

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Kamila Koudelková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Strategie zvládnání stresu u pacientů s onkologickou diagnózou

Kamila Koudelková

Bakalářská práce

2021

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kamila Koudelková**  
Osobní číslo: **Z18154**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Strategie zvládnání stresu u pacientů s onkologickou diagnózou**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Praxis der Psychoonkologie, psychoedukation, Beratung und Therapie.*: Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & CO.Kg, Germany.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, ed. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Strategie zvládání stresu u pacientů s onkologickou diagnózou jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15.4.2021

Kamila Koudelková v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce PhDr. Zděnkovi Hrstkovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady, skvělou spolupráci a ochotu věnovat mi dost času na vysvětlení a prodiskutování všeho důležitého. Dále bych chtěla poděkovat onkologickému centru, ve kterém byl veden můj výzkum, především vrchní sestře, za její neuvěřitelnou ochotu, vstřícnost a čas strávený na spolupráci se mnou. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se nebáli se mnou sdílet své upřímné pocity.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá strategiemi, které využívají onkologičtí pacienti jako obranu proti stresu, který je spojen především s jejich diagnózou a probíhající léčbou. Důraz je zaměřen i na podporu rodiny a přátel a na celkový stav pacienta, neboť všechny tyto aspekty mají na zvládnání stresové situace vliv. V teoretické části je věnována pozornost oboru onkologie, včetně etiologie a diagnostiky nádorových onemocnění a jejich léčby, dále se tato část práce věnuje specifické péči o onkologického pacienta, především komunikaci a péči o psychiku. Poslední kapitola se věnuje stresu a zvládnání nemoci, vlivu podpory rodiny a samotným strategiím zvládnání stresu. V praktické části práce byl proveden kvalitativní průzkum za pomoci rozhovorů s onkologickými pacienty, dotazy byly zaměřeny především na podporu okolí, zvládnání situace po psychické a fyzické stránce a pochody, které pomáhají ke zmírnění stresu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

zvládnání stresu, stres, onkologie, onkologický pacient

## **TITLE**

Coping strategies of patients with cancer diagnosis

## **ANNOTATION**

This bachelor's thesis deals with strategies used by cancer patients as a defense mechanism against stress which is connected mainly to their diagnosis and ongoing treatment. Emphasis is taken on support of family members and friends and patient's general condition since all of these aspects have their impact on coping with a stressful situation. In the theoretical part of the thesis the attention is paid to the field of oncology, including etiology, diagnostics and treatment of tumorous illnesses, this part also pays attention to specific care for a cancer patient, mostly communication and care for psychological health. The last chapter is focused on stress and dealing with the illness, influence of family support and coping stress strategies. In the practical part of the thesis, the qualitative survey was taken by interviewing cancer patients, the questions were focused mostly on local support, dealing with the situation mentally and psychically and strategies, which patients use to release stress.

## **KEYWORDS**

Coping strategies, stress, oncology, cancer patient

# OBSAH

|  |    |
|--|----|
| Úvod .....   | 11 |
| 1 Cíl práce.....   | 12 |
| 1.1 Dílčí cíle.....                                      | 12 |
| 1.2 Průzkumné otázky .....                               | 12 |
| 2 Teoretická část .....                                  | 13 |
| 2.1 ONKOLOGIE.....                                       | 13 |
| 2.1.1 Definice, zařazení do oborů .....                  | 13 |
| 2.1.2 Etiologie nádorů.....                              | 14 |
| 2.1.3 Patologie nádorů .....                             | 15 |
| 2.1.4 Diagnostika nádorových onemocnění.....             | 17 |
| 2.1.5 Způsoby léčby nádorových onemocnění .....          | 20 |
| 2.2 SPECIFIKA PÉČE O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA.....         | 25 |
| 2.2.1 Onkologický pacient a komunikace s ním.....        | 25 |
| 2.2.2 Péče o psychiku .....                              | 26 |
| 2.2.3 Specifika v ošetrovatelské péči.....               | 29 |
| 2.3 STRES A ZVLÁDÁNÍ NEMOCI ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ ..... | 35 |
| 2.3.1 Stres .....  | 35 |
| 2.3.2 5 fází šoku podle Elizabeth Kübler-Rossové.....    | 36 |
| 2.3.3 Patologická úzkost a deprese .....                 | 38 |
| 2.3.4 Obranné reakce, strategie zvládnání stresu.....    | 39 |
| 2.3.5 Vliv podpory rodiny na zvládnání nemoci .....      | 39 |
| 2.4 PALIATIVNÍ PÉČE, TERMINÁLNÍ STÁDIUM NEMOCI .....     | 41 |
| 3 Praktická část .....                                   | 43 |
| 3.1 Výzkumy na podobné téma .....                        | 43 |
| 3.2 Metodika průzkumu.....                               | 45 |
| 3.3 Příprava průzkumu.....                               | 45 |



|      |  |    |
|------|--|----|
| 3.4  | Průzkumný soubor .....   | 45 |
| 3.5  | Sběr, realizace a organizace průzkumu.....                     | 48 |
| 3.6  | Technika vyhodnocení dat .....                                 | 48 |
| 4    | Prezentace výsledků.....                                       | 50 |
| 4.1  | Kategorie č. 1 – Reakce na diagnózu.....                       | 50 |
| 4.2  | Kategorie č. 2 - Reakce rodiny na diagnózu.....                | 51 |
| 4.3  | Kategorie č. 3 - Pomoc rodiny .....                            | 53 |
| 4.4  | Kategorie č. 4 – Pomoc přátel.....                             | 54 |
| 4.5  | Kategorie č. 5 – Bolesti v souvislosti s léčbou .....          | 56 |
| 4.6  | Kategorie č. 6 – Jiné bolesti.....                             | 57 |
| 4.7  | Kategorie č. 7 – Nechutenství.....                             | 58 |
| 4.8  | Kategorie č. 8 – Potíže s léčbou.....                          | 60 |
| 4.9  | Kategorie č. 9 – Jak působí léčba na psychiku .....            | 61 |
| 4.10 | Kategorie č. 10 – Pocity bezmoci, úzkosti.....                 | 63 |
| 4.11 | Kategorie č. 11 – Způsoby vyrovnání se stresem .....           | 64 |
| 4.12 | Kategorie č. 12 – Strategie zvládání – která je využívána..... | 65 |
| 4.13 | Kategorie č. 13 – Jak zasáhla nemoc do života .....            | 67 |
| 4.14 | Kategorie č. 14 – Změna hodnot.....                            | 69 |
| 5    | Diskuze .....  | 71 |
| 6    | Závěr .....  | 78 |
| 7    | Použitá literatura .....                                       | 80 |
| 8    | Přílohy.....   | 84 |
| 8.1  | Příloha A – otázky k rozhovoru.....                            | 85 |

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

|  |    |
|--|----|
| Obrázek 1 – Reakce na diagnózu.....                        | 50 |
| Obrázek 2 – Reakce rodiny na diagnózu.....                 | 52 |
| Obrázek 3 – Pomoc rodiny.....                              | 53 |
| Obrázek 4 – Pomoc přátel.....                              | 55 |
| Obrázek 5 – Bolesti v souvislosti s léčbou.....            | 56 |
| Obrázek 6 – Jiné bolesti.....                              | 58 |
| Obrázek 7 – Nechutenství.....                              | 59 |
| Obrázek 8 – Potíže s léčbou.....                           | 60 |
| Obrázek 9 – Jak působí léčba na psychiku.....              | 62 |
| Obrázek 10 – Pocity bezmoci, úzkosti.....                  | 63 |
| Obrázek 11 – Způsoby vyrovnání se stresem.....             | 64 |
| Obrázek 12 – Strategie zvládnání – která je využívána..... | 66 |
| Obrázek 13 – Jak zasáhla nemoc do života.....              | 68 |
| Obrázek 14 – Změna hodnot.....                             | 69 |
| <br>   |    |
| Tabulka 1 – Přehled respondentů.....                       | 45 |
| Tabulka 2 – Bližší charakteristika respondentů.....        | 46 |

## ÚVOD

Onkologičtí pacienti, ač jsou psychicky zdraví, se nacházejí ve stresující situaci, kdy jsou ohroženi na životě, a mohou se tehdy ne vždy chovat fyziologicky. U takových pacientů je třeba zachovávat klid a nechat volný průchod jejich emocím, vyslechnout je, chválit je za každý úspěch. Empatie je v této roli velmi důležitým faktorem. Aktivní péče o takového pacienta je také důležitá, hlavně proto, že zájem dává pacientovi chuť ke spolupráci. Může se také stát, že pacientova rodina a přátelé neunesou stres a úzkost spojenou s nemocí. (Vorlíček a kol., 2012).

Tato bakalářská práce je zaměřená na strategie zvládnání stresu u pacientů s onkologickým onemocněním. Teoretická část práce je rozdělena na čtyři části. V první části práce je představen obor onkologie, jeho definice a oblasti, dále se tato kapitola věnuje etiologii a patologii nádorů, jejich diagnostice a způsobům léčby. V druhé části práce je pozornost směřována na specifika v péči o onkologického pacienta, především pojednává o komunikaci s onkologickým pacientem, péči o jeho psychiku a specifika v ošetrovatelské péči. Třetí část se věnuje problematice stresu a zvládnání nemoci onkologických pacientů, lze v ní nalézt definici a dělení stresu, 5 fází šoku podle Elizabeth Kübler-Rossové, kapitoly o patologické úzkosti a depresi, obranných reakcích a strategiích zvládnání stresu a vlivu podpory rodiny na zvládnání nemoci. V poslední, krátké kapitole, je pozornost směřována na paliativní péči, terminální stádium nemoci a strategie zvládnání stresu u pacientů v terminální fázi onemocnění.

V průzkumné části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu – polostrukturovaných rozhovorů s onkologickými pacienty, které jsou následně porovnávány s výsledky výzkumů na podobná témata a s příslušnou literaturou. Rozhovory jsou zpracovány pomocí otevřeného kódování, na jehož základě jsou vytvořeny myšlenkové mapy. Hlavní i dílčí cíle mají přiřazeny průzkumné otázky, které jsou dále rozebírané v diskusi. Na konci této práce se vyskytuje závěr, kde jsou shrnuty veškeré poznatky, seznam použité literatury a příloha – otázky, které byly použity u rozhovorů s pacienty.

# 1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapování způsobů zvládnání stresu u pacientů s onkologickým onemocněním.

## 1.1 Dílčí cíle

- Jaký vliv má rodina a přátelé na zvládnání situace
- Jaká byla reakce pacienta a jeho rodiny na oznámení onkologické diagnózy
- Jak onkologická léčba ovlivňuje pacientovu psychiku
- Jaká specifika se objevují v péči o onkologického pacienta a jakým způsobem ovlivňují tato specifika jeho psychický stav (správná léčba bolesti, potíže s žilními vstupy, podpora nutriční)
- Jaké strategie zvládnání stresu využívají onkologičtí pacienti nejčastěji
- Jak se pro onkologické pacienty změnily hodnoty oproti stavu před nemocí

## 1.2 Průzkumné otázky

- Jaká byla reakce pacienta a jeho rodiny na oznámení onkologické diagnózy?
- Má pacient podporu ve své rodině a svých přátelích? Pokud ano, jakou?
- Trpí pacient nežádoucími účinky léčby, nechutenstvím, bolestmi? Jak je těmito faktory ovlivněna jeho psychika?
- Jak působí léčba na pacientovu psychiku? Trpí na pocity bezmoci nebo deprese?
- Jaké má pacient způsoby, jak se vyrovnat se stresem? Jaké využívá strategie?
- Jak se změnil pacientův život? Přehodnotil ho? Změnil priority?

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 ONKOLOGIE

Onkologie je lékařský obor zabývající se různými typy nádorů. Onkologie se dělí na čtyři hlavní kategorie – onkologie klinická, radiační, chirurgická a dětská onkologie. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011)

#### 2.1.1 Definice, zařazení do oborů

*Klinická onkologie* se zařazuje do interních oborů. Její náplní je příznivé ovlivnění symptomů u onkologické diagnózy a za pomoci kauzální onkologické terapie (chemoterapie, radioterapie, hormonální terapie, biologická léčba, imunoterapie) dosáhnout úplného vymizení či zmenšení nádoru u pacienta, a tím zároveň pozitivně ovlivnit jeho možnost přežití. V onkologii je taktéž důležitá mezioborová spolupráce, kdy se medicínští odborníci podílí na diagnostice a léčbě onkologického onemocnění. (Češka, 2015)

*Chirurgická onkologie* se zabývá odstraňováním nádorů invazivní cestou – operací. Lékař při zákroku odstraní samotný nádor a jeho blízké okolí. Do chirurgické onkologie se řadí i určité typy biopsie, které pomáhají diagnostikovat nádorové onemocnění a určit typ nádoru. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011)

*Radiační onkologie* využívá ionizujícího záření ke zničení nádorových buněk a patří k základním možnostem protinádorové terapie. Ozáření může být kurativní i paliativní. Někdy je voleno jako první způsob léčby, jindy je využíváno jako adjuvantní léčba po chirurgické léčbě či po/při chemoterapii. (Klener, 2011)

*Dětská onkologie* patří k relativně mladým medicínským oborům a věnuje se léčbě nádorových onemocnění u dětí do 15 let věku. Od onkologie dospělého věku se vyčlenila z důvodu zásadních rozdílů mezi dětskými nádory a nádory dospělých osob. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010)

Více se tato práce dětské onkologii věnovat nebude.

K zjištění onkologické diagnózy často přispívají právě jiní medicínští odborníci – internisté, a to hlavně díky tomu, jak pohlízejí na pacienta jako na celek, a zároveň jim k diagnostice dopomáhají diferenciatně diagnostické metody. Na internistech často záleží, zda použijí správný postup v diagnostice a zdali rozhodnou o správné léčbě. K rozhodnutí o léčbě je mimo jiné potřeba nádor histologicky vyšetřit a také určit jeho rozpětí. Správnou léčbu nelze určit

bez konzultace onkologa. Specialisté poté, především podle druhu a rozsahu nádoru, volí mezi léčbou kurativní a léčbou paliativní. (Češka, 2015)

Během života postihne nádorové onemocnění každého třetího člověka v republice, tyto choroby bohužel nejsou vůbec vzácné. Spousta nádorů, jako třeba karcinom plic nebo kolorektální karcinom, jsou diagnostikovány v pokročilých stádiích, což výrazně ovlivňuje dobu přežití a druh léčby. (Vorlíček a kol., 2012)

Jako druhá nejčastější příčina úmrtí, hned po kardiovaskulárních onemocněních, jsou uváděna právě nádorová onemocnění. (Klener, 2011)

### **2.1.2 Etiologie nádorů**

Jaká je příčina – etiologie vzniku nádoru, je jednou z častých otázek onkologicky nemocných. Zdravý člověk tuto otázku často odmítá, nachází si na ni vlastní odpověď („Co se má stát, to se stane.“), jako kdyby nechtěl znát informace a možnosti snížení rizika a vyvarování se příčiny onkologického onemocnění. (Vorlíček a kol., 2012)

Nádorové onemocnění tvoří komplex příčin, který ovšem není zcela znám. Buněčná proliferace (množení) neprobíhá podle zákonitostí, podle kterých vzniká tkáň zdravá, a buňky mutují. (Klener, 2011)

Příčinou vzniku onkologických onemocnění, která je považována za hlavní, je poškození a modifikace genomové DNA. K poškozením této DNA dochází stále, a to vlivem vnějších i vnitřních faktorů. Mezi hlavní vnitřní poruchy patří spontánní poruchy DNA a poruchy při buněčném dělení. Z vnějšku na DNA působí fyzikální, biologické a fyzikální vlivy. (Novotný a kol., 2019)

Příčiny můžou být rozděleny na zevní faktory a na faktory vnitřní – genetické. Vrozené faktory lze jen těžko ovlivnit, patří k nim především buněčné mutace, které zvyšují pravděpodobnost vzniku jednoho či více typů nádorů. Existují i dědičné formy nádorů, a i přes to, že mají pouze malé zastoupení mezi všemi nádory, je nutné znát jejich rizika, vznik a možnosti v případě genetické predispozice. V tom případě se hovoří o familiárním výskytu – o faktu, že se určitý druh nádoru vyskytuje u více členů jedné rodiny. Důležité je proto pátrat po nádorech, které se v rodině vyskytly, zvláště pak u mladších pacientů. Pro geneticky podmíněné nádory je totiž typické, že útočí právě na osoby v mladším věku – tj. kolem 40. a 50. roku. (Vorlíček a kol., 2012)

Na vznik maligního nádorového onemocnění mají vliv i již zmíněné faktory vnější. Dle epidemiologických studií je dokázáno, že míra vlivu zevních faktorů je nezanedbatelná a není radno brát tyto příčiny na lehkou váhu. (Vorlíček a kol., 2012)

Vnějšími faktory je lidský imunitní systém neustále zatěžován, a může díky nim vést i k jeho úplnému selhání, důsledkem toho může být právě vznik nádorového onemocnění. (Angenendent, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Jedním z řady vnějších faktorů je například kouření tabáku, které má dosti významný pronádorový vliv nejen na plíce, ale i na další tělesné tkáně a orgány. To se týká i kouření pasivního. Dále je významným faktorem strava a výživa. Ze stravy se do krevního oběhu dostává spousta látek, které mají na tělo pozitivní, neutrální i negativní vliv. Alkohol je klasifikován jako prokázaný humánní karcinogen. Obezita podporuje vznik spousty různých nemocí, a to včetně vzniku nádorových onemocnění. Četnost nádorů se zvyšuje také díky nízké nebo žádné pohybové aktivitě, která sice s obezitou souvisí, ale v tomto případě se riziko zvyšuje nezávisle na váze. (Vorlíček a kol., 2012)

Působení chemických látek (dehet, benzen, aflatoxin), fyzikálních vlivů (rentgenové záření), působení virů (EB virus, lidský papilomavirus – HPV, herpes viry) či hormonů (u žen v klimakteriu), také patří do vnějších příčin vzniku nádorového onemocnění. (Mačák, 2012)

Existuje velká spousta domněnek a spekulací o myšlence, zda může být nádorové onemocnění vyvoláno sociální či psychickou zátěží. Studie na toto téma jsou pouze retrospektivní, kdy nad 60 % nemocných uvedlo, že jejich nádorovému onemocnění předcházelo i onemocnění psychické. Množství pacientů si proto pro své onemocnění nalézají důvod nebo vysvětlení v přechozích traumatizujících a stresujících událostech jejich života. Pro člověka je totiž přirozené, že si hledá důvod svého onemocnění. (Angenendent, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

### **2.1.3 Patologie nádorů**

Jako nádor je označován patologický, nepravidelný, tkáňový útvar, který vzniká nekontrolovatelnou proliferací buněk. Nádory se dělí na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Benigní nádory nemetastazují, zůstávají na místě svého vzniku, dorůstají pouze do určitých rozměrů a jejich účinek na organismus bývá neškodný, pokud se ovšem nenacházejí v blízkosti důležitých orgánů, nervů nebo cév, které mohou utlačovat. (Sinha, 2018)

Maligní nádory naopak rostou rychle, infiltrují se do okolních tkání a orgánů a mají schopnost vytvářet i vzdálená metastatická ložiska. Bez včasné léčby způsobují tyto nádory smrt. Společným znakem maligních nádorů je neomezený růst buněk, jehož konečným výsledkem je nárůst buněčné nádorové masy, která ničí a napadá zdravou tkáň. (Sinha, 2018)

Metastázou je nazýván přenos nádoru z jeho primárního ložiska do ložiska sekundárního. Vznikají buďto cestou hematogenní (krevním řečištěm), lymfogenní (lymfatickými cestami), nebo porogenní (v tělních dutinách bez anatomických překážek). (Mačák, 2012)

Růst nádoru se morfologicky projevuje třemi způsoby. První je růst expanzivní, který se vyskytuje u většiny benigních nádorů i u nádorů maligních. Nádor mechanicky utlačuje své okolí a způsobuje atrofii okolních tkání. Růst infiltrativní je charakterizován prorůstáním nádorových buněk mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého poškození. Jako třetí, nejdůležitější, je rozlišován růst invazivní (také agresivní), kdy nádorové buňky vyrůstají přímo do okolních tkání a ničí je. Invazivní růst je typický pro maligní nádory. (Vorlíček a kol, 2012)

### TNM STAGING

Zásadním faktorem pro určení vhodné léčby a prognózy je zjištění rozsahu onemocnění. K zjištění rozsahu onemocnění je v ČR používán TNM staging (klasifikace), jehož základním smyslem je usnadnění výměny informací mezi jednotlivými lékaři. (Klener, 2011)

**T (tumor)** určuje velikost primárního ložiska. Písmeno je doplňováno číslicemi (T1-4), které udávají rozsah nádoru. Rozsah je určován za pomoci klinických a pomocných vyšetření. Jestliže se nedá zjistit, jakého je ložisko rozsahu, používá se symbol TX, v případě, že primární ložisko nelze zjistit, používá se T0. Pro karcinom in situ (nádor, který nepřekročil svou bazální membránu) se používá označení TIS.

**N (noduli)** označuje postižení regionálních mízních uzlin. Písmeno se opět doplňuje číslicemi (N1-3), N0 značí negativní nález na uzlinách, NX nález neurčitý.

**M (metastases)** vyznačuje přítomnost (M1) nebo nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz, což se týká i metastáz v mízních uzlinách, které se neřadí mezi uzliny regionální. M1 je doplňováno o označení, které určuje, kde se metastázy nacházejí (HEP – játra, PUL – plíce, ADR – nadledviny). (Rosen, Sapa, 2020)



Kategorie TNM se po svém stanovení u konkrétního nemocného již nesmí v průběhu onemocnění měnit. Může být doplněna o histopatologický grading (G1-4), který určuje diferenciaci (rozlišení) nádoru – nediferencovaný až dobře diferencovaný nádor. (Klener, 2011)

Za pomocí klasifikace TNM je možné určit stadium nemoci, od kterého se odvíjí prognóza. Nachází-li se nádor ve stadiu I, je omezen pouze na jeden orgán a je zcela odstranitelný operabilně. Ve stadiu II je nádor rozšířen do spádových uzlin, stále je zcela operovatelný, ale existuje vysoké riziko recidivy. Stadium III značí lokální pokročilost nádoru a jeho odstranění vyžaduje kombinaci více léčebných metod. (Češka, 2015)

#### **2.1.4 Diagnostika nádorových onemocnění**

Pro osud a co nejlepší prognózu nemocného je velmi důležitý včasný záchyt a správná diagnostika zhoubného nádoru. I u stejného typu onemocnění záleží na časnosti diagnostiky, protože se díky ní odvozuje konkrétní druh léčby. Je proto důležité u pacientů sledovat jak systémové (hubnutí, anémie, nechutenství), tak lokální (hmatná rezistence, bolest, tlak) příznaky malignity. (Češka, 2015)

Diagnostické metody slouží v onkologii nejen k určení diagnózy a určení stádia nemoci, ale také k pozdějšímu zhodnocení úspěšnosti léčby, sledování nemocného a jeho případného relapsu, zjištění komplikací léčby či onemocnění, anebo plánování léčby. (Vorlíček a kol., 2012)

Velmi důležitou, avšak často podceňovanou diagnostickou metodou, je anamnéza. Informace o pacientově rizikovém zaměstnání nebo historii onkologických onemocnění v rodině mohou být velmi cenné vzhledem k výskytu familiárně se vyskytujícími nádorům. Zároveň pacientovy návyky, jako kouření či pití alkoholu, mohou být přínosnými údaji. Pro lékaře jsou taktéž důležitá tzv. varovná znamení. Jsou to příznaky jako dlouhodobé nechutenství, úbytek hmotnosti, příměs krve ve sputu, stolici či moči, gynekologické krvácení mezi cykly nebo po pohlavním styku. (Klener, 2011)

U přibližně 10 % nemocných se nádorové onemocnění projeví tzv. paraneoplastickým syndromem. Tento syndrom se vyznačuje symptomy, které nejsou spojeny přímo s rozvojem nádorového onemocnění, ale mohou signalizovat přítomnost nádoru a pomoci tak k jeho rychlejší diagnostice. Syndrom se vyskytuje i u již diagnostikovaných nádorů, je přítomností nádoru podmíněn, i když se často vyskytuje v jiné tkáni než samotný nádor. Mezi nejčastější paraneoplastické příznaky patří horečka nádorového původu, hubnutí až anorexie, endokrinní, neurologické a muskuloskeletární syndromy, také kožní a hematologické změny. (Mačák, 2012)

Celkové fyzikální vyšetření může odhalit povrchové nebo kožní nádory. Při jejich vyhledávání je nutné podrobné vyšetření se zaměřením především na lymfatické uzliny, kůži po celém těle, krk, prsy a konečník. U žen je také prováděno gynekologické vyšetření se stěrem na cytologii. Dále se vyšetřuje stolice na okultní krvácení, provádí se rentgen srdce a plic a jsou prováděna vyšetření krve a moči. Velký význam mají v diagnostice maligních onemocnění i laboratorní vyšetření, kdy je pacientovi odebráno určité množství tekutin nebo tkáně. (Vorlíček a kol., 2012)

Biochemické vyšetření slouží mimo jiné k vyšetření nádorových markerů. Jedná se o skupinu antigenů, enzymů nebo hormonů, které svou přítomností vyznačují výskyt nádoru. Například u hepatocelulárního karcinomu je to antigen AFP (alfa-fetoprotein), u kolorektálního karcinomu antigen CEA (karcinoembryonální antigen), CA15-3 značí nádor prsu a CA125 nádor ovaria. Mimo tumorové markery odhaluje biochemické vyšetření například metastázy do jater při elevaci jaterního enzymu ALP (alkalická fosfatáza). (Klener, 2011)

V hematologickém vyšetření je nejčastěji vyšetřován počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokritu, a množství hemoglobinu. U velké části maligních nádorů se také vyskytuje zrychlená sedimentace erytrocytů. K přítomnosti nádorového onemocnění se přiklání i anémie z nedostatku hemoglobinu, změny v počtu leukocytů, nebo změny v počtu krevních destiček. (Novotný a kol., 2019)

Díky cytologickému vyšetření je možné vyšetřit buňky z děložního čípku a pochvy, ze sputa, trávicího traktu, z pohrudničních výpotků nebo z tekutiny z dutiny břišní. Různé punktáty, ať už mozkomíšní mok nebo punktát z lopaty kosti kyčelní, lze též vyšetřit touto metodou. Materiál je získáván pomocí punkční biopsie nebo punkční aspirací, za pomoci speciální jehly. K histologickému vyšetření je odebrána část nebo celý útvar. Výkon je často prováděn v celkové nebo lokální anestezii, je tedy invazivnější než všechny předchozí výkony. (Vorlíček a kol., 2012)

Při diagnostice maligních onemocnění jsou využívány i endoskopické metody, především mají velký význam v diagnostice nádorů močového ústrojí a trávicího traktu. Tento druh vyšetření umožňuje lékaři prohlédnout celé trávicí ústrojí (esofagogastroduodenoskopie, koloskopie, rektoskopie) včetně žlučových cest (endoskopická retrográdní choledochopankreatografie), pankreatu a jater (laparoskopie). Bronchoskopie a thorakoskopie jsou zase důležité pro diagnostiku nádorů plic, průdušek a mediastina. Pro endoskopické vyšetření močového

měchýře slouží cystoskopie. Během endoskopie je současně možné odebrat materiál na cytologické, histopatologické či jiné potřebné vyšetření. (Klener, 2011)

Endoskopické vyšetření může být zkombinováno s ultrazvukovým vyšetřením – tato kombinace se nazývá endosonografie. Samotné ultrazvukové vyšetření je neinvazivní, nebolestivé a téměř vždy bezpečné. Pracuje na principu akustických vln s vysokým kmitočtem, které lidské ucho nemá šanci slyšet. Ultrazvukové vlny se odráží podle hustoty tkáně a graficky se znázorňují. (Vorlíček a kol., 2012)

Důležitým pomocníkem v diagnostice jsou zobrazovací vyšetření. Mohou ukázat velikost, umístění, rozšíření nebo krevní zásobení nádoru. Základním zobrazovacím vyšetřením je rentgen – jeden jediný nativní snímek. Podrobnější zobrazení nabízí počítačová tomografie (CT) – jedná se o sérii snímků, které se poté počítačově zpracují. U některých druhů CT vyšetření je podávána kontrastní látka, a to buď přirozenými cestami (vstříknutí do jícnu, žaludku, střeva) anebo cestou intravenózní (angiografie). (Vorlíček a kol., 2012)

Specifickým druhem CT vyšetření je pozitronová emisní tomografie (PET CT). Při tomto vyšetření je do krevního řečiště podáno dané množství glukózy značené radionuklidem emitujícím pozitrony. Nádorové buňky rychle vychytávají glukózu, k čemuž po jejím podání dojde, a tím pádem dojde i k zobrazení nádorových ložisek. (Novotný a kol., 2019)

Magnetická rezonance využívá silného magnetického pole a počítačové techniky k vytvoření průřezů tělesných struktur. Nejen, že neobsahuje ionizující záření, je ale i vhodná pro měkké tkáně, kde je díky kontrastu dobré odlišení tkáně patologické od tkáně fyziologické. (Bohatá, 2017)

Pacient, který má potvrzenou onkologickou diagnózu, by měl být představen konkrétnímu onkologickému týmu (dle diagnózy – plicní, onkogynekologický, neurochirurgický...), který by měl rozhodnout o dalším postupu. Tým se skládá z radiologa, patologa, onkologa a chirurga či případného specialisty (plicního lékaře, krčního lékaře apod.). (Češka, 2015)

Oznámení jakkoliv závažné diagnózy, především jedná-li se o smrtelnou nemoc, vede z psychologického hlediska ke změně pacientovy identity. Z člověka, který měl svůj život pevně v rukou, se stává člověk, který nemá nad svým životem žádnou kontrolu a žádnou jistotu. U pacienta dochází k šoku a zpracování informace je delší proces. V tomto momentě je velmi žádoucí pomoc a podpora rodiny a blízkých. (Adam a kol., 2019)

### 2.1.5 Způsoby léčby nádorových onemocnění

Onkologická léčba, na rozdíl od léčby jiné choroby, přináší pacientovi výrazně větší zátěž. Jedná se o terapii zaměřenou proti vlastním buňkám člověka, které se změnilly v buňky nádorové. Často proto dochází, při likvidaci buněk nádorových, i k ničení buněk fyziologických, což vyvolává závažné nežádoucí účinky. Léčba dočasně nebo trvale zhoršuje pacientovu kvalitu života. (Vorlíček a kol., 2012)

Léčebný postup závisí na velikosti, umístění a charakteru nádoru, zároveň ale i na věku a celkovém stavu pacienta. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010)

Za pomoci současných metod lze dosáhnout kurativního účinku léčby – pacienta lze vyléčit. V případě, že charakter a rozsah nádoru neumožňují podání kurativní léčby, je na řadě léčba paliativní, která pacienta neléčí, nýbrž mu prodlužuje život a ulevuje od obtíží spojených s onemocněním. Účinnost léčby může být posílena díky kombinaci různých léčebných metod. Z důvodu spousty nežádoucích účinků léčby je třeba užití podpůrné léčby, která upravuje i vedlejší projevy samotného onemocnění. Při trvající progresi onemocnění nebo vzniku rezistence proti léčbě je používána léčba symptomatická, jenž tlumí příznaky a zlepšuje pacientovu kvalitu života. (Klener, 2011)

Jednou ze základních možností léčby nádorových onemocnění je **léčba chirurgická**. Chirurgické výkony neslouží pouze k léčbě, ale i k prevenci, pomáhají při stanovování diagnózy a ulevují pacientovi při obtížích v rámci paliativní terapie. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011)

Výkony profylaktické – preventivní se provádí především u rizikových benigních útvarů, například dysplastické kožní névy, gynekologické nádory nebo urologické nádory. Tyto druhy nezhoubných, avšak nebezpečných nádorů, se nazývají prekancerózy. Profylaktické chirurgické zákroky se využívají také u vrozených či genetických vad, například odstranění části tlustého střeva při familiární polypóze. U pacientek s pozitivní rodinnou anamnézou rakoviny prsu je často indikována mastektomie (odstranění prsní žlázy). (Vorlíček a kol., 2012)

Pomocí chirurgických metod jsou prováděny odběry biologického materiálu na bioptické vyšetření. Mezi tyto metody patří mimo jiné punkce speciální jehlou, excize (vyříznutí) tkáně, odběr materiálu během endoskopie. (Vorlíček a kol., 2012)

Kurativní chirurgický zákrok má účinek pouze u lokalizovaných forem nádorů nebo nádorů in situ (neinvazivní karcinom). Dochází k odstranění nádoru i s částí zdravé tkáně a často

i k odběru spádových lymfatických uzlin. Je možné operovat i nádor, který už vytvořil vzdálené metastázy, pokud lékařský tým usoudí, že je výkon pro pacienta přínosem. U pokročilých nádorů dochází často před samotnou operací k radioterapii či chemoterapii. V některých případech lze chirurgicky odstranit i vzdálené metastázy. (Klener, 2011)

Paliativní chirurgický výkon zabraňuje vzniku komplikací (například obstrukce trávicího traktu nebo žlučových cest, útlak důležitých cév) a slouží k zmenšení či zpomalení růstu primárního nádoru. K paliativní chirurgické léčbě se řadí i tzv. chirurgie bolesti, kam spadají především výkony na nervovém systému. Zároveň do této kategorie patří udržení průchodnosti zažívacího traktu nebo močových cest, kdy jsou realizovány buďto přemostující operace nebo různé druhy stomií (vývodů dutých orgánů na povrch těla). (Vorlíček a kol., 2012)

Rekonstrukční operace jsou prováděny po dokončení léčby a přispívají k částečné anatomické nebo funkční obnově poškozených orgánů. Význam mají především estetický, například rekonstrukce prsu po odstranění nádoru. (Klener, 2011)

Léčba ionizujícím zářením neboli **radioterapie**, je jedna ze základních možností léčby nádorových onemocnění. Význam radioterapie je podporován technickým pokrokem. K ozařování postižených míst je používán lineární urychlovač. Pro hloubkové ozařování je vhodný kobaltový ozařovač, na druhou stranu cesiový ozařovač lze použít jen k ozařování povrchově uložených nádorů a nádorů kožních. K přesně zacíleným ozářením je využíván Leksellův gama nůž nebo kybernetický nůž – Cyber-knife. Velkou výhodou jsou vysoké radiační dávky přímo do patologického místa, tudíž se snižuje poškození okolní tkáně ozářením. (Klener, 2011)

Teleradioterapie, ozařování z dálky, je nejčastější používanou metodou radioterapie. Brachyradioterapie je ozařování zblízka. Přímě v místě nádoru je umístěn zdroj záření, který přímo do ložiska dodává vysoké dávky. Do dutin nebo tkáně jsou radionuklidy vpravovány pomocí aplikátorů nebo speciálních jehel. Brachyterapie může být zvolena buď jako jediná forma léčby, nebo v kombinaci s vnějším zářením. (Vorlíček a kol., 2012)

Záření je děleno na kurativní, adjuvantní, neoadjuvantní a paliativní. Kurativní záření se aplikuje snadněji u nádorů radiosenzitivních a jeho cílem je zničení nádorové tkáně. Adjuvantní záření je využíváno především po operaci a jeho cílem je zničení objektivně nezjistitelných nádorových procesů (po mastektomii např. ozářením jizvy). Neoadjuvantní ozářením se provádí naopak před operačním výkonem u nádorů, které mají sníženou operabilitu a je třeba je zmenšit

proto, aby se lépe operovaly. Paliativní ozáření má za cíl předcházení komplikacím, odstranění obtíží, prodloužení života a zlepšení jeho kvality. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011)

Léčba zářením přináší různé nežádoucí účinky. Častým nežádoucím účinkem jsou kožní reakce – kůže je zarudlá a připomíná spálení od slunce. Můžou vznikat i puchýře a může docházet ke svědění a olupování kůže. Všechny tyto obtíže jsou dočasné. Dalším nežádoucím účinkem je tzv. postradiační syndrom, který se projevuje celkovými příznaky jako je bolest hlavy, únava, nauzea, nechutenství. Vyskytuje se především u celotělových ozáření, stav je reverzibilní a upraví se po ukončení léčby nebo změně denního režimu (dostatek odpočinku, relaxace pobyt na čerstvém vzduchu). Mezi další vedlejší účinky patří např. poškození sliznic, postradiační kolitida (především u ozařování břicha), k závažnějším pak poškození krevetvorby nebo akutní poškození orgánů. (Vorlíček a kol., 2012)

**Chemoterapie** je druh léčby, při kterém jsou pacientovi podávány speciální léky, které se nazývají cytostatika. Cytostatika ničí nejen nádorové, ale zároveň i zdravé buňky, mají proto dost nežádoucích účinků, které se odlišují podle typu cytostatik. Některá cytostatika poškozují srdce, některá například ledviny. Chemoterapie se často skládá z více druhů cytostatik, protože pak lépe účinkuje. Tento druh léčby se nazývá kombinovaná chemoterapie. (Vorlíček a kol., 2013)

Účinek chemoterapie závisí na druhu nádoru a jeho rozšíření v organismu. Může nádor zcela zničit a pacienta vyléčit, zabránit šíření a růstu nádoru anebo zmírnit obtíže, které nádor způsobuje. Léčba může být podávána injekčně nebo v tabletách. Při zahájení léčby je nutné dodržovat pravidelné časové intervaly mezi aplikacemi, aby byla léčba úspěšná. (Vorlíček a kol., 2013)

Stejně jako radioterapie, chemoterapie může být adjuvantní nebo neoadjuvantní. Adjuvantní léčba doplňuje či zvyšuje účinnost jiné léčebné metody a jejím cílem je likvidace zbytkové nádorové populace (např. po operaci nebo ozařování). Po operačním výkonu by měla být adjuvantní chemoterapie podána co nejdříve. Neoadjuvantní chemoterapie je naopak podávána před chirurgickým zákrokem, popř. před ozařováním. Zmenšení nádoru, jako při ozařování, může zlepšit jeho operabilitu. (Klener, 2011)

Chemoterapie je doprovázena velkou řadou nežádoucích účinků. Pacienti se těchto vedlejších účinků velmi obávají a často je děsí více než samotná chemoterapie. Hlavní příčinou nežádoucích účinků je ničení rychle rostoucích buněk. Cytostatika bohužel nerozpoznají buňku nádorovou od buňky zdravé, a tak ničí všechny buňky tohoto typu. (Vorlíček a kol., 2013)

K nejčastějším nežádoucím účinkům patří útlum krvetvorby a další komplikace hematologického typu. Největší komplikace se většinou vyskytují při první dávce chemoterapie, při dalších aplikacích už jsou mírnější. Dalším častým vedlejším účinkem jsou infekční komplikace, které lze očekávat a pacient musí umět rozpoznat příznaky infekčního onemocnění, aby mohlo být včas zachyceno a u pacienta nedošlo k sepsi, která ho ohrožuje na životě. (Vorlíček a kol., 2012)

Velmi obávané vedlejší projevy jsou alopecie a zvracení. Nevolnost a zvracení je nutno dopředu předvídat a tlumit jej podáváním účinných léků před i po chemoterapii. Pacienti při špatné zkušenosti získají reflex, že zvrací po každé podané chemoterapii, proto je nutné podat léky hned při prvním cyklu. Pigmentace kůže a akné jsou často reverzibilní stavy. K alopecii dochází kvůli poškození vlasových folikulů, nevzniká však u všech typů chemoterapie, a bývá reverzibilní, může ale dojít i k trvalému poškození v závislosti na léčbě. Ztráta vlasů může být ložisková, kompletní nebo difúzní, dochází ke zhoršení jejich kvality a vypadávat mohou i řasy, obočí a ochlupení na celém těle. (Klener, 2011; Jedličková a kol., 2019)

K dalším nežádoucím příznakům patří kardiotoxicita, neurotoxicita, nefrotoxicita, toxicita plic, gonadální toxicita a kožní a adnexální toxicita, k níž patří již zmíněná alopecie a kožní obtíže. Zároveň může dojít k poškození sliznic, gastrointestinálním obtížím (průjem, zácpa), otokům nebo dočasné či trvalé neplodnosti. (Vorlíček a kol., 2013)

Léčba, která je starší, než chemoterapie je **léčba hormonální**. V 18. století bylo totiž zjištěno, že růst některých nádorů je ovlivněn hormonálně. Původní přístupy spočívaly v odstranění endokrinních žláz, postupně byly ale nahrazeny podáváním hormonů, jejichž účinek je vázán na přítomnost specifických buněčných receptorů. Hormonální léčba je uplatňována hlavně u karcinomu prsu a prostaty. Léčba se dále dělí na ablativní, kompetitivní, inhibiční a aditivní. (Klener, 2011)

Princip ablativní léčby spočívá v chirurgickém odstranění vaječníků nebo varlat, popř. provedení tzv. chemické kastrace. Při léčbě kompetitivní se podávají tzv. antihormony (antiestrogeny, antiandrogeny). Inhibiční léčba spočívá v bloádě syntézy hormonu. Podáním inhibitorů aromatáz dochází k brzdění syntézy estrogenů. Při aditivní léčbě jsou podávány gestageny, androgeny nebo estrogeny. Hormonální léčba může být podávána samostatně nebo jako adjuvantní či neoadjuvantní léčba. (Klener, 2011)

Bioterapie, také **biologická léčba**, spočívá v podávání látek, které jsou shodné či podobné látkám tělu vlastním. Dávky jsou podávány ve vysoké koncentraci a vysoce překračují

fyziologické hodnoty. Pro bioterapii jsou používány tři skupiny farmak: hematopoetické růstové faktory (molekuly redukující proces krvetvorby, např. erythropoetin), imunomodulační cytokiny (molekuly ovlivňující imunitu, např. interferon alfa) a rekombinantní humánní protilátky (protilátky navazující se na antigeny nádorových buněk a startující imunologické procesy, např. transtuzumab). Tento druh léčby je zcela účinný jen u malého počtu nádorů a jen málo pacientů je možno plně vyléčit. (Vorlíček a kol., 2012)

**Imunoterapie** pracuje na principu obnovení porušené funkce protinádorové imunity a jejího zapojení do léčby zhoubného onemocnění. Buněčná populace není ničena po částech, ale může být zničena úplně, pokud není příliš početná, nebo její buňky nenesou specifický antigen. Oproti chemoterapii a radioterapii má imunoterapie výhodu v tom, že ničí buňky nezávisle na jejich generačním cyklu. Imunoterapie je dělena na aktivní a pasivní. (Klener, 2011)

V pasivní imunoterapii jsou využívány monoklonální protilátky, které mají zásadní dopad na léčbu nádorových onemocnění a jsou označovány i jako biologická léčiva. Protilátky se vážou přímo na antigeny na nádorových buňkách a aktivují komplement, který vede ke zničení nádorové buňky. (Otáhal, Trněný, 2015)

Podáním vakcinace proti nádorům a vyvoláním imunitní odpovědi proti nádorovým buňkám vznikl první pokus o aktivní imunoterapii. Princip této léčby spočívá v podání nádorových vakcín, jejichž aplikací vzniká indukce protinádorových cytotoxických T-lymfocytů zvýšením exprese nádorových antigenů. Jsou používány např. DNA vakcíny nebo vakcíny na bázi nádorových buněk. (Otáhal, Trněný, 2015)



## **2.2 SPECIFIKA PÉČE O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA**

Jako pacient je označován člověk, který je v péči lékaře. Nemocný člověk je ten, který je postižen jakoukoliv nemocí. Nemocný člověk tedy nemusí být pacientem – tím se stává až tehdy, kdy začne docházet k lékaři. Od zdravého člověka se nemocný odlišuje tím, že má narušené normální dobré fungování – zdraví. V nemoci dochází k neuspokojování řady potřeb, z čehož se vyvíjí nová adaptace a omezení životních aktivit. Nemoc také přináší postiženému subjektivní i objektivní obtíže. Onkologickým pacientem je člověk, který se se svým onkologickým onemocněním léčí u příslušného onkologa. (Dostálová, 2016)

### **2.2.1 Onkologický pacient a komunikace s ním**

Komunikace patří mezi nejdůležitější nástroje lidského soužití. Mezi základní pravidla komunikace patří pravidlo, které udává, že není možné nekomunikovat. I když člověk nemluví, používá neverbální způsob komunikace. Pacient může svým postojem nevědomě vyjadřovat řadu pocitů, je proto na místě pacienta sledovat podobu celého rozhovoru. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Pacient s onkologickým onemocněním vyžaduje jinou komunikaci než zdraví lidé. Zdravý člověk musí rozpoznat, o čem chce nemocný hovořit, a o čem ne. Je potřeba, aby se do nemocného dokázal vcítit a pochopit jeho potřeby. Zdravý jedinec musí mít dostatek času a trpělivosti, neboť onkologicky nemocný se trápí svou nemocí, takže od něj nelze čekat zájem o širší okolí. Pacient potřebuje někoho, kdo s ním ponese jeho trápení. (Adam a kol., 2019)

Zdravá osoba a nemocný dost pravděpodobně nesdílí stejnou realitu. Obraz světa může být u člověka, který si prošel závažným traumatem, často velmi pozměněn. Je proto potřeba nalézt takový způsob komunikace, který bude tomuto obrazu odpovídat. Spousta pacientů žije v domnění, že si za své onemocnění mohou sami. Aby u takových pacientů nedocházelo k podporování pocitu viny, je dobré se při tázání otázek vyhnout slovům jako „proč“ a „jak“ a nahradit je raději otázkami typu „co“ nebo „jaký/který“ (např. „Co se Vám přihodilo?“ místo „Proč se Vám to přihodilo?“). (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Zásadní dovedností v komunikaci s onkologicky nemocným je emoční inteligence, jejíž podstatnou součástí je empatie. Empatie je schopnost člověka nastavit si svou psychiku tak, aby byl schopen se do druhého vcítit. Jde o vlastnost důležitou i pro udržení sociálních vztahů. Zároveň se jedná nejen o vcítění, ale i o schopnost přiměřeně reagovat na pocity druhých, na jejich bolest nebo smutek a být ochotný jim pomoci. Základem pro empatické vnímání druhého je schopnost uvědomovat si a vnímat vlastní emoce. K emoční inteligenci kromě

empatie také patří zvládání a znalost vlastních emocí, schopnost sebetmotivace a umění mezilidských vztahů. (Adam a kol., 2019)

S nemocným je třeba mluvit příhodně k jeho věku. S dospělým člověkem by se mělo hovořit přímo a neznevažovat ho, zároveň by se komunikující osoba měla vyhnout tykání a zdobnělinám. Špatnou, nedůstojnou komunikací může u nemocného docházet k prohlubování pocitu bezmoci. (Vorlíček a kol., 2012)

Sdělení onkologické diagnózy není nikdy jednoduché. Pro tento obtížný rozhovor je třeba vyhradit si dostatek času a klid. Atmosféra rozhovoru by měla být věcná a empatická, je vhodné si pacienta pozvat společně s někým jemu blízkým (pokud je to v jeho zájmu). Je důležité se ujistit, že pacient plně rozumí všem sděleným informacím. Lékař by měl slíbit pouze to, co opravdu dokáže splnit. V případě, že slíbí nespílitelné, může být narušena pacientova důvěra. Sdělení závažné diagnózy často pacienti považují za rozsudek smrti a celé onemocnění prožívají jako těžkou osobní katastrofu. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Epstein Krupat a jeho spolupracovníci vymezili čtyři základní kritéria pro komunikaci s onkologickým pacientem. Prvním kritériem je odhalit, posoudit a přijmout pacientovy pocity, druhým je porozumět mu v rámci jeho psychosociálního statusu. Třetí kritérium udává, že je potřeba dosáhnout vzájemného pochopení a porozumění při rozhodování o léčbě, načež napojuje kritérium čtvrté – probudit v pacientovi pocit spoluzodpovědnosti při rozhodování o způsobu léčby a dalších postupech ve vztahu k jeho zdraví. (Bencová, 2013)

### **2.2.2 Péče o psychiku**

Na pacientovu psychiku nepůsobí pozitivně pouze psycholog či psychoterapeut, ale může ji ovlivnit i jiný zdravotník nebo laik. Příznivé působení může vzniknout náhodně jak ze strany rodiny, tak ze strany pečujícího zdravotníka. Stačí k tomu jen fakt, že někdo řekne v tu správnou chvíli ta správná slova, která mohou pacientovi pomoci lépe zvládat zátěž. Pomoci pacientovi může zdravotník i záměrně díky citlivému přístupu a projevením zájmu o pacienta. (Dostálová, 2016)

Průběh nemoci je ovlivňován pacientovým postojem k ní. Řada vědeckých studií dokazuje, že způsob zacházení s nemocí ovlivňuje její další průběh i dobu přežití. Každý pacient si sám hledá individuální způsob, jakým bude s nemocí zacházet a v případě obtíží může vyhledat profesionální psychoonkologickou péči. K zjištění, zda pacient potřebuje psychoonkologickou péči, může lékaři pomoci speciální dotazník PO-Bado (Psychoonkologische Basisdokumentation), který je tvořen objektivní posuzovací škálou (vyplňuje jej druhá osoba),

jež posuzuje pocity pacienta s nádorovým onemocněním. Dotazník se zaměřuje na somatickou a psychickou zátěž, sociodemografické a lékařské údaje, indikaci psychoonkologické péče a jiné zátěžové faktory. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Onkologický pacient je člověk, který sice může být psychicky zdravý, ale díky tomu, v jaké situaci se nachází, může být jeho chování nepředvídatelné až patologické. V blízkosti takového člověka je třeba se chovat klidně a pomoci tak snížit úzkost pacienta a zklidnit jeho negativní emoce. Je dobré nemocného chválit za každý malý úspěch a projevovat zájem o jejich osobu. Veškerým pozitivním a přátelským přístupem k pacientovi je podporována jeho aktivní spoluúčast při léčbě. (Vorlíček a kol., 2012)

Skupiny psychologů se pokoušely o různé formy terapeutických intervencí. V roce 1980 použil Thomas Gordon kombinovaný program psychosociální intervence u dospělých pacientů. Program byl dělen na informativní část a část poradenskou. Informativní část obsahovala např. lékařské zprávy o nemoci, o jejich emočních reakcích a pokoušela se je pacientovi vysvětlit. Poradenská část obsahovala povzbuzení a rady, jak s nemocí žít, jak ventilovat své emoce a jak aktivně bojovat s nemocí. Skupina pacientů, která prošla tímto programem, měla realističtější postoj k životu, méně depresí a více se zapojovali do společenského života. K závěru, že různé druhy psychoterapie, ať už skupinové nebo individuální, mají pozitivní vliv na pacientův život, došla i řada dalších psychologů, kteří např. porovnávali právě individuální a skupinovou terapii (Cain v roce 1986), učili pacienty zvládat krizové situace (Youssef v roce 1984) nebo praktikovali s pacienty autohypnózu, která dokonce o několik let zvyšovala dobu jejich přežití (Newton v letech 1982-1983). (Faleide, Lian, Faledie, 2010)

Je potřeba rozbít pacientův negativní emoční stereotyp, popřípadě negativní emoce alespoň zmírnit. Toho lze dosáhnout například navozováním pozitivních situací, které jsou pacientovi příjemné, k tomu je samozřejmě potřeba zjistit, co má pacient rád a co uspokojuje jeho duši. Díky endorfinům, které v mozku uvolňuje pocit radosti, může nemocný pociťovat i úlevu od bolesti, neboť fungují jako jakési endogenní opioidy. Pocit radosti tedy člověka ovlivňuje nejen psychicky, ale i fyzicky. Další možností psychologické pomoci je přenášení citů, které funguje na základě davové hysterie. Příkladem je pacient, kterému se po paliativní léčbě udělalo lépe a motivuje ostatní nemocné k podstoupení léčby. V neposlední řadě je možné pacientovi pomoci na základě kontrastů, kdy je pacientovi nahrazován jeho stávající pocit pocitem opačným, ač se může jednat jen o drobnosti, mohou tyto změny povzbudit motivaci nemocného. (Dostálová, 2016)

V roce 1954 byl americkým psychologem Abrahamem Maslowem definován termín „pozitivní psychologie“. Jedná se o určitý proud psychologie, který se snaží studovat lidské štěstí, proč jsou lidé šťastní, a na základě těchto znalostí se snaží vytvořit doporučení, která by měla pomoci k větší spokojenosti. V pozitivní psychologii jsou využívána cvičení, která se zaměřují na vlastní silné stránky a jejich využití, vnímání pozitivních věcí, přátelské interakce a opatrování pozitivních vztahů. Tato cvičení by měla pomáhat proti depresím a zlepšovat náladu nemocného. (Adam a kol., 2019)

Prokazatelný vliv na snížení úzkosti má relaxace (celkové uvolňování). Autoři studií, které se týkaly psychoimunologie, doporučovali onkologickým pacientům relaxaci hned na počátku léčby. Ne všichni nemocní jsou ale schopni vydržet celý průběh nácviku relaxace. Každý trénink musí být individualizován s ohledem na konkrétního pacienta, při volbě psychoterapie se nesmí postupovat náhodně. Jednou z možností relaxace je imaginace. Nemocný si během imaginace představuje různé scény a situace, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. Cílem této relaxace je vést představivost tím směrem, jako by se vše snažilo nemoc zahnat a porazit ji. Problém této metody je ten, že když se situace nelepší ale naopak horší, má pacient špatné svědomí, že nesplnil svůj úkol a upadá do beznaděje s pocitem viny. Tyto pocity se dají za pomoci vhodné komunikace s nemocným tlumit. Metody relaxace a sugesce jsou často používány i při vedlejších účincích radioterapie a chemoterapie, jako je nevolnost a zvracení. (Faleide, Lian, Faleide, 2010)

U pacientů s nádorovým onemocněním byla zkoumána účinnost muzikoterapie a ukázalo se, že vyškolení terapeuti dosahovali u nemocných pozitivních efektů. Muzikoterapie navozuje okamžité zklidnění a uvolnění pacienta. Především působí tento druh terapie v rámci paliativní péče. Podle studie redukuje celou řadu fyzických i psychických komplikací. Arteterapie, na druhé straně, nemá žádné potvrzené pozitivní nebo negativní účinky. Metody jako aromaterapie, akupunktura nebo jóga také nemají žádnou vědecky podloženou účinnost. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Jak naznačuje velké množství studií, psychoonkologické intervence rozhodně mají význam. Stres, strach nebo deprese jsou prvotní reakce na sdělení závažné diagnózy, nemusí se ale stát chronickými. Různé druhy psychoterapie mohou být využívány během různých fází onemocnění a léčby. Hlavním cílem těchto intervencí je redukce zátěže a stresu, navození cílené relaxace a budování nových životních cílů a strategie zvládnání. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

### 2.2.3 Specifika v ošetrovatelské péči

Vybraná specifika výrazně ovlivňují pacientův psychický stav. V oblasti žilních vstupů je to především opakované narušování periferních žil při nepřítomnosti centrálního vstupu, což vede ke značné psychické nepohodě i fyzické bolesti, neboť se málokdy zadaří zavést žilní katétr nebo provést odběr krve pacientovi na první pokus. Psychickou nepohodu a bolest provází i nedostatečně léčená nádorová bolest. Třetí, důležité, zde uvedené specifikum, je péče v rámci výživy pacienta. Pacienti často trpí nechutenstvím, zvracením, následkem některých druhů léčby trpí i na defekty v dutině ústní. Všechny tyto faktory přispívají ke špatnému stavu výživy, neprospívání a s tím spojenými psychickými potížemi.

#### » ŽILNÍ VSTUPY

U velké většiny onkologických pacientů je využívána intravenózní terapie, která slouží především k hydratační podpoře, substituci iontů, podávání parenterální výživy a aplikaci cytostatik nebo jiných specifických léčiv. Obecně jsou žilní vstupy děleny na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Pro krátkodobou aplikaci (přibližně 6 dní) bývají používány periferní žilní katetry, jejichž zavedení je zpravidla rychlé a nenáročné. Zavádějí se většinou do periferních žil v oblasti předloktí. Jejich životnost se pohybuje kolem 72-96 hodin, po uplynutí této doby je potřeba katétr vyměnit, aby nedošlo k infekčním komplikacím. Alternativou s delší životností jsou tzv. midline katetry (2-4 týdny), které se periferně zavádějí do podpažní nebo podklíčkové žíly. (Maňásek a kol., 2012)

Opakované narušování periferních žil vede k jejich vazivovatění a trombotizaci. Výhodnějším vstupem v onkologii je tedy vstup centrální. Do centrálního katétru, který je zaveden přes podklíčkovou, jugulární nebo stehenní žílu přímo do horní nebo dolní duté žíly, je možné podávat koncentrované roztoky léků nebo glukózy, které periferní žílu dráždí a způsobují v ní zánět. Přes centrální kanylu lze i snadno odebírat krev. Krátkodobé centrální vstupy by neměly přesáhnout dobu zavedení 4-6 týdnů. Pro dlouhodobé používání existují speciální kanyly, které probíhají před vstupem do žíly asi 10 cm v podkoží, díky čemuž se snižuje riziko infekce. Tyto kanyly se nazývají Hickmanův, Browiackův nebo Groshongův katétr. (Vorlíček a kol., 2012)

Centrální katetrizace má několik možností – kromě centrálního žilního katétru jsou dalšími alternativami přístupů k centrálnímu řečišti venózní port nebo PICC (peripherally implanted central catheter = periferně implantovaný centrální katétr). Obě tyto varianty jsou využívány ke středně až dlouhodobé léčbě a jsou stejně, jako CŽK, zavedeny v dolní nebo horní duté žíle. Také z nich lze provádět odběry krve na různá vyšetření. (Maňásek a kol., 2012)

Venózní port je plochá komůrka vyrobená z titanu, keramické hmoty nebo plastu, která je zespona opatřena širokou fixační základnou a má velmi odolnou silikonovou membránu na horní straně. Katétr, který vychází z komůrky, je zaveden do centrální žíly. Port je zašit pod kůži a pokud se zrovna nepoužívá, není téměř viditelný. Do komůrky se přes kůži zavádí tzv. Huberova jehla – jehla se zkoseným koncem. Venózní port přináší menší riziko infekčních komplikací, je ale čtyřnásobně dražší než Hickmanův katétr a jeho používání, ošetřování a manipulace vyžaduje vyškolený personál. Port je zaváděn na pracovištích intervenční radiologie a angiografie v lokální anestezii. Silikonová membrána portu vydrží při správném používání 1000-2000 vpichů. (Vorlíček a kol., 2012; Šišláková, 2011)

PICC je zaváděn za pomoci ultrazvukové kontroly a lokální anestezie do některé z pažních žil (v. basilica, v. cephalica, v. brachialis) a jeho konec je umístěn v horní duté žíle. Používat se při správném ošetřování může až po dobu jednoho roku. Hlavní zásadou při používání PICC je dostatečné proplachování (stříkačkou o objemu minimálně 10 ml), aby nedošlo k malfunkci vlivem porušení chlopně. K výhodám PICC patří jeho bezpečnost, nižší riziko katéetrové sepse a trombózy. Katétr není potřeba šít ke kůži, je pouze přilepen. Měl by být volen u pacientů v horším výkonnostním stavu a u pacientů s poruchou srážení krve. (Maňásek a kol., 2012)

Žilní vstupy mohou být doprovázeny řadou komplikací. Komplikace mohou být rozděleny na akutní (provázející zavádění) a pozdní (vznikají dny, týdny nebo měsíce po zavedení). K akutním komplikacím patří poranění okolních struktur, punkce arterie, pneumothorax, špatná poloha katétru nebo ve výjimečných případech hemothorax. Pozdní komplikace jsou zevní nebo vnitřní okluze katétru (zevní bývá zalomení, vnitřní krevní sraženina), trombóza kanylované žíly a porušení kontinuity kanyly a následný únik léčivé látky do podkoží, čímž může dojít k zánětlivé reakci v místě paravenózního úniku. (Vorlíček a kol., 2012)

Extravazace, také paravenózní únik, paravazace, je stav, kdy dojde k úniku léčiva mimo cévní systém do okolních tkání, díky čemuž dochází k různě intenzivnímu poškození okolních tkáňových struktur. Rozsah poškození závisí na charakteru a množství uniklé léčivé látky. K časným příznakům extravazace patří bolest v místě aplikace, pálení, otok, zarudnutí. Později může dojít až nekrotám a ulceracím. Mezi nejrizikovější látky patří cytostatika, některá z nich mají tzv. antidota, která lze při paravazaci podat, aby bylo co nejvíce zabráněno dalším komplikacím. Paravenózní únik cytostatik představuje velmi nepříjemnou komplikaci onkologické léčby a může mít nevratné důsledky. Je proto důležité dodržovat zásady správné a bezpečné aplikace cytostatik, např. správný výběr žíly a v případě indikace zajištění

permanentního žilního vstupu. V případě úniku je potřeba postupovat dle doporučení a co nejvíce zmírnit možné následky. (Maňásek, 2016)

K život ohrožujícím komplikacím patří infekce krevního oběhu související s centrálním žilním vstupem (katéetrová infekce). Onkologičtí pacienti spadají do obzvlášť rizikové skupiny. Jedním z největších problémů rozpoznání katéetrové infekce je nejednoznačná definice této komplikace. Infekci prokazuje kolonizace katétru – prokázaná přítomnost mikroorganismu na povrchu katétru. Katéetrová infekce vzniká jako následek interakce okolních mikroorganismů, povrchu katétru a lidského organismu. Nejčastěji katétru kontaminuje kůže, spoje a vstupní porty. U katéetrové infekce je důležitá prevence, a to především zaměření se na správné používání katétru a péče o něj, aseptický přístup a důraz na proškolení personálu. (Antoňáková Němčíková, Bednárovská, 2017)

#### » **NÁDOROVÁ BOLEST**

Nejobávanějším příznakem nádorových onemocnění bývá bolest. V pokročilé fázi trpí bolestí až 70 % nemocných, v terminálním stádiu pak přibližně 90 % pacientů. I přes to, že se povědomí o léčbě nádorové bolesti zvýšilo, spousta pacientů zbytečně trpí bolestí kvůli nedostatečnému využívání dostupných metod, nezájmu o problematiku a obavě z opioidů, která je zcela neopodstatněná. Nádorová bolest bývá způsobena onkologickou léčbou (chirurgická léčba, diagnostické zákroky, chemoterapie) nebo jinými stavy, které mohou doprovázet samotné onemocnění. V léčbě těchto bolestí se může uplatnit paliativní protinádorová nebo paliativní chirurgická léčba. Terapie nádorové bolesti je důležitou součástí komplexní onkologické péče a jejím cílem je úleva od bolesti v klidu i během denních aktivit, zajištění bezbolestného spánku a zlepšení kvality života. (Lejčko, 2018)

Onkologická bolest se dělí na čtyři základní skupiny. Bolest nociceptivní somatická vzniká drážděním receptorů bolesti. Bývá ohraničená, dobře se lokalizuje a lokalizace odpovídá příčině. Tento druh bolesti se vyskytuje při prorůstání nádoru do měkké tkáně. Bolest nociceptivní viscerální je tupá a neohraničená, bývá přenesená. Vzniká při útlaku nebo infiltraci orgánů v břišní dutině. Neuropatická bolest vzniká útlakem nebo infiltrací nervové tkáně, periferní i centrální. Smíšená bolest je kombinací neuropatické a kterékoliv nociceptivní bolesti. Ideální variantou léčby je řešení příčiny bolesti, ta však není vždy realizovatelná. (Novotný a kol., 2019)

Zejména u pokročilých nádorů se bolest řeší za pomoci symptomatické léčby. Tento druh léčby oslabuje vnímání bolestivého stimulu bez ovlivnění jeho základní příčiny. Toho je zpravidla

dosaženo za pomoci farmaceutik – analgetik. Analgetika se dělí na neopioidní a opioidní. Je doporučeno vždy začít od nejslabších analgetik a při nedostatečném účinku postupně pokračovat na středně silné opiody. Při nesnesitelných bolestech jsou voleny narkotické opiody, např. morfin v různých formách. Podáván může být kontinuálně peridurální cévkou, podkožně, nebo v tabletách s řízeným uvolňováním. Další formou jsou opiátové náplasti, které působí transdermálně až 72 hodin. Patří k nim např. fentanyl, který je asi stokrát účinnější než morfin. Účinnost léčby lze posílit kombinací různých druhů analgetik nebo kombinací analgetik s různými druhy psychofarmak. V žádném případě ale nesmí symptomatická léčba nahradit léčbu základního onemocnění. (Klener, 2011)

U 10-15 % pacientů s nádorovou bolestí není možné ani při využití komplexní farmakoterapie dosáhnout stavu bez bolesti. To se stává především u pacientů, kteří mají zasažený nervový systém. V těchto případech lze uplatnit neurochirurgické nebo algeziologické intervenční techniky. Intervenční postup je ale většinou cílen jen na jednu oblast, přičemž onkologičtí pacienti trpí bolestmi ve více lokalitách. (Lejčko, 2018)

Ve zvláštních situacích je možné podat jiná léčiva, než jsou analgetika. Radionuklidy, stroncia a samaria, mají analgetický účinek u kostních metastáz. Hormonální léky mají účinek především u hormonálně dependentních nádorů. Androgeny mají analgetický účinek u kostních metastáz karcinomu prsu, antiandrogeny snižují bolest u metastáz karcinomu prostaty. Glukokortikoidy mají širší využití a mohou pomoci léčit bolest při nádorové infiltraci parenchymatózních orgánů a u mozkových metastáz, kde snižují edém, jedná se především o dexamethason a prednison. Látky omezující aktivitu osteoklastů bývají využívány k léčbě bolesti kostních metastáz a mají dobrý vliv na metabolismus kostí – chrání mikrostrukturu kostí a zvyšují jejich mechanickou odolnost. (Klener, 2011)

Má-li být celková terapie úspěšná, záleží na komplexním přístupu. Léčba nádorové bolesti je velmi náročná, je při ní důležité pečlivé sledování nežádoucích účinků léčiv a včasné nasazení silných opiátů. Taková bolest totiž není pouze somatická, ale zasahuje i do pacientovy psychiky a spirituality a má i sociální a existencionální rozměr. Pacient má plné právo na úlevu od bolesti, proto by zdravotnický systém měl považovat léčbu bolesti za jednu z prioritních a investovat do ní. (Lejčko, 2018)

#### » NUTRICE A MALNUTRICE

Malnutrice je obecně považována za špatný stav výživy – tedy nejen podvýživa, ale také nadměrná výživa nebo obezita. Díky tomu, že podvýživa doprovází více závažných



onemocnění než jiné odchylky od zdravé výživy, je proto termín malnutrice často využíván právě jako označení pro podvýživu. (Vorlíček a kol., 2012)

Malnutrice a kachexie patří k častým projevům nádorových onemocnění a mají značný podíl na morbiditě i mortalitě onkologických pacientů. Na vzniku malnutrice se podílí především samo nádorové onemocnění. Malnutrice je dělena na primární a sekundární. Primární malnutrice vzniká při metabolických změnách, tuto poruchu výživy nelze vysvětlit pouze sníženým příjmem potravy nebo resorpce živin. Sekundární malnutrici doprovází nízký příjem potravy z důvodu obtížné dostupnosti živin pro trávicí trakt (např. nádory hltnu a jícnu, mukozitida po chemoterapii). V pokročilém stádiu onemocnění se často vyskytují oba typy malnutrice současně. Léčba nutričního deficitu nemá žádná specifika, pacient musí mít dostatečný přísun minerálů a tekutin a k samotné léčbě malnutrice může přispět konzultace s nutričním terapeutem a jeho následné doporučení parenterální výživy. Intenzivní nutriční podpora není indikována u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním s generalizací a špatnou prognózou. (Klener, 2011; Sochor, Zavadová, Sláma, 2019)

Ke zhodnocení nutričního stavu pacienta je využívána řada laboratorních i klinických ukazatelů, žádný z nich ale přímo nedokazuje malnutrici. Při správném zhodnocení jednotlivých parametrů je jejich výpovědní hodnota ve vztahu ke stavu nutrice a prognóze vysoká. Je nezbytné pacienty pravidelně vážit a sledovat jejich váhový úbytek za časové období. K jednotlivým ukazatelům kromě ztráty tělesné hmotnosti patří například celkový příjem stravy nebo laboratorní hodnocení bílkovin v séru (výskyt hypoalbuminémie). Má-li pacient současně několik známek podvýživy, je možné u něj diagnostikovat proteino-energetickou malnutrici. (Vorlíček a kol., 2012)

Po zhodnocení nutričního stavu pacienta je nutné rozhodnout, jaká bude pro pacienta nejvhodnější intervence. První volbou, je-li to možné, je vždy enterální výživa (sipping, PEG), neboť vyřazením střev z jejich funkce může docházet k dalším komplikacím. Jednou z možností může být kontrolovaný perorální příjem, kdy jsou pacientovi ordinovány malé porce jídla s velkým obsahem energie a bílkovin v kratších časových intervalech. Další využívanou možností je sipping (popíjení), při kterém pacienti usrkávají, popíjejí různě ochucené nápoje obsahující patřičné dávky bílkovin, sacharidů, tuků a energie (např. Nutridrink). Tyto nápoje by neměly být vypity najednou, ale slouží právě k průběžnému popíjení během dne. Podávat enterální výživu lze i pomocí sond, a to buď díky perkutánní endoskopické gastrostomii (PEG), nasogastrické sondě (NGS), perkutánní endoskopické jejunostomii (PEJ) atd. Jejich výhodou

je možnost podávání v domácím prostředí, možnost dlouhodobého užívání, není zde potřeba sterilního přístupu a jsou technicky jednoduché. Do těchto sond jsou podávány speciální preparáty (např. Nutrison, Fresubin). Enterální výživa pomocí sond je zpravidla dobře snášena, mohou se ale vyskytnout komplikace mechanické (ucpání, vytažení), infekční (sepsa, infekce místa vstupu, absces), gastrointestinální (zvracení, průjem) nebo metabolické (dehydratace, výkyvy glykémie). (Novotný a kol., 2019)

Parenterální výživa se řadí do specializované péče nutričních odborníků a pod jejich dohledem je možné ji podávat i v domácím prostředí. Je-li možné stále využívat trávící trakt, je parenterální výživa využívána pouze jako doplňková. Totální parenterální výživa je indikována v případě úplné nefunkčnosti GIT, postradiační kolitidy, těžké malabsorpce, poruchy střevní pasáže nebo těžkých průjmů a zvracení. Tato výživa je aplikována do žíly, nejčastěji centrálním vstupem, a vyžaduje přísně sterilní postup. (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019)

Má-li mít nutriční podpora význam, musí být zahájena včas, jelikož malnutrice zhoršuje kvalitu i délku života onkologických pacientů. Intervence musí vždy probíhat v kontextu onemocnění a stavu pacienta a stejně jako každou jinou intervenci ji má pacient právo odmítnout. Před zahájením nutriční terapie je třeba zvážit její přínos a rizika a mít na paměti, že pacienta v terminálním stádiu může tato intervence spíše zatěžovat. Nutné je dodržovat zásady, jako je dostatečný pitný režim, pohybová aktivita a dostatečný příjem živin. (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019; Novotný a kol., 2019)

## 2.3 STRES A ZVLÁDÁNÍ NEMOCI ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Stres, původně z anglického „stress“ – tlak, námaha, je označení pro situaci, kdy je člověk nebo jiný živý organismus vystaven zátěži (stresoru) a aktivuje obranné mechanismy, jejichž úkolem je zabránit poškození nebo úmrtí organismu. Tento termín byl do medicíny přiveden v padesátých letech dvacátého století endokrinologem Hansem Selyem. Selye si jako student medicíny všiml, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici z různých důvodů, uvádějí podobné stesky jako slabost, nechut' k jídlu nebo úbytek hmotnosti a došel k závěru, že se jedná o celkovou reakci organismu na ohrožení. Díky tomuto postřehu začal onu hypotézu zkoumat ve třicátých letech na krysách a svou teorii tímto prokázal. (Adam a kol., 2019; Kassin, 2012)

### 2.3.1 Stres

Při setkání se stresorem vytváří organismus odpověď aktivací sympatiku, dřeně a kůry nadledvin a zvyšující se produkcí hormonů štítné žlázy a hypofýzy. Dochází ke zrychlení látkové výměny, zrychlení krevního oběhu a činnosti srdce a tím ke zvýšení tlaku krve a prohloubení dýchání, dále se vyplavují energetické zásoby, dochází ke zvýšení svalové síly a ústupu vnímání bolesti. Tyto změny se vyskytují nejen při nebezpečných situacích, ale i v situacích, které nejsou život ohrožující, a proto jsou často neúčelné. Stresorem může být psychologický, biologický nebo fyzikální faktor a při setkání s ním organismus reaguje stresovou reakcí, což je souhrn duševních a fyzických odpovědí na zátěžovou situaci. Dlouhodobá zátěž představuje pro organismus zdravotní riziko. (Dostálová, 2016; Adam a kol., 2019)

Hans Selye rozdělil v roce 1975 stres na eustres a distres. Eustres neboli pozitivní zátěž, je druh stresu, který v přiměřené míře stimuluje jedince k lepším a vyšším výkonům a vede k jeho pozitivnímu rozvoji. To však neznamená, že stres, který je prožívaný příjemně je neškodný nebo prospěšný. Stejně tak, jako může příjemně působící stres vést k typickým stresovým poruchám (např. cévní mozková příhoda), může negativně působící stres vést k pozitivním důsledkům (např. útěk z hořícího domu). Distres neboli nadměrná zátěž, může jedince poškodit nebo dokonce ohrozit na životě. Negativní následky stresu se projevují především tehdy, je-li stres dlouhodobý a není nijak kompenzovaný. (Adam a kol., 2019)

Selye také tvrdí, že tělo přirozeně reaguje na stres třífázovým procesem, který nazval general adaptation syndrome (GAS, všeobecný adaptační syndrom). Ve chvíli, kdy jedinec zaregistruje hrozbu, dojde v organismu k poplachové reakci (stadium alarmu). Organismus mobilizuje všechny zdroje pro svou ochranu a přechází do stadia rezistence, v němž je organismus stále

v pohotovosti a připraven se bránit. Jestliže působí stres dlouhodobě, dojde ke stádiu vyčerpání. (Kassin, 2012)

Co je a není stresující je pro každého jedince velice individuální. Lidé se výrazně liší tím, co pro ně je a není ohrožující a jejich citlivost na stresor je tedy různá. Zatímco lidé s různými typy poruch osobnosti (disociální porucha, hraniční porucha) bývají extrémně citliví na běžné stresory a často se u nich spouští stresová odpověď v momentě, kdy jsou ostatní klidní, někteří lidé jsou odolní proti již nastalému stresu a jsou schopni fungovat optimálně, i když se necítí dobře a jsou mimo svou komfortní zónu. Každý člověk má individuálně nastavené hranice zóny komfortní, zóny učení a zóny negativního stresu. (Adam a kol., 2019)

Stres nejenže negativně ovlivňuje imunitní systém, ale zároveň snižuje jeho odolnost proti nemocem, jak bylo prokázáno ve studiích běžné rýmy. Madeline Visintainer zkoumala toto tvrzení na laboratorních krysách, aby zjistila, zda má stres vliv i na závažnější onemocnění (v tomto výzkumu konkrétně rakovina). Po měsíci došlo u 73 % krys vlivem stresu a nádorového onemocnění k rychlému uhynutí a bylo tak dokázáno, že psychický stres má vliv na postup rakoviny. Není však potvrzeno, zdali to stejně funguje i u lidí. (Kassin, 2012)

Nejběžnější reakcí na stresovou událost jsou poruchy přizpůsobení. Při akutní reakci na stres se vyskytují velmi intenzivní neurotické příznaky objevující se hned po výrazné stresové situaci a rychle odeznívají. U posttraumatické stresové poruchy (PTSD) se ihned po traumatu jedinec jeví jako vyrovnaný a klidný, ale jeho deprese a úzkost je objevuje s odstupem a člověk není schopen se zbavit vzpomínek na událost. K méně častým patří disociativní poruchy, které se vyskytují především ve velmi vypjatých situacích, anebo u jedinců s narušenou osobní strukturou. K disociativním poruchám patří stavy amnézie, stupor, různá ochrnutí končetin, ochrnutí hlasivek a jiné. Somatoformní poruchy se vyznačují tělesnými příznaky, které nemají žádný organický podklad. K somatoformním poruchám se řadí hypochondrická porucha (obavy z nemoci), somatizační porucha (měnlivé tělesné potíže), somatoformní vegetativní dysfunkce (potíže určitých orgánů) a přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (bolesti různých částí těla, které nemají žádné vysvětlení). (Kelnarová, Matějková, 2014)

### **2.3.2 5 fází šoku podle Elizabeth Kübler-Rossové**

Americká psycholožka Elizabeth Kübler-Rossová se jako jedna z prvních začala věnovat stresovým obranným reakcím a reaktivní depresi. Jako první popsala fázi agrese, která lékařům působila největší problém, většina pacientů ale reaguje zpravidla odlišně. Tento fázový model

je známý také jako 5 fází umírání nebo 5 fází smutku. Jednotlivé fáze jsou popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření. (Adam a kol., 2019)

Fáze se navzájem překrývají, mohou probíhat paralelně a trvají různě dlouhou dobu, některé se nemusí vyskytnout vůbec. Důležitá je přítomnost naděje, která je sice iracionální, ale bývá o to silnější, čím slabší je racionální naděje v obrát k lepšímu, neboť člověk, který ztratí naději, psychicky umírá. (Zacharová, 2017)

Fáze popření (šoku, akutního stresu) je jeden z příkladů, jak jedná člověk v psychickém šoku. Někteří lidé se ve fázi šoku chovají aktivačně – jsou agitovaní, pobíhají, panikaří. Inhibiční typ tuhne, hledí vytřeštěně. Mezi těmito typy existuje tzv. stav kognitivního přežití, kdy lidé vypnou city a chovají se jako roboti – někdy logicky, někdy nelogicky. Šok je nejčastější posttraumatická reakce a hrozí během něho nebezpečí impulzivní sebevraždy. (Adam a kol., 2019)

Po odeznění šoku nastupuje fáze agrese (nespecifické obrany), kdy člověk stále není schopen uvažovat klidně a reaguje způsobem, který je pro něj automatický a typický – alkoholik pije, sportovec běhá, workoholik pracuje atd. Člověk, který reaguje vyčítáním, obviňuje všechny kolem sebe ze své diagnózy. Někteří lidé chtějí být sami, jiní chtějí být s lidmi, někteří chtějí o nemoci vědět vše a někteří nic. Ve všech případech se jedná o tzv. nespecifické obrany, které jedinec používá vždy, když se cítí v nepohodě. (Adam a kol., 2019)

Za pár dní se člověk zklidní a je schopný používat rozum, začne tak hledat různé způsoby, jak nad nemocí zvítězit. Hledá konexe, protekci, usilovně studuje, zkouší alternativní léčbu a samoléčbu. Tito lidé mají úpornou a silnou motivaci, která jen dokazuje, že není vše v pořádku. Jedná se o fázi vyjednávání (specifické obrany). (Adam a kol., 2019)

V závislosti na léčbě může a nemusí dojít k fázi deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení). Když se léčba daří, k depresi vůbec nedojde. Z předchozích fází mohou stále přetrvávat mírné poruchy vnímání. (Adam a kol., 2019)

Když člověk přijme novou identitu, dochází k vymizení úporné motivace z fáze vyjednávání, na okolí tento jedinec působí jako moudrý stařec. Mezi patologické identity patří tzv. ustrnutí v roli pacienta, což je analog Münchhausenova syndromu – člověk, který bojuje s rakovinou, má všechno odpuštěno (že nemá práci, nemusí platit dluhy...) a zjistí tedy, že je pro něj lepší být nemocný než zdravý. Trvalým psychickým následkem je reaktivní hypochondrie, zvýšené úzkostné sebezpozorování. (Adam a kol., 2019)

### 2.3.3 Patologická úzkost a deprese

Úzkost je obvyklou reakcí na stres. Postupně může vést k adaptaci na nově vzniklou situaci, nebo může dojít k těžké psychopatologii. Těžce nemocní a umírající čelí jasnému stresoru – strachu ze smrti a umírání, strachu z bolesti. Všichni tito nemocní si procházejí různým procesem adaptace, především proto, že s pokračujícím onemocněním se stále mění situace. V tomto případě je úzkost do jisté míry normální reakcí. Patologická úzkost se může projevat nejen psychickými, ale i fyzickými obtížemi. K častým klinickým projevům úzkosti patří např. zvýšená dráždivost, porucha soustředění, panické ataky, somatizace nebo nepodložené obavy. Úzkost bývá často vyvolána nedostatkem informací a řádné objasnění situace může nemocnému výrazně pomoci. Cílem léčby úzkosti je zlepšení normálního fungování a ulevení nemocnému. (Sochor, Závadová, Sláma, 2019)

Pro první tři fáze po oznámení závažné choroby je typický stres, šok a úzkost. Po vyčerpání sil a často i po ztrátě naděje nastupuje deprese. Tento termín lze přeložit jako snížení duševních sil člověka pod jeho obvyklou normu, neschopnost se radovat. Maligní onemocnění bývá příčinou reaktivní deprese – depresivní reakce na stresovou situaci. Tento druh deprese často odeznívá samovolně přibližně do 6 měsíců od svého vzniku. Pokud tato deprese trvá více jak dva roky, je označována jako „přetrvávající změna osobnosti, která nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku“. Lidé trpící depresí si často stěžují na snížení energie a aktivity, zhoršení paměti a pozornosti, sníženou schopnost koncentrace. V emoční rovině deprese snižuje nebo zcela zamezuje schopnost prožívat radost a snižuje zájem o okolí. (Adam a kol., 2019)

Depresivní pacienti mívají častěji sebevražedné myšlenky a často žádají o eutanazii. Tyto myšlenky nejsou u onkologicky nemocných časté, s výjimkou pacientů v těžké depresi. Deprese v onkologii je častější u pacientů s pokročilým onemocněním a velkou mírou symptomové zátěže (bolest, dušnost, nevolnost). Je velmi důležité rozlišit správně tíži deprese a nastavit adekvátní léčbu. U některých pacientů se deprese může projevat pouze fyzickými obtížemi (únava, slabost, nechutenství). K diagnostice deprese slouží především dotazníky a osobní a rodinná anamnéza. Ideální léčbou je kombinace farmakoterapie (antidepresiva) a psychoterapie či kognitivně-behaviorální terapie. Ač je deprese u onkologických pacientů častá, není automatickou součástí nevléčitelného onemocnění. Umět včas požádat o pomoc a podporu profesionála – psychologa či psychoterapeuta, může být jednou z nejtěžších situací. (Sochor, Závadová, Sláma, 2019).

### **2.3.4 Obranné reakce, strategie zvládání stresu**

Oznámením závažné diagnózy jsou u pacienta spuštěny obranné reakce (obrné mechanismy). Lidská psychika se v krizových situacích uchyluje k různým obranným mechanismům, jejichž cílem je vytlačit do nevědomí ohrožující pocity a fantazie. Tato obrana je nevědomá a sama se zruší ve chvíli, kdy je nebezpečí zažehnáno. U onkologického onemocnění dochází u pacientů především ke dvěma obranným reakcím, jimiž jsou zkreslené vnímání a popření (nepřiměřená strategie zvládání) anebo adekvátní vnímání a transparentnost (přiměřená strategie zvládání). Pokud člověk tyto obranné mechanismy není schopen aktivovat, může dojít k psychickému traumatu a následně rozvoji PTSD, depresí, úzkostných nebo somatizačních poruch. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Strategie zvládání stresu jsou psychické pochody, které nastupují vědomě či nevědomě, plánovitě nebo neplánovitě při vzniku stresu a působí tak, aby došlo ke zmírnění nebo ukončení stresu. Podle Jankeho a Erdmannové (2003) se tyto způsoby dělí na způsoby akční a způsoby intrapsychické.

Ke strategiím akčního charakteru patří útok, útěk, nečinnost, navázání sociálního kontaktu nebo naopak sociální uzavřenost. Tyto činnosti směřují ke změně nebo odstranění zátěžové situace, popřípadě jsou přímou reakcí na zátěž. Intrapsychické strategie zahrnují kognitivní procesy jako jsou představy, myšlení, vnímání nebo motivačně emoční stavy. K důležitým intrapsychickým způsobům zpracování stresu patří odklon, podceňování, popírání a přehodnocování. Mnoho intrapsychických strategií lze jen obtížně definovat. (Janke, Erdmannová, 2003)

Strategiím zvládání stresu se věnuje například zkrácená verze dotazníku SVF 120 (Stressverarbeitungsfragbogen), SVF 78. Dotazník rozděluje strategie na pozitivní, zřídka se vyskytující a negativní. K pozitivním se řadí podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Zřídka se vyskytující strategie jsou potřeba sociální opory a vyhýbání se. Úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování patří k negativním strategiím. (Janke, Erdmannová, 2003)

### **2.3.5 Vliv podpory rodiny na zvládání nemoci**

Otázkou vlivu rodinného zázemí na délku života se zabývalo již mnoho studií. Většina těchto studií došla k závěru, že pečující rodinné prostředí pozitivně ovlivňuje přežití onkologického pacienta a prodlužuje jeho průměrné přežití. Pacienti, kteří nemají podporu blízkých nebo rodiny, podle studií umírají dříve. Onemocnění nádorového typu představuje výraznou emoční

zátěž a stres. Při podpoře rodiny se míra této zátěže rozdělí, a ač hlavní část této zátěže nese nemocný člověk, část přebírají i členové rodiny. Proto se i u pomáhajících osob a členů rodiny mohou projevit negativní emoce, jako jsou úzkosti a deprese. (Adam a kol., 2019)

Opakované vysvětlování situace pacientově rodině je velmi důležité proto, aby blízcí neměli pocit, že o nemocného se nikdo nestará, byl opuštěn a nikdo se mu již nechce věnovat. Tato péče o rodinu nemocného je důležitá především v paliativní péči, nesmí být zanedbávána ale ani během celého onemocnění. Komunikace s rodinou musí být otevřená a čestná, rodina musí mít možnost vyjádřit své obavy a pocity. (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019)

Absence pozitivních emocí člověka frustruje a tím pádem oslabuje, je proto pro každého jedince důležité, aby měl kolem sebe alespoň pár blízkých přátel, kteří o něj jeví zájem a jsou ochotni mu v případě nouze pomoci. S emocemi je to stejně jako s živinami – když tělo nedostane, co potřebuje, onemocní. Jakýkoliv chronický stres nebo frustrace člověka oslabuje a před důsledky těchto negativních emocí se lze jen těžko chránit. Dle psychologů dobrý partnerský vztah pozitivně ovlivňuje nejen psychiku, ale i imunitní systém. Studie, které zkoumaly spojitost pozitivního ladění a délky přežití se shodly, že lidé, kteří žijí šťastně, žijí v průměru déle než lidé, kteří se trápí. A jak již bylo zmíněno, na pozitivní emoce má vliv i funkční rodina. (Adam a kol., 2019)



## 2.4 PALIATIVNÍ PÉČE, TERMINÁLNÍ STÁDIUM NEMOCI

Paliativní péči nejlépe definuje Světová zdravotnické organizace jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.*“ (SZO, 1986). Princip paliativní péče lze využít i u spousty chronických onemocnění. Tuto péči lze považovat za podpůrnou péči u pacientů v pokročilých a terminálních stádiích nevléčitelných chorob, má proto velmi blízko k samotnému termínu „podpůrná péče“, která obecně usiluje o co nejlepší kvalitu života pacienta a jeho rodiny během celého onkologického onemocnění. V onkologii se často každý druh léčby, který není kurativní, označuje jako paliativní. Cílem této léčby je, aby nemocný netrpěl bolestmi a vnímal svůj život jako smysluplný až do úplného konce. (Vorlíček a kol., 2012)

Paliativní medicína se snaží nabídnout účinnou léčbu a podporu v oblasti nejen tělesných potíží, ale i v oblasti psychosociálních a duchovních potřeb. Léčba vychází z konkrétních potřeb pacienta a klíčem k úspěchu je smysl pro detail. Nejlepší léčbou pro tělesné symptomy je tzv. kauzální léčba – léčba, která odstraňuje vyvolávající příčinu. U generalizovaného onemocnění často vlastní příčina odstranit nejde a je třeba se uchýlit k jiným typům léčby (např. farmakologická léčba tlumící bolest). V paliativní péči je také velmi důležitá otevřená a empatická komunikace, pacient by měl být tedy citlivě, ale otevřeně informován o diagnóze a případné prognóze svého onemocnění. V průběhu onemocnění, zvláště v terminálním stádiu, si nemocný často klade existenční otázky (jaký je smysl života a utrpení, obavy ze smrti, posmrtný život) a měl by mít možnost o těchto pocitech hovořit s kompetentní osobou (psychoterapeut, psycholog, duchovní, přítel). (Vorlíček a kol., 2012)

**Terminální fázi** onkologického onemocnění se rozumí doba od ukončení protinádorové léčby do úmrtí pacienta. V této fázi může být nemocný v dobré kondici a bez přidružených potíží, zároveň ale může dojít k akutnímu zhoršení stavu, po kterých se pacient již do původního stavu nevrátí. Tato fáze obvykle trvá několik měsíců a postupně přechází do terminálního stavu. **Terminální stav**, je na rozdíl od terminální fáze, výrazně kratší – trvá 24 hodin až 2 týdny. Jedná se o období, kdy pacientův funkční stav nezvratně poklesne a během několika dnů končí úmrtím. Přechodné období mezi terminální fází a terminálním stavem se nazývá fáze zlomu. Ve fázi zlomu dochází k progresivnímu zhoršování stavu pacienta, mohou se objevit nové symptomy a dochází ke zhoršení již stávajících symptomů. Včasné rozpoznání fáze zlomu je důležité pro plánování péče na konci života. (Sochor, Závadová, Sláma, 2019)

K zásadním tématům umírajících patří čas, smutek, vina, potlačení sebe samého a strach. Téma času je pro umírajícího nejdůležitější. Pacienti mají často potřebu některé věci uzavřít a ukončit, odpustit sobě nebo ostatním a napravit své chyby – chtějí svůj život uzavřít. V tématu smutku nemocní zpětně prožívají nevyužité životní možnosti, špatná rozhodnutí, odpírání si přání. Zpracování smutku má jasné, ohraničené objekty, na rozdíl od deprese, která nemá jasný objekt. Pocity viny, strachu a potlačení sebe samého představují v životě hlavní překážky. Zabraňují, aby se sny staly skutečností. Pacientům často pomáhá vytvoření pomyslné hranice mezi vinou a zodpovědností, což může vést ke svobodnému a smířlivému zakončení života. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Jak je již zmíněno v kapitole 1.3.2. této práce, Elizabeth Kübler-Rossová popsala 5 fází umírání (zde výše popsány jako 5 fází šoku). Fáze umírání jsou téměř identické s fázemi šoku. Ve fázi popření se nemocný rovněž bojí o život a popírá realitu. V agresivní fázi se u nemocného projevují pocity hněvu a zlosti, nemocný se cítí vyčerpaný. Ve fázi smlouvání smlouvá s Bohem či jinou vyšší silou o prodloužení života. Depresivní fáze je doprovázena nezájmem, odměřeností, ztrátou energie. Ve fázi přijetí je pacient stále více vyčerpan a v ideálním případě jde proces zhoršujícího se stavu ruku v ruce se smířením se smrtí. Fáze se během procesu umírání mohou střídat. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007)

Pacienti s pokročilými nádory trpí řadou tělesných potíží a psychickým distresem, který negativně ovlivňuje kvalitu života. Paliativní péče se orientuje na prevenci a léčbu utrpení a zlepšení kvality života pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Bolest a ostatní tělesné symptomy výrazně snižují kvalitu pacientova života. Vedle tělesných symptomů je tato kvalita ovlivněna i psychickými symptomy a chorobami, sociálními, spirituálními a existenčními faktory. Tyto složky formují prožívání života s nevléčitelnou nemocí a vyrovnání se s touto situací. (Sochor, Sláma, Loučka, 2015)

Copingové strategie jsou důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života, deprese a pocity bezmoci. Většina studií se zaměřuje na strategie pacientů, kteří si prochází kurativní léčbou, proto se nizozemský onkolog Hanneke van Laarhoven (2011) rozhodl provést studii na strategie zvládání u pacientů v paliativní péči. Ve výsledku zjistil, že ke zvládacím strategiím patří především vyhledávání morální opory ve svém okolí, přijetí svého stavu, méně se vyskytovalo vyhýbání se a ventilování emocí.

## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Výzkumy na podobné téma

Práci na podobné téma s názvem „*Souvislosti deprese, úzkosti a kvality života u onkologických pacientů*“ vypracoval Antonín Sokol. V teoretické části této práce se autor věnuje onkologickým onemocněním, psychologickým dopadům relapsu onemocnění, dopadů vedlejších účinků na psychiku, dále kvalitě života a depresivním poruchám a úzkostem. V praktické části sesbíral autor data od 48 pacientů z Masarykova onkologického ústavu, k tomuto výzkumu použil sebesposuzovací dotazníky SQUALA, BDI-II a STAI. Dotazník SQUALA obsahoval položky zaměřené na fyzickou, psychickou, sociální a spirituální stránku kvality života, pacienti zde určovali důležitost konkrétních položek a spokojenost s nimi. Dotazník BDI-II sloužil k zjištění depresivních symptomů a dotazník STAI měřil pocity úzkosti. Výsledky autor poskytl Masarykově onkologickému ústavu, pacienti, kteří vykazovali vyšší míru deprese, byli lékařem odkázáni na možnost psychologické pomoci. (Sokol, 2019)

MUDr. Hana Provazníková, Csc. a MUDr. Radmila Konkořová vydaly studii s názvem „*Postoj k dispenzarizaci a zvládání stresu u pacientů dlouhodobě sledovaných pro diagnózu melanom*“. Soubor respondentů tvořili pacienti s maligním melanomem v prvním a druhém stádiu onemocnění, kteří byli dispenzarizováni minimálně jeden rok. Výzkum byl proveden za pomoci dotazníku, ve kterém se nacházely otázky týkající se postoje ke slunečnímu záření, informovanosti pacientů o nemoci a jejich spolupráce s lékaři. Připojeny byly i dotazníky na úroveň sociální opory, zátěž a stres a Beckův dotazník deprese. Výsledky ukázaly, že vybraní pacienti prokazovali dobré zvládání nemoci. Sociální opora byla nadprůměrná a dotazník na zátěž a stres ukázal, že respondenti buďto nejsou nadměrně vystaveni stresorům, nebo se toto vystavení naučili dobře zvládat. (Konkořová, Provazníková, 2009)

Další výzkum na podobné téma provedl v rámci své bakalářské práce Ing. Jaromír Vitásek. Práce nazvaná „*Vliv onkologického onemocnění na psychiku člověka*“ byla vytvořena v roce 2012. Autor v teoretické části popisuje, co je to nemoc, dále se blíže soustředí na onkologická onemocnění a psychické problémy související s onkologickým onemocněním. Výzkum byl proveden za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s klinickými onkology. Nejčastější psychické poruchy v souvislosti s onkologickým onemocněním se ukázaly být deprese a úzkostné stavy. Spouštěčem těchto poruch může být akutní šok při oznámení diagnózy, který následně vyvolává pocit ztráty jistoty a budoucnosti a vrcholí obavami ze smrti, nebo také kancerofobie – strach z nádorového onemocnění. (Vitásek, 2012)

Bc. Lucie Horáková se v rámci své práce *„Život člověka s onkologickým onemocněním“* soustředí na psychiku onkologického pacienta. V teoretické části rozebírá jednotlivá období – od začátku příznaků nádorového onemocnění, přes diagnostiku až po léčbu. Dále se věnuje nádorové bolesti a roli rodiny a blízkých. Ve výzkumné části se snaží pomocí dotazníků rozdaných pacientům potvrdit předem uvedené hypotézy, což se jí z velké části daří. (Horáková, 2008)

Reakcím na sdělení závažné diagnózy se ve své diplomové práci *„Reakce a chování pacienta po sdělení závažné diagnózy: individuální kvalita života pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu“* věnuje Ingrid Ťupová (2012). V teoretické části práce rozebírá samotné sdělování diagnózy, zásady sdělování diagnózy a různé faktory či reakce. Dále se věnuje kvalitě života a rakovině hrtanu. Ve výzkumné části se věnuje rozhovorům a pozorováním pěti pacientů, porovnává jejich reakce a následné chování.

Kateřina Purová (2015) se ve své magisterské diplomové práci s názvem *„Aspekty zvládnutí onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu“* věnuje copingovým strategiím, v její práci konkrétně copingovým strategiím u onkologických pacientů a jejich partnerů. Teoretická část práce je zaměřena na partnerské vztahy, onkologické onemocnění, sociální oporu a zvládnutí nemoci. V praktické části za pomoci dotazníků zjišťuje, které strategie zvládnutí stresu využívají onkologičtí pacienti a jejich životní partneři.

Změnám hodnot se ve své diplomové práci *„Ta nemoc mi změnila život: Změny životních postojů a hodnot u onkologických pacientů i jejich blízkých“* věnuje Hana Řebíčková (2009). V teoretické části se věnuje hodnotám, potřebám, motivaci, postojům a onkologickému onemocnění. V praktické části zjišťuje za pomoci rozhovorů s pacienty a jejich blízkými, jak se u nemocných a jejich rodin změnilo hodnoty a životní postoje.

*„Vliv onkologického onemocnění na prožívání pacienta“* je bakalářská práce Anny Pavlíkové (2015). Autorka se v teoretické části práce věnuje prožívání onkologicky nemocných pacientů, psychickým poruchám spojeným s onkologickým onemocněním, umírání, onkologickým onemocněním, možnostem léčby a nežádoucím účinkům léčby. V praktické části za pomoci dotazníků zjišťuje, jaké mají pacienti rodinné vztahy, jak tráví svůj volný čas, zda se hlásí k nějaké víře a zdali využívají psychiatrickou nebo psychologickou pomoc.

Většina těchto prací je dále rozvedena v diskusi.

### 3.2 Metodika průzkumu

Pro sběr dat je v této bakalářské práci využita metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, který může zkoumat například příběhy, chování, životy lidí, chod organizace nebo vzájemné vztahy. Výzkum spočívá mimo jiné v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich základních složek a odhalení spojitostí a závislostí, které mezi nimi jsou. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, o které se badatel zajímá, a jejich poznání v přirozených podmínkách. Tyto výzkumy se někdy nazývají alternativní, antropologické či terénní výzkumy, nebo také životní příběhy. (Kutnohorská, 2009)

### 3.3 Příprava průzkumu

Příprava průzkumu začala v prosinci 2020, kdy byly vytvořeny otázky pro rozhovor, v tu stejnou dobu byl vymyšlen i průzkumný soubor. V únoru 2021 byla vrchní sestře onkologického centra odevzdána žádost o povolení výzkumu, která byla schválena během pár dnů. V březnu 2021 bylo provedeno všech deset rozhovorů, první z nich byl původně testovacím rozhovorem pro otázky. Ty byly už během něj mírně pozměněny, aby dávaly smysl a mířily na odpovědi, které jsem vyžadovala.

### 3.4 Průzkumný soubor

Aby byl pacient – respondent zařazen do průzkumu, musel splnit jistá, předem určená kritéria. Průzkumný soubor tvořili onkologičtí pacienti, muži a ženy, podstupující chemoterapeutickou léčbu. Nejmladšímu respondentovi bylo 30 a nejstaršímu 49 let, původní plánovaný rozsah byl 30-50 let. Všichni pacienti museli souhlasit s poskytnutím a nahráváním rozhovoru. Respondenty vybírala společně vrchní a staniční sestra z onkologického centra tak, aby odpovídali mým požadavkům a zároveň byli ochotní komunikovat a sdělovat své pocity. Nestalo se tedy, že by některý z respondentů rozhovor odmítl. Rozhovory probíhaly většinou před nebo ihned po dávce chemoterapie.

**Tabulka 1 – Přehled respondentů**

| <i>Respondent</i> | <i>Pohlaví</i> | <i>Základní diagnóza</i> | <i>Metastáze</i> | <i>Věk</i> |
|-------------------|----------------|--------------------------|------------------|------------|
| Respondent č. 1   | Žena           | Ca prsu                  | Uzliny           | 49 let     |
| Respondent č. 2   | Žena           | Ca prsu                  | -                | 49 let     |
| Respondent č. 3   | Žena           | Ca prsu                  | Uzliny           | 43 let     |

|                  |      |                    |              |        |
|------------------|------|--------------------|--------------|--------|
| Respondent č. 4  | Žena | Ca prsu            | -            | 45 let |
| Respondent č. 5  | Žena | Ca žlučníku        | Játra        | 46 let |
| Respondent č. 6  | Žena | Ca tlustého střeva | Játra, plíce | 40 let |
| Respondent č. 7  | Muž  | Ca tlustého střeva | -            | 49 let |
| Respondent č. 8  | Muž  | Ca varlat          | Uzliny       | 33 let |
| Respondent č. 9  | Muž  | Ca varlat          | Uzliny       | 30 let |
| Respondent č. 10 | Muž  | Ca uzlin           | Jazyk        | 46 let |

**Tabulka 2 - Bližší charakteristika respondentů**

| <i>Respondent</i> | <i>Charakteristika</i>  |
|-------------------|---|
| Respondent č. 1   | Rozhovor s respondentkou prováděn po chemoterapii. S touto diagnózou se pacientka léčí teprve čtyři měsíce, již od mládí docházela na pravidelné ultrazvukové kontroly kvůli tukovým bulkám, nakonec jí byl při pravidelném mamografickém vyšetření odhalen nádor. Cítí se dobře. Po celou dobu rozhovoru pozitivně naladěná, komunikativní, věří, že se uzdraví.   |
| Respondent č. 2   | Rozhovor veden před chemoterapií během čekání na výsledky krve. S onkologickou diagnózou se tato žena léčí přibližně půl roku. V září loňského roku byl při pravidelném mamografickém vyšetření objeven nádor. Ač je pacientka velmi komunikativní a sdílná, veškeré její postoje jsou negativistické.  |
| Respondent č. 3   | Rozhovor prováděn po respondentčině poslední dávce chemoterapie. Se svou diagnózou se pacientka léčí více jak rok. Je především naštvaná na svou lékařku, která zprvu bolesti v prsou bagatelizovala a pacientce tvrdila, že se jedná pouze o cystu. Co jí čeká dál neví, podle jejích slov neví. Její postoj k nemoci je především realistický, nic si neslibuje, zároveň chce ale věřit v lepší zítřky. |
| Respondent č. 4   | Rozhovor veden po chemoterapii. S onkologickou diagnózou se pacientka léčí pouze necelé tři měsíce. Doma si při samovyšetření nahmatala v prsu bouli, která se po následných vyšetřeních ukázala být zhoubným nádorem   |

|                 |   |
|-----------------|---|
|                 | Již od pohledu je respondentka nabitá energií, temperamentní. Nemoci se tolik nebojí, má spíš strach, aby onemocnění nezdědily dcery. Věří, že se vyléčí, nejeví žádné známky napětí nebo nervozity, působí vyrovnaně.  |
| Respondent č. 5 | Rozhovor s pacientkou veden před chemoterapií během čekání na výsledky krve. Onkologická diagnóza jí provází více než půl roku. Po opakovaných bolestech břicha a nevolnostech byla přijata na interní oddělení k došetření, následně jí byla sdělena nepříznivá zpráva. Během rozhovoru je respondentka chvílemi plačtivá, často přisedává kvůli bolestem zad, odvážně však sděluje celý svůj komplikovaný příběh. Chce se uzdravit a změnit svůj život.                               |
| Respondent č. 6 | Rozhovor veden před chemoterapií. Ač je pacientčin zdravotní stav složitý, věří v uzdravení. Se svou diagnózou se respondentka léčí od svých 37 let, to znamená celé tři roky. Zpočátku jí byla léčena divertikulitida a dle jejích slov jí rozrostlý nádor zjistili až na operačním stole. Po operacích a rok a půl dlouhé remisi se objevily další stopy zhoubného bujení. Působí klidně, vyrovnaně.  |
| Respondent č. 7 | Rozhovor veden před chemoterapií. Pacient vše bere s humorem, neexistuje pro něj jiná možnost než to, že se uzdraví. Diagnóza karcinomu už se s ním vleče téměř čtyři roky. Přišlo se na ni během preventivní prohlídky u obvodního lékaře. Během těchto čtyřech let prodělal pacient devět operací, přišel o celé tlusté střevo a byla mu provedena trvalá ileostomie. I přes komplikovaný průběh však působí naprosto vyrovnaně.  |
| Respondent č. 8 | Rozhovor veden po chemoterapii. Tento pacient již prochází druhou onkologickou léčbou, před třemi lety měl nádor na druhém varleti. První nádor mu byl zjištěn na ultrazvukovém vyšetření po tom, co si všiml nezvyklého útvaru. Druhý nádor poté na pravidelné kontrole. Sděluje, že toto téma nerad řeší, neudrzuje oční kontakt, dívá se spíše do země. Rozhovor poskytnout chce i přes svou nechuť k tématu. Věří, že si života předtím málo vážil, a proto se mu rakovina vrátila. |
| Respondent č. 9 | Rozhovor veden po chemoterapii. Tento pacient je nejmladším dotazovaným. Onkologická diagnóza doprovází pacienta teprve necelé tři měsíce, dle jeho slov se na Nový rok podrbal a všiml si boule, pár dní na  |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | to šel k praktickému lékaři a týden na to už byl po operaci. Působí naprosto klidně a bezstarostně, nevyjadřuje nejmenší známky stresu nebo napětí. Jinou možnost, než uzdravení nepřipouští.   |
| Respondent č. 10 | Rozhovor prováděn po chemoterapii. Pacient vypadá biologicky minimálně od 10 let starší, během rozhovoru přiznává, že se léčil ze závislosti na alkoholu. První obtíže, které signalizovaly výskyt onkologického onemocnění, se u pacienta objevily vloni na podzim, tj. před pěti až šesti měsíci, kdy se nejprve léčil s bolestmi zad, následně si lékař všiml zvětšených uzlin na krku. Ač je sdílný, je mu velmi špatně rozumět pro metastatické postižení jazyka. Na krku má viditelnou, velkou bouli. Chce se uzdravit a více o sebe pečovat. |

### 3.5 Sběr, realizace a organizace průzkumu

Rozhovory byly prováděny v prostorech onkologického centra, a to v prázdných ambulancích, kde jsme nebyli nikým rušeni. Ještě před začátkem rozhovoru bylo všem respondentům vysvětleno, k čemu rozhovor slouží, bylo jim sděleno téma bakalářské práce a byly představeny otázky. Zároveň jim bylo sděleno, že pokud jim některé otázky přijdou moc osobní, nemusí na ně odpovídat. Respondenty jsem zároveň požádala o sdílení upřímných pocitů a o uvolněný rozhovor, který jsem nechtěla vést jako výslech. Rozhovor začínal tak, že jsem se respondentů zeptala na jejich věk, základní diagnózu a stručný příběh, jak se u nich onemocnění projevilo, kdy bylo diagnostikováno a v jakém stádiu léčby zrovna jsou. Respondenti měli prostor na dotazy před začátkem rozhovoru i během něj. Všichni respondenti byli požádáni o souhlas s nahráváním. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně přepisovány do písemné podoby. Jednotlivé rozhovory neměly časový limit, původně jsem přepokládala, že jeden rozhovor bude trvat přibližně 20 minut, nakonec ale nejdelší rozhovor trval téměř 50 minut a nejkratší trval pouhých 8 minut.

### 3.6 Technika vyhodnocení dat

Rozhovory byly následně doslovně přepisovány do programu MS Word z nahrané zvukové stopy. Výroky pacientů nebyly nijak upravovány, byly zachovány veškeré výrazy, vulgarismy, nedokončené věty a podobně. Přepis sloužil k následnému zpracování v programu pro kódování ATLAS.ti. Každý rozhovor byl důkladně prostudován a byly vytvořeny kódy, které se následně rozdělily do kategorií. Každá průzkumná otázka měla svou kategorii. Během tohoto otevřeného



kódování byla užita metoda zakotvené teorie – teorie postavená na tvořivosti, jejíž cílem je zkoumanému jevu co nejlépe porozumět a co nejpřesněji ho pojmenovat. (Kutnohorská, 2009)

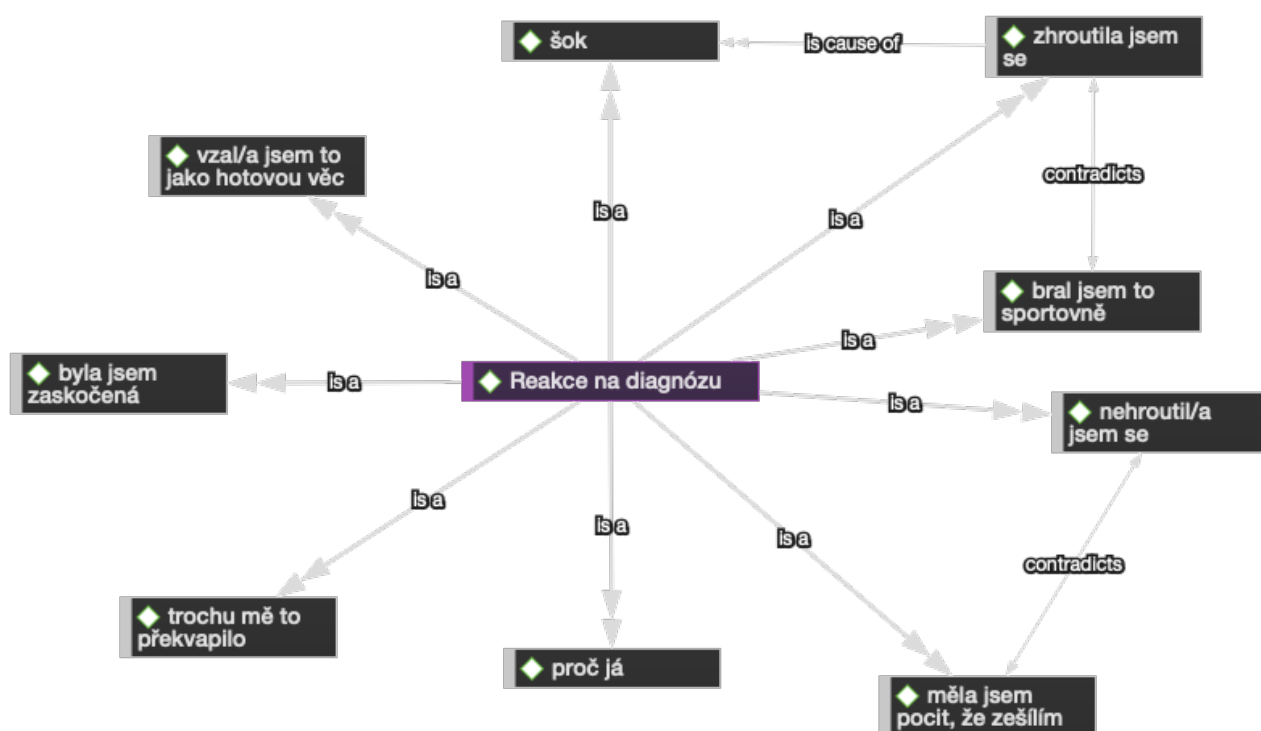
## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

U každého rozhovoru bylo použito 14 předem vytvořených otázek. Rozhovory byly vedeny polostrukturovaně, aby byla možnost rozvést odpovědi, většinou však k rozvádění ani nedošlo, protože většina respondentů byla velmi sdílná a odpovídala dostatečně.

Otázky byly následně v programu ATLAS.ti převedeny v kategorie, ke kterým byly vytvářeny kódy. Každý kód značí jednu nebo více společných odpovědí, následně je tento kód přiřazen k dané kategorii (průzkumné otázce) a porovnáván s ostatními kódy u dané otázky (zda spolu souvisí nebo naopak si odporují). Stejně jako otázek, kategorií vzniklo 14, kde každé kategorii je jiný počet kódů – v závislosti na odpovědích respondentů.

### 4.1 Kategorie č. 1 – Reakce na diagnózu

Jakékoliv onemocnění zasáhne do života pacienta, ať už více či méně. V případě onkologického onemocnění bývá tento zásah výrazný a každý jedinec může reagovat na oznámení diagnózy onkologického onemocnění jinak. Samotné oznámení této diagnózy je pro pacienta stresující. V této kategorii jsou porovnány kódy zastupující odpovědi respondentů na otázku: „*Jaká byla Vaše reakce při oznámení onkologické diagnózy?*“



Obrázek 1 – Reakce na diagnózu

Jak je viditelné z přiložené mapy, reakce na tuto situaci byly různé.

Zatímco odpověď respondentky č. 5 byla: „*No... začala jsem rvát jak šílená, no... prostě, že to není možný, že se museli splíst a brečela jsem jak šílená. Tam jsem se snažila trošičku držet, i když jsem brečela, ale když jsem vyšla ven, tak jsem začala bejt úplně hysterická a pak u obvod'áka mi museli dát injekci, protože jsem byla fakt úplně... myslela jsem si, že se zblázním.*“

Naopak odpověď respondentky č. 4 byla: „*Já jsem to vzala tak jak to bylo. Byl se mnou manžel, slza nějaká ukápla, ale že bych se nějak hroutila to asi ne, prostě jsem to vzala jako informaci, se kterou teď musím pracovat*“.

Respondentka č. 6 na tuto otázku odpověděla: „*No měsíc jsem to nechápala, vůbec mi to nedošlo. Když mi vlastně vytáhli tlustý střevo, tak mi vůbec nedocházelo, že mám rakovinu. Až po měsíci mi to došlo.*“

Jinou odpovědí byla odpověď respondenta č. 9, který odpověděl: „*No, bral jsem to tak nějak jako sportovně. Jako nezhroutil jsem se, nebo něco takovýho.*“

Někteří respondenti byli více šokovaní, jiní méně. Respondent č. 10 uvedl: „*Byl jsem z toho trošku překvapený, no. Ale taky jsem kouřil, hodně jsem pil, takže člověk nemůže čekat, že bude sebezdravější.*“

Adam a kol. (2019) uvádí, že podle Elizabeth Kübler-Rossově bývala nejčastější reakcí agrese. Většina pacientů však reaguje zpravidla odlišně. Kübler-Rossová si později všimla celého fázového procesu, který dnes známe jako *5 fází šoku*. Více se této problematice věnuje teoretická část práce, kapitola 2.3.2 *5 fází šoku podle Elizabeth Kübler-Rossově*.

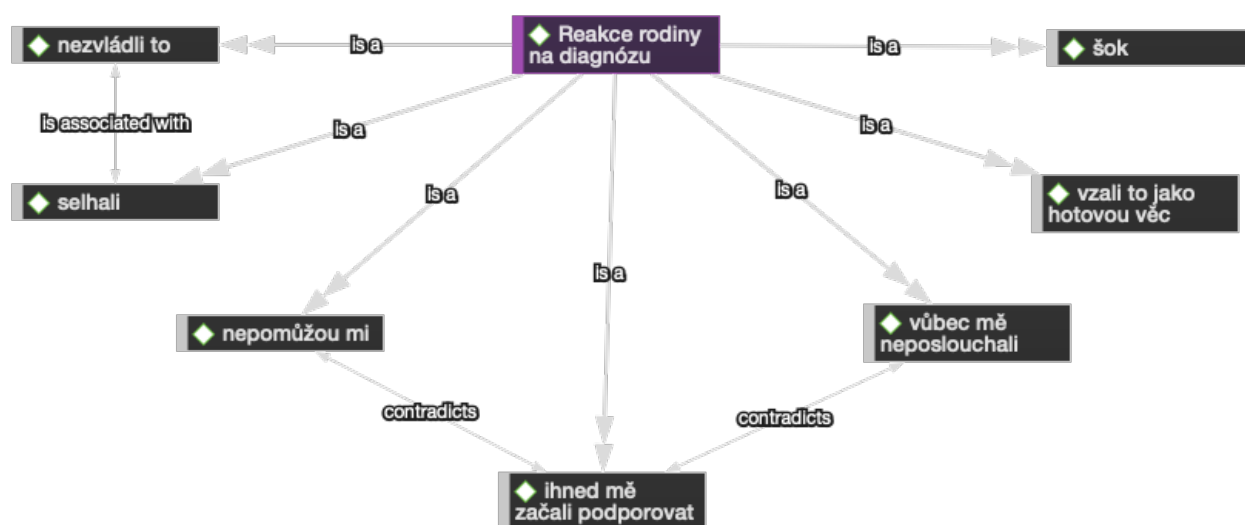
Nejčastější reakcí respondentů v tomto průzkumu byl šok. Pacienti, kteří odpovídali, že „*to brali sportovně*“ nebo „*to vzali jako hotovou věc*“ působili během celého rozhovoru odmítavě – nepřipouštěli si své onemocnění, nechtěli na něj myslet, nechtěli o něm mluvit, odmítali ho.

## **4.2 Kategorie č. 2 - Reakce rodiny na diagnózu**

Adam a kol. (2019) cituje slova prof. Jiřího Vorlíčka – „*Nádorová choroba je onemocněním celé rodiny.*“ Myšlena je především rodina funkční, kdy rodina o pacienta projevuje zájem. Je-li nemocný člověk součástí funkční rodiny, jsou všichni členové, ať už více nebo méně, zasaženi jeho onemocněním.

Stejně, jako pro pacienta, bývá i pro jeho rodinu oznámení onkologické diagnózy výrazným zasažením do života a šokem.

V následující mapě jsou zobrazeny kódy zastupující odpovědi na otázku „*Jak reagovala Vaše rodina na oznámení Vaší onkologické diagnózy?*“



**Obrázek 2** – Reakce rodiny na diagnózu

Podpora rodiny bohužel není samozřejmostí. O tomto faktu se přesvědčila například respondentka č. 2, která odpověděla: *Moje osobní rodina mě přišlo, že mě ani neposlouchai, že pořád oni mleli o svých problémech, o svých nemocech a když jsem jim to chtěla říct, tak mi přišlo že mě ani neposlouchali. Spíš hlavně matka. Otec byl překvapenej, ten volá každéj tejdén, ale s matkou jsme odměřený, ale to už je celou dobu a teď se to nijak nezlepšilo.*“

Podobnou zkušenost měla i respondentka č. 5, její odpověď byla: *„Přítel mi na začátku vůbec nevěřil, že mu říkám pravdu, že mám rakovinu... a i teď to prostě bere, že jako no a co, vždyť jako se to dá léčit, chodiš na léčbu, tak o co ti jde. A že mám nějaký bolesti, tak to ani nevěří... Nepomůže mi.“*

Byla i situace, kdy rodina prožívala oznámení onkologické diagnózy hůře než samotný pacient. Respondent č. 9 uvedl: *„Já osobně jsem se z toho nějak nesesypal, já jsem to prostě přijmul, jak to je... v prvních chvílích to bylo tak, že spíš, než aby všichni uklidňovali mě tak já uklidňoval je, že prostě se nic neděje, že to bude dobrý.“*

Respondent č. 8 zažil jako jediný opuštění kvůli své diagnóze: *„No a vlastně při tej první (rakovině) jsem měl přítelkyni a děti, ty jsou teda její, ale vychovával jsem je pět let, tak to brali blbě a při tejhle druhéj jsme se rozešli, protože by tu druhou rakovinu už nedala, což chápu, protože to není žádná procházka růžovým sadem.“*

Ne všichni respondenti však měli špatnou zkušenost s reakcí rodiny. Například respondentka č. 4 uvedla: „*Tak manžel to projížděl se mnou od začátku ty doktory, takže to slyšel se mnou no, takže jako jo, on je takovej pragmatickej, no nedá se nic dělat, že to takhle musíme vzít.*“

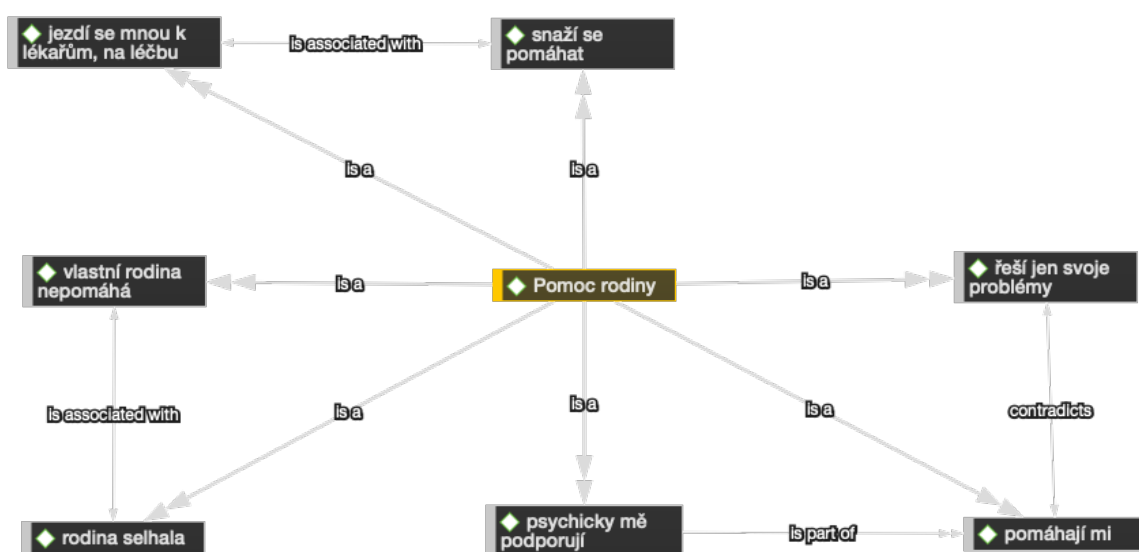
Respondentka č. 3 měla jinou zkušenost s šokem v rodině: „*Manžel byl zaskočený úplně stejně jako já, honilo se mu hlavou jestli je to vůbec možný, jestli se třeba nespletli. No a mám patnáctiletou dceru, která je teda nemocná, trpí mentální anorexií, takže i ten její pohled byl takový – no tak na to přišli, začli tě léčit a uzdravíš se. Takže dcera k tomu přistupovala jako k běžný nemoci.*“

I když se ve své podstatě všechny reakce zakládají na šoku, je zajímavé pozorovat, jak téměř žádná rodina nereagovala stejně.

Adam a kol. (2019) o vztahu rodiny a onkologicky nemocného uvádí, že pokud se jedná o funkční rodinu s přirozenou soudržností a schopností vnímat, vyjadřovat a sdílet emoce, a schopností řešit konflikty, pak taková rodina většinou tuto zátěž dobře zvládne. Mnohdy může dojít k situaci, kdy si je rodina kvůli závažnému onemocnění ještě bližší a upevní své vztahy.

### 4.3 Kategorie č. 3 - Pomoc rodiny

Nádorové onemocnění představuje značnou zátěž a stres. Jestliže nemocný člověk dostává od své rodiny podporu, nejen, že se mu uleví, zároveň se mu ale podle studií zlepší prognóza. I když hlavní část psychické zátěže nese nemocný člověk, míra zátěže se rozdělí a část přebírají členové funkční rodiny. Otázkou vlivu podpory rodiny na přežití pacienta s onkologickým onemocněním se zabývalo mnoho studií. (Adam a kol., 2019)



Obrázek 3 – Pomoc rodiny

Odpovědi na otázku „*Jakým způsobem Vám Vaše rodina pomáhá zvládnout onkologické onemocnění a léčbu?*“ jsou vyznačeny v mapě výše.

Odpovědi u této otázky se tolik nelišily. Respondentka č. 3 uvedla: „*Mám skvělého manžela, opravdu empatického, vstřícného, snaží se mi některé práce ulehčovat, i dcera. A myslím si, že mě hodně podporují. I manžel se mnou jezdí na všechny chemoterapie, ten čas si našel, a tak jako to se mnou sdílí.*“

Dalším příkladem dobré rodinné podpory je například respondentka č. 6: „*Hodně mě pomáhaj, abych nic nedělala a hodně odpočívala. I děti, mám patnáctiletý dvojčata, tak s nima tluče puberta, ale snažej se.*“

Oproti dobré rodinné podpoře stojí respondentka č. 2, která odpověděla: „*Přišel nověj přítel a ten mě zachránil a drží mě nad vodou. Bývalej manžel by tohle nedal. Moje vlastní rodina spíš selhala, ale přítel mě drží. A když mi volá matka, tak se musí vypovídat ona první a pak až jsem na radě já, její problémy jsou důležitější. Já jsem pořád ta druhá.*“

Respondentka č. 5 se podělila o své negativní zkušenosti: „*Já musím po tý chemoterapii odpočívat a on (přítel) mi ani nepomůže, čaj neuvaří, já všechno dělám furt stejně... když je mi zle, on vidí, že bleju jak alík, tak mi nepomůže, nic, nepřinese mi vodu...*“

Respondent č. 9 stojí dle svých slov spíše na druhé straně – on pomáhá rodině. Na otázku odpověděl následovně: „*Zatím není ani jak, samozřejmě když něco potřebuju, třeba koupit vody, tak samozřejmě mi pomůžou, dovezou, všechno. Akorát většinou spíš držim já je.*“

Jiný druh podpory zažívá respondent č. 10, který k otázce přistupuje humorně: „*Cpou do mě jogurty furt. Protože je mě furt blbě a už to nemůžu ani vidět, protože po týhle chemoterapii mě bylo strašně špatně a každej píše, že musím jíst, já mám ty jídla úplně znechucený. Tak mě furt krměj jogurtama.*“

#### **4.4 Kategorie č. 4 – Pomoc přátel**

Nejen pomoc rodiny, ale i pomoc blízkého okolí může být pro pacienta důležitá.

Následující mapa zobrazuje kódy zastupující odpovědi na otázku: „*Jakým způsobem Vám Vaši přátelé pomáhají zvládnout onkologické onemocnění a léčbu?*“



**Obrázek č. 4 – Pomoc přátel**

Jak je podle mapy vidno, dalo by se říct, že pacienti mají dohromady více zkušeností s podporou od přátel než s podporou od samotné rodiny. Až na pár výjimek byly odpovědi na tuto otázku pozitivního rázu. Například respondentka č. 1 odpověděla: „*No setkala jsem se s tím, že vlastně známý, který si tím prošli říkali – nejhorší je, že si vlastně myslíš, že máš přátele, a oni to prostě nevezmou, nedokážou se s tím vypořádat a o ty známý přijdeš. Ale já jsem se s tímhle našťestí nesečkala. Moji kamarádi mi vlastně každéj tejden volaj, ptaj se, co chema, jak se mi daří, jestli s něčim nepotřebuju pomoct a že se těšej, až se zase sejdem. Takže super.*“

Respondentka č. 3 má podobnou zkušenost: „*Mám spoustu přátel, zjistila jsem, že mám. A právě chtěj, abych jim zavolala, když je mi smutno nebo bych měla nějaký stavy úzkosti, tak že mám kdykoliv zavolat ve dne v noci, ale já je s tím nechci zatěžovat, nechci jim kazit jejich štěstí tím svým trápením. I když oni říkaj, že to unesou. Opravdu jsem si to ale uvědomila až teď při tý nemoci, že mám takovýhle lidi kolem sebe, až mě to dojímá.*“

Někteří respondenti o své nemoci svému okolí skoro neřekli. Například respondent č. 9: „*Přátel moc nemám a moc lidí to ani neví, no. Ví to nadřizenej v práci... Mám dva takový kamarády, se kterejma se nejvíc stýkám, jsou pro mě důležitý a vim, že mi pomůžou, ti to vědí. Samozřejmě mě podporujou, furt mi píšou ať to zvládnou a ta podpora od nich je.*“

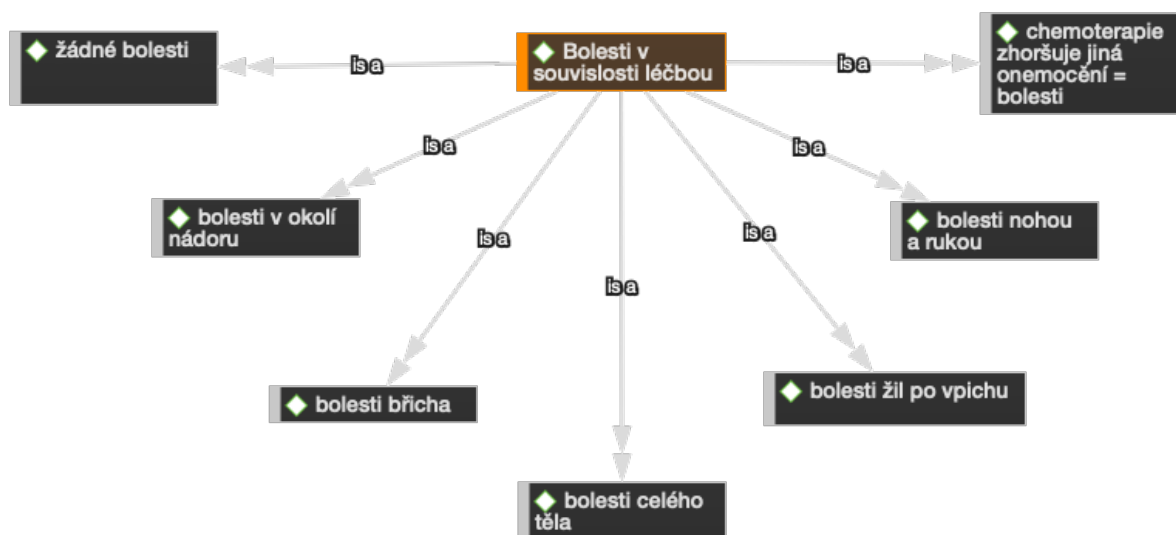
Jak je vidět v mapě, jeden z kódů je „*nemám přátele*“. Příkladem takové odpovědi je respondentka č. 2: „*Já nemám přátele. Kvůli bejvalýmu manželovi jsem musela všechny vztahy přerušit, protože se mu to nelíbilo. Já měla mladší přátele, prostě si rozumim s mladšíma lidma, dcera mi řekla, že jsem jak dětinská pipina.*“

Respondent č. 8 odpověděl: „*Já tady přátele moc nemám, protože nejsem odsud, já tady mám spíš kolegy z práce, s těma se nestýkám, protože je ten covid, je to tři dny co jsem se ho zbavil, takže píšou, pozdravují, ptaj se, zajímaj se. No a přátele mám tam, kde bydlím a tady spíš ty kolegy, na který se můžu spolehnout a jsou oporou. A s těma kamarádama jsem v kontaktu spíš jen přes sociální síť.*“

I respondenti, kteří uvedli, že pochází odjinud, si buď našli přátele a známé v místě momentálního bydliště, nebo zůstali ve spojení s přáteli z původního bydliště. Jedinou výjimkou byla výše uvedená respondentka č. 2, která uvedla, že už nemá vůbec žádné přátele.

#### 4.5 Kategorie č. 5 – Bolesti v souvislosti s léčbou

Bolest patří mezi nejobávanější symptomy onkologického onemocnění. V době stanovení diagnózy trpí bolestí až 30 % pacientů, v průběhu léčby 60 % a v konečném stádiu udává bolest až 90 % nemocných. (Vorlíček a kol., 2012)



Obrázek č. 5 – Bolest v souvislosti s léčbou

Na otázku „*Trpíte bolestmi v souvislosti s onkologickou léčbou?*“ odpovídali pacienti různě. Někteří respondenti měli bolesti ve spojení s léčbou, ale jejich přímá příčina nebyla samotná onkologická léčba, příkladem je respondent č. 10: „*Ted' docela jo, bolí mě ta boule na krku, tak mi dávaj prášky, pak hlava mě dost bolí po tej chemoterapii mi i bylo špatně, ale už je to lepší.*“

Někteří respondenti vyjádřili svůj strach z jehel. Respondent č. 9 řekl: „*Mám teda trochu strach z jehel, na chůře nebyl problém teda, ale na CT mi propíchli žilu a celej kontrast mi poslali do ruky. Takže od tý doby se trochu klepu z těch jehel.*“



Respondentka č. 2 se o bolestech rozmluvila více. Bolestmi v souvislosti s léčbou trpí, protože jí chemoterapie zhoršuje její jinou diagnózu – Crohnovu chorobu. Odpověděla následovně: *„Většinou když mám bolesti doma, tak je to spíš v souvislosti s Crohnovou chorobou. Protože jak vlastně člověk nemůže po tý chemo chodit na záchod, tak mě chytanou křeče a než se to všechno srovná, tak jsem nafouklá a cejtím každou pohybu v těch střevech. Musela jsem vlastně vysadit i bioléčbu kvůli chemoterapii. Ale nebejt těch chemoterapií si myslím s tím Crohnem takovej problém nebude, takže to jde určitě ruku v ruce. Takže musím teďka brát kapičky na bolest, ty maj docela rychlej náběh a pomáhaj.“*

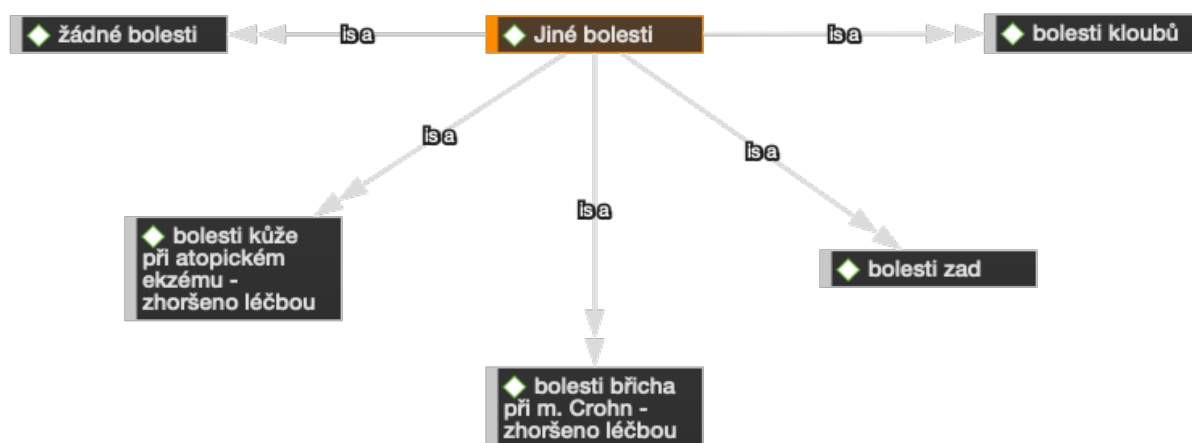
Podobnou zkušenost se zhoršením jiného onemocnění má respondentka č. 3: *„Bolestmi především při těch prvních čtyřech chemoterapiích, to jsem chodila po třech týdnech, a to bylo hodně nepříjemný, protože tam byly ty stavy, kdy člověku bylo zle od žaludku, bolelo mě celý tělo, teď už teda jsem byla na tý desátý slabší a tam už je to lepší, ty nevolnosti už nejsou, spíš ta únava, a hlavně se mi teď hodně zhoršil atopický ekzém, kdy ta kůže opravdu táhne a bolí. Spíš jsou teď horší ty vedlejší účinky.“*

Bolesti v souvislosti s léčbou měly často spojitost i s následným nechutenstvím. Respondent č. 8 odpověděl: *„Teďka při tejhle druhé chemoterapii trpím na bolesti břicha, nevolnosti, takže si nechávám vždycky píchnout na bolest a na nevolnost.“*

Bolesti respondentky č. 4 samovolně pomíjely do jednoho dne po léčbě. Odpověděla: *„Po tý chemoterapii mě bolí ta ruka, do který to kape, nebo ty žíly prostě, hlavně jak byly ty čtyři silný, tak mi bylo celkově špatně... a teď jak mám ty další, tak mám bolesti nohou a rukou no, ale paní doktorka říkala, že to jako hnedka přejde, no, a to, když pomine, tak mě nebolí nic.“*

#### **4.6 Kategorie č. 6 – Jiné bolesti**

Tato kategorie se věnuje ostatním bolestem, které pacienti mají, tedy bolestem, které nejsou přímo spojené s onkologickou léčbou.



**Obrázek 6 – Jiné bolesti**

Na otázku „*Trpíte bolestmi v souvislosti s jiným onemocněním?*“ odpověděla polovina, tedy 5 z 10 respondentů, že žádnými jinými bolestmi netrpí a s jinými onemocněními se neléčí. Jak je již zmíněno v předchozí kategorii, u dvou respondentek došlo ke zhoršení jiných onemocnění. Respondentka č. 2 odpověděla: „*No vlastně jenom jak ta léčba souvisí s tím Crohnem, pak ještě vlastně jak mi teď odcházej nehty, hlava mě pobolívá, to je všechno ale asi k tý chemoterapii.*“

Respondentka č. 3 také trpí zhoršením jiného onemocnění: „*Jednou za čas mě bolí hlava, nejhorsí je asi ten ekzém, ale ten má spojitost s tou chemoterapií, stejně tak ty opakující se záněty močových cest, to taky bolí. Ale nebýt chemo, tak to není tak hrozný. A na bolest si něco vezmu jen jako když je to akutní, jinak pravidelně nic neberu.*“

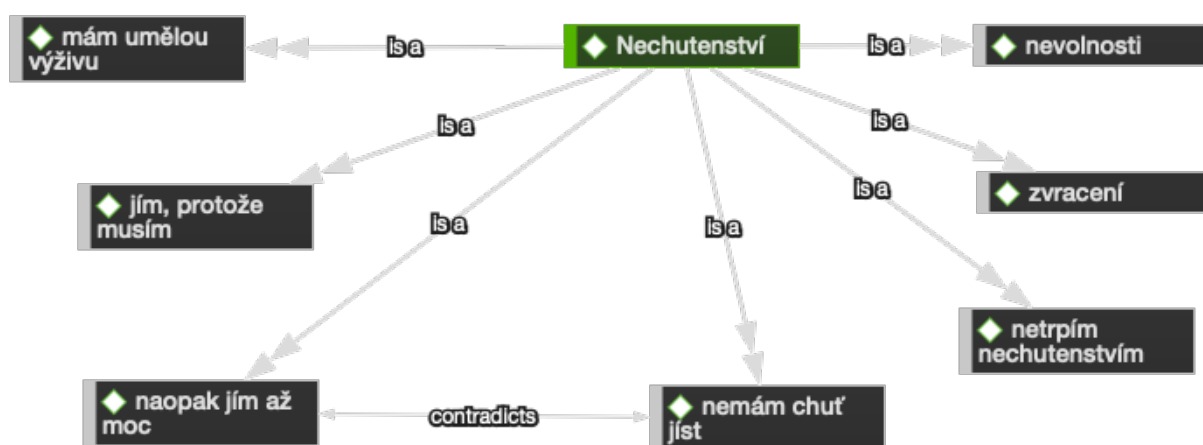
Respondentka č. 4 odpověděla: „*No, vlastně už delší dobu mě tak jako pobolívá kyčel a to říkali, že tam je něco trochu vidět na snímku, jestli tam náhodou něco není, tak tu teď víc cejtím díky tý léčbě.*“ Zmínila, že má v kyčli podezření na kostní metastázu, která však není potvrzená.

Zbylí respondenti, kteří udávali jiné bolesti, hovořili především o bolestech krční a bederní páteře, kolenou, hlavy.

#### **4.7 Kategorie č. 7 – Nechutenství**

Nevolnost a zvracení s nimi spojené nechutenství patří k nežádoucím účinkům chemoterapie, které je potřeba dopředu předvídat a preventivně je tlumit podáváním účinných léků tlumících zvracení. Tyto pocity jsou nejobávanějšími nežádoucími účinky léčby a před zavedením účinných léků proti zvracení bývaly důvodem k odmítnutí pokračování v chemoterapii. (Vorlíček a kol., 2012)

Odpovědi respondentů na otázku „*Trpíte nechutenstvím?*“ jsou zobrazené v kódech v následující mapě.



**Obrázek 7 – Nechutenství**

Respondent č. 8 porovnal své zkušenosti z první chemoterapeutické léčby, kterou zažil před třemi lety, s nynější chemoterapií: „*Tu druhou (chemoterapii) prožívám o dost hůř než tu první. Při tej první jsem přibral 25 kilo, ta byla jak procházka růžovým sadem. Ted' si musím nechávat píchnout injekci proti nevolnosti. A jak dostanu tu injekci proti zvracení, já pak ani nemám chuť jíst. Vždycky pak tři dny nejím.*“

Více pacientů se svěřilo, že jedí jen proto, že musí. Respondentka č. 3 odpověděla: „*Vysloveně nemám jídlo, na který mám chuť. Jím spíš proto, že musím a nemůžu říct, co mám ráda a na co mám chuť, dřív jsem měla ráda hrozně svíčkovou třeba a ted' nemám jídlo, který bych chtěla nebo potřebovala, spíš jim, že musím. No a v těch prvních čtyřech chemoterapiích, tam to bylo horší, tam jsem jíst nemohla, protože po všem mě pálila žába.*“

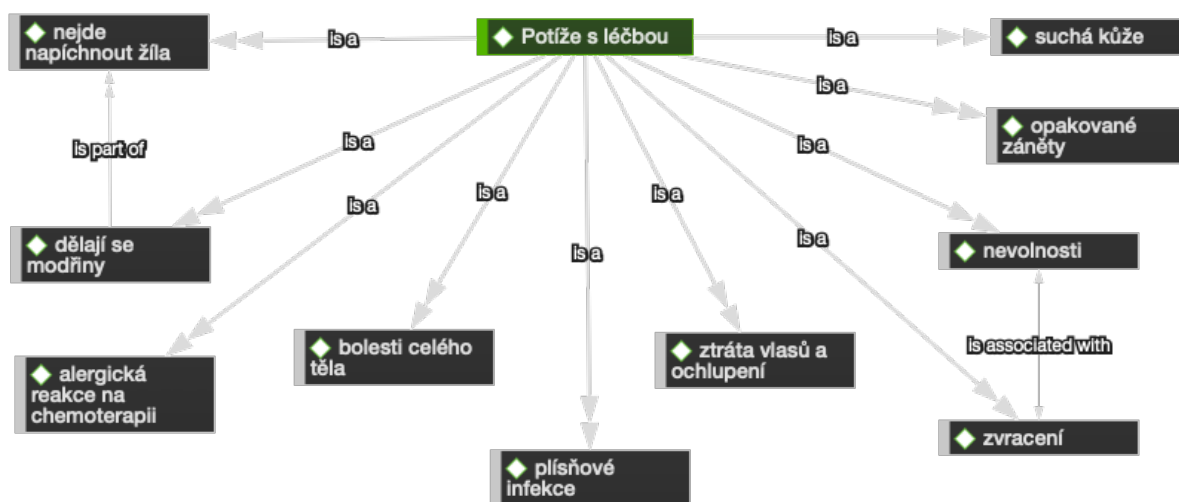
Respondentka č. 4 má tuto zkušenost: „*Po těch velkejch chemoterapiích to tak bylo třeba ten tejden, člověku bylo fakt špatně, i nějaký to zvracení, ale pak najednou ten pocit, že to člověk prostě musí dohnat, takže vyloženě nechutenstvím určitě netrpím, spíš bych měla hlídat váhu. Jako snažím se jíst normálně, ale zas to jako nepřehánět a neplácát blbosti. Jako čokoláda občas musí bejt.*“

Pacientem, který se s nechutenstvím setkává opakovaně, je respondent č. 10. Možnou příčinou je i metastatické postižení jazyka. Během léčby dle svých slov hodně zhubl. Jeho odpověď byla: „*Mám ho po tý chemoterapii, no, zvracel jsem. Ted' mám umělou výživu v břiše, mám hadičku. Když jim, tak mi to nedávaj, ale ted' mi to dávali, protože jsem nejedl.*“

Je zajímavé, že někteří respondenti i přes to, že mají zkušenosti s nechutenstvím či zvracením udávají, že se u nich situace střídá – někdy trpí nevolnostmi a nejedí nic, někdy snědí vše. Příkladem je respondentka č. 5: „*Já to mám na střídačku. Nevím proč, ale někdy vůbec nemůžu jíst, zvracím, anebo naopak mám takovou žravou, že sežeru, na co přijdu, otevřu ledničku a sežeru všechno.*“

#### 4.8 Kategorie č. 8 – Potíže s léčbou

Tato kategorie je zaměřená především na nežádoucí účinky léčby a potíže se zajištěním intravenózních vstupů. Jak je zmíněno v teoretické části této práce, konkrétně v kapitole 2.2.3 *Specifika v ošetrovatelské péči*, u onkologických pacientů často dochází k problémům se zajištěním žilních vstupů. Nežádoucí účinky léčby i opakované nezdařené zavádění žilních vstupů může vést k psychické nepohodě pacienta.



**Obrázek 8** – Potíže s léčbou

V mapě výše jsou zobrazeny kódované odpovědi respondentů na otázku „*Máte potíže spojené s léčbou, jako jsou nežádoucí účinky léčby nebo problémy s žilními vstupy?*“

Rozdíly v nežádoucích účincích byly znatelné především mezi pacienty na začátku léčby a pacienty, kteří léčbu podstupovali už déle. Respondent č. 9, který za sebou měl teprve první cyklus chemoterapie odpověděl, že žádné potíže, kromě vypadávání vlasů nemá, zatímco respondentka č. 3, která byla v době rozhovoru po svém posledním, šestnáctém cyklu chemoterapie, odpověděla: „*Od začátku jsem měla problémy se žilama a jak mám odebranou levou stranu, tak mě nemůžou píchat do té ruky, tak mi zbyla pravá, jenže já vždycky měla ty žíly trošku neviditelný a slabý a už od začátku bylo těžký mi jen odebrat krev a odebírali mě třeba na čtyřikrát. Port mi dali až po 4 měsících chemoterapií, protože ty žíly ze začátku ještě*

*jakž takž šly, pak se to ale zhoršovalo a napíchli mě třeba až na potřetí, počtvrtý a už to bolelo, a i když mi to braní krve ze začátku nevadilo, tak pak už se mi i dělalo špatně jen když mi měli brát krev. No a jinak hned po první chemoterapii šly dolů vlasy, veškerý ochlupení, trpím na nehtový plísně, mám rozjetej ten atopické ekzém, někdy mě bolí i zdravý prso, hodně ty záněty močových cest a taky se mi po chemoterapiích dělaly znamínka, ale to mi budou řezat až po chemoterapii.“*

Respondentka č. 6, která už si léčbou prochází během pár let po druhé, také udává řadu obtíží: *„Už od té operace měli problémy se žilama, tak mám port, to bylo první, co mi nandavali hned po operaci. Pak když jsem měla tu chemoterapii před třema rukama, tak to bylo mrazení, brnění ve špičkách prstů, vadí mi studený, nemohla jsem na nic studenýho šáhnout. Teď jak to dostávám s tou bioléčbou tak mám popraskaný lůžka kolem nehtů, padaj mi vlasy, chronický záněty, z uší mi vytejká, z očí mi vytejká, afty se mi dělaj a mám pupínky po celým těle.“*

Jak je vidět již z těchto dvou odpovědí, obě respondentky udávají problém s žilami. Toto podporuje i odpověď respondentky č. 2: *„Se žilama je velkej problém, nikdy jsem je teda neměla, vždycky byl problém, a když jsem slyšela, že maj lidi nějaký port, tak jsem si říkala, co to je, že pro mě by to bylo asi lepší, protože já trpím, když mě píchaj. I když koukám jinam. Vždycky mám modřiny a napichujou mě třeba na víc pokusů. A já se i bojím těch jehel.“*

Potížím s nevolnostmi a zvracením se více věnuje kapitola 4.7 Kategorie č. 7 – Nechutenství. K mému překvapení tento nežádoucí účinek v návaznosti na tuto otázku pacienti tolik nezmiňovali.

#### **4.9 Kategorie č. 9 – Jak působí léčba na psychiku**

Otázka *„Jaký vliv má léčba na Vaši psychiku?“* byla do průzkumu zařazena jakožto otázka navazující na otázky o nechutenství a potížích a nežádoucích účincích spojených s léčbou, neboť všechny tyto faktory, které jsou s léčbou spojeny, mohou ovlivňovat pacientův psychický stav. Odpovědi jsou zobrazeny v kódech v následující mapě:



**Obrázek 9** – Jak působí léčba na psychiku

Jak je vidět, odpovědi byly velmi různorodé. Především se respondenti dělili na dvě skupiny – ti, co nad celou situací nepřemýšlí a berou věci tak, jak jsou, a ti, kteří si nějaké psychické problémy v souvislosti s léčbou připouští – ať už se jednalo o strach, vztek nebo problémy s vlastním tělem.

Respondentka č. 1 uvedla: „*Já budu asi divná, ale já krom toho, že jednou za týden docházím na chemoterapii, tak si vlastně říkám, proč jsem vůbec doma že mi vlastně nic není. Cejtím se fakt zdravá. V pátek jdu prostě běhat, už jsem se s paní doktorkou domluvila. Přijdu si, že jsem doma 4. měsíc jen tak a mám dovolenou.*“

Jinak reagovala respondentka č. 2, která svou odpovědí potvrdila důležitost blízké osoby: „*Kdybych neměla toho přítele, tak by to bylo horší. Že mě drží nad vodou a furt mě zapojuje do svých nápadů, je to lepší, tak jsem mu fakt vděčná. Kdybych byla sama, tak bych se v tom asi utápěla a myšlenkama bych byla někde v černejch místech.*“

Někteří respondenti uvedli, že se nad léčbou a celou nemocí snaží nepřemýšlet. Respondentka č. 4 uvedla: „*Já jsem si řekla, že nad tím nebudu moc dumat, proč se to děje, protože když by se v tom člověk babral, tak se stejně nedobere žádnýho konce že jo, proč zrovna já – no, protože ne Máňa od vedle. Je taková ta chvíle, kdy vás napadne, jestli tady budete za rok, za dva, za tři, za pět, ale to jsem si zakázala, že nad tímhle nebudu myslet. Ted' je to prostě takhle, chemoterapie první, druhá, třetí, pak osmá, tohle, tamto... nějak to člověk bere, jak to je.*“

Podobně reagoval i respondent č. 9: „*Stavím se k tomu tak, jak to je. Nebudu se z toho hroutit, nepotřebuju psychologa, psychiatra. Prostě to tak je, musím se k tomu postavit čelem, ted' se*

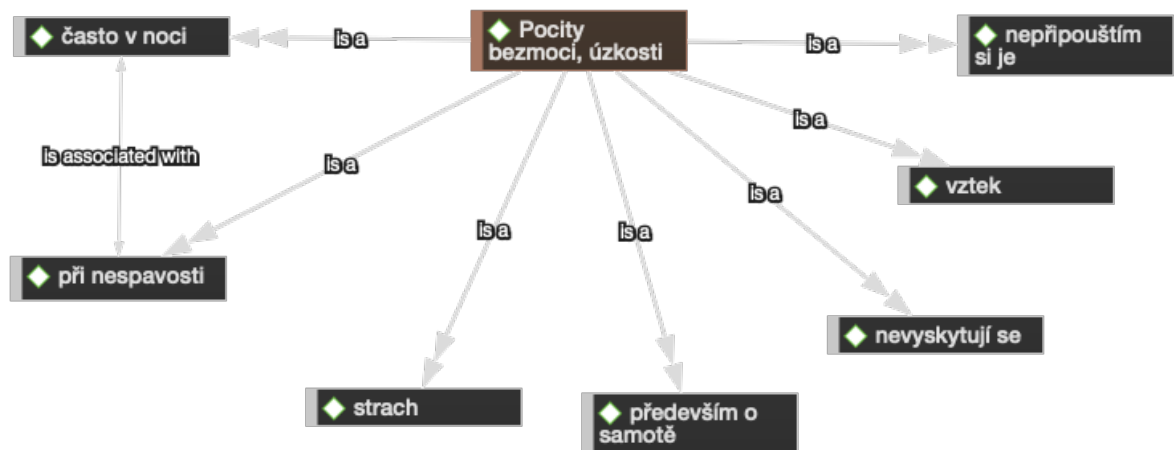
jen musím soustředit na to, abych se z toho co nejdřív dostal. Jako teda štvě mě, že jsem furt doma, já jsem trochu workoholik... a říkám no, chci se z toho co nejdřív dostat.“

Respondentka č. 6 uvedla, že nejvíce jí trápí změna vzhledu: „Teďka mě jako dostávaly ty vlasy, to jsem říkala paní doktorce, že to mě vadí, já jsem původně měla vlasy do půl zad. Takže jsme zkracovali, zkracovali... když nejdu k doktorům, tak se nečešu, aby to nepadalo. Spíš mi teď prostě vadí ten vzhled.“

#### 4.10 Kategorie č. 10 – Pocity bezmoci, úzkosti

Úzkost je z lékařského hlediska složitá kombinace emocí, může být akutní nebo dlouhodobá, různě intenzivní a je často doprovázena fyzickými příznaky. (Adam a kol., 2019)

Více se úzkosti a depresím věnuje v teoretické části této práce kapitola 2.3.3 *Patologická úzkost a deprese*.



Obrázek 10 – Pocity bezmoci, úzkosti

Výše uvedená mapa zobrazuje kódované odpovědi na otázku: „*Míváte pocity bezmoci, úzkosti, deprese, frustrace? Pokud ano, jak často a co na ně má vliv?*“

Respondentka č. 3 se vyjádřila takto: „Většinou v noci. Trpěla jsem nespavostí, teď se snažím přes den unavit a v noci spát. V ty neprospané noci jsem přemýšlela furt nad nějakým vysvětlením a proč se mi to děje, ale to asi napadne každého. Teď už spím lépe a snažím se mluvit s paní psychologkou a snažím se zaměstnat hlavu.“

Respondent č. 7 si takové pocity nepřipouští: „Já si to nějak moc nepřipouštím. Nesmí tomu člověk podlehnout, jinak by musel otevřít okno a skočit. Tak občas samozřejmě vás napadnou takové myšlenky, že to stojí za prd a ptáte se proč, ale tohle prostě je no.“

Respondentka č. 2 odpověděla, že nejvíce takové pocity nastupují, když je sama: „*Občas se to naválí, když má přítel směny a já jsem doma sama. Hlavně, když má odpolední a mám celý den čas přemýšlet. Chci se kouknout na film a bejvaj to filmy s touhle tematikou a mě to pak rozhodí a vidím ty špatný konce. Je to bezmoc.*“

Respondent č. 10 uvedl, že pocity bezmoci, úzkostí, frustrace nebo deprese netrpí, ale spíš ho trápí vztek. Odpověděl: „*Tak nějaká sebelítost, to ne, že bych se nějak litoval, ale tak spíš jsem naštvanej na sebe, že jsem se o sebe nestaral. Dokud vám nic není, tak se na všechno kašle. Měl jsem se o sebe víc starat. Ale to jen tak někdy přijde.*“

#### 4.11 Kategorie č. 11 – Způsoby vyrovnání se stresem

Tato kategorie je odvozena od otázky: „*Máte nějaké způsoby, jak se vyrovnat se stresem?*“, která jde ruku v ruce s názvem této bakalářské práce. Konkrétně na strategie se zaměřuje následující kategorie.

Bylo potěšující vidět, že i pacienti, kteří udávali časté pocity bezmoci nebo jiné negativní emoce, byli schopni si najít aktivitu, která jim od černých myšlenek a špatných nálad pomohla.

V následující mapě jsou kódovány odpovědi respondentů.



**Obrázek 11** – Způsoby vyrovnání se stresem

Nejčastěji respondenti udávali, že jim nejvíce pomáhá chodit ven na čerstvý vzduch. Návštěvám venkovního prostředí se brání pouze respondentka č. 5: „*Ven chodit nemůžu, protože mám agorafobii. Já vždycky, když vyjdu ven, tak mám náběhy... Akorát s tím pejskem chodím kolem baráku, když je se mnou, tak jsem se naučila chodit i dál. On je úžasnej prostě. Vždycky když přijedu a je mi špatně a zvracím nebo brečím, tak on přiběhne a olizuje mi ruce.*“



Respondent č. 9 vyhledává činnosti, které vyžadují soustředění: „*Pro mě je prakticky každá činnost, která vyžaduje soustředění, vyrovnání se stresem. Já pracuju na strojích, takže tam se člověk musí soustředit a další způsob vyrovnání se stresem je pro mě to, že si jdu dát kafe a cigáro. Maximálně ještě, že si pustím nahlas muziku, to mi taky hodně pomáhá. Pak ještě chodím se psem.*“

Respondentka č. 3 uvádí, že jí mimo jiné pomáhá pomoc psychologa: „*Ted'ka navštěvuju psycholožku přes Skype jednou za týden nebo jednou za 14 dní, pak mám kamarádku, která si tuhle nemoc prodělala před třemi lety a ta mi hodně pomáhá v tom, že jsem věděla, do čeho jdu. Že si tou léčbou prošla a radila mi, co bude lepší a co horší a tak. Jinak se snažím chodit na procházky se psem, když na to mám sílu. Jinak se ted' snažím ještě číst, dřív jsem byla učitelka, tak jsem četla jen učebnice a písemky a ted' mám čas si přečíst oblíbený knížky, takže hodně doháním ty knížky, co jsem si nastrádala přes ty roky. Snažím se cvičit, hlavně kvůli lymfadému, ty relaxační cvičení, pouštím si hudbu, co mám ráda...*“

Respondentka č. 2 uvádí, že by psychologickou pomoc měla vyhledat: „*Asi bych měla navštívit nějakýho psychoterapeuta, protože mi pomáhá se vypovídat. I když mě přítel doma poslouchá, tak mi přijde, že ho tím zatěžuju, přece mě nemůže poslouchat pořád a taky má svoje problémy, takže si hodně povídáme. To povídání hodně pomáhá, on si mě vyslechne, sice mi neporadí... A taky jeho táta mi hodně pomáhá, ten jezdí sanitkou, vozí mě sem do nemocnice a taky si se mnou hodně povídá.*“

#### **4.12 Kategorie č. 12 – Strategie zvládnání – která je využívána**

Strategie zvládnání stresu jsou psychické pochody, které nastupují vědomě či nevědomě, plánovaně nebo neplánovaně při vzniku stresu a působí tak, aby došlo ke zmírnění nebo ukončení tohoto stresu. (Janke, Erdmannová, 2003)

Více se strategiím zvládnání stresu věnuje kapitola 2.3.4 *Obranné reakce, strategie zvládnání stresu* v teoretické části této bakalářské práce.

Před položením samotné otázky „***Jaké strategie zvládnání Vám nejvíce pomáhají?***“ bylo respondentům nejdříve vysvětleno, co jsou to strategie zvládnání stresu a jaké jsou příklady takových strategií, aby pacienti věděli, na co vlastně mají odpovídat.

Následující mapa zobrazuje využívané strategie dotázaných pacientů.



**Obrázek 12** – Strategie zvládání – která je využívána

U této kategorie jsem se rozhodla zveřejnit odpovědi všech respondentů, neboť je to kategorie zaměřená přímo na hlavní cíl a hlavní téma této práce.

Respondentka č. 1 odpověděla: „*No já vlastně do toho všeho jdu tak jako po hlavě, protože prostě nejlepší obrana je útok. Já to prostě zvládnou, jiná možnost neexistuje. Fakt prostě, když se mě třeba někdo zeptá na ulici, co se mi stalo, tak já prostě řeknu, nic prostě, jsem nemocná, nemoc, která se dá léčit a jdeme dál. Pomáhá mi mluvit, mluvit, mluvit. Říct to i cizím prostě, ventilovat to, nedusit to v sobě. Jinak vás to sežere za živa.*“

Strategii útoku podpořil respondent č. 9: „*Já si myslím, že jdu proti tomu, abych to měl co nejdřív za sebou a když už to prostě nejde, že je toho hodně, tak se většinou seberu, sednu do auta, jedu se sám projet, dám si kafe a cigáro, vypustím...*“

Strategii o ventilaci emocí podpořil i respondent č. 10: „*Tak já si myslím, že je dobrý si o tom s někým pokecat, ne to v sobě dusit, ne nějaký sebelitování, to ne.*“

Respondentka č. 2 už nyní ví, že stáhnout se do sebe nebyl správný krok: „*To povídání, ventilování. Nejdřív ze začátku jsem se teda stáhla, ale to nebyla ta správná varianta.*“

Naopak respondentovi č. 8 nejvíce pomáhá o rakovině nemluvit: „*Já tím, že žiju sám, pro mě je lepší být sám. Já nemusím komunikovat. Sem tam docházím k rodičům, tam se vypovídám... ale já se o tom nerad bavím, o tý rakovině. Já vim, že jí mám, že prostě jsou ty chemoterapie, že to je zkažený život, ale mně pomáhá o tom nemluvit. Nebabrat se v tom, řešit, že se na to dá umřít... pro mě je lepší se uzavřít. Samozřejmě já jsem typ člověka, kterej když vybuchne, tak*

*vybouchne na plno, takže mě nedělá problém jednou za čas to všechno pustit ven, jak mě to všechno štví. Ale říkám, nemluvit o tom mě pomáhá.“*

Respondentka č. 4 se snaží situaci brát s humorem: *„Já jsem jako říkala, že tu radost jim doma neudělám, že by pak doma vládla anarchie a chaos, takže tomu se člověk musí postavit čelem, teď to prostě takhle je, tak se s tím poperu. Beru to s humorem, protože co jinýho má člověk dělat. No, a hlavně teda říkat věci tak jak to je no, protože jakoby chránit tu rodinu před tím taky nemá smysl, taky to není dobře.“*

Respondent č. 7 podle svých slov žádný stres nezažívá: *„Já bych řekl, že neutíkám od ničeho, podle toho měření (ukazuje na hodinky) jsem pořád v klidu, stres jako nemám. Nesmíte si to prostě připouštět, člověk musí být pozitivní, že to vybojuje a že to přežije, to je půl úspěchu. Mám brečet tady v koutku? Ne, to k ničemu nebude. Prostě jsem na světě, chutná mi jíst a pít, a to je hlavní. Dělán si radosti, koupil jsem si auto nový.“*

Snahu o pozitivní přístup má i respondentka č. 5: *„To, do čeho mě pořád žene moje maminka – myslí pozitivně. Já se snažím, ale neumím to tak dobře, jako ona. A furt si říkám, že tam ta naděje a šance je. Ale samozřejmě když to nejde, tak prostě se netvářím, že je všechno dobrý, když není.“*

Respondentka č. 6 se rozhodla na nic nečekat: *„Asi takhle. Když si chci udělat radost, tak si ji udělám. Žiju teď.“*

Respondentka č. 3 se pro změnu snaží okolí vyhýbat: *„Hned jsem si říkala, že se toho zbavím, byla jsem ráda, že do deseti dnů jsem šla na operaci, byla jsem hodně odhodlaná, že to zvládnou. Na druhou stranu ale nerada potkávám lidi z vesnice, aby mě viděli, jak jsem se změnila, takže spíš jsem v ústraní. Tak mi ten lockdown i trochu vyhovuje.“*

#### **4.13 Kategorie č. 13 – Jak zasáhla nemoc do života**

Pro některé pacienty může diagnóza onkologického onemocnění znamenat velké životní změny. Odpovědi na otázku **„Jak zasáhlo nádorové onemocnění do Vašeho dosavadního života, jak moc ho změnilo?“** zobrazuje následující mapa.



**Obrázek 13** – Jak zasáhla nemoc do života

Většina respondentů uvedlo ztrátu zájmů. Respondent č. 7 uvedl: „*Tak samozřejmě teďka jsem musel odložit ten sport, hokej jsem hrával, takže to, a doufám, že až se z toho vyhrabu tak že budu sportovat dál. Jak mi udělali ten vývod, tak jsem to hned rozcvičoval. No a nedělám fyzicky, takže pracovat můžu, ale budu se teďka omezovat no.*“

Respondent č. 9, který byl na samém počátku léčby, uvedl: „*Zatím nijak, já si myslím, že mě to asi nijak ani omezovat nebude, protože dělám práci v sedě a mám to v místech, kde mi to prostě nebude vadit. Všechno s tím můžu dělat, nepřišel jsem o ruku ani o nohu. A děti v životě nechci vidět, mám s tím blbý zkušenosti, takže to neřeším. Jako na jednu stranu mám děti rád, ale svoje vlastní v životě nechci.*“

Respondent č. 8 má na záležitost s dětmi jiný názor: „*No nejvíc mě štve, že nemůžu mít děti. Já jsem je chtěl, ale přítelkyně měla už dvě a třetí už nechtěla... pak vlastně zaměstnavatel mě po roce vyhodil, protože mě ještě doléčovali, tak jsem dostal tříměsíční lhůtu a pak jsem si hnedka našel práci na pekárně, tam jsem dělal chvíli a nastoupil jsem znova sem. A chtěl jsem prostě děti, začít kariéru... Ale jinak zájmy jsem nějak neztratil, dělám, na co mám sílu.*“

Respondentce č. 4 změnila život spíše koronavirová pandemie: „*Už jen tím, že to změnil ten podělanej COVID, tak to byl zásah velkej, protože naráz člověk přestal chodit na sporty, záliby. Teď už se to spíš jako veze no... ale jako teď samozřejmě ta práce, dělala jsem účetní a na konci roku jsem to musela narychlo předat, takže já jsem ani při zjištění té diagnózy neměla moc čas přemýšlet, protože jsem musela učit novýho člověka, tohleto a tamto a když nebudeš vědět tak volej, takže někdy volaj. No a teď se snažim aspoň si zacvičit doma a zajít ven no. Víc to všechno změnil ten COVID, no. Ale jako v práci se mnou počítaj, že se vrátím. A když to aspoň trochu půjde, tak se chci vrátit do toho normálního života.*“

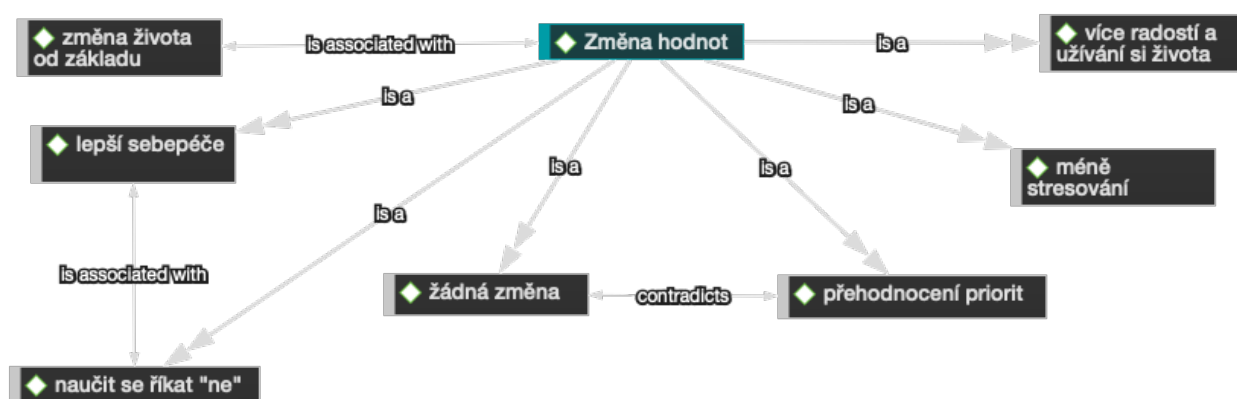
Respondentka č. 3 ztratila zaměstnání prakticky ze dne na den: „*O nemoci jsem se dozvěděla v přípravném dnu, kdy jsem se těšila do školy na ty svoje ovečky a teď vlastně neučím ani online, protože v tu chvíli se během pár dnů musela najít náhrada za mě, ale určitě chci třeba v září na pár hodin nastoupit zpátky do práce a v práci vycházejí vsříč, že bych si i mohla vybrat jaký hodiny bych chtěla. No a moje rodina a práce byly vždycky nejdůležitější. A pak jsem taky musela přestat běhat.*“

#### 4.14 Kategorie č. 14 – Změna hodnot

Poslední otázkou průzkumu je otázka „**Změnil se nějak Váš pohled na život?**“

Několik respondentů uvedlo, že si myslí, že příčinou jejich nemoci je stres. Této myšlence se věnuje v teoretické části práce kapitola 2.1.2 *Etiologie nádorů*.

Změny hodnot jsou zobrazeny v následující mapě.



**Obrázek 14** – Změna hodnot

Respondentka č. 1 uvedla: „*Rozhodně jsem se před nemocí víc stresovala, všechno jsem hrozně řešila a chtěla jsem všechno hrozně vyřešit a nechtěla jsem nic nechat bejt. Teď to řeším míň a manžel mi vždycky říká – prosimtě nehledej ve všem nějakou logiku. Jako vždycky jsem se stresovala, teďka spíš jakoby míň, protože není skoro co řešit. Takže co nemůžu změnit, tím se rozhodně zabývat nebudu. Rozhodně jsem oproti stavu před nemocí zklidnila hormon. Ubrala jsem, zatáhla jsem se.*“

Respondentka č. 3 si chce užívat života: „*Dost přehodnocuju věci, že když jsem třeba něco odkládala, tak se to pro mě teď stává prioritou, chci ještě hodně cestovat s manželem a chci si prostě sny splnit a nečekat na nic a pořádně zatlačit na dceru, aby se uzdravila.*“

Respondentka č. 4 si také slibuje méně stresu: „*No jako doufám, že všechno bude lepší, protože člověk už taky spoustu věcí přehodnotil že jo, takový to že něco musím – nemusím. Nemusím za nikoho nic dělat, když se mi něco nelíbí tak to řeknu prostě... protože pak na jednu stranu z toho myslím vznikaj tyhle choroby, protože ten stres prostě nemá úplně dobrej vliv. Umět si říct, co za to stojí, nesnášet věci jen pro to, aby to jinejm nevadilo...“*

Respondent č. 10 přehodnocuje chování k sobě samému: „*Chtěl bych se o sebe líp starat, nemůžu se tak honit. Jako peníze v životě nejsou všechno, do hrobu si stejně nic nevezmu. Takže asi tohleto, člověk furt jen honil peníze, rychle rychle... už nebudu tak zapřáhlej.“*

Respondent č. 8 věří, že dostal novou šanci na lepší život: „*Hlavně jsem podcenil tu první rakovinu z toho důvodu, že jsem si toho života furt nevážil, že jsem prostě nešel s davem, furt to smažený, ten ustaranej život, do práce, z práce, v práci není čas se ani najíst, no nevážil jsem si toho života poprvý... no, a pak jsem dostal facku podruhý, takže teďka vlastně se modlím za to, aby nebyla ta další operace, z čeho mám docela strach, ale nedalo by se nic dělat... chce to změnit život na plný čáře. Oni teda říkaj, že i kdybych žil sebevíc zdravě, tak ta rakovina se může kdykoliv vrátit, ale stoprocentně chci ten život změnit, i když bez těch dětí... chci si najít někoho, komu by to nevadilo, že ty děti mít nemůžu, což bude taky oříšek.“*

Respondent č. 9 naopak nepřehodnotil vůbec nic: „*Vůbec ne, nic zásadního se nestalo, jsem 100% produktivní člověk, jako jsem byl. A nemám to v takovém stádiu, že by mě bolel každej pohyb, neslintám do polštáře takřikajíc, takže se pro mě prakticky nic nezměnilo, jen, že nemůžu chodit do práce. No teď vlastně budu mít ty čtyři cykly a pak půjdu na CT a doufám, že mi řeknou, že je to dobrý.“*

## 5 DISKUZE

V této části jsou rozebrány jednotlivé průzkumné otázky, které se zaměřují na hlavní a dílčí cíle této práce.

### ***Průzkumná otázka č. 1: Jaká byla reakce pacienta a jeho rodiny na oznámení onkologické diagnózy?***

Ingrid Ťupová (2012) ve své diplomové práci s názvem „*Reakce a chování pacienta po sdělení závažné diagnózy: individuální kvalita života pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu*“ rozebírá reakce jednotlivých pacientů na sdělení onkologické diagnózy, v její práci se konkrétně jedná o karcinom hrtanu. K práci využila reakce pěti mužů i žen v různém věkovém rozmezí. Dle jejího pozorování, 2 z 5 respondentů reagovali naprosto klidně a vyrovnaně, ač měli strach. Zbylí 3 respondenti reagovali pláčem a psychickým zhroucením, otázkami „proč já“. Jeden z respondentů byl v rámci svého psychického zhroucení agresivní a hrubý. Tento pacient, ač měl podporující rodinu, byl ke svým blízkým nepřátelský a odmítl podstoupit léčbu.

V rámci této bakalářské práce byly taktéž zjišťovány reakce pacientů na sdělení onkologické diagnózy. 6 z 10 respondentů udává, že jejich první reakcí byl šok, zaskočení, překvapení, naprosté nechápání situace. Každý z respondentů si alespoň jednou položil otázku „proč já“, „proč se mi to děje“, tyto reakce zmiňuje ve své práci i výše zmíněna Ingrid Ťupová. 3 další respondenti odpověděli, že situaci „brali sportovně“, „vzali to jako hotovou věc“ a dodávají, že u nich k žádnému hroucení nedošlo. Tyto reakce by se daly přirovnat ke klidným reakcím, které Ťupová popisuje u svých dvou respondentů. Poslední zbylá respondentka jako jediná udává, že u ní nastal hysterický záchvat pláče, psychické zhroucení, pocit „že zešílí“. Takovouto reakci Ťupová v rámci svého průzkumu nezjistila, v mém průzkumu ale nebyla na druhou stranu zjištěna žádná agresivní reakce.

Druhá část průzkumné otázky je zaměřena na reakci rodiny na oznámení onkologické diagnózy jejich blízkého. 4 z 10 respondentů udávají, že první reakcí rodiny byl šok, ale následně si zvykli a nyní onemocnění berou relativně dobře. Další 2 respondenti uvedli, že jejich rodina brala sdělení diagnózy stejně, jako oni – „sportovně“, „jako hotovou věc“. 3 rodiny reagovaly špatně. Jednoho respondenta opustila partnerka (vlastní rodina brala onemocnění velmi špatně), druhou respondentku vlastní rodina neposlouchá a třetí respondentce její partner rodiny nevěří a nepomůže, a její vlastní rodina brala onemocnění dost špatně. Jeden respondent uvedl, že rodina reagovala na oznámení diagnózy hůře než on sám.

Několik respondentů se shodlo, že horší než obdržet samotnou onkologickou diagnózu, bylo sdělit tuto špatnou zprávu rodině, především rodičům a dětem. Respondenti měli strach, jak budou jejich blízcí reagovat. Kromě tří výše zmíněných jedinců či rodin, které tento psychický stres nevydrželi, nebo se mu nedokázali přizpůsobit, nakonec všechny rodiny po překonání prvotního šoku své blízké začali podporovat a začali jim pomáhat.

Pro rodinu a blízké v podstatě platí to samé, co pro nemocné. Po zjištění onkologické diagnózy blízkého člověka nastupuje šok. Nemocný se začíná léčit, mění se jeho role v rodině, což je otrěs pro celou rodinu. Rodina se se vším musí vyrovnávat. Někdy se snaží nemocného člověka chránit před negativními pocity a všichni se pro něj snaží „být silní“ a snaží se na sobě nedat znát strach. Podobné pocity může mít i pacient, který nechce pro rodinu zátěží. Je důležité své pocity sdílet. (Slavíková, Čadková Svejková, Chrdlová, 2018)

***Průzkumná otázka č. 2: Má pacient podporu ve své rodině a svých přátelích? Pokud ano, jakou?***

Při pohledu do literatury na téma podpora rodiny, rodinný stav a délka přežití lze zjistit, že otázkou vlivu rodinného zázemí na délku života onkologických pacientů se zabývá řada studií. Většina těchto studií došla k závěru, že pečující rodinné prostředí má pozitivní vliv na pacientovu prognózu. (Adam a kol., 2019)

Rodina a blízcí by měli vědět o délce rekonvalescence a podle toho jednat. Měli by pacienta chápat a podporovat ve chvílích, kdy si není jistý tím, zda něco zvládne. (Slavíková, Čadková Svejková, Chrdlová, 2018)

9 z 10 respondentů uvedlo, že je jejich vlastní rodina podporuje a pomáhá jim. Jako příklady pomoci uvedli, že jim rodina pomáhá s nákupy, vaří jim, jezdí s nimi k lékaři, na chemoterapii, pomáhají s úklidem a v domácnosti. Všech devět respondentů také zdůraznilo, že jim rodina pomáhá především psychicky, že se mají kde vypovídat a u koho si postěžovat, když je něco trápí. Jedna respondentka z těchto devíti zdůraznila, že ač jí pomáhá její vlastní rodina, partner, se kterým žije, jí nepodporuje vůbec, s ničím jí nepomůže a ignoruje její slabost. Opačnou zkušenost má jediná respondentka, která odpověděla, že její vlastní rodina selhala a nepomáhá jí, za to její partner, se kterým žije, jí se vším aktivně pomáhá a snaží se jí udržet v psychické pohodě.

Pouze 1 respondentka z 10 uvedla, že nemá vůbec žádné přátele. 9 ostatních potvrdilo, že mají alespoň jednoho přítele, na kterého se mohou spolehnout. Mají ve svých přátelích psychickou



oporu, často s nimi telefonují, někdy se vídají, přátelé jim pomáhají podobně jako rodina – s nákupy, cestami k lékaři apod.

Anna Pavlíková (2015) zkoumala ve své bakalářské práci s názvem „*Vliv onkologického onemocnění na prožívání pacienta*“ mimo jiné, zda rodina pomáhá pacientovi v překonání nemoci. Ze 100 pacientů (100 %) jí na otázku „Pomáhá Vám rodina v překonání Vaší nemoci?“ 48 % odpovědělo velmi mnoho, 39 % mnoho, 13 % středně a 0 % téměř vůbec nebo vůbec.

***Průzkumná otázka č. 3: Trpí pacient nežádoucími účinky léčby, nechutenstvím, bolestmi? Jak je těmito faktory ovlivněna jeho psychika?***

Nežádoucí účinky chemoterapie závisí na podaném léku. Některé nežádoucí účinky se vyskytují okamžitě, jiné jsou pozdní. Nejčastěji se vyskytuje nevolnost a zvracení, útlum krvetvorby, poškození sliznic, ztráta vlasů, alergie, neurotoxicita, nefrotoxicita, kardiotoxicita, flebitidy, poruchy gonád a febrilní reakce. Nádorová bolest je souhrnné označení pro řadu bolestivých stavů, kterými mohou onkologičtí pacienti trpět. (Vorlíček a kol., 2012)

Celé problematice žilních vstupů, nádorové bolesti a potíží s nechutenstvím se v teoretické části této práce věnuje kapitola 2.2.3 *Specifika v ošetrovatelské péči*.

Všichni respondenti bez výjimky uvedli většinou jako první nežádoucí účinek ztrátu vlasů a ochlupení. K dalším zmiňovaným nežádoucím účinkům patřila suchá kůže, vyrážky, defekty na sliznicích, plísňové infekce kůže a nehtů, neuropatie, alergie, zhoršení jiných onemocnění a v neposlední řadě nechutenství, nevolnost a zvracení.

Pouze 4 z 10 respondentů uvedli, že nemají problém s příjmem potravy a v rámci své léčby se s nechutenstvím, nevolnostmi nebo zvracením nesetkali. 6 respondentů se alespoň jednou během léčby setkali s pocitem nechutenství a nevolností. Jeden respondent měl kvůli výživě zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii. Respondenti udávali, že je tyto pocity obtěžují, protože nemůžou vařit, nemají na nic chuť, popřípadě necítí chuť a tím pádem se ani nedonutí k jídlu.

Dalším často zmiňovaným problémem byly žilní vstupy. Pouze 2 z 10 respondentů nezmínili problém s napichováním. Z 8 respondentů, kteří mají s napichováním žilních vstupů špatné zkušenosti, jsou 4 nositeli portu. Zbylí čtyři se svěřili, že často trpí i při odběrech krve a napíchnout periferní katétr se podaří ošetrovatelskému personálu až na třetí nebo čtvrtý pokus. Tito pacienti, kteří mají problém s napichováním vstupů zmínili, že už mají z jehel strach a dělá

se jim fyzicky špatně, kdykoliv vědí, že je čeká odběr nebo napichování kanyly. Následně se některým i dělají modřiny, které bolí ještě několik dní.

Pouze 4 z 10 respondentů odpověděli, že netrpí vůbec žádnými bolestmi v souvislosti s onkologickou léčbou. Žádný z respondentů však neodpověděl, že by bolesti byly nesnesitelné nebo špatně léčené. Pouze respondentka č. 5 používala opiátové náplasti, všem ostatním respondentům podle jejich slov stačily analgetika v tabletách nebo kapkách, popřípadě občasných injekcích.

Bolesti měly u dvou respondentek spojitost se zhoršením jiného onemocnění kvůli chemoterapii, jednalo se konkrétně o Crohnovu chorobu a atopický ekzém. K dalším bolestem patřily především bolesti břicha, spojené s nechutenstvím, nevolnostmi a zvracením po chemoterapii, bolesti v okolí nádoru po chemoterapii, bolesti žil, vpichů od jehel a následných modřin, a bolesti spojenými s nežádoucími účinky, jako jsou opakované záněty močového měchýře, záněty nehtů, kůže a sliznic. Podle respondentů tyto bolesti nijak výrazně jejich psychický stav neovlivňovaly.

Na potíže spojené s léčbou, zejména na nežádoucí účinky léčby se zaměřuje ve své bakalářské práci „Život člověka s onkologickým onemocněním“ Lucie Horáková (2008). Z 50 pacientů (100 %) jí 70 % odpovědělo, že trpí nežádoucími účinky léčby. U 20 pacientů to byly změny na trávicím traktu, u 14 změny ve vitalitě a u 12 změny v oblasti kůže, vlasů a ochlupení. Dále pacienti udávali změny v oblasti krku a dutiny ústní, změny na močovém ústrojí, změny v sexuálním životě a změny v obranyschopnosti organismu. Nádorovou bolestí trpělo pouze 8 % pacientů, tzn. 4 lidé z 50, a bolest byla farmakologicky odstranitelná.

#### ***Průzkumná otázka č. 4: Jak působí léčba na pacientovu psychiku? Trpí na pocity bezmoci nebo deprese?***

Odpovědi respondentů na otázku, jak léčba působí na jejich psychiku, byly velmi různé a téměř nikdy se úplně neshodovaly. Zatímco někteří respondenti odpovídali, že si přijdou téměř zdraví, věří díky léčbě ve stoprocentní v uzdravení anebo nad celou situací nepřemýšlí, nehroučí se z ní a berou situaci tak, jak je, jiní zmiňují, že mají strach, vadí jim vzhled, který se změnil díky nemoci i léčbě a nevědí, co dál čekat.

Pouze 1 z 10 respondentů uvádí, že pravidelně navštěvuje psychologa, a povídání s ním jí pomáhá. Jedna respondentka také sděluje, že si myslí, že by měla začít navštěvovat psychologa

nebo psychoterapeuta, protože se necítí psychicky dobře. Jeden respondent zmínil, že o vyhledání psychologické pomoci chvíli uvažoval, nakonec ale vše zvládl sám.

Anna Pavlíková (2015) ve své bakalářské práci v rámci svého průzkumu zjišťovala, zda pacienti využívají pomoc psychologa nebo psychiatra. Na otázku „Využíváte pomoc klinického psychologa nebo psychiatra pro lepší zvládnání onkologického onemocnění?“ jí ze 100 pacientů (100 %) odpovědělo 19 % ano a 81 % ne. Všichni pacienti, kteří využívali psychologickou pomoc, v následující otázce udávají, že pocítují zlepšení v prožívání svého zdravotního stavu ve spolupráci s psychologem nebo psychiatrem.

Na moji otázku, zda pacienti trpí pocity bezmoci, úzkosti, deprese nebo frustrace 5 respondentů odpovědělo, že se s takovými pocity nesetkávají vůbec, nebo si je nepřipouští. 5 zbylých respondentů tyto pocity zažívá pouze občas. Respondenti se shodli, že tyto pocity je přemáhají převážně v noci, když špatně spí, nebo když jsou sami, nemají, co na práci a nemají nad čím přemýšlet. Po zaměření se na nějakou činnost nebo konverzaci s blízkým/psychologem tyto pocity většinou pominou.

Žádný z respondentů se nesevřil, že by užíval, ať už pravidelně nebo nárazově, jakékoliv léky na psychiku (anxiolytika, antidepresiva...).

Antonín Sokol (2019) ve své bakalářské práci „*Souvislosti deprese, úzkosti a kvality života u onkologických pacientů*“ zjišťuje mimo jiné vztah náročnosti léčby s depresí a úzkostí, vztah mezi nimi však statisticky neprokázal.

Anna Pavlíková (2015) v rámci své bakalářské práce zjišťuje, zda mají pacienti v souvislosti s onkologickým onemocněním nějaké negativní pocity. Ze 100 pacientů (100 %) jí 22 % zvolilo odpověď „velmi intenzivně“ nebo „velmi“. 65 % pacientů odpovědělo, že tyto pocity prožívají středně, 13 % odpovědělo, že tyto pocity neprožívají téměř vůbec nebo vůbec.

#### ***Průzkumná otázka č. 5: Jaké má pacient způsoby, jak se vyrovnat se stresem? Jaké využívá strategie?***

Tato průzkumná otázka se zaměřuje na hlavní cíl práce.

Nejčastější způsob vyrovnání se se stresem byl pro 9 z 10 respondentů pobyt v přírodě. Často venkovní prostor navštěvovali s partnerem nebo se psem. Udávali, že pobyt na čerstvém vzduchu jim pomohl „vyvětrat hlavu“, utřídit si myšlenky a zahnat špatnou náladu. Pouze jedna respondentka se návštěvám venku vyhýbá, a to kvůli své agorafobii, avšak na malé procházky se psem chodí.

4 z 10 respondentů udávají, že když se cítí ve stresu, hodně jim pomáhá poslech oblíbené hudby. Stejný počet respondentů udává jako únik od stresu čtení knih. Jako další způsoby vyrovnání se se stresem nebo špatnou náladou pacienti udávali cvičení, povídání si s blízkými, úklid, práci vyžadující soustředění, hraní her, sledování filmů. Jeden respondent se jako „odreagování“ dokonce začal učit autoškolu.

Copingovými strategiemi se ve své magisterské diplomové práci s názvem „*Aspekty zvládnání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu*“ zabývá Kateřina Purová (2015). Zjistila, že pacienti v rámci strategií zvládnání stresu využívají sociální oporu, zaměření na pozitiva, ale i distancování a behaviorální nebo kognitivní vyhýbání.

Nejčastěji využívanými strategiemi mezi dotazovanými pacienty byla ventilace emocí a útok, tzv. „jít proti tomu“. Obě tyto strategie zmínila polovina respondentů. Respondenti, kteří se klonili ke strategii útoku byli od pohledu nebojácí a pozitivně naladěni. K dalším, dalo by se říct pozitivním strategiím, patřilo pozitivní myšlení a „žití dnem“, každou z nich zmínila jedna respondentka. Ke strategiím spíše negativním patřilo uchýlení se do ústraní, uzavření se a nemluvení o nemoci a nepřipouštění si. Tyto strategie využívají tři různí pacienti.

#### ***Průzkumná otázka č. 6: Jak se změnil pacientův život? Přehodnotil ho? Změnil priority?***

Lucie Horáková (2008) v rámci své bakalářské práce zjišťuje, jaké změny související s onkologickým onemocněním nastaly v životech dotazovaných pacientů. Odpovědi jsou rozděleny na více částí – stránku psychickou, fyzickou, sociální a ekonomickou. Ke změnám ve stránce psychické udávají pacienti jiný náhled na život, změny hodnot, změny nálad, strach, úzkost, uzavřenost, samotu. Fyzická stránka zahrnuje změny jako pohybové omezení a snížení fyzických sil. Ve stránce sociální je to změna role v rodině a stránce ekonomické snížený finanční příjem.

Na otázku, jak onkologické onemocnění změnilo pacientův život odpovědělo 5 z 10 respondentů, že se pro ně především změnilo to, že přišli o své zájmy, především se jednalo o sport. Stejný počet respondentů udává ztrátu zaměstnání kvůli onemocnění, 2 respondenti jsou v plném invalidním důchodu. Pro jednu respondentku byla větším zásahem do života opatření kvůli koronavirové pandemii. Pro jednoho respondenta se stala největším zásahem neplodnost a tím pádem nemožnost mít kdykoliv vlastní potomky. Jeden respondent uvedl, že se pro něj nezměnilo vůbec nic.

Co se týče změny hodnot, 8 z 10 respondentů se shodlo na tom, že přehodnotili priority a změnili si hodnoty v životě. Pouze 2 respondenti odpověděli, že se u nich nic zásadního nestalo a jejich pohled na život ani hodnoty se nijak nezměnili.

Přehodnocení priorit se týkalo především umírnění stresu. Dva respondenti chtějí svůj život změnit úplně od základu, další se chtějí méně stresovat, méně pracovat a „honit“ se za penězi, více se o sebe starat. Zároveň tito respondenti udávají, že přehodnotili své priority – nebudou na nic spěchat, nebudou dělat věci jen proto, aby se někomu zavděčili, postaví sebe na první místo, budou si plnit sny, více si užívat života a nebudou už na nic čekat.

Změnám hodnot u onkologických pacientů se věnuje Hana Řebíčková (2009) ve své diplomové práci s názvem „*Ta nemoc mi změnila život: Změny životních postojů a hodnot u onkologických pacientů i jejich blízkých*“. Dle jejích poznatků se u všech informantů změnila hodnoty po vzniku onemocnění. Pacienti popisují, že věci, které pro ně dříve byly důležité, už nejsou na prvním místě. Práce už pro ně není to nejdůležitější, chtějí trávit více času s rodinou, více odpočívat a více si užívat života. Jsou vděční za život, chtějí se soustředit jen na důležité věci a chtějí více myslet na sebe.

## 6 ZÁVĚR

V bakalářské práci bylo dosaženo hlavního cíle, kterým bylo zjištění strategií, které pacienti využívají ke zmírnění stresu. Všechny tyto strategie a způsoby byly vypsány a srovnány s podobným výzkumem. Samozřejmě každý člověk je jiný, proto nelze čekat, že se všechny průzkumy doberou stejného výsledku. Ve finále ale bylo zjištěno, co pacientům pomáhá a jaké volí nejen intrapsychické způsoby zbavení se stresu, ale zároveň, jaké jim k tomu pomáhají aktivity. K nejčastějším strategiím patřilo ventilování emocí a útok proti nemoci, k aktivitám patřilo především chození do přírody, čtení knih a poslech hudby.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaký vliv má rodina a přátelé na pacientovo zvládnání situace. Většina pacientů se shodla na tom, že jim rodina, ať už vlastní nebo nevlastní, pomáhá nemoc a léčbu zvládnout především psychicky. U respondentky, u které selhala vlastní rodina, byl znát negativní postoj k životu a k budoucnosti. Toto se ale nevyskytovalo u respondentů, které kvůli nemoci sice opustili partneři, ale vlastní rodina jim zůstala. Dle mého názoru je spojitost mezi dobrými vztahy v pokrevní rodině a zvládnáním onemocnění.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaká byla reakce pacienta a jeho rodiny na sdělení onkologické diagnózy. Přes polovinu respondentů uvedlo, že jejich reakcí byl šok, menší část respondentů odpověděla, že tuto zprávu o své diagnóze brali jako hotovou věc. Rodiny reagovaly podobně, méně, než polovina reagovala šokem, další část brala diagnózu stejně jako pacient – jako hotovou věc. Poslední část rodinných příslušníků brala tuto zprávu špatně. Nedá se úplně říct, že by byla spojitost mezi reakcí pacienta a jeho rodiny. Zatímco někdy se reakce pacienta a jeho rodiny shodovaly, jindy bral pacient onemocnění v klidu a jeho rodina se psychicky zhroutila.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak léčba ovlivňuje psychiku pacienta. V tomto případě se odpovědi respondentů téměř neshodovaly a byly velmi rozdílné. Zatímco někteří pacienti odpověděli, že věří v uzdravení, jiní měli díky léčbě strach. Pocity bezmoci a úzkosti se u respondentů vyskytovaly pouze občasné a žádný z respondentů nebyl na trvalé psychiatrické medikaci.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jak specifika objevující se v péči o onkologického pacienta ovlivňují pacientovu psychiku. Do této části byly zařazeny dotazy směřující na bolest, nechutenství, nežádoucí účinky léčby a žilní vstupy. Každý respondent se setkal alespoň s jedním nežádoucím účinkem léčby. Tyto odpovědi se hodně lišily v závislosti na délce léčby. Přes polovinu respondentů se alespoň jednou setkalo s nechutenstvím a nevolnostmi, pouze

jedna pětina pacientů nemá problém s žilními vstupy a více než polovina se setkala s bolestmi v rámci léčby. Pouze jedna pacientka podstupovala léčbu bolesti opiátovými náplastmi. Na psychický stav měly vliv především nepříjemné nežádoucí účinky a nezdařené napichování žilních vstupů, které u několika pacientů vyvolalo strach z jehel a nevolnosti při vědomí, že dojde k odběru krve nebo zavedení žilního vstupu.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, jak se pro onkologické pacienty změnilы hodnoty oproti stavu před nemocí. Pouze jedna pětina pacientů své hodnoty nijak nezměnila. Zbylé čtyři pětiny udávají změnu priorit, především chtějí stavět sebe na první místo a méně se stresovat.

Z uvedených cílů je viditelné, že dotazovaní pacienti se shodli na důležitosti rodinné podpory pro jejich psychický stav.

Co se strategií zvládání stresu týče, muži volili více uzavření se a nemluvení o nemoci, zatímco ženy šly více „do boje“ a byly více útočné proti nemoci.

Co se doporučení pro praxi týče, dle mého názoru by měl být kladen větší důraz na žilní vstupy. Onkologičtí pacienti často trpí na problémy se zavedením žilních vstupů a odběry krve. Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že se lékaři často dlouho zdráhají zavedení podkožního portu. Jak je z výsledků znatelné, opakované narušování periferních žil mají pacienti spojené s bolestí nejen při opakovaných vpíších, ale následně i s bolestí zvazivovatělých žil, a na to nasedajícím strachem z jehel. Téměř všichni respondenti se shodli, že zaváděný periferního žilního katétru nebo odběr krve pro ně je nebo býval (před zavedením portu) stresující situace, některým se jen při vědomí, že je čeká odběr krve, dělalo fyzicky zle.

Dále by v praxi měl být kladen větší důraz na psychologickou pomoc nejen pro pacienta, ale zároveň i pro jeho rodinu, na kterou, mám pocit, se často zapomíná. Z rozhovorů s pacienty bylo zjištěno, že rodina pacienta někdy přijme jeho onkologickou diagnózu hůře než samotný pacient, a těžko se s ní vyrovnává. Proto by rodinám měly být nabídnuty stejné možnosti psychologické pomoci jako samotnému onkologickému pacientovi. A nezáleží na tom, zda se jedná o pacienta v kurativní nebo paliativní léčbě, protože psychické obtíže se u rodinných příslušníků (i samozřejmě samotných pacientů) mohou vyskytovat kdykoliv.

Dnešní doba je velmi uspěchaná a plná stresu. Závěrem této práce bych chtěla zmínit, že by si každý měl vážit svého zdraví, svých blízkých a své hodnoty a priority by měl mít každý seřazené bez toho, aby ho k tomu donutilo závažné onemocnění. Každý by si měl také bez ohledu na to, zda je či není nemocný, najít svoje strategie a způsoby, jak se se stresem vyrovnat.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Praxis der Psychoonkologie, psychoedukation, Beratung und Therapie.*: Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & CO.Kg, Germany.

ANTOŇÁKOVÁ NĚMČÍKOVÁ, Andrea a Eva BEDNÁROVSKÁ. *Katétrové infekce krvného prúdu – vieme o nich všetko? Klinická onkologie*. 2017, roč. **30**, č. 6.

BENCOVÁ, Viera. *Komunikácia ako súčasť suportívnej terapie v onkológii. Klinická onkologie*. 2013, roč. **26** č. 3, 197.

BOHATÁ, Šárka. *Význam magnetické rezonance u nádorů rekta*. *Onkologie*, 2017, roč. 11, č. 2, str. 61-65.

ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed. *Interna*. 2., aktualizované vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.

DERMIME S (2013) *Cancer Diagnosis, Treatment and Therapy. J Carcinogene Mutagene* S14: 007. doi:10.4172/2157-2518.S14-007

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

HORÁKOVÁ, Lucie. *Život člověka s onkologickým onemocněním*. Pardubice, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Blažena Beránková.



JANKE, W. & ERDMANN, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78* (1.vyd.). Praha: Testcentrums.r.o.

JEDLIČKOVÁ, Hana, Samuel VOKURKA, Radovan VOJTÍŠEK a Anna MALEČKOVÁ. *Alopecie a poškození vlasů indukované onkologickou terapií. Klinická onkologie*. 2019, roč. **32**, č. 5.

KASSIN, Saul M. *Psychologie*. 2. vyd. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ, přeložil Veronika SOBOTKOVÁ, přeložil Helena ŠOLCOVÁ. Brno: CPress, 2012. ISBN 978-80-264-0074-5.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání, Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LEJČKO, Jan. *Současné možnosti léčby nádorové bolesti. Urologie v praxi*. 2018, **19**(5).

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAŇÁSEK, Viktor, Renata SOUMAROVÁ, Lucie KOCIÁNOVÁ a M. MAŇÁSKOVÁ. *Žilní vstupy v onkologii. Klinická onkologie*. 2012, roč. 25, č. 1.

MAŇÁSEK, Viktor. *Extravazace cytostatik – prevence a doporučené postupy. Klinická onkologie*. 2016, roč. **29**, č. 2

NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5103-3.

OTÁHAL, Pavel a Marek TRNĚNÝ. *Současné možnosti imunoterapie nádorových onemocnění. Klinická onkologie*. 2015, roč. 28, č. 3, 7. Dostupné z: doi:10.14735/amko20153S105

PAVLÍKOVÁ, Anna. *Vliv onkologického onemocnění na prožívání pacienta*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Katarína Bielaková.

PICC line Nursing. VASCULAR ACCESS MANAGEMENT. *PICC line Nursing* [online]. 2020 [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: <https://picclinenursing.com/iv-access.html>

PROVAZNÍKOVÁ, Hana a Radmila KONKOLOVÁ. *Postoj k dispenzarizaci a zvládnání stresu u pacientů dlouhodobě sledovaných pro diagnózu melanom. Praktický lékař*. 2009, **89**(1), 22-25.

PUROVÁ, Kateřina. *Aspekty zvládnání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu*. Olomouc, 2015. Magisterská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Marie Marečková.

ROSEN, Ryan D. a Amit SAPRA. *TNM Classification* [online]. 16.4.2020 [cit. 2020-10-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>

ŘEBÍČKOVÁ, Hana. *Ta nemoc mi změnila život: Změny životních postojů a hodnot u onkologických pacientů i jejich blízkých*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce Tomáš Dvořáček.

SINHA Tarini. *Tumors: Benign and Malignant. Canc Therapy & Oncol Int J*. 2018; 10(3): 555790. DOI:10.19080/CTOIJ.2018.10.555790.

SLAVÍKOVÁ, Šárka, Michaela ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ a Michaela CHRDLOVÁ. *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*. 3. doplněné vydání. Praha: Amelie, z.s. 2018.

SOCHOR, Marek, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Časná integrace paliativní péče do standardní onkologické péče – benefit, limitace, bariéry a druhy paliativní péče*. *Klinická onkologie*. 2015, 28(3), 171-176.

SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, ed. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

SOKOL, Antonín. *Souvislosti deprese, úzkosti a kvality života u onkologických pacientů*. Brno, 2019. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce Dalibor Vobořil.

ŠIŠLÁKOVÁ, Lenka. *Intravenózní port a jeho využití v onkologické léčbě*. *Linkos* [online]. 21. 4. 2011 [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/intravenozni-port-a-jeho-vyuziti-v-onkologicke-lecbe/>

ŽUPOVÁ, Ingrid. *Reakce a chování pacienta po sdělení závažné diagnózy: individuální kvalita života pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Martin Kupka.

VAN LAARHOVEN, Hanneke, Johannes SCHILDERMAN, Gijss BLEIJENBERG, Rogier DONDEERS, Kris VISSERS, Constans VERHAGEN a Judith PRINS. *Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting*. *Cancer Nursing* [online]. 2011, 34(4) [cit. 2021-01-24]. doi:10.1097/NCC.0b013e3181f9a040

VITÁSEK, Jaromír. *Vliv onkologického onemocnění na psychiku člověka*. Olomouc, 2012. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Martin Kupka.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Lenka ŠMARDOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *CHEMOTERAPIE A VY: Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5. přepracované a doplněné vydání. Praha: Masarykův onkologický ústav ve spolupráci se společností MEDICAL TRIBUNE CZ, 2013. ISBN 978-80-87135-51-8.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

## **8 PŘÍLOHY**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Příloha A – Otázky k rozhovoru..... | 83 |
|-------------------------------------|----|

## 8.1 Příloha A – otázky k rozhovoru

Kolik Vám je let a jaká je Vaše základní diagnóza?

Je nádor někde rozšířen? Máte někde metastáze?

Povězte mi prosím stručný příběh, jak a kdy se na nemoc přišlo a v jakém stádiu léčby se nyní nacházíte.

Jaká byla Vaše reakce při oznámení onkologické diagnózy?

Jak reagovala Vaše rodina na oznámení Vaší onkologické diagnózy?

Jakým způsobem Vám Vaše rodina pomáhá zvládat onkologické onemocnění a léčbu?

Jakým způsobem Vám Vaši přátelé pomáhají zvládat onkologické onemocnění a léčbu?

Trpíte bolestmi v souvislosti s onkologickou léčbou?

Trpíte bolestmi v souvislosti s jiným onemocněním?

Trpíte nechutenstvím?

Máte potíže spojené s léčbou, jako jsou nežádoucí účinky léčby nebo problémy s žilními vstupy?

Jaký vliv má léčba na Vaši psychiku?

Míváte pocity bezmoci, úzkosti, deprese, frustrace? Pokud ano, jak často a co na ně má vliv?

Máte nějaké způsoby, jak se vyrovnat se stresem?

Jaké strategie zvládání Vám nejvíce pomáhají?

Jak zasáhlo nádorové onemocnění do Vašeho dosavadního života, jak moc ho změnilo?

Změnil se nějak Váš pohled na život? Změnily se nějak Vaše priority nebo hodnoty?