že se má hypotéza nepotvrdila.

Graf č. 2 – Charakteristika života



Otázka č. 2***Charakterizoval(a) byste se spíše, před diagnostikováním nemoci, za osobnost:***

Touto otázkou se pokouším zjistit, zda-li je rakovina nemocí, která může být závislá také na osobním postoji k životu, nabízím tři možné odpovědi, zda-li se člověk vidí spíše jako optimistu, pesimistu nebo se momentálně neumí zařadit – udávám možnost nevím.

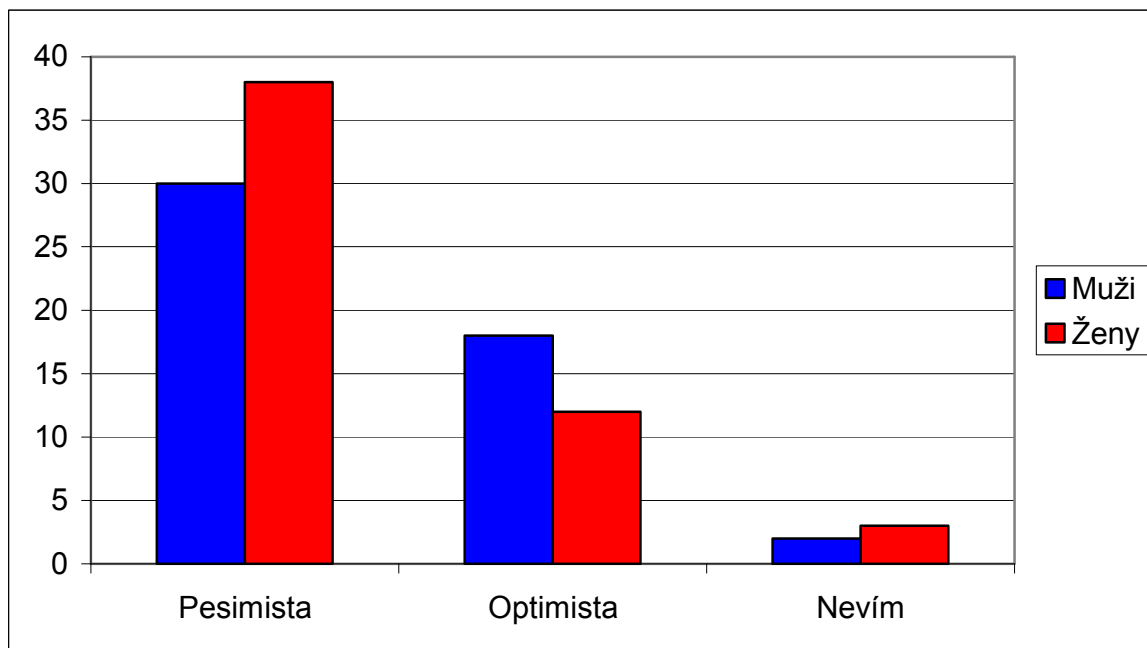
V šetření se ukázalo, že 66 % (68) respondentů se cítí být spíše pesimisty, jen 29 % (30) respondentů udává, že se považují spíše za optimisty a 5 % (5) se neumí zařadit.

Takže v daném případě by se mohlo říci, že lidé s pesimistickým osobnostním laděním (soudě podle jejich vlastního přesvědčení) snadněji onemocní rakovinou než lidé, kteří nahlízejí na svět optimisticky. Ale neodvážuji se generalizovat, neboť se jedná jen o nepatrný vzorek populace.

Tabulka č. 3 – Životní postoj respondenta

Osobnost	Muži		Ženy	
	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)
Pesimista	30	60	38	72
Optimista	18	36	12	23
Nevím	2	4	3	5
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 3 – Životní postoj respondenta



Otázka č. 3

Prožil(a) jsem ve svém životě stresující událost, kterou považuji za tzv. „spouštěče“ mé nemoci.

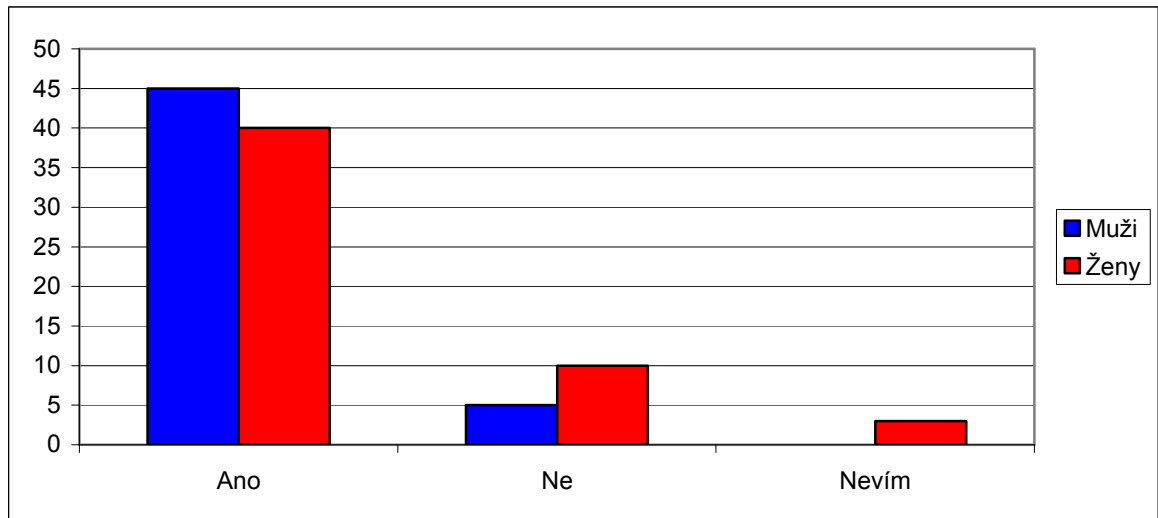
Tato otázka jakoby rozvíjí otázku číslo 1, mám dojem, že lidé často hledají příčinu vzniku rakoviny a snaží se ji pojmenovat. Jsou často přesvědčeni, že ví, co jejich nemoc způsobilo, ale myslím si, že ne vždy to je pravda. Mám však dojem, že i toto pojmenování příčiny nemoci, ať již opodstatněné či nikoli, znamená určitý posun při tzv. přijetí nemoci.

Odpovědi na otázku byly asi tyto: 82 % (85) respondentů viní ze vzniku rakoviny některou konkrétní událost, samozřejmě, že to nemusí být podložený důvod, ale oni tento subjektivní pocit mají, 15 % (15) uvádí, že nepředpokládají, že by původ nemoci měl konkrétní příčinu, 3 % (3) uvedli ve své odpovědi možnost nevím. Podrobnější členění na kategorie muži, ženy uvádí tabulka i graf.

Tabulka č. 4 – Stresující událost

Odpověď	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Ano	45	90	40	75
Ne	5	10	10	19
Nevím	0	0	3	4
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 4 – Stresující událost



Otázka č. 4

Prožil(a) jsem ve svém dosavadním životě některou z těchto zátěžových situací. Pokud ano, uvedenou situaci zakroužkujte.

V této otázce nabízím možnosti spouštěče nemoci, které jsou považovány dle výzkumů za stresující situace, jedná se o rozvod, smrt někoho blízkého, ztrátu zaměstnání, vážná nemoc někoho z rodiny. I tato třetí otázka je směřována k hypotéze o příčině vzniku rakovinného onemocnění.

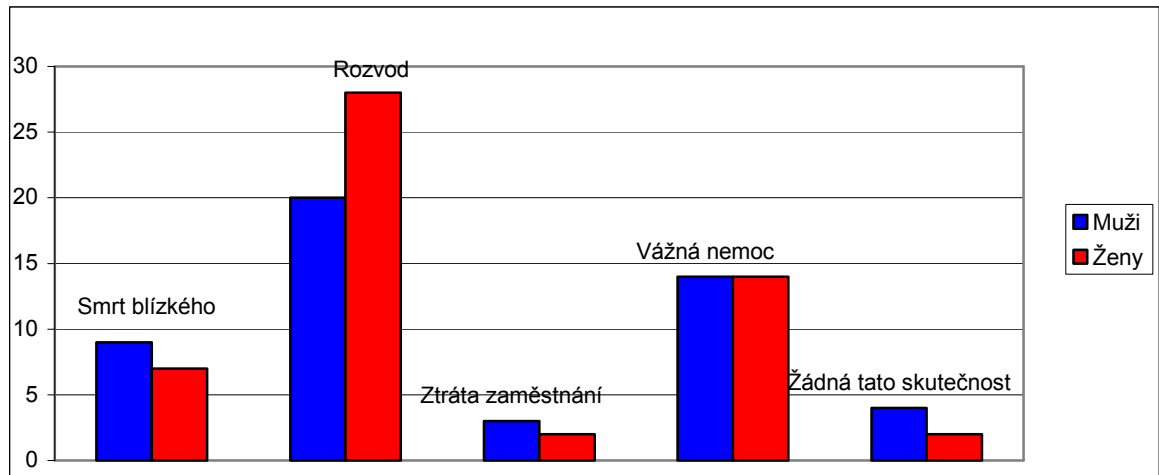
V šetření se ukázalo, že 47 % (48) respondentů prošlo rozvodem, 15 % (16) respondentů udává, že prožili v rodině smrt blízkého člověka, 5 % (5) respondentů uvádí, že prošli obdobím ztráty zaměstnání, 28 % (29) osob prožilo období, kdy museli pečovat o někoho z rodiny, který byl nemocen. A jen 5 % (5) osob udává, že ve svém dosavadním životě žádnou z těchto situací neprožili.

Touto otázkou sleduji nepřímo potvrzení či vyvrácení H1. Výsledek průzkumu ukázal, že skoro většina respondentů prošla ve svém dosavadním životě některou ze stresujících událostí, dle těchto výsledků bych se přikláněla k hypotéze, že stres patří mezi jednu z příčin rakovinného onemocnění.

Tabulka č. 5 – Zátěžová situace v životě

Stresující událost	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Rozvod	20	40	28	53
Smrt blízkého	9	18	7	13
Ztráta zaměstnání	3	6	2	4
Vážná nemoc	14	28	14	26
Žádná tato skutečnost	4	8	2	4
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 5 – Zátěžová situace v životě



Otázka č. 5***Jak působilo Vaše nádorové onemocnění na interpersonální vztahy?***

Touto otázkou zjišťuji, zda-li pacienti pocítují vyčlenění ze společnosti, z aktivního života v důsledku své nemoci. Nabízím čtyři možné odpovědi, pocit samoty, pocit vyřazení z kolektivu, hlavně pracovního, žádnou změnu v důsledku nemoci a pocit izolace od společnosti.

Z odpovědí respondentů se ukázalo, že 44 % (45) respondentů pocítuje největší změnu v tom, že jsou jakoby vyřazení z pracovního kolektivu. V připomínkové otázce č. 13 se objevovala zmínka o tom, že jakmile přestali docházet do práce, tak jakoby neexistovali, zmiňovali se o tom, že opravdu prožila pocit, že každý z nás je nahraditelný. Mnohdy je to dost bolelo.

26 % (25) respondentů udává, že zažívali dojem izolace, rovněž v otázce č. 13 bylo uvedeno, že se setkali i s tím, že si někteří myslí, že rakovina je infekční. Jiní zase tvrdí, že mnozí zdraví nechtěli s nimi na toto téma vůbec hovořit, jakoby chtěli tyto negativní prožitky od sebe co nejvíce odtlačit.

Ale objevil se tam i názor, že někteří se bojí o rakovině jen hovořit, jelikož mají dojem, že si ji mohou tímto přivolat nebo něco v tom smyslu „nyní jsem zdrav, tak mě nezatěžujte těmito problémy“. Je zvláštní, že i v této moderní době, kdy rakovina je skoro běžným onemocněním někteří stále pocítují jakési „tabu“ kolem této nemoci.

Myslím si, že takovéto reakce jsou špatné, jelikož nikdo z nás nemá záruku, že se neocitne ve stejné situaci a na mnohé pocity, které pak bude zažívat, mohl být zčásti připraven.

18 % (19) respondentů uvádí, že v souvislosti se svou nemocí nevnímali ve svém okolí žádnou zásadní změnu, ale 13 % (13) respondentů udává, že měli dojem, že jsou se svou nemocí osamoceni. Tento fakt mě velice zaráží, protože to svědčí o tom, že tito lidé byli vystaveni špatné péči, nemyslím nyní základní zdravotní péči, ale hlavně tu psychickou, která by v současné době měla snad již být běžná. Nějak se to přiči mém tvrzení, které uvádím v úvodu, že se nyní nahlíží na člověka jako na celistvou bytost, která má složku fyzickou, ale také duchovní – psychickou, že se léčí jako celek.

Tady by se dalo spekulovat nad důvody, proč tomu tak bylo? Navíc i rozhovor s pacientkou X toto rovněž potvrzuje, dle jejího tvrzení se jí také nedostalo psychické opory ze strany

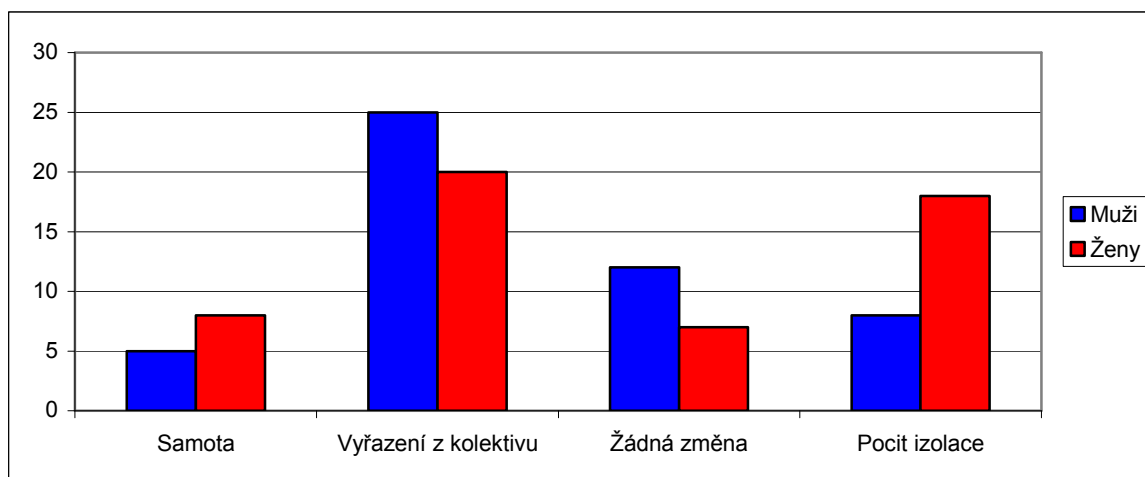
zdravotnického personálu, zažila pocit osamění a zklamání, jelikož v době její hospitalizace se nenašel nikdo, kdo by s ní o jejích problémech pohovořil. Opět bych chtěla upozornit na to, že by dle mého bylo dobré, kdyby byl na oddělení onkologie přítomen psycholog.

Můžeme spekulovat nad tím, zda-li je nyní pacientů mnoho a lékařů málo, zda-li hospodaření nemocnic je nevyhovující, že nemohou zaplatit kvalitní pracovníky, ale každopádně to pociťuji jako krok zpět.

Tabulka č. 6 – Změna v interpersonálních vztazích

Změna	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Samota	5	10	8	15
Vyřazení z kolektivu	25	50	20	38
Žádná změna	12	24	7	13
Pocit izolace	8	14	18	34
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 6 – Změna v interpersonálních vztazích



Otázka č. 6***Kdo mi byl v době mé nemoci největší oporou?***

Tato otázka je zaměřena na interpersonální vztahy, chci zjistit, kdo je nemocným při jejich potížích nápomocen, s kým nejvíce počítají a kdo jim poskytuje oporu.

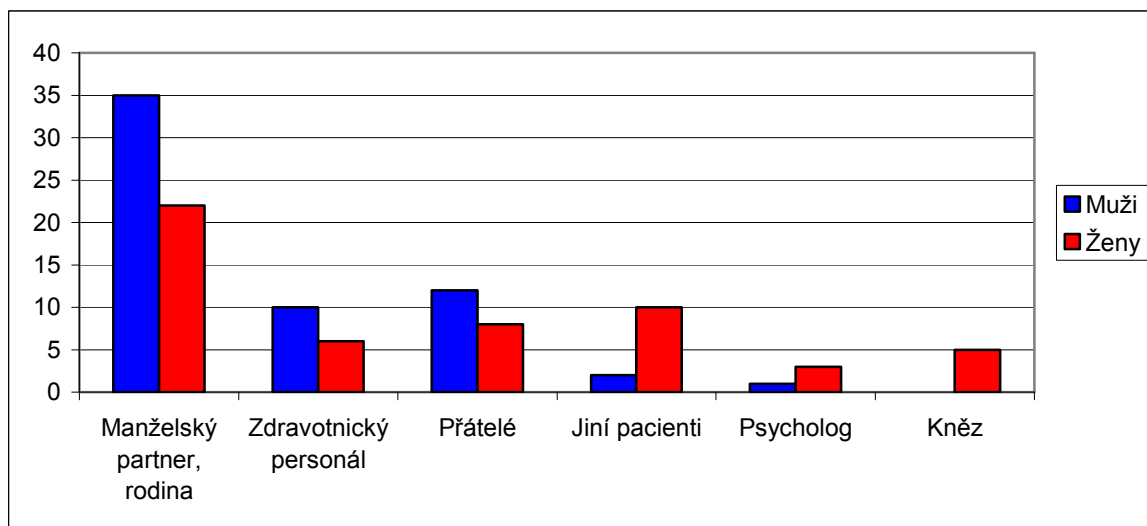
V odpovědích se objevily tyto údaje: 53 % (55) respondentů vidí svou největší oporu v rodině, 16 % (16) respondentů vidí velkou oporu ve zdravotnickém personálu (sestry, lékaři, ošetřovatelky), 19 % (20) osob považuje za svou oporu přátel, 12 % (12) respondentů hledá pomoc u pacientů se stejnou diagnózou, 4 % (4) respondenti našli oporu v psychologovi, 5 % (5) žen uvedlo jako oporu osobu kněze. Je možno podotknout, že kněz jako opora se objevoval nejvíce u pacientů ve věkové skupině 55 – a více let, zatímco přátelé a zdravotnický personál byl na předním místě ve věkové skupině 18 – 25. Rodina se nejvíce vyskytla v kategorii 41 – 55 let a 26 – 40 let.

Myslím si, že se dalo očekávat, že většina respondentů budu uvádět jako největší oporu rodinu, je snad zajímavé, že hlavně muži ji cítí jako důležitou, zatímco ženy ji sice také uvádějí na první místo, ale kromě toho kladou důraz také na možnost setkávat se s jinými pacienty a domnívám se, že i větší roli u žen hraje otázka víry, proto také uvádějí jako svou oporu duchovního zatímco muži toto neuvedli.

Tabulka č. 7 – Opora v době nemoci

Největší opora	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Manželský partner, rodina	35	70	22	41
Zdravotnický personál	10	20	6	11
Přátelé	12	4	8	15
Jiní pacienti	2	4	10	19
Psycholog	1	2	3	5
Kněz	0	0	5	9
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 7 - Opora v době nemoci



Otázka č. 7***Co jsem očekával od svého okolí, co jsem v době své nemoci nejvíce potřeboval?***

V této otázce zjišťuji, zda-li byly uspokojeny potřeby nemocných, co nejvíce od okolí očekávali.

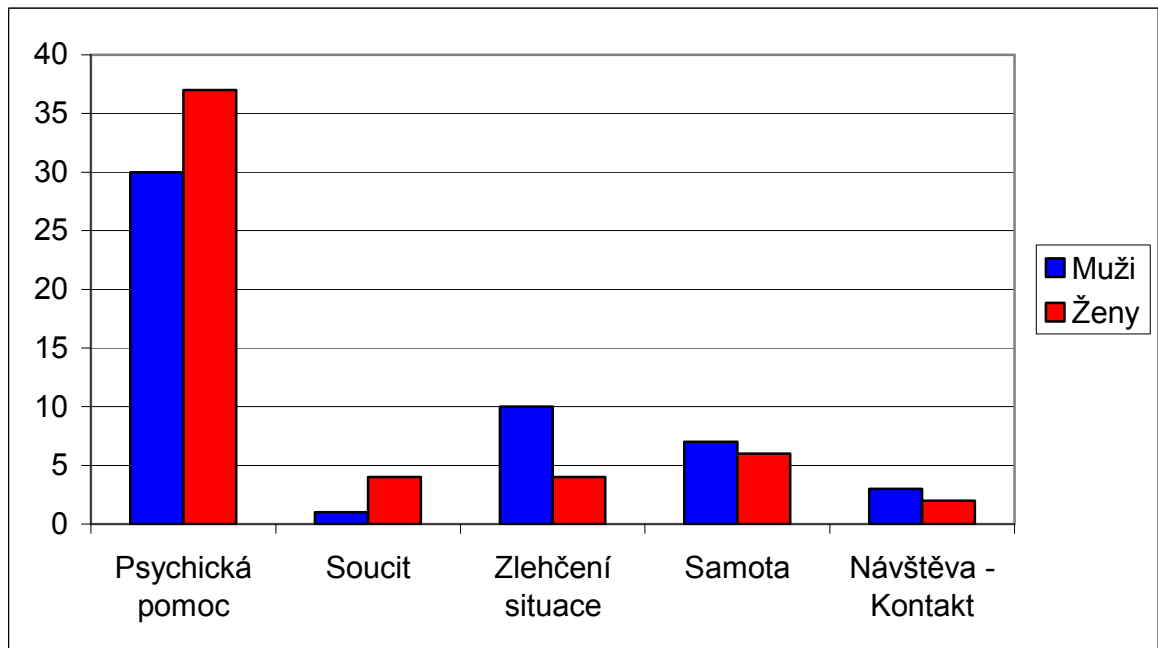
65 % (67) respondentů očekávalo hlavně psychickou pomoc, povzbuzení, 5 % (5) respondentů udává, že potřebovali pocítit soucit nad svou situací, dalších 13 % (14) očekávalo reakci, která by dokázala celou situaci zlehčit, bagatelizovat, zmenšit, 12 % (13) osob uvedlo, že chtěli být se svou nemocí sami, neměli potřebu něco sdělovat, 5 % (5) respondentů očekávalo od svého okolí lidský kontakt, návštěvu.

Tady je zajímavé srovnání s odpovědi v otázce č. 5, kdy se respondentů ptám na pocity, které v době nemoci zažívali a někteří jakoby negativně uváděli pocit osamění – samoty, přičemž v této otázce naopak někteří respondenti samotu staví jako hodnotu pozitivní, kterou v době nemoci ocenili. Je tedy zajímavé posuzovat, jak každý z nás má jiné potřeby, že to, co je pro někoho pozitivem může být pro jiného negativem.

Tabulka č. 8 – Emocionální potřeby v době nemoci

Emocionální potřeba	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Psychická pomoc	30	60	37	70
Soucit	1	2	4	7
Zlehčení situace	10	20	4	7
Samota	7	14	6	12
Návštěva - Kontakt	2	4	2	4
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 8 – Emocionální potřeby



Otázka č. 8***Byly tyto mé potřeby uspokojeny?***

Tato otázka jakoby navazuje na otázku číslo 6. Zajímá mě, jak došlo k uspokojení potřeb klientů v praxi. Zda-li jejich potřeby byly uspokojeny, byly uspokojeny částečně či nebyly uspokojeny vůbec.

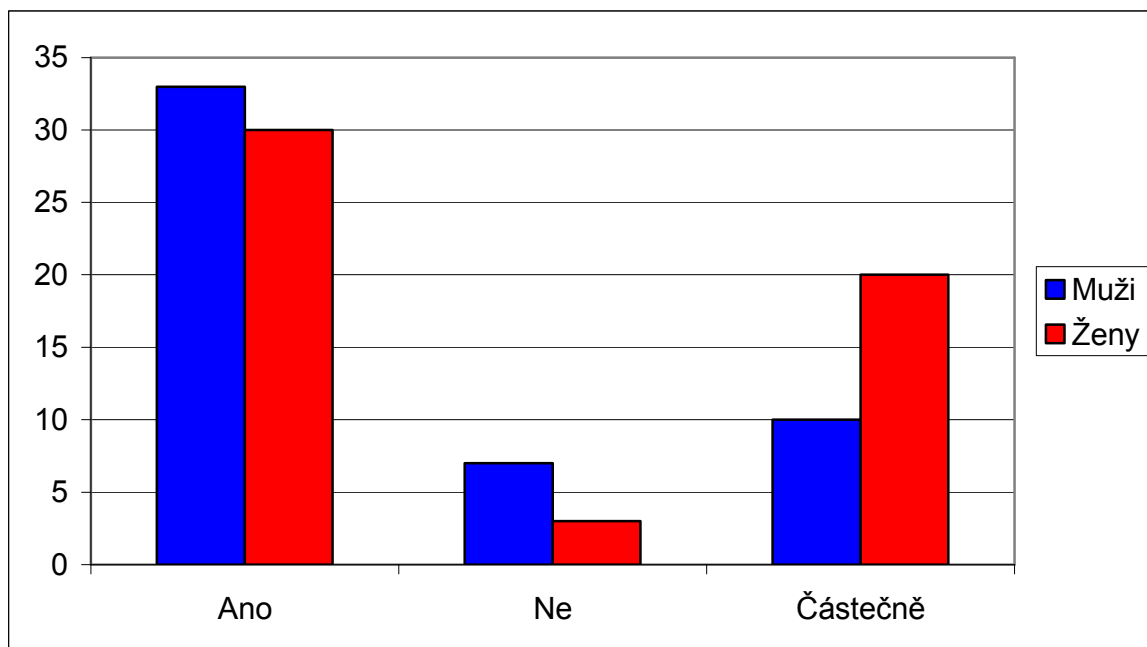
Ukázalo se, že 61 % (62) respondentů má dojem, že jejich potřeby byly plně uspokojeny, 10 % (11) osob udává, že jejich potřeby uspokojeny nebyly a 29 % (30) respondentů má dojem, že jejich potřeby byly uspokojeny částečně.

Z této otázky můžeme dospět k závěru, že potřeby člověka i když jsou individuální, byly v převážné míře uspokojeny, což můžeme považovat za určité pozitivum.

Tabulka č. 9 – Uspokojení potřeb

Uspokojení potřeb	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Ano	33	66	30	57
Ne	7	14	3	6
Částečně	10	20	20	37
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 9 – Uspokojování potřeb



Otázka č. 9***Co považujete ve svém životě za nejdůležitější hodnotu?***

Tato otázka je zaměřena na oblast hodnot, zajímá mě, co člověk pro sebe považuje za nejdůležitější.

39 % (41) respondentů považuje za nejdůležitější hodnotu svého života rodinu, 10 % (10) vidí jako důležitou hodnotu úspěch v práci, 11 % (11) uznává hodnotu peněz, 30 % (31) považuje za největší hodnotu zdraví a 10 % (10) respondentů uvádí za základní hodnotu víru.

Jelikož má H3 je zaměřena na otázku, zda-li starší pacienti budou považovat za svou největší hodnotu rodinu, zatímco mladší již na rodinu takový důraz nekladou, ale mají spíše jiné hodnoty, uvádím členění dat ještě dle věku pacientů.

Z mého vzorku respondentů vyplynulo, že pro lidi v mladší věkové kategorii, což je 18 – 25 let, 26 – 40 let patří mezi důležité hodnoty převážně práce a peníze, ale čím starší věk, tak jakoby docházelo k přehodnocení, takže již ve věkové kategorii 26- 40 let je kladen důraz na práci i peníze, ale zároveň už má větší hodnoty také rodina, oproti nejmladší věkové kategorii. Dalo by se říci, že s vzrůstajícím věkem si člověk potřeby rodiny uvědomuje více, má touhu někam patřit, mít někoho kolem sebe, nebýt sám, zatímco hodnoty, které byly v mládí pokládány za důležité jsou na ústupu, tak do popředí se kromě rodiny posunuje zdraví a u některých lidí také víra. Viz tabulka níže.

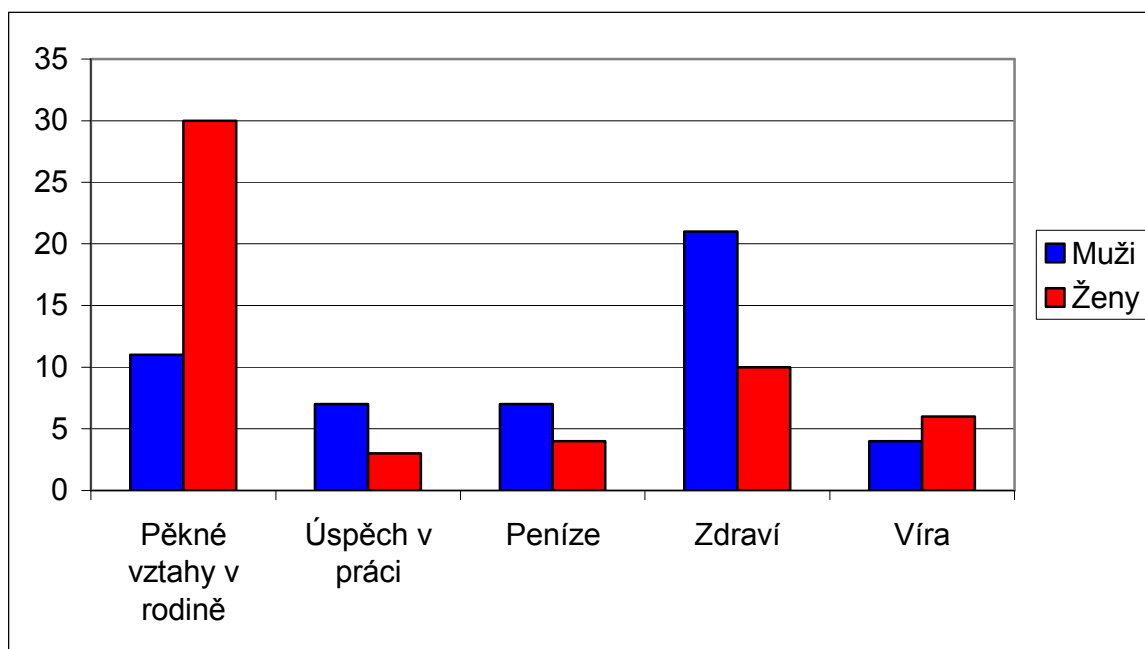
Tabulka č. 10 - Hodnoty v životě člověka dle jeho věku

Věk (AČ)	Rodina		Práce		Peníze		Zdraví		Víra	
	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)	AČ	RČ (%)
18-25 let (8)	1	11	3	37	3	37	1	17	0	0
26-40 let (15)	8	53	3	20	3	20	1	7	0	0
41-55 let (23)	11	48	5	22	4	17	3	13	0	0
55-více (57)	35	61	0	0	4	7	10	19	8	12

Tabulka č. 11 – Životní hodnoty

Nejdůležitější hodnoty	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Pěkné vztahy v rodině	11	22	30	57
Úspěch v práci	7	14	3	6
Peníze	7	14	4	7
Zdraví	21	42	10	19
Víra	4	8	6	11
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 10 – Životní hodnoty



Otázka č. 10|

Po sdělení diagnózy byla má první reakce asi tato:

a/ uzavřel/a/ jsem se do sebe, nechtěl/a/ jsem s nikým mluvit

b/ potřeboval/a/ jsem okamžitě tuto zlou zprávu někomu sdělit

c/ říkal/a/ jsem si, že to není pravda, jedná se o omyl

d/ propukl/a/ jsem v pláč

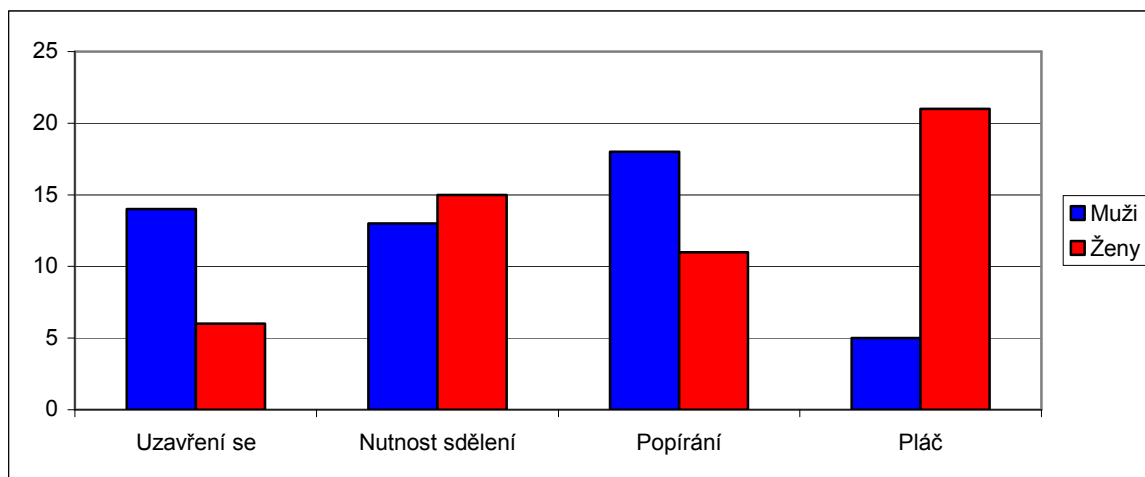
Otázka je zaměřena na první reakce respondentů na zprávu o nemoci. Tato otázka se nevztahovala k žádné z hypotéz.

Ukázalo se, že 19 % (20) respondentů uvádělo, že reagovalo určitým uzavřením se do sebe, 27 % (28) osob naopak potřebovalo tuto špatnou zprávu s někým konzultovat, 28 % (29) osob si prošlo obdobím popírání, kdy měli dojem, že snad došlo k nějakému omylu, nechtěli si daný fakt připustit. 26 % (26) respondentů udává jako první reakci pláč.

Tabulka č. 12 – První reakce na sdělení diagnózy

Reakce	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Uzavření se	14	28	6	11
Nutnost sdílení	13	26	15	28
Popírání	18	36	11	21
Pláč	5	10	21	40
Celkem	50	100	53	100

Graf č. 11 – První reakce na sdělení diagnózy



Otázka č. 11

Můžete sdělit, zda-li jste v době své nemoci prošel těmito stavy, pokud ano, sdělte, prosím, jak silný tento prožitek byl, použijte stupnici – 0 – 5 – 10, přičemž 10 je prožitek nejsilnější intenzity

a/ negace /šok/

b/ agrese /hněv/

c/ smlouvání/kéž bych se ještě dočkal toho, že .../

d/ deprese

e/ smíření se s nemocí

Touto otázkou sleduji, zda-li se potvrdí teorie Kübller-Rossovové, o které se zmiňuji v teoretické části, zda-li nemocní procházejí při přijímání své nemoci danými fázemi.

Z mého průzkumu vyplynulo, že 48 % (49) respondentů prochází šokem, uvádějí ho jako nejsilnější prožitek, pouze 15 % (14) respondentů udává, že šok neprožili, ostatní ho pociťovali středně silně, 55 % (57) respondentů uvádí, že prošlo obdobím hněvu intenzivním způsobem, jen 35 % (36) osob si myslí, že jen zčásti, a 10 % (10) uvádějí, že žádný hněv nepocítily. Smlouvání uvádí 66 % (68) respondentů jako silný prožitek, 22 % (21) jako zážitek střední intenzity a jen 13 % (13) si tuto skutečnost ve svém prožívání neuvědomuje.

Deprese byly zaznamenána jako silná u 55 % (57), střední u 35 % (36) a jen 10 % (10) si myslí, že se v depresi neocitli vůbec. V době vyplňování dotazníků do stadia přijetí s nemocí, tzn. něco v tom smyslu, že dokáží říct: „ano já mám rakovinu“ dospělo 79 % (81) respondentů, 14 % (15) si myslí, že se s nemocí ještě srovnávají a 7 % (7) osob se doposud s faktem rakoviny nevyrovnalo.

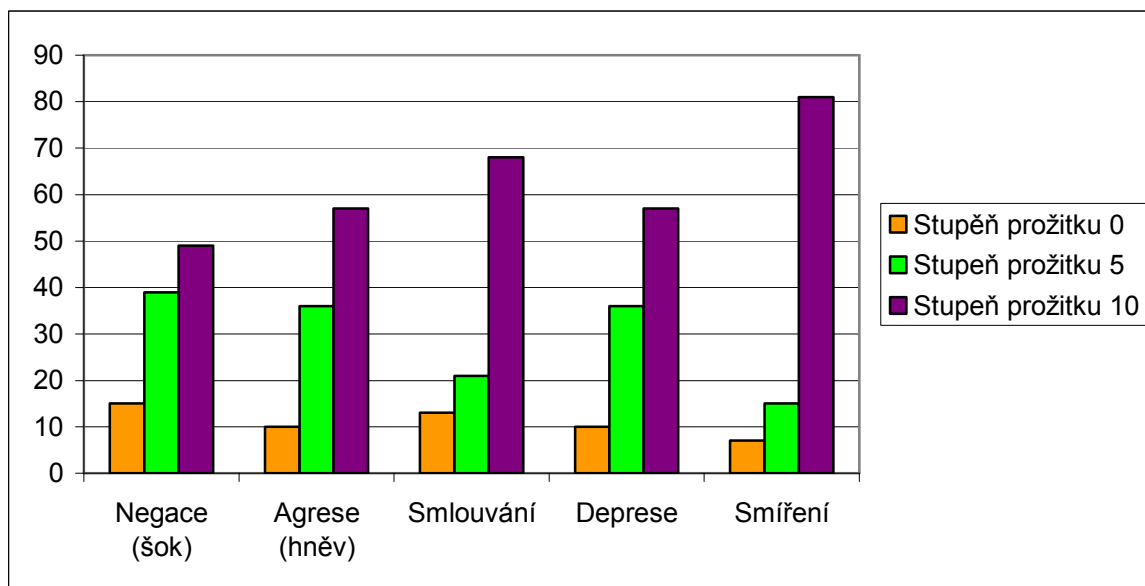
Smíření s nemocí je poslední fáze, kterou Rossová uvádí, Je to vlastně ta nejdůležitější fáze, ke které člověk směřuje, člověk, který svou nemoc přijme, dospívá do určitého klidu a vyrovnání. Rossová tvrdí, že takový člověk má toto přijetí a smíření vepsáno již ve tváři a ono mu dává silný a pěkný výraz. Jsem ráda, že 81 osob k této fázi dospělo.

Tato otázka by se dala ještě rozpracovat, sledovat odpovědi respondentů dle délky nemoci, dle věku, ale mě šlo jen o nastínění toho, zda-li stadia Rossovové opravdu v praxi lidé zažívají.

Tabulka č. 13 – Prožité pocity dle intenzity

Prožité pocity	Stupeň prožitku					
	0		5		10	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Negace (šok)	15	14	39	38	49	48
Agrese (hněv)	10	10	36	35	57	55
Smlouvání	13	13	21	22	68	66
Deprese	10	10	36	35	57	55
Smíření	7	7	15	14	81	79

Graf č. 12 – Prožité pocity dle intenzity



Otázka č. 12

Myslíte si, že se v naší společnosti dostatečně hovoří o rakovině, jejích příčinách, ale i o tom, co nemocný nejvíce potřebuje?

Otázkou zjišťuji, co si respondenti myslí o informovanosti naší společnosti o rakovině.

Odpověď ano znamená, že si myslí, že informovanost je dostatečná, ne, že máme ještě, co vylepšovat a měla by být věnována větší pozornost medializaci rakoviny.

85 % (87) respondentů uvedlo, že se domnívá, že v naší společnosti se o onkologických nemocech mluví dostatečně, 15 % (16) má názor opačný.

Tabulka č. 14 – Názory na informovanost o rakovině v naší společnosti

Odpověď	Muži		Ženy	
	AČ	RČ%	AČ	RČ%
Ano	45	90	41	77
Ne	5	10	12	23
Celkem	50	100	53	100

*Otázka č. 13**Pokud chcete ještě něco více sdělit, prosím, doplňte:*

Tato otázka je spíše pobídkou k vyjádření názoru, který respondent v otázkách kladených v dotazníku nenalezl, nebo zda-li cítí potřebu ještě něco více dodat.

Tuto možnost využilo pouze 8 respondentů k tomu, aby vyjádřilo svůj názor či pocit. Zmíním se o jejich postřezích.

Jeden respondent sděluje, že se domnívá, že na zdraví měla vliv dlouholetá práce ve škodlivém prostředí..

Další názor byl vlastně poděkováním, bylo tam napsáno: „bez svého manžela, bych to snad nepřežila“.

Jiný respondent dopsal poznámku: „chtěl bych na oddělení mít možnost s někým o své nemoci hovořit. Starali se o nás, o naše běžné potřeby, ale já jsem potřeboval s někým prodiskutovat své pocity, toužil jsem po pochopení, soucitu ...“

Tato potřeba se opakovala ještě jednou.. Vybírám jednu výpověď: „víte, nikdo nemůže vědět, co je to rakovina, dokud to sám nepocítí na vlastní kůži, nevěřili byste, jak je člověk v té době zranitelný, neovládá své vlastní tělo, je zlý sám na sebe, propadá beznaději a ztrácí půdu pod nohama, jako-by toužil být schoulen v něčím náručí, netouží po tom být chlapem, ale chce se normálně vyplakat...“

Objevil se i názor, který vyjadřoval dík zdravotnickému personálu, jeho profesnímu a zároveň lidskému přístupu.

Jednoho respondenta dost zasáhlo, že v době nemoci se ho začali stranit kolegové z práce, přestal pro ně úplně existovat, „nikdo mi ani nezavolal, všichni jakoby se mé nemoci báli“.

V jednom dotazníku byl umístěn jakoby výkřik: „kéž bych se mohla dožít svého prvního vnoučete.“

A v dalším jsem objevila větu: „chce to mít stále naději a nepoddat se“.

8 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Ve své práci jsem se snažila zaměřit na klienty s diagnózou onkologického onemocnění. Zajímalo mě, jak tento fakt nemoci, ovlivnil jejich život, jak celou situaci prožívali, zda byli uspokojováni jejich potřeby.

Mé počáteční obavy z nesdílnosti se ukázaly zbytečné. V době před dotazníkovým šetřením, kdy jsem vedla rozhovor s 20-ti pacienty lůžkové části onkologického oddělení v Ostravě jsem se setkávala s lidmi, kteří jakoby vyčkávali na to, až je někdo vybídne ,aby o své nemoci hovořili. Měli potřebu sdělit svou reakci, své vnímání, bolesti, chtěli si postěžovat na nepříjemnosti, které je v souvislosti s nemocí potkali.

Na základě těchto rozhovorů jsem pak vypracovala 12 otázek do dotazníku, který jsem prostřednictvím lékařky rozdala klientům.

Ve své praktické části jsem rozpracovávala 12 otázek z dotazníku.

8.1 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1

Nemocní rakovinou budou udávat, že ve svém životě prožili některou stresovou událost, kterou považují za příčinu „vypuknutí své nemoci“, nežli budou předpokládat, že rakovina vznikla bez příčiny.

Jen 5 % (5) osob udává, že ve svém dosavadním životě žádnou ze stresujících situací, které nabízím v otázce č.4 neprožili.

Jelikož výsledek mého průzkumu ukázal, že skoro většina respondentů prošla ve svém dosavadním životě některou ze stresujících událostí, přikláněla bych se k hypotéze, že stres patří mezi jednu z příčin rakovinného onemocnění.

Hypotéza č. 2

Starší nemocní budou udávat, že hlavní hodnotou je pro ně rodina, oproti mladším pacientům, kteří budou mít jiné priority.

V mém výzkumu by se dalo hovořit o tom, že tato skutečnost platí, jelikož z celkového počtu 80 osob ve věkové kategorii 41-více let jich 48 (60 %) jako hlavní hodnotu rodinu uvádí, zatímco u mladších, kterých bylo 23, jich toto uvádí jen 9 (39 %), avšak možná by výsledky mohly vyjít jinak, pokud by v kategorii mladších pacientů bylo více respondentů.

Hypotéza č. 3

Větší polovina respondentů, kteří budou mít diagnostikovanou rakovinu budou lidé, kteří se považují za celoživotní pesimisty oproti těm, kteří se cítí být optimisty.

V šetření se ukázalo, že 66 % (68) respondentů se cítí být spíše pesimisty, jen 29 % (30) respondentů udává, že se považují spíše za optimisty a 5 % (5) se neumí zařadit. Takže můžeme nabýt dojmu, že více ohroženější skupinou pro vznik rakoviny jsou lidé, kteří sebe sama považují za pesimisty, ale jak již jsem se zmínila v praktické části, vzhledem k malému počtu respondentů bych toto nechtěla generalizovat.

Hypotéza č. 4

Více jak polovina respondentů uvádí, že po diagnostikování nemoci zažili změnu v interpersonálních vztazích, oproti těm, kteří tuto změnu nezaznamenali.

Jen 18 % (19) respondentů uvádí, že žádnou změnu v interpersonálních vztazích nezaznamenalo, takže tím by se dalo ukázat, že rakovina jako nemoc přináší často i změny ve vztazích, ať již ve vztazích mezi partnery, na pracovišti, v okolí, v rodině či jinde.

Hypotéza č. 5

Polovina respondentů bude udávat, že ve svém životě zažili tzv. období truchlení – tj. ztrátu někoho blízkého, která je silně poznamenala, oproti jiným, kteří toto období nezažili.

V otázce č. 2, kdy zjišťuji stresující události v životě, se událost smrti někoho blízkého a pak následné truchlení, které tuto ztrátu provází objevilo u 16 respondentů (15 %), což není polovina, takže má hypotéza nebyla správná, ale ukazuje se, že tento zážitek se u nemocných objevuje a někteří ho považují za spouštěče nemoci.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo nastínit problematiku psychického prožívání onkologických pacientů, proto jsem se zaměřila na člověka a jeho potřeby, v době zdraví i v době nemoci. Chtěla jsem hovořit o rakovině jako o nemoci, která může potkat kohokoli z nás. Nedokáží říci, zda se dá na tento fakt nějak připravit, protože člověk se asi nikdy nedokáže tak vcítit do jiného člověka, pokud sám strasti nemoci neprožije, ale rakovina je tady a je třeba s ní počítat, ne strkat hlavu do písku, či házet flintu do žita. Je třeba s ní bojovat, vážít si svého života a nevzdát se ho lehce. I proto jsem použila v teoretické části výpovědi známých osobností, kteří svůj boj s rakovinou lehce nevzdali a mohou někoho inspirovat.

Samozřejmě, že důležitou otázkou je také prevence, která nás před touto nemocí může ochránit, o ní i o faktorech vzniku rakoviny se také v teoretické části zmiňuji.

Dotazníkové šetření mi dalo nahlédnout do myslí a prožitků pacientů, vážím si jejich otevřenosti i ochoty.

Hypotézy, které jsem si stanovila, se v mém průzkumu ukázaly až na jednu jako odpovídající, ale nepokládám toto za směrodatné, vzhledem k menšímu počtu respondentů (103) a také proto, že hlavním cílem bylo promluvit o nemoci a pocitech lidí, kteří s ní vedle nás žijí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHÁMOVA, J. *Vybrané otázky onkologie*. Praha: Galén, 2004, ISBN 80-7262-296-X
- BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Praha, 1995, ISBN 80-8546-743-7
- FRANKL, V. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1995
- FRANKL, V. *Smysl života*. Praha: 2007, ISBN 80-7254-915-4
- KLENER, P. a kol. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-151-3
- KOTULÁN, J. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Masarykova univerzita v Brně, 2002, ISBN 80.210-2179-9
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995, ISBN 80-85-495-43-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 81- 86-497-45-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha, 1998, ISBN 08-065-89
- LÍZNA, F. *Musím jít dál*. Brno: Cesta, 2006, ISBN 80-7295-086-X
- LUCASOVÁ, E. *Tvoje utrpení má smysl*. Logoterapeutická útěcha v krizi. Brno: Cesta, 1998
- NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997, ISBN 80-200-0625-7
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998, ISBN 80-200-0689-3
- NOVÁK, P. *I smrt se bojí*. Přerov: Elan, 2001, ISBN 80-238-7850-6
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247- 1697-8
- ROLEČKOVÁ, E. *Muž se světlem v srdci – Josef Lux*. Praha: Gutenberg, 2000, ISBN 80-86349-01-2
- ROSSOVÁ E.K. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995, ISBN 0-02089250-4

RŮŽIČKOVÁ, H. *Deník mezi životem a smrtí – Můj boj s rakovinou*. Praha: Formát, 2002, ISBN 80-86718-00-X

RŮŽIČKOVÁ, H. *Deník mezi životem a smrtí – Pokus o návrat*. Praha: Formát, 2003, ISBN 80-86718-06-9

RŮŽIČKOVÁ, H. *Deník mezi životem a smrtí – Žiju*. Praha: Formát, 2003, ISBN 8086718-12-3

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Brno: Ecce homo, 1995, ISBN 82-6530-084-0

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno:ISVPZ, 1999, ISBN 80-7013-285-X

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-826-0

VODVÁŘKA, P. *Třidvacet dialogů o rakovině*. Praha:Galén,1998, ISBN 80-7262-086-X

VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-7262-151-3

internetové zdroje:

<http://www.rozkvetlekonvalinky.estranky.cz/clanky/patri-k-sobe/vera-galatikova--ladislav-frej>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

RČ (%) Relativní četnost v %

AČ Absolutní četnost – počty respondentů

H hypotéza

T tazatel

P pacientka

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – věk respondentů

Graf č. 2 – charakteristika života

Graf č. 3 – životní postoj respondenta

Graf č. 4 – stresující událost v životě

Graf č. 5 – zátěžová situace v životě

Graf č. 6 – změna v interpersonálních vztazích

Graf č. 7 – opora v době nemoci

Graf č. 8 – emocionální potřeby

Graf č. 9 – uspokojování potřeb

Graf č. 10 – hodnoty v životě

Graf č. 11 – reakce na sdělení diagnózy

Graf č. 12 – prožité pocity dle intenzity

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Statistické údaje respondentů

Tabulka č. 2 – Délka onemocnění

Tabulka č. 3 – Životní postoj respondenta

Tabulka č. 4 – Stresující událost

Tabulka č. 5 – Zátěžová situace v životě

Tabulka č. 6 – Změna v interpersonálních vztazích

Tabulka č. 7 – Opora v době nemoci

Tabulka č. 8 - Emocionální potřeby v době nemoci

Tabulka č. 9 – Uspokojení potřeb

Tabulka č. 10 – Hodnoty v životě člověka dle jeho věku

Tabulka č 11 – Životní hodnoty

Tabulka č. 12 – První reakce na sdělení diagnózy

Tabulka č. 13 – Prožité pocity dle intenzity

Tabulka č. 14 – Názory na informovanost o rakovině v naší společnosti

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník
2. Deklarace práv onkologických pacientů přijatá 29. června 2002 v Oslu

PŘÍLOHA Č. 1

D O T A Z N Í K

Vážená paní, pane,

prosím Vás o vyplnění níže uvedeného anonymního dotazníku, který slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Práce má sloužit k hledání optimální cesty ve zvládnání nemoci pro pacienty s onkologickou diagnózou.

Karla Bernátová, studentka 3. ročníku KS – Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Pohlaví : muž žena

Věk : 18-25 let 26-40 let 41-55 let 55- více let

Onemocnění se u mě vyskytuje:

0- 1 rok 2-5 let 5-10 let znovu po 5, 10 a více letech

Otázka č. 1

Můžete charakterizovat svůj život před diagnostikováním nádorového onemocnění některou z těchto variant.

a/ žil/a/ jsem poklidný, spokojený život, který měl svůj řád

b/ můj život byl neustále plný zátěžových situací, necítil jsem se spokojeně

c/ trápil/a/ jsem se stále sám sebou, nebyl jsem se sebou spokojen

d/ dělal/a/ jsem si často starosti nad druhými /trápím se nad životem svých dětí atd./

Otázka č. 2

Můžete se charakterizovat jako osobnost:

a/ spíše optimistickou

b/ spíše pesimistickou

c/ nevím

Otázka č. 3

Zažil/a/ jsem ve svém životě stresující událost, kterou považuji za tzv. „spouštěče mé nemoci“.

a/ ano

b/ ne

Otázka č. 4

Prožil/a/ jsem ve svém dosavadním životě některou z těchto zátěžových situací. Pokud ano, uvedenou situaci zakroužkujte.

a/ rozvod

b/ smrt někoho mi blízkého

c/ ztrátu zaměstnání

d/ vážné onemocnění někoho z rodiny

e/ nic z uvedených možností jsem neprožil/a/

Otázka č. 5

Jak působilo Vaše nádorové onemocnění na interpersonální vztahy?

a/ zažíval/a/ jsem pocity osamění v kruhu rodiny

b/ cítil/a/ jsem se opuštěn/a/ a vyřazen/a/ z pracovního kolektivu

c/ měl/a/ jsem dojem, že se mi ostatní kvůli mé nemoci vyhýbají

d/ myslím si, že se nic ve vztazích nezměnilo

Otázka č. 6

Kdo mi byl v době mé nemoci největší oporou?

a/ manželský partner, děti, sourozenci, rodina

b/ lékař a sestra, zdravotnický personál

c/ přátelé

d/ jiní pacienti se stejnou diagnózou

e/ můj psycholog

f/ kněz

Otázka č. 7

Co jsem očekával od svého okolí, co jsem v době své nemoci nejvíce potřeboval?

a/ psychickou podporu

b/ soucit

c/ humor, optimismus

d/ samotu

e/ návštěvy – kontakt s lidmi, se světem

Otázka č. 8

Byly tyto mé potřeby uspokojeny?

a/ ano

b/ ne

c/ částečně

Otázka č. 9

Co považujete ve svém životě za nejdůležitější hodnoty?

a/ pěkné vztahy v rodině

b/ úspěch v práci, má kariéra

c/ peníze

d/ příjemný pracovní kolektiv

e/ zdraví

f/ víra

Otázka č. 10

Po sdělení diagnózy byla má první reakce asi tato:

a/ uzavřel/a/ jsem se do sebe, nechtěl/a/ jsem s nikým mluvit

b/ potřeboval/a/ jsem okamžitě tuto zlou zprávu někomu sdělit

c/ propukl/a/ jsem v pláč

d/ říkal/a/ jsem si, to není pravda, jedná se o omyl

Otázka č. 11

Mohu říci, že při mém „soužití s nemocí“ jsem prožila tyto pocity:

Pokud ano, sdělte, prosím, jak silný tento prožitek byl, použijte stupnici 0-5-10, přičemž 10 je prožitek nejsilnější intenzity.

a/ negace /šok, popírání nemoci/

b/ agrese /hněv, vzpoura/

c/ smlouvání /vyjednávání, hledání zázračných léků, metod/

d/ deprese /smutek/

e/ smíření /souhlas/

Otázka č. 12

Myslíte si, že se v naší společnosti dostatečně hovoří o rakovině, jejich příčinách, ale i o tom, co nemocný nejvíce potřebuje?

a/ ano

b/ ne

Otázka č. 13

Pokud chcete ještě něco více sdělit, prosím, doplňte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas strávený vyplněním dotazníku a přeji Vám co nejvíce sil v boji s touto nemocí a hlavně co nejvíce vítězných bitev.

PŘÍLOHA Č. 2

Deklarace práv onkologických pacientů přijatá 29. června 2002 v Oslu

Článek 1. Definice.

1.1 Termín pacient je míněn v souvislosti s „využitím zdravotní péče u zdravého nebo nemocného“. Termín „onkologický pacient“ je označení „uživatele zdravotní péče, který má nádorové onemocnění nebo obtíže související s rakovinou“.

Článek 2. Pacienti jako živé bytosti.

2.1 Hodnota člověka a jeho práva vyjádřená v mezinárodních dokumentech je daná v systému zdravotní péče a zejména ve vztahu mezi pacientem, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními.

2.2 V rámci toho všichni pacienti mají právo na kvalitní život, fyzický a duševní rozvoj, důstojnost, respektování soukromí, vlastní morální, kulturní, filozofický, ideologický, náboženský názor, který nesmí být příčinou diskriminace.

Článek 3. Právo na léčení, zdravotní péči a psychosociální podporu.

3.1 Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby.

3.2 Medicínské a psychosociální přístupy jsou stejné u nádorově nemocných.

3.3 Nádorově nemocní mají právo na přiměřenou úroveň péče, která je dána jak dokonalým technickým vybavením úměrným dostupným zdrojům, tak současnému dostupnému klinickému vydělání a odborné úrovni v dané zemi a mezilidským vztahům mezi onkologickým pacientem a zdravotníky.

3.4 Nádorově nemocní mají právo na nezbytnou zdravotní péči při svém onemocnění včetně preventivní péče a rehabilitace.

3.5 Nádorově nemocní mají právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a zdravotnického zařízení stejného zaměření.

3.6 nádorově nemocní mají právo konzultovat jiného lékaře v každé situaci.

3.7 Nádorově nemocní jsou léčeni vždy ve vlastním zájmu v souladu s léčebnými postupy a dostupnou technikou.

3.8 Nádorově nemocní mají právo na zabezpečení pokračujícího léčení v jedné i více nemocnicích při střídání s domácím ošetřováním.

3.9 Nádorově nemocní mají právo na léčbu obtíží v důsledku onemocnění podle současných poznatků, na pomoc v terminálním stadiu nemoci a nad důstojné umírání.

Článek 4. Právo na informace.

4.1 Nádorově nemocní mají právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu včetně lékařských vyšetření, o navrhovaných lékařských postupech spolu s riziky a účinky způsobu léčby, o alternativách navržené léčby včetně vyhlídky bez jakékoliv léčby, o diagnóze, výhledu (prognóze a postupu léčby). Rozsah informace umožňuje pacientův souhlas stejně tak i pro jakýkoliv lékařský postup, výzkum anebo výukovou demonstraci.

4.2 Informace musí být podána pro pacienta srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou.

4.3 Nádorově nemocní mají právo na vlastní žádost informaci odmítnout.

4.4 Nádorově nemocní mají právo rozhodnout, kdo, pakliže vůbec, má být ještě informován.

4.5 Nádorově nemocní mají právo znát identitu a odbornost zdravotníků zejména zaměstnanců zdravotnického zařízení. Pacienti mají právo být seznámeni s provozním řádem tohoto zařízení.

Článek 5. Právo na sebe-rozhodování.

5.1 Nádorově nemocní mají právo v každé situaci na souhlas pro všechny lékařské výkony, pro zařazení do výzkumu nebo do výukového procesu.

5.2 Když nádorový pacient je nesvéprávný, vyžaduje se souhlas zákonného poručníka, ale i pacient musí být přesto informován před rozhodovacím procesem v rozsahu, který umožní jeho stav. Když zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař je přesvědčen o zákroku v zájmu nemocného, konečné rozhodnutí musí být v souladu se zákonem.

5.3 Jestliže nádorově nemocný je neschopný vyjádřit svůj souhlas po předchozí informaci a jestliže není zákonný poručník nebo poručníci určení pacientem, rozhodovací proces musí zahrnovat, co je známo a nejširší výběr předpokládaných možností podle přání onkologického pacienta.

Článek 6. Právo na mlčenlivost a soukromí.

6.1 Všechny informace o nádorově nemocném, zdravotní stav, lékařské posouzení, diagnóza, prognóza a léčení a všechny ostatní informace osobního charakteru musí být důvěrné.

6.2 Nádorově nemocní mají právo přístupu ke svým zdravotním nálezům a záznamům a veškeré další dokumentaci, týkající se jejich diagnózy, léčení a následné péče a k tomu, aby dostali kopii celé nebo části lékařské zprávy.

6.3 Informace mohou být vyčleněny jako tajné, jestliže si to pacient výslovně přeje, nebo jsou-li výslovně zahrnuty zákonně s ostatními ve výzkumných protokolech. Souhlas k přístupu je možný při změně lékaře, pro ovlivnění pacientovy léčby nebo pro následující zárok, ale musí to být jen v naprosto nezbytném rozsahu.

6.4 Všechny osobní údaje o pacientovi musí být vhodným způsobem chráněny.

6.5 Nádorově nemocní mají právo vyžadovat změnu, doplnění, vypuštění nebo upřesnění anebo úpravu dat osobních nebo medicínských, která se jich týkají, pokud jsou nepřesná, neúplná, dvojsmyslná nebo časově neodpovídají a která neodpovídají dané diagnóze, prognóze, léčení a následné péči.

Článek 7. Právo na sociální péči.

7.1 Život nádorově nemocných je často provázen během nebo po léčení finančními nebo sociálními starostmi. Onkologičtí pacienti mají právo na ekonomické, finanční nebo sociální služby a podporu.

Článek 8. Povinnosti pacientů.

8.1 Nádorově nemocní jsou povinni aktivně se podrobit diagnostickým vyšetřením, léčení a doprovodné péči poskytované ošetřujícím personálem a zdravotnickým zařízením po předchozí informaci.

8.2 Nádorově nemocní se musí snažit, aby styk se zdravotnickým personálem a zdravotní péče probíhala v pohodě.

Článek 9. Stížnosti.

9.1 Nemocní musí mít přístup k informacím a radám umožňujícím jim seznámení se s jejich právy obsaženými v tomto dokumentu. Tam, kde práva nejsou respektována, musí být možnost podat stížnost. K tomu by měla být možnost a způsob uplatnění práva nápravným opatřením nebo jinou formou mimo standardního postupu.

Článek 10. Uplatnění.

10.1 Seznámení se s právy uvedenými v této deklaraci znamená, že byl naplněn uvažovaný záměr.

10.2 Seznámení se s těmito právy nebude znamenat postih. Při aplikaci těchto práv se pacienti přizpůsobí nemezním daným hranicemi lidských práv a v souladu s předpisy danými zákonem.

10.3 Jestliže pacient nemůže sám uplatnit práva uvedená v dokumentu, měl by se s těmito právy seznámit zákonný zmocněnec nebo soba pověřená k tomuto účelu nemocným. Kde není ani zákonný zmocněnec ani pověřená osoba, měly by se hledat jiné způsoby pro zastup nemocného.