

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Bio-psycho-sociální potřeby u onkogynekologických pacientek

Bc. Jana Kvapilová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

Prague College of Psychosocial Studies



Biopsychosocial Needs of Oncogynecology Patients

Bc. Jana Kvapilová

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

Praha 2011

ANOTACE

Tato diplomová práce se věnuje otázkám spojeným s bio-psycho-sociálními potřebami onkogynekologických pacientek. Po stručném vymezení pojmů se podává přehled historie vnímání rakoviny obecně, zmiňují se faktory spojované s jejím vznikem, sociální proměnné u pacientů a problematika bolesti, která je u onkologicky nemocných specificky výrazným aspektem. Teoretická část práce pokračuje dále přehledem onkogynekologie, neopomíjí hierarchií potřeb podle A. H. Maslowa a jejich změn v důsledku onemocnění, dále pak se věnuje průběhu nemoci z hlediska jejího prožívání podle rozdělení do fází dle Kübler-Rossové. Významný je též vliv nemoci na psychiku žen včetně možností a cílů krizové intervence.

Praktickou část tvoří výzkum zaměřený na pacientky s onkogynekologickým onemocněním. Cílem autorky bylo zmapovat prožívání nemoci během hospitalizace, uspokojování potřeb pacientek, spokojenost s komunikací a vztahem mezi nimi a zdravotnickým personálem a jejich požadavky na zvýšení psychické podpory během hospitalizace.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bio-psycho-sociální potřeby, onkogynekologie, krizová intervence, psychoterapie

ABSTRACT

This thesis deals with issues related to biopsychosocial needs of oncogynecology patients. After concise definitions, history of perception of cancer in general is summarized, followed by factors associated with its development, social variables applicable to the patients and pain management, which constitutes a specifically substantial aspect with oncology patients. The theoretical portion of the work then continues with an overview of oncogynecology, afterwards mentions A. H. Maslow's need hierarchy and its adjustment as a result of illness, then discusses coping with the disease in terms of stages according to Kübler-Ross. The impact of illness on the mental health of women is also important, including the options and objectives of crisis intervention.

The applied part consists of a research focused on oncogynecology patients. The author strived to achieve understanding of the experience with the illness during stay in the hospital, accommodation of needs of the patients and their satisfaction with communication and relationship between the patients and medical staff members, and interest in increased psychological support during hospitalization.

KEY WORDS

Biopsychosocial needs, oncogynecology, crisis intervention, psychotherapy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výlučně s využitím pramenů a literatury uvedených v připojeném seznamu.

V Praze dne 31. 8. 2011

.....

Jana Kvapilová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce, MUDr. Olze Dostálové, CSc., za její odborné vedení a vstřícný přístup při poskytování konzultací.

OBSAH

Úvod	8
1 Vymezení pojmů	9
1.1 Pojmy: zdraví, nemoc	9
1.2 Pojmy: potřeba, bio-psycho-sociální pojetí, holismus	9
1.3 Pojem: zhoubný (maligní) nádor	11
1.4 Pojem: bolest	12
1.5 Pojem: psychoonkologie	12
2 Faktory vzniku rakoviny a bolesti	13
2.1 Historie vnímání rakoviny	13
2.2 Intrapsychické proměnné	14
2.2.1 Osobnost pacienta	15
2.2.1.1 Osobnost typu C	16
2.2.1.2 Depresivní osobnost	18
2.2.1.3 Proces truchlení	18
2.2.1.4 Zvládání zátěže (coping) a stres	19
2.3 Sociální proměnné	19
2.3.1 Druhy sociální opory	19
2.3.2 Rodina nemocného	21
2.4 Bolest u onkologicky nemocného	24
2.4.1 Hodnocení bolesti	25
2.4.2 Bolesti onkologicky nemocných	26
2.4.2.1 Příčiny bolesti	27
2.4.2.2 Diagnóza bolesti	27
2.4.2.3 Léčba bolesti	28
3 Onkogynekologie	30
3.1 Stručný přehled anatomie gynekologických orgánů	30
3.1.1 Vnější pohlavní orgány	30
3.1.2 Vnitřní pohlavní orgány	30
3.2 Typy nádorů gynekologických orgánů	32

3.2.1 Zhoubné nádory vulvy	32
3.2.2 Zhoubné nádory pochvy	32
3.2.3 Zhoubné nádory děložního hrdla (cervixu)	33
3.2.4 Zhoubné nádory děložního těla (endometria)	34
3.2.5 Zhoubné nádory vaječníků a vejcovodů	35
3.2.6 Choriokarcinom	35
4 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa	37
4.1 Historie	37
4.2 Základní pojmy teorie motivace	37
4.2.1 Potřeby jednotlivých vývojových období	38
4.3 Hierarchicky organizovaný systém potřeb	39
4.3.1 Nižší potřeby	39
4.3.2 Vyšší potřeby	39
4.4 Změna základních psychických potřeb v nemoci	40
5 Průběh nemoci	43
5.1 Reakce na nemoc	43
5.2 Prožívání nemoci v čase	45
5.2.1 Fáze šoku	45
5.2.2 Fáze hněvu	46
5.2.3 Fáze smlouvání	48
5.2.4 Fáze adaptace	48
5.2.5 Fáze smíření, vyrovnání se	49
6 Vliv nemoci na psychiku ženy a možnosti psychoterapie	51
6.1 Identifikace s ženskou rolí	51
6.2 Vliv fyzických změn na psychiku ženy	52
6.3 Krizová intervence u onkologicky nemocných	55
6.3.1 Cíle psychologicko-psychoterapeutické intervence u onkologicky nemocných	55
7 Praktická část – výzkum u onkogynekologicky nemocných	59
7.1 Cíle, definování výzkumného problému, hypotéz a otázek, typ výzkumu	59
7.2 Materiál a metodika	60

7.3 Použité metody	62
7.4 Průběh výzkumu.....	64
7.5 Výsledky.....	64
7.5.1 Kvalita života před onemocněním a fáze dle Kübler-Rossově při nástupu léčby	64
7.5.2 Obtíže během hospitalizace, řešení fyzické bolesti a psychická pomoc ze strany zdravotnického personálu	67
7.5.3 Psychická opora během hospitalizace	70
7.5.4 Sexuální otázky související s onemocněním	73
7.6 Diskuse a závěr k praktické části práce.....	75
Závěr	79
Seznam použité literatury a pramenů	81
Příloha	

ÚVOD

Onkogynekologická onemocnění postihují ženy obvykle v nejproduktivnějším období a jejich nemoc má zásadní dopad na všechny oblasti jejich života. Zároveň výskyt těchto onemocnění v populaci stále stoupá. Samotná léčba v České republice je srovnatelná s ostatními zeměmi vyspělého světa, ale koordinace práce se souvisejícími oblastmi může často pokulhávat. Jedná se zejména o edukaci, prevenci a rovněž o téma této práce, tedy bio-psycho-sociální potřeby onkogynekologických patientek a jejich uspokojování během hospitalizace.

Řadu let jsem pracovala na gynekologických odděleních nejdříve Fakultní nemocnice Na Bulovce a poté Nemocnice na Homolce. Pravidelně jsem se tak setkávala s pacientkami, které podstupovaly onkologickou léčbu. Nemohla jsem si nevšimnout, jak hluboce kombinace jejich onemocnění a nemocničního prostředí působí na jejich psychiku, jak obrovské zátěže jsou – většinou zcela nečekaně – vystaveny. Snažila jsem se tedy usnadnit jim co nejvíce jejich situaci a nalézt k nim cestu a opakovaně jsem si potvrzovala, že jakmile zaregistrovaly skutečný zájem ze strany zdravotníka, velice rychle se otevřely.

Tématu této práce jsem se tedy snažila využít k tomu, abych si, mimo jiné, ověřila svá pozorování a jejich výsledky, ke kterým jsem časem dospěla. Tyto jsem použila jako východisko.

Diplomová práce sestává z teoretické a praktické části, kdy teoretická část se skládá ze šesti kapitol a část praktická je tvořena nejrozsáhlejší sedmou kapitolou. V první kapitole definuji nejčastěji používané pojmy. Druhá kapitola se zabývá faktory vzniku rakoviny a léčbou bolesti u onkologicky nemocných. Stručný přehled onkogynekologie, který nabízí teoretický základ pro zbývající části práce, tvoří třetí kapitolu. Ve čtvrté a páté kapitole se věnuji Maslowově hierarchii potřeb a dopadům nemoci na změny pořadí hodnot v této hierarchii a též adaptaci patientek na nemoc, tak jak procházejí jednotlivými fázemi dle Kübler-Rossové. Na základě tohoto specificky ženského onemocnění jsem se zaměřila na vliv nemoci na ženské sebepojetí a psychiku obecně, a na možnosti, které v této souvislosti nabízí psychoterapie.

Konečně vyústění práce spatřuji v sedmé kapitole, kde jsem se pokusila o potvrzení (či vyvrácení) určitých hypotéz, jak jsou uvedeny v předmětné kapitole, jejichž centrálními tématy jsou vnímání hospitalizace pacientkami, léčba fyzické bolesti a poskytování psychické podpory zdravotnickým personálem.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Pojmy: zdraví, nemoc

Zdraví je podle definice Světové zdravotnické organizace "... stav dokonalé tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady" (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 487).

"Zdraví je souhrn vlastností organismu, které jsou schopny se vyrovnávat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, aniž jsou narušeny fyziologicky důležité funkce" (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 701). U zdravého člověka je soulad ve vzájemném působení organismu a prostředí.

Nemoc (*morbus, nosos, pathos*) je porucha zdraví. Je to "stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho rovnováhu a řádné fungování" (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 301-302). Na základě poruchy funkce a struktury orgánů - se objevují příznaky příslušné nemoci.

"Nemoc je obvykle zjistitelná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Podle časového průběhu rozeznáváme: počáteční období prepatogeneze, časnou patogenezi (latentní, popř. asymptomatická fáze nemoci), rozvinutou patogenezi a ukončení nemoci (vyléčením, přechodem do chronické fáze nebo smrtí). Můžeme také říci, že nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím" (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 345).

Podle průběhu se nemoc dělí na akutní nebo chronickou. "Nemoc může být chápána také jako upozornění, jako protest, který vysílá varovné signály např. "zpomal"" (CHROBÁKOVÁ aj., 1993, s. 742).

1.2 Pojmy: potřeba, bio-psycho-sociální pojetí, holismus

Potřeba je projevem určitého nedostatku, situací kdy něco chybí, a existuje zde zájem na jeho odstranění. "Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj" (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 76).

V termínu potřeba nabývá prioritu jednota vnitřního s vnějším, se světem okolo nás, kdy každá potřeba je potřebou něčeho v tomto okolním prostředí. Lidské potřeby se vyvíjejí a kultivují, nejsou nehybné jako pudy a instinkty, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí (TRACHTOVÁ aj., 1999).

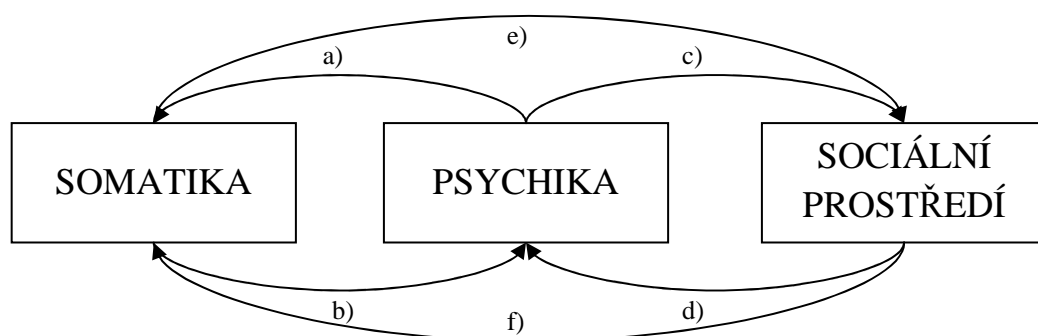
Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory, potřeby.

Bio-psycho-sociální pojetí člověka přistupuje k člověku jako k celku, jakožto určitý protiklad k analýze pouze částí a procesů (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 9).

Ze schématu bio-psycho-sociálního modelu nemoci (viz obr. č. 1) vyplývá, že:

- a) dlouhodobá psychická zátěž, závažný stres může být jednou z příčin nebo faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění;
- b) i banální onemocnění je provázeno negativními emocemi; pokud onemocníme, či máme-li se dokonce podrobit operačnímu zákroku, ztrácíme půdu pod nohama, prožíváme strach, úzkost;
- c) negativní psychické stavy, mezi něž řadíme strach, napětí, úzkost v mezilidských situacích, vedou k sociální izolaci, při překročení určité míry pak k vyhýbání se kontaktu s lidmi, tehdy mluvíme o sociální fobii;
- d) sociální izolace, opuštěnost člověka může být příčinou vzniku negativních emocí - strachu, úzkosti, hněvu, hostility;
- e) nemocný člověk (handicapovaný, či jinak těžce nebo dlouhodobě nemocný, tedy i nemocný s onkologickým onemocněním) žije často sám, v sociální izolaci, mluvíme také o sociální smrti; a
- f) prostředí, ve kterém člověk žije - životní i sociální, ovlivňuje přímo nebo zprostředkovaně zdravotní stav člověka; podle autorky je dokázáno, že lidé žijící osamoceni dříve umírají.

Obr. č. 1. Schéma bio-psycho-sociálního modelu nemoci



Převzato z TRACHTOVÉ (1999, s. 9)

Holismus (odvozeno z řeckého slova, znamená celek). Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky v interakci. Tedy celek je více než součet jejich částí. Každá porucha jedné z jeho částí je poruchou celého systému. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že musíme brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Celostní pohled na živé bytosti včetně člověka představuje neredukované chápání lidské bytosti, odpovídá bio-psycho-sociálnímu modelu zdraví a nemoci (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 9).

1.3 Pojem: zhoubný (maligní) nádor

Zhoubný (maligní) nádor je "patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle ... při svém růstu ničí okolní tkáň, zakládá dceřiná ložiska (metastázy) a má rovněž celkové účinky na organismus. ... Nádory mohou vzniknout v jakékoliv tkáni a orgánu, přičemž nejčastěji jsou v oblastech, kde dochází i za normálních okolností ke značnému množení buněk či k jejich stimulaci" (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 297).

Profesor Heřman Šikl definoval nádor jako "místní výstřelek tkáňového růstu nedostatečně regulovaný, tedy více méně autonomní, a vymykající se postulátu celovztáženosti (integrity) organismu" (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1993, s. 19).

Nádory se označují koncovkou *-om* a nazývají se podle tkáně, z níž vznikají. Zhoubné nádory připomínají svým mikroskopickým vzhledem nezralé tkáně (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 297). Zhoubné nádory vycházející z epitelu (tj. buněk kůže nebo sliznic) se nazývají karcinomy. Zhoubný nádor z pojivových tkání (např. z kostní buňky) nebo ze svalové buňky se nazývá sarkom. Tento termín se užívá také pro některé zhoubné nádory periferních nervů (neurogenní sarkom). Nádory z mízních uzlin se nazývají lymfomy.

Primární nádor je nádor vzniklý prvotně v určitém orgánu, jako sekundární nádor určitého orgánu se označují metastázy.

Metastáza vzniká šířením nádorových buněk krví (hematogenní metastáza), lymfou (lymfogenní metastáza), nebo vzniknou tzv. implantační metastázy v okolí nádoru např. usazením nádorových buněk na pobřišnici nebo jiných blanách vystýlajících tělní dutiny (DOSTÁLOVÁ, 1993).

1.4 Pojem: bolest

Bolest je podle Světové zdravotnické organizace *"nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní"* (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 125).

1.5 Pojem: psychoonkologie

Psychoonkologií nazýváme v medicíně interdisciplinární pracovní oblast, která se zabývá psychosomatickými, somatopsychickými a psychosociálními aspekty onkologického onemocnění. Pro nemocné a jejich blízké je maligní onemocnění skutečnou psychosociální zátěží (KAPPAUF a DIETZ, 1996).

Psychoonkologie se tedy zabývá sociálními a psychickými faktory a vzorci chování, které ovlivňují nemocnost nádorovým onemocněním a mortalitu na toto onemocnění – to jsou psychosomatické aspekty. Dále se zabývá přímým vlivem maligního onemocnění nebo jeho terapie na vyšší nervové funkce, což lze nazvat jako somatopsychické aspekty. Posléze vzbuzuje pozornost i způsob, jak se pacienti, rodinní příslušníci a ošetřující personál vyrovnávají s nádorovým onemocněním ve všech jeho stádiích, což se nazývá psychosociální aspekt (TSCHUSCHKE, 2004).

2 FAKTORY VZNIKU RAKOVINY A BOLESTI

2.1 Historie vnímání rakoviny

Pokusy o celostní přístup k nemocnému se projevovaly již ve starověku, nicméně nelze ještě hovořit o psychosomatické medicíně v dnešním pojetí, protože úroveň poznání byla příliš nízká (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 103).

Poprvé zvířecí metaforu raka jako označení pro toto onemocnění použil řecký lékař Galén [131 - 210 n.l.], který si údajně všiml, že ženám s karcinomem prsu se na prsou objevuje obraz podobný rakovi. Vnitřní zhoubný buněčný růst, který je s onemocněním spojen, je v této metafoře kvazipersonifikován. Chápe se jako protivník, jako zlo (lépe zločinec). Tschuschke v této souvislosti cituje Meinholda: *"Najednou se objeví tam, kde se všechno zdá být v pořádku, nepochopitelný ve své podstatě průběhu, odpůrce života, jako tělesné zlo, které se přeneslo ze středověku, až do nejnovějšího vydání katechismu"* (cit. dle TSCHUSCHKE, 2004, s. 14). Galénos pozoroval, že melancholické ženy onemocní častěji rakovinou prsu, než ženy sangvinické (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1993, s. 103).

Ve starověku se objevovala tvrzení, že rakovina je způsobena "černou žlučí" nebo "melancholií", či duševní nerovnováhou jedince. Hippokrates [460 - 370 př. n. l.] rozděloval nemoci do tří kategorií a původ nemoci popisoval jako prevalenci zvláštních šťáv v těle (krev, hlen, žlutá a černá žluč).

Jak podle Tschuschkeho působivě uvádí Schwarz v r. 1994, v jednotlivých historických obdobích bylo pojetí nádorových onemocnění velmi podobné, zejména pojetí rakoviny jako onemocnění, jehož manifestní podobě předchází psychická zátěž nebo psychické přetížení organismu. Zatímco v dobách průmyslové revoluce se jednalo o přetížení, později se do souvislosti s propuknutím onkologického onemocnění dávaly depresivní stavy (cit. dle TSCHUSCHKE, 2004).

Při hledání psychosomatických příčin rakoviny byla tedy teorie fyzicko – psychické koincidence vystřídána osobnostní teorií, která se nakonec za použití stejných pojmů změnila v model přetížení organismu, aby se v literatuře posledních padesáti let objevila opět jako osobnostní teorie přecházející v pojem "nádorové" osobnosti.

Gendrom zase v roce 1701 napsal, že to, co vyvolává rakovinu, je strach a hluboký žal. Guy v roce 1759 tvrdil, že ženy s hysterickými a nervovými potížemi jsou daleko víc vystavené možnosti onemocnět rakovinou, ještě větší měrou však otupělé a melancholické

ženy, které prožily hodně katastrofálních situací spojených s bolestnými zážitky (cit. dle TSCHUSCHKE, 2004)

Walshe (1846) uvedl zcela bez rozpaků, že "duševní útrapy, náhlé rány osudu a přežívající trdomyslnost" způsobí "chybné inervace", které pak opět podněcují vývoj zhoubných nádorů (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1993, s. 103).

V roce 1893 Snow zjistil, že v jeho souboru 250 nemocných různými nádory mělo 62 % postižených v anamnéze ztrátu rodičů. Další objev – nenáhodně vysoký počet případů tumoru prsu či uteru se objevil bezprostředně po emoci depresivního charakteru (cit. dle BOLELOUCKÉHO, 1999).

V roce 1926 vyšetřovala Elida Evansová psychoanalytickými metodami 100 pacientů s rakovinou, kde zjistila, že blíže neurčenou dobu před vznikem nádoru ztratili nebo přerušili citový vztah, na který byli výrazně fixováni. Bahnsen aj. v r. 1967 zjišťovali typ osobnosti a obranné mechanismy u pacientů s rakovinou ve srovnání s různými jinými skupinami probandů. Jednalo se o pacienty po vážné operaci, po dopravních nehodách a o zdravé lidi. Pacienti s rakovinou více než jiní popírali a potlačovali nepříjemné a sociálně nežádoucí pocity (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1993, s. 103).

2.2 Intrapsychické proměnné

Role psychologických faktorů v ovlivnění vývoje onkologického onemocnění byla přehodnocena Aderem aj., kteří zkoumali vztah mezi mozkiem, imunitním a endokrinním systémem, čímž se zabývá neuropsychoimunologie. Studie vztahu stresu a modulace imunitní odpovědi u zvířat vyvolaly obdobné studie u pacientů. Zjistilo se, že vůle přežít nádorové onemocnění u nich stimulovala zájem zvýšit aktivitu imunitního systému a tím i schopnost těla kontrolovat růst tumoru. Tedy usoudilo se, že faktory související s emocionalitou mohou ovlivňovat délku přežití. Psychologické faktory, o kterých je hypoteticky uvažováno jako o rizikových vzhledem ke vzniku onemocnění, mohou zřejmě formou individuálního stylu zpracování nemoci (*copingu*) ovlivňovat i dobu přežití (ADER aj., 2000).

Podle HOLLANDOVÉ a ROWLANDOVÉ (1989) se proto zdá být logičtější přistupovat k psychosociálním proměnným jako k promotoru maligního buněčného dělení již dříve zasažených buněk než jako k iniciátoru maligního procesu. Víme, že časový odstup mezi započatím neoplastického procesu a samotným klinickým projevem nádorového

onemocnění je značný a tedy vysvětlení stresových událostí jakou spouštěče procesu by bylo zjednodušující.

Podle Hürnyho jsou příčiny maligních neoplastických procesů v současnosti i přes rozsáhlý a intenzivní výzkum téměř neznámé. Přesto se považuje za nemožné, že by za vznik rakoviny byl odpovědný pouze jeden faktor. V souladu s dnešními vědeckými poznatky musíme hovořit o multifaktorovém vzniku onemocnění, kde navzájem neznámým způsobem interaktivně nebo kumulovaně spolupůsobí vlivy životního prostředí (záření, viry, karcinogeny), psychosociální faktory (stres, vzorce chování), imunitní, endokrinní a genetické faktory (TSCHUSCHKE, 2004, s. 15).

2.2.1 Osobnost pacienta

Předpokládá se, že existuje určitý vztah mezi povahou osobnosti a vznikem nádorového onemocnění (TSCHUSCHKE, 2004, s. 16).

Dospělý člověk, i když ho choroba postihne v mladém věku, není žádná "tabula rasa". Má určitý temperament, povahové vlastnosti, inteligenci, názory na život, vzdělání, předchozí zkušenosti, uznává nějaké hodnoty a zvládá překážky sobě vlastním, zčásti vrozeným, zčásti naučeným způsobem. Po sociální stránce má nebo nemá své zázemí, je nebo není spokojen se svým zaměstnáním, má nebo nemá problémy se svými spolupracovníky, je právě v dobré nebo špatné finanční situaci. Všechny tyto i další momenty hrají roli v tom, jaký přístup pacient zaujme ke své nemoci (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 114).

Pod pojmem osobnost člověka rozumíme podle Říčana "individuum chápané jako integrace k seberealizaci v interakci se svým prostředím" (ŘÍČAN, 1973, s. 162) "V psychologické metodologii nastal posun od výzkumu osobnosti zaměřeného převážně na analýzu proměnných, tj. klasifikaci osobnostních rysů (vlastností), ke klasifikaci jedinců podle jejich individuální osobnostní struktury. Tento posun se ale dosud neodrazil v analýze osobnosti typu C" (BLATNÝ, 2006, s. 45-47).

Vzpomeňme na starověké rozlišování temperamentů (sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik) související s lidskou konstitucí (tedy i vrozeností) a projevující se v lidské emocionalitě a chování. Temperament určuje obecné vlastnosti duševní dynamiky – např. sílu a trvání pocitů, aktivitu či pasivitu člověka (VYMĚTAL, 2003, s. 49). Můžeme ještě u každého typu rozlišovat, zda je člověk nervově labilní nebo stabilní, zda je více extrovertní, nebo introvertní. Melancholici a cholericci jsou více labilní, kdežto flegmatici a sangvinici jsou stabilnější. Cholericci a sangvinici bývají extrovertní, kdežto melancholici

introvertní. Nejzranitelnější bývají labilní melancholici, náladoví nebo úzkostní (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 115).

Temperament zmiňujeme proto, že manifestace vztahu k druhému (a částečně i k sobě) je jím zprostředkována, stejně jako naší konstitucí, vývojovým obdobím a zdravotním stavem (VYMĚTAL, 2003, s. 49).

Za důležité vlastnosti z hlediska pozitivního přínosu pro léčbu pacienta lze považovat mimo jiné trpělivost a vytrvalost. Významnou roli hraje rovněž sebeovládání jako důsledek vytrénovaných volných schopností, zejména pro nutnost odepřít si během léčby řadu věcí, které činí lidský život příjemnějším. Také schopnost rozhodování se je výsledkem vůle daného člověka. Lidé, tedy i pacienti, si v průběhu života vytvářejí určitý hodnotový žebříček, odvíjející se od toho, jakou hodnotu přikládají jeho jednotlivým složkám. Hodnotová orientace následně určuje životní styl člověka.

Všechny uvedené stránky osobnosti včetně dalších jsou zahrnuty do celkového pojetí sebe sama, do pojetí vlastního "já". Toto "já" je si vědomo sama sebe, má k sobě citový vztah a vyvíjí obranu na svou ochranu (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 115).

2.2.1.1 Osobnost typu C

Termínem osobnost typu C je označován osobnostní typ, u něhož se předpokládá zvýšené riziko vzniku rakoviny, rychlejší progresse a horší prognóza onemocnění, než u jiných typů osobnosti.

Za hlavní znaky osobnosti typu C se považují depresivita a malá emoční expresivita. Také Eysenck uvádí jako typické znaky osobnosti typu C tendenci potlačovat (zadržovat v sobě) emoce, jako je úzkost a hněv a prezentovat se napovrch klidným, nevzrušeným chováním, při tom se projevuje tendence obtížně se vyrovnávat se stresem, sklon k pocitům bezmoci a beznaděje, které se mohou rozvinout až do stavu klinické deprese.

Lidé, označovaní za osobnosti typu C (tj. osobnosti karcinogenní), kteří údajně snáze onemocní rakovinou, mívají ne zcela adekvátní atribuční osobnostní styly. Mívají často pesimistické interpretační a explanační sklony. Mají např. nezřídka pocit, že mohou průběh svého života ovlivnit jen nepatrně. Trpí syndromem bezmocnosti a beznaděje. Jde o tzv. syndrom HH podle amerického psychologa Martina Seligmana (*helplessness and hopelessness*). Pocit neovlivnitelnosti jejich stresu může být spojen se sníženým fungováním jejich imunitního systému.

Tito lidé se snaží být stále společensky na výši, přijatelní a akceptováni. Často se vyhýbají konfliktům (zejména ženy), čímž se jejich konflikty somatizují, protože se hostilita obrací dovnitř jejich vlastního organismu. Usilují o spolupráci, jsou hyperadaptivní, na druhé straně však pasivní, trápí se, pláčí, "užírají" se uvnitř, mají subdeprese a deprese, jsou přehnaně trpěliví. Chovají se málo asertivně, tedy neprosazují se. Potlačují a popírají depresi, zlost, hostilitu. Mívají sklon ke generalizovanému pocitu úzkosti. Jsou neustále v napětí. Často se bezdůvodně lekají a stále se něčeho bojí. Projevují závislost a chovají se podbízivě, aby si získali oblibu. Bývají velmi svědomití. Někteří autoři hovoří až o nekritické poddajnosti.

Potlačují výrazové projevy svých afektů hněvu, nepřátelství, zlosti, strachu, smutku. Nedávají otevřeně najevo, nevyjadřují zejména své záporné emoce. Popírají své trápení, své utrpení. Mívají často skryté pocity beznaděje, bezmocnosti. Prožívají velká zklamání, překvapení, děsy a úleky. Mívají pocit, že vše, co udělají, bude špatně.

Je ovšem nutno dodat, že na vzniku rakoviny se podílí podle kvalifikovaných odhadů také nesprávná výživa, kouření (nikotinismus), znečištěné životní prostředí, alkohol, radioaktivita a nadměrné opalování.

Sám průběh rakoviny mohou významně ovlivnit psychologické intervence. Je to např. technika vizualizace. Pacient třikrát týdně vždy po patnáct minut (ráno, v poledne a večer před spaním) rozjímá, uvolňuje se (relaxuje) a vizualizuje.

Jakmile je navozena relaxace, pacient si vytváří představu klidné přírodní scenérie (vždy stejné). Po minutě této vizualizace začíná hlavní úkol jeho mentální imaginace, obrazotvornosti: soustředí se na rakovinu, jako by ji v duchu viděl. Dále si představuje, že jeho imunologický systém funguje tak, jak má, tj. zabíjí a odplavuje umírající a mrtvé buňky. Představuje si celou armádu bílých krvinek vrhajících se na zhoubné bující buňky, které byly oslabeny či zabity předchozí léčbou. Bílé krvinky narušují maligní buňky, takže jsou odplavovány z těla. Před ukončením meditace si pacient představí sebe sama jako uzdraveného.

Tuto metodu propracovávali a v medicínské praxi využívali manželé Carl a Stephanie Simontonovi (chirurg a psycholožka). Jde vlastně o vyšší stupeň autogenního tréninku spojený s pozitivními sugestivními autoregulačními zásahy (BLATNÝ, 2006, s. 28-32).

2.2.1.2 Depresivní osobnost

Takto definovaná osobnost je formována v dětství v charakteristické sociálně izolované rodině, připomínající "velkou chladnou místnost" Od dítěte vyžaduje, aby vykompenzovalo nedostatek její sociální prestiže, neumožňuje otevřeně projevovat vzájemnost vztahů a dává najevo nedostatek pozornosti k potřebám druhých.

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

Deprese jako prediktivní faktor nádorového onemocnění byla v některých výzkumech zkoumána jako centrální psychosociální proměnná. Někteří vědci považují depresi za spouštěcí faktor nádorového onemocnění, jiní se přiklánějí k názoru, že deprese je následkem onemocnění (TSCHUSCHKE, 2004, s. 19).

2.2.1.3 Proces truchlení

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

Prospektivní výzkumy dokázaly, že v prvních dvou letech po smrti důležité vztahové osoby je četnost onemocnění a smrti 2-10krát vyšší než u odpovídající kontrolní skupiny (TSCHUSCHKE, 2004, s. 20). Také je uváděna vyšší úmrtnost mužů v průběhu prvního roku starobního důchodu než kdykoli jindy, zde jako negativní faktor působí ztráta pracovní činnosti (BAŠTECKÝ aj., 1993)

Taročková uvádí, že podle Schwaba může životní ztráta vést jak k růstu ve vývoji, tak i deterioraci, vývojové regresi. Způsob, jak jednatlivec dokáže krizi vyvolanou ztrátou zvládnout, nebo zda v tomto procesu selže, a jaký bude jeho další vývoj, závisí na tom, jaké jsou konstruktivní nebo destruktivní následky životní ztráty.

Z uvedeného tedy vyplývá možný vliv ztráty blízké osoby a procesu truchlení na vznik onemocnění v obecné rovině a také ve vztahu k onkologickému onemocnění (TAROČKOVÁ, 2005).

2.2.1.4 Zvládání zátěže (coping) a stres

Koncept zvládání se dá nejlépe popsat výrazem zvládání nemoci (z anglického "to cope with", což znamená přibližně "zvládnout, vypořádat se").

Onemocnění je zátěží, kterou musí člověk zvládnout. Vágnerová vysvětluje, že podle Lazaruse lze z tohoto hlediska diferencovat rozumové zpracování a citové vyrovnání s problémem, který nemoc představuje. Citové vyrovnání znamená přijetí reálné situace, rozumové zpracování představuje porozumění této situaci. Nemocný se musí vyrovnat se ztrátami, které nemoc přináší, naučit se zvládat aktuální nepříjemnosti a přijmout určité omezení perspektivy. Volba copingové strategie závisí na hodnocení situace, které nemusí vždycky odpovídat realitě (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 85). Cílem této strategie je zmírnění dopadu choroby v situaci, kdy se problém jeví jako nezvládnutelný.

Stres je často chápán jako výsledek určitých negativních událostí. Zátěž, která stres doprovází, se většinou projeví pouze tehdy, pokud jsou požadavky a nároky na člověka spojené s onou negativní událostí tak vysoké, že je dotyčná osoba považuje za nezvládnutelné. I když je jasné, že velmi stresové životní události prokazatelně způsobují snížení imunitních funkcí (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.3 Sociální proměnné

"Sociální opora je jedním z přirozených aspektů každodenního života. Její potřeba se může měnit vlivem situací, do nichž se člověk dostává (např. stresu)" (BRUHN a PHILIPS, 1984).

Nemoc je třeba posuzovat nejenom jako biologickou odchylku, ale i jako určitý druh sociální deviace. Adaptace na onemocnění nezávisle na stádiu onemocnění a tělesném poškození je podle některých odborníků závislá především na sociální podpoře, které se nemocným dostává. Přitom se ukazuje, že nejde ani tak o kvantitu, jako spíše o kvalitu takové sociální podpory a především subjektivní hodnocení nemocných má větší vypovídající hodnotu než objektivní indikátory (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.3.1 Druhy sociální opory

V psychologii se setkáváme s rozlišováním čtyř druhů sociální opory:

- a) Instrumentální opora – jde o velice konkrétní formu pomoci např. poskytnutím finanční výpomoci, obstaráním různých potřebných věcí, zařízení

neodkladných záležitostí, které postižený sám nemůže provést, poskytnutím materiální podpory apod. Někteří autoři hovoří v této souvislosti o tzv. asistenci potřebným (*coping assistance*). Iniciativa k pomoci při ní nevychází od člověka v tísní, ale od druhého člověka – od toho, který se z vlastní vůle rozhodl postiženému pomoci, a to velice konkrétně – věcně.

- b) Informační opora – postiženému je dodána informace, která by mu mohla pomoci při orientaci v situaci, do níž se dostal. Například mu poskytují rady lidé, kteří mají s obdobnou situací zkušenosti jak osobní, tak profesionální. Do této kategorie patří také pomoc poskytovaná člověku v tísní tím, že se mu naslouchá, zjišťují se jeho potřeby i jeho představy o tom, co by bylo možno pro něho udělat apod.
- c) Emocionální opora – člověku v tísní se sděluje empatickou formou emocionální blízkost (láska, sounáležitost, soucítění), laskavým jednáním s ním se mu naznačuje přející náklonnost, podá se mu ruka, když se propadá do deprese, beznaděje a pocitů odcizení, dodá se mu naděje, uklidňuje se v rozrušení, apod.
- d) Hodnotící opora – postiženému člověku se projevuje – např. tím, jak se s ním jedná – úcta (respekt), posiluje se jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, podporuje se jeho snaha o autoregulaci (řídít věci podle vlastního přání), povzbuzuje se ve víře a naději apod. Spadá sem i sdílení těžkostí s člověkem v tísní (*sparing*) i společné sdílení některých těžkých úkolů spolu s ním (*mutuality*) (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 98).

Za příklad sociální opory kombinující do jisté míry prvky všech čtyř výše uvedených typů považují svépomocné skupiny. Svěpomocná skupina využívá řady terapeutických faktorů – zvláště altruismu, soudržnosti, univerzality, chování nápodobou, dodávání naděje a katarze. Přesto je třeba upozornit, že svépomocná skupina není psychoterapií. Je to tedy pouze forma podpory pro zvládání obtížné životní situace, kterou gynekologicko – onkologické onemocnění bezesporu je.

Gynekologicko – onkologické onemocnění představuje nadlimitní zátěž ve dvou směrech, a to jednak z hlediska samotného onemocnění, jednak z důvodu ztráty identifikace s ženstvím v důsledku chirurgických zákroků charakteristických pro toto onemocnění. Optimální by tedy byla svépomocná skupina pomáhající pacientkám vypořádat se s oběma těmito aspekty. Jelikož mi však takto komplexně zaměřená skupina pro pacientky

s gynekologicko – onkologickým onemocněním není známa, doporučuji jim například občanské sdružení Amelie, zaměřené na onkologicky nemocné, či svépomocnou skupinu Jantar, jakožto skupinu pro ženy po ablaci prsu, která jim pomáhá překonávat související obtíže s identifikací s ženskou rolí. Existují i sdružení kombinující oba pohledy, jako sdružení Mamma HELP, které je však specializováno na rakovinu prsu, ale ženy s gynekologicko – onkologickým onemocněním by si zasloužily skupinu nebo sdružení věnující se výslovně jejich problémům.

2.3.2 Rodina nemocného

Jakákoli závažnější nemoc není jen záležitostí jedince, ale zásadně ovlivní život celé rodiny. Pod vlivem změn daných chorobou se nemění jenom postavení nemocného, ale i obsah rolí ostatních členů rodiny a jejich celkový životní styl, někdy i jejich hodnoty a normy.

Závažná nemoc blízkého člověka znamená ohrožení určité hodnoty, kterou vztah k tomuto jedinci představuje. Vyrovnávání s takovým stresem vyžaduje čas a probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc. Taková zátěž je vždycky testem rodinné soudržnosti – buď ji posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. Péče o nemocného je aktivována emocionálně i rozumově, citovým vztahem i vědomím povinnosti.

Na začátku se u blízkých členů rodiny objevuje popírání, které není zaměřeno jen na obranu vlastní emoční rovnováhy, ale vyjadřuje potřebu chránit nemocného. Poznání, že někdo blízký je těžce nemocný, vyvolává negativní emoce, navozuje deprese, pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. Stejně jako nemocný reagují rodinní příslušníci úzkostí a strachem z budoucnosti. Cítí se dezorientovaní, nevědí, co by měli dělat, a jak by měli dál žít. Za těchto okolností mohou reagovat různě, mohou být nadměrně aktivní, ale i upadat do rezignace. Jejich chování je projevem potřeby něco účelně udělat, přestože efektivita jejich úsilí je často velmi malá. Někdy činí i věci, které z objektivního hlediska nemají žádný význam, ale lze pochopit jejich subjektivní smysl. Tendence najít žádoucí řešení za každou cenu vede někdy i u zdravých rodinných příslušníků k iracionálnímu jednání. Stává se také, že členové rodiny nemocného, hledající za každou cenu nějakou pomoc, se stávají obětmi podvodníků, kteří jim za nezanedbatelné peníze nabízejí metafyzickou pomoc z neznámých oblastí, kterou prohlašují za zaručenou. Tyto praktiky poskytují členům rodiny naději na úspěch možná po o něco delší dobu než oficiální léčebné přístupy, ale končí obrovským rozčarováním, když stav nemocného dospěje ke konci. Tuto pošetilost nelze těžce zkoušeným

lidem zazlívat, o to morálně horší je však anetické chování těch, kteří si na tom založili svou živnost.

Péče o nemocného je značně vyčerpávající – fyzicky i psychicky, a zároveň může být méně uspokojující. Její efekt nemusí být takový, aby odpovídal vynaloženému úsilí. Celkové vypětí, pocit marnosti veškerého úsilí, ale i pocity negativní změny citového vztahu s nemocným zvyšují negativní bilanci. Může dojít až ke vzniku syndromu vyhoření – *burn-out* syndromu (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 92-94).

Přijetí sdělované diagnózy je těžkým a z psychologického hlediska zásadním obdobím, které zčásti rozhoduje, jak jedinec léčbu zvládne a jak na ni bude reagovat. Prohlubující se osamělost a nevědomost totiž zvyšují tendenci k úzkostlivosti a přecitlivělosti, postupně se nemocný stává méně srozumitelným pro své okolí. Může se však do svého prožívání zcela uzavřít, zůstat sám ve svých domněnkách, předsudcích a nereálných očekáváních (KRTIČKOVÁ, 2004, s. 247).

Psychosociální pomoc nemocným rakovinou by měla bezpodmínečně zahrnovat doprovázející sociální oporu prostřednictvím důležité vztahové osoby. Bez této – přirozeně a paralelně se odehrávající – pomoci a podpory nemůže být pravděpodobně profesionální pomoc příliš úspěšná (TSCHUSCHKE, 2004, s. 107).

Pacient, u něhož se objeví chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Musí se dost často potýkat s různými představiteli zdravotnického systému, žije v manželství a rodině, má styky se spolupracovníky v zaměstnání i s dalšími lidmi v době volna. Ukazuje se, že všechny tyto sociální vazby chronická nemoc víceméně ovlivňuje (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 132).

Pro pacienta má v tomto období zásadní význam podpora rodiny. Pokud tedy má tuto možnost, lze jen doporučit se někomu blízkému doslova "vyplakat na rameni" z nahromaděných negativních pocitů, a to pokud možno nerušeně a bez přerušování do té doby, až pláč sám přejde. Pláč má celkově osvobozující účinky, kdy slzami se v člověku cosi uvolní a často nesnesitelné vnitřní napětí po chvíli opadne s bezprostředními osvobozujícími účinky. Ačkoliv starosti nezmizí, subjektivní úleva od napětí nám dodá pocit, že se nám snáze dýchá.

Jedinec žijící se zkušeností nádorového onemocnění prožívá konflikty mezi vlastními potřebami a potřebami druhých. KRTIČKOVÁ (2004) uvádí rozdělení konfliktů podle Kegana z r. 1982, a to konfliktů mezi vlastními potřebami a potřebami druhých na jednotlivých stupních vývoje:

- a) Potřeba bezvýhradné pozornosti a péče druhých, aniž se zohledňují potřeby druhých osob. Dominuje potřeba "dělat si, co chci". Potřeby druhých se připouštějí, ale nerespektují.
- b) Vlastní potřeby se zaměřují na vzájemné vztahy a soulad, a podřizují se jim.
- c) Autonomní zacházení s vlastními potřebami (sledování a kontrola), potřeby se řídí společenským kontextem.
- d) Uznává se a vydrží se rozpornost vlastní potřeby, pocitů, přání (intimita se sebou samým), to obsahuje i uznání a akceptaci potřeb druhých. Hledá se rovnováha mezi intimitou a vnímáním rozdílů.

Co potřebují onkologičtí pacienti od svých rodin? Jsou to:

- a) Přirozenost v komunikaci – konvergentní komunikace, potřeba dotyků, ta je ale individuální a někteří pacienti jsou na dotyk citliví, jiným není příjemný. Obecně platí – potřeba objetí, pokud si to pacient přeje.
- b) Naděje - úzce souvisí s důvěrou a je důležitou až nezbytnou podmínkou působení léčby. *"Naděje zde znamená základní reálnou možnost, patří k životu, je projevem pozitivních sil v člověku a jejím prožitkem jedinec participuje na pozitivním v obecném smyslu vyvěrajícím ze společenství lidských bytostí. Naděje ve změnu k lepšímu je vždy, a to principiálně, přítomna, i když může mít iracionální podobu, což je vyjádřeno úslovím "naděje umírá poslední". Naděje je jedním z možných vyjádření zdrojů pozitivní změny, jíž je již dříve zmíněná základní růstová tendence lidské bytosti po dosahování vyšší kvality a dokonalosti – nejen své, ale i druhých, a společně s nimi. Znamená přitakání životu za všech okolností"* (VYMĚTAL, 2003, s. 131).
- c) Opora a bezpečí.
- d) Tolerance, úcta a adekvátní pomoc.
- e) Povzbuzení.
- f) Pozitivní zprávy z okolí.
- g) Respektování nového denního režimu.
- h) Respektování změny v důsledku nemoci.
- i) Soucítění, ne soucit.
- j) Porozumění, zejména k přechodné emoční labilitě.

Co nechtějí a nepotřebují onkologičtí pacienti od svých rodin:

- a) Nepřirozenost v komunikaci – nepřirozené množství taktilních podnětů, komunikace v podobě postranního šuškáání, významné výměny pohledů.
- b) Lítost – odmítají převzít roli chudáka.
- c) Nedělat z nemoci tabu, ale také o ní nehovořit často.
- d) Nechtějí slyšet: "šetři se" – připomínání nemoci, "musíš jíst", "nesmíš se poddat", "musíš bojovat" – regrese do dětství, "to bude dobrý", "nic si z toho nedělej" – bagatelizace problémů.

Co potřebují od svých přátel:

- a) aby se jim nevyhýbali a nebyli odtažití,
- b) nepozastavovali se nad změnou jejich vzhledu,
- c) aby jim neoznamovali, kdo dále onemocněl a zemřel,
- d) přiměřený, nestrojený zájem,
- e) aby se s nimi dále počítalo.

Období sdělování a sdílení diagnózy si zaslouží zvýšenou pozornost, protože onemocní-li jeden člen rodiny, svým způsobem onemocní celý rodinný systém (KRTIČKOVÁ, 2004).

2.4 Bolest u onkologicky nemocného

Bolest představuje jeden z nejzávažnějších projevů nádorového onemocnění. Zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života onkologicky nemocných. Často je strach z bolestivého průběhu onemocnění výraznější, než strach ze smrti samotné (HAKL a ŠEVČÍK, 2009, s. 5).

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Hlubší pohled ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je na místě. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může sama i lidský život zničit.

Bolest je nejkomplexnější lidskou zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem, šokujícím momentem, spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech a celém organismu (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 125).

Na psychologické rovině je podstatné, jaký význam pacient své bolesti přikládá. To závisí na mnoha okolnostech, od charakteru bolesti a porozumění jejímu významu, až po předchozí životní zkušenost a osobnostní vlastnosti. Odtud se také odvíjejí úspěšné obranné strategie (*coping*), stejně jako postupy neúspěšné.

Při psychologickém posuzování tak vychází jasně najevo, že "*bolest jako taková sama o sobě neexistuje*". Týká se vždy konkrétního pacienta, tatáž bolest může mít pro různé nemocné zcela individuální význam (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 130).

U nemocných s onkologickými problémy je bolest příznakem spíše pozdním. Přesto asi třetina pacientů přichází s bolestí, která signalizuje již rozvinuté onemocnění. V konečném stadiu nemoci mívá chronické bolesti 80 % pacientů. U více než 2/3 z nich je bolest zdůvodněna vlastním nádorovým onemocněním, u dalších je důsledkem náročné protinádorové léčby a jen 5 % pacientů trpí chronickými bolestmi jiného původu (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 181).

2.4.1 Hodnocení bolesti

Nejdůležitějším praktickým přínosem výzkumu bolesti bylo odlišení dvou zásadně rozdílných klinických jednotek – bolesti akutní a chronické. Akutní bolest napomáhá přežití, chronická bolest působí většinou destruktivně na tělesnou, psychickou i sociální stránku jedince a často – pokud trvá dlouhou dobu – je zcela bezúčelná.

Pouze u akutní bolesti je použitelná koncepce bolesti jako senzorického vjemu, signalizujícího poškození tkáně. Akutní bolest se dostavuje okamžitě, po bolestivém podnětu, je krátkodobá, při vyšší intenzitě znamená pro nemocného velkou zátěž, nastupuje aktivace sympatoadrenergního systému (zvýšení činnosti srdce, krevního tlaku, prohloubené dýchání, aj.), masivní přísun energie připravuje organismus na zvládnutí zátěže. Akutní bolest má ochranný charakter, postiženého varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu (KŘIVOHLAVÝ, 1992).

Akutní bolest je definována dobou trvání. Ustálila se zde hranice šesti měsíců. Tato hranice se však ukazuje jako nadměrná. Stávající doporučení uvažují o hranici trvání akutní bolesti v rozsahu jednoho měsíce.

U chronické bolesti, trvající měsíce i déle, se nejedná obvykle o kauzální vztah mezi poškozením organismu a zážitkem bolesti. Chybí zde aktivace sympatiku, dochází zřejmě

k habitaci sympatické odpovědi a vývoji specifických změn, jako je nespavost, nechutenství, atd. (TRACHTOVÁ aj., 1999, s. 131)

Chronická bolest mění psychiku člověka, jeho způsob života:

- nálady, pocity (deprese, frustrace, beznaděj, strach, smutek, rozčilení),
- myšlenky, postoje (generalizace, katastrofický způsob myšlení),
- sebekoncepci, sebepojetí (pocity méněcennosti, nedůvěry ve vlastní síly),
- sociální vztahy (agrese, izolace, hostilita),
- existenční podmínky (zaměstnání, finance, životní plány),

Pro hodnocení intenzity bolesti se nejvíce používá tzv. vizuální analogová škála (VAS), úsečka se stupnicí 0-10 nebo 0-100. Levý konec úsečky označuje stav bez bolesti a pravý konec úsečky vyjadřuje maximální představitelnou bolest. Obecně je za dlouhodobě snesitelnou považována bolest s VAS 3-4 (30-40) (HAKL a HŘIB, 2007, s. 299).

Obr. č. 2. Vizuální analogová škála



Převzato z Interní medicíny pro praxi (HAKL a HŘIB, 2007, s. 299)

2.4.2 Bolesti onkologicky nemocných

Základním cílem léčení bolesti je prodloužit nemocnému bezbolestný spánek, zajistit úlevu od bolesti v tělesném klidu i při tělesné aktivitě. Úleva od bolesti obvykle neznamená úplnou bezbolestnost, ale zmírnění bolesti na dobře snesitelnou míru. Cílem je, aby bolest pacienta výrazně neomezovala v jeho aktivitách a aby významně negativně neovlivňovala jeho prožívání. Léčení bolesti u nemocných s maligním nádorem je důležitou součástí podpůrné léčby, která se často podceňuje. Bolest doprovázejí pocity úzkosti, strachu

a deprese. Nemocný se zhoubným nádorem často trpí bolestí zbytečně, buď proto, že ošetřující lékař má obavy před vznikem návyku u pacienta, nebo z obavy z různých administrativních komplikací, popř. není o léčebných možnostech algického syndromu dostatečně informován (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 179).

2.4.2.1 Příčiny bolesti

Příčiny bolesti u onkologicky nemocných lze rozdělit na:

- a) bolest způsobenou vlastním nádorem;
- b) bolest způsobenou léčbou (pooperační bolesti, stomatitida po chemoterapii);
- c) bolest spojenou s celkovým oslabením nemocného (zácpa);
- d) bolest bez vztahu k nádoru (myofasciální, osteoartikulární);
- e) nemocní s nádorovým onemocněním často trpí bolestmi několika uvedených typů současně; na pečlivém rozboru bolesti je závislá úspěšnost léčby.

2.4.2.2 Diagnóza bolesti

Diagnóza bolesti je základním krokem k účinné léčbě. Bolest může být tedy jak symptomem, vedoucím k objasnění vyvolávající příčiny, tak klinickým syndromem, s často nesnadným a nejednou i marným hledáním příčiny i účinné pomoci. Doporučuje se tento postup:

- a) Důvěřovat steskům nemocného.
- b) Stanovit závažnost bolesti. Je důležité určit stupeň omezení tělesné aktivity daný bolestí, délku nepřerušovaného spánku, míru úlevy po léčbě. Je vhodné vyzvat nemocného ke srovnání s doposud zažitou bolestí (zuby, porod, operace, křeče, úraz) dříve v životě.
- c) Určit duševní stav nemocného, duševní poruchy v anamnéze, míru anxiozity, depresivní ladění, suicidní tendence.
- d) Provést podrobnou anamnézu bolesti (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 185). Údaje, které je nutné získat při anamnéze bolesti, jsou: lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy, předcházející zkušenosti.
- e) Provést pečlivé tělesné vyšetření.
- f) Určit nezbytná pomocná vyšetření k objasnění příčin bolesti, při pokročilém stádiu nemoci jsou náročná pomocná vyšetření zbytečnou zátěží pro nemocného.

2.4.2.3 *Léčba bolesti*

Počáteční léčba bolesti je jednak symptomatická (neopiátová analgetika, pomocné léky, slabá opiátová analgetika, silná opiátová analgetika, fyzikální léčba, psychologická léčba), jednak kauzální protinádorová (aktinoterapie, chemoterapie, chirurgická léčba, hormonální léčba).

Farmakologická léčba bolesti je následující:

- I. stupeň: neopioidní analgetikum ± pomocný lék (paracetamol, nesteroidní antiflogistika); pokud bolest trvá nebo sílí, aplikujeme
- II. stupeň: slabý opioid (kodein, tramadol) ± neopioidní analgetikum ± pomocný lék; pokud bolest trvá nebo sílí, aplikujeme
- III. stupeň: silný opioid (morfin, fentanyl) ± neopioidní analgetikum ± pomocný lék (MÁLEK a ŠEVČÍK, 2009, s. 4-18).

Toto pravidlo však není striktní, v některých případech lze přeskočit II. stupeň terapie a k neopioidnímu analgetiku přidat rovnou malou dávku opioidu silného (HAKL a HŘIB, 2007, s. 299).

Vhodným doplňkem léčby bolesti jsou psychofarmaka, protože silná bolest je zpravidla provázena pocitem strachu a úzkosti (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 187).

Jiné způsoby ovlivňování bolesti

Bolest lze do jisté míry ovládnout svépomocnými prostředky. Pokud není postižený ještě zcela vyčerpaný nemocí, může ovládnutí bolesti postupně nacvičit.

Léčba chronické bolesti ***psychologickými prostředky***:

- a) Relaxační metody. Je známo, že svalová relaxace je spjata se zklidněním mysli a naopak. Takovýto způsob řízeného uvolňování může způsobit i zvýšení odolnosti k bolesti nebo její snížené vnímání či zvýšení schopnosti jejího ovládnutí. Vhodnou cestou k tomuto je pravidelný a soustředění nácvik autogenního tréninku (AT) podle Schulze. Relaxačních metod je však celá řada. Je to Jacobsonův trénink nebo některá cvičení z jógy.
- b) Biologické zpětné vazby. Pomocí přístrojů se pacient učí regulovat svůj vegetativní nervový systém. Tento způsob je obzvlášť vhodný pro technicky založené pacienty.

- c) Imaginární techniky. Při nich se pracuje s představami pacienta za jeho hluboké relaxace.
- d) Kognitivně behaviorální postupy učí pacienta, jak zacházet se strachem a hledá se strategie ke zvládnání bolesti. Pacient může být zapojen i do svépomocné skupiny.
- e) Sugestivní metody. Nejúčinnější a nejvýznamnější je hypnotherapie. Lze ji použít u vhodných pacientů v kterékoli fázi vývoje nádorového onemocnění, začít s ní je však lépe, dokud je pacient ještě v přiměřeném stavu (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 189).

Chování nemocného s chronickou bolestí vzbuzuje často dojem, že trpí tím, že mu nikdo nevěří. Pomáhá mu k tomu i řada "trefných" výroků z úst lékaře (např. "To vás nemůže bolet."). Nemocní jsou odesíláni na různá oddělení, často končí na psychiatrii, často dostávají nálepkou hypochondr nebo simulant.

Všichni lékaři, nejen specialisté pro léčbu bolesti, by si měli uvědomit, že pacient má základní lidské právo a to netrpět bolestí a z toho vyplývající právo včasné a odborné léčby bolesti (Deklarace IASP o právech pacientů na adekvátní léčbu bolesti)¹ (FRICOVÁ, 2005, s. 28).

¹ - Den proti bolesti - ve spolupráci s European Federation of IASP Chapters, 11. října 2004, 4. evropský týden proti bolesti 11.-16. října 2004)

3 ONKOGYNEKOLOGIE

Gynekologická onkologie (onkogynekologie) se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou zhoubných nádorů rodidel. Má interdisciplinární charakter – kombinuje znalosti a dovednosti oborů gynekologie a porodnictví a klinické onkologie (radiační terapie a chemoterapie), ale i radiodiagnostiky, patologie a dalších oborů (FREITAG, 2006).

3.1 Stručný přehled anatomie gynekologických orgánů

Ženské pohlavní orgány se rozdělují na vnější (hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček) a vnitřní (vaječníky, vejcovody, děloha, pochva).

3.1.1 Vnější pohlavní orgány

Hrma (*mons pubis*) je trojúhelníková vyvýšenina v dolní části podbřišku.

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) tvoří dva podélné kožní valy a zevně ohraničují další části vnějších pohlavních orgánů. Společně s hrmou jsou tvořeny tukovým polštářem s četnými vazivovými vlákny, jejich povrch je kryt ochlupením (*pubes*).

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou podélné kožní řasy vzhledem připomínající sliznici. Jejich podklad tvoří vazivo s četnými elastickými vlákny. Obsahují senzitivní tělíska, jsou proto na dotek velmi citlivé. Překrývají klitoris a tvoří jeho předkožku (*praeputium clitoridis*), přirůstají k jeho spodní ploše, kde tvoří uzdičku (*frenulum clitoridis*). Za normálních podmínek jsou překryty velkými stydkými pysky.

Poštváček (*clitoris*) je v podstatě ženským penisem. Vně lze nalézt pouze jeho část, zakrnělý žalud klitorisu (*glans clitoridis*). Je tvořen topořivými tělesy a obsahuje velké množství senzitivních tělísek.

3.1.2 Vnitřní pohlavní orgány

Vaječník (*ovarium*) je párový orgán o hmotnosti 14 – 17 gramů, který se v těhotenství značně zvětšuje.

Na jeho povrchu je korová vrstva, která obsahuje množství folikulů v různém stupni vývoje a řadu žlutých tělísek v různém stupni regrese. Vnitřní část se označuje jako vrstva dřevňová.

Ve vaječnicích se nachází zhruba 500 tisíc primárních folikulů, za život ženy jich dozraje pod vlivem folikulostimulačního hormonu (FSH) pouhých 450. Primární folikul je tvořen vaječnou buňkou (vajíčkem) krytou jednou řadou buněk kubického (krychlového) epitelu. Jednovrstevný epitel se mění v epitel dvou a vícevrstevný a vzniká sekundární folikul.

V takto zvrstveném epitelu se vytváří štěrbina, která se plní folikulární tekutinou za vzniku folikulární dutiny. Takto změněný folikul se označuje jako terciární. Ten dále zraje, posouvá se směrem k povrchu vaječnicku a označuje se jako zrající Graafův folikul. V další fázi působením proteolytických (bílkoviny rozpouštějících) enzymů folikul praskne a vajíčko se z něj uvolní.

Z prázdného folikulu se stává žluté tělísko (*corpus luteum*). K tomu dochází kolem 14. dne 28denního menstruačního cyklu. Žluté tělísko produkuje estrogény a progesteron. Pokud nedojde k otěhotnění, žluté tělísko zanikne a začne zrát nový folikul. V opačném případě se žluté tělísko změní v těhotenské žluté tělísko.

Vejcovod (*tuba uterina*) je také párový orgán, úzká ohebná trubice, která se od rohu děložního nálevkovitě rozšiřuje k vaječnicku. Jeho úkolem je dopravit uvolněné vajíčko z vaječnicku do dělohy. Děje se tak pomocí kmitajících řasinek, které jsou součástí jeho vnitřní stěny. Vejcovod je také nejčastějším místem oplození vajíčka. V období ovulace dochází k produkci luteinizačního hormonu (LH), který stimuluje zrání vajíčka.

Děloha (*uterus*) je dutý svalnatý orgán, skládá se z těla děložního (*corpus uteri*) a z hrdla děložního (*cervix uteri*). Hrdlo je válcovitého tvaru a vyčnívá do pochvy jako čípek. Tyto dvě části jsou spojeny *isthmem uteri*.

Stěna dělohy je tvořena třemi vrstvami:

- a) *Endometrium* – děložní sliznice. Tato vrstva prochází změnami během menstruačního cyklu, slouží k uhnízdění oplozeného vajíčka a v prvních stádiích i k jeho výživě. V opačném případě odchází z těla ve formě menstruačního krvácení.
- b) *Myometrium* – svalová vrstva hraje důležitou roli při porodu, je zodpovědná za kontrakce vedoucí k vypuzení plodu.
- c) *Perimetrium* – seriózní vrstva slouží k fixaci dělohy.

Pochva (*vagina*) spojuje dělohu se zevními pohlavními orgány, je orgánem kopulačním, při menstruaci odvádí menstruační krev a při porodu tvoří měkké porodní cesty (ELIŠKOVÁ a NAŇKA, 2006).

3.2 Typy nádorů gynekologických orgánů

Gynekologické zhoubné nádory tvoří přibližně 15 % všech nádorů u žen. Péče o zhoubné nádory je soustředěna do onkogynekologických center. V současné době je třináct center v České republice.

3.2.1 Zhoubné nádory vulvy

Většina zhoubných nádorů vychází z dlaždicového epitelu (více než 90 %), jsou to tedy karcinomy. Na druhém místě v četnosti jsou melanomy se 4 – 8 % a na třetím adenokarcinomy s 1 – 2 %. V ČR se výskyt dlouhodobě pohybuje v číslech 3 až 4/10 000. Jde tedy o poměrně "vzácné" nádory.

Příznaky a diagnostika

Většina žen přichází k lékaři se svěděním, případně s vyvýšeným ložiskem. Řada zejména starších žen tyto časnější příznaky podceňuje, a mnohdy jim brání stud a strach navštívit gynekologa. Přicházejí v pokročilých stadiích s krvácením, bolestivými ulcerózními defekty nebo hmatnými tříselnými uzlinami. Prognóza takto pokročilých onemocnění je velice nepříznivá (KLENER, 2002, s. 471).

Léčba

Všeobecným trendem chirurgické léčby v posledních deseti letech je ústup od lokální radikality v oblasti vulvy. Uplatňují se konzervativní zákroky (široké lokální vyříznutí, hemivulvektomie). Standardním zákrokem však pro většinu pronikajících nádorů zůstává vulvektomie (odstranění vulvy). U rizikových žen se provádí i zevní radioterapie (CHOVANEK, 2006, s. 77).

3.2.2 Zhoubné nádory pochvy

Nádor pochvy tvoří pouze 1 % všech gynekologických malignit, průměrný věk žen se zhoubným nádorem pochvy je 64 let.

Existuje několik typů zhoubných nádorů pochvy. Primární zhoubný novotvar pochvy (nádor, který vzniká přímo v pochvě) je v 85 – 95 % zastoupen spinocelulárním karcinomem.

Vzniká z buněk epitelu poševní stěny. Vyskytuje se nejčastěji u žen po menopauze – věku 60 – 80 let – a byla u něj prokázána jasná souvislost s infekcí humánními papilomaviry (HPV).

Zhruba v 5 – 10 % se jedná o adenokarcinom, který se na rozdíl od spinocelulárního karcinomu manifestuje v raném věku ženy a vychází ze sekrečních buněk pochvy. Zvláštním typem tohoto nádoru je karcinom z jasných buněk. Mezi vzácné primární nádory pochvy patří sarkom, melanom a lymfom (CHOVANEK, 2006, s. 74-76).

Mnohem častěji než nádory primární se zde nachází nádory sekundární (metastatické), které vznikají v jiných částech těla a do pochvy se dostanou při jejich šíření (KLENER, 2002, s. 474).

Příznaky a diagnostika

Projevy nádorového onemocnění pochvy přicházejí bohužel pozdě a většina žen přichází k lékaři s poměrně pokročilou chorobou. Nemocné ženy mívají pocit nepohody, někdy až bolesti v podbřišku, mohou se dostavit potíže s močením, zácpa, téměř pravidlem bývá nepravidelné krvácení nebo výtok z pochvy. V některých případech se může objevit vyvýšenina (hrbol) v pochvě. Nádor se také může projevit až vzdálenými ložisky (metastázami) v jiných orgánech (KLENER, 2002, s. 475).

Léčba

Léčba nádorů pochvy je složitá a kombinovaná, zahrnuje chirurgickou operaci, ozáření (radioterapie), chemoterapii. Rozsah operačního výkonu závisí na výše zmiňovaných faktorech od excize ložiska po radikální operační výkon zahrnující v sobě odstranění pochvy, dělohy, čípku, vaječníků, vejcovodů, pánevních lymfatických uzlin (CHOVANEK, 2006, s. 77).

3.2.3 Zhoubné nádory děložního hrdla (cervixu)

Dnes jednoznačně víme, že u více než 99 % zhoubných nádorů děložního hrdla hrají klíčovou roli v patogenezi rizikové kmény papilomavirů (HPV). Samotná přítomnost viru však k rozvoji prekancerózy a následně karcinomu nestačí. V normálně sexuálně žijící populaci v ČR lze dnes u dívek mezi 18. a 25. rokem diagnostikovat tyto viry až u 30 % z nich. Ve skupině 35ti až 40letých je to již méně, než 4 %. Tato skupina žen, u nichž virus přetrvává, je však vysoce riziková.

Většina zhoubných nádorů děložního hrdla vychází z dlaždicového epitelu (více než 85 % malignit). Na druhém místě v četnosti jsou adenokarcinomy (10 – 15 %).

Příznaky a diagnostika

Prekancerózy a časná stádia žádné příznaky nemají. Krvácení, vodnatý výtok a bolesti jsou příznaky pozdními. Diagnostika má navazovat na screening, jehož cílem je vyhledat abnormální nálezy na základě cytologie a selektivní HPV-HR testace.

Léčba

Základní metodou je léčba chirurgická, od fertilitu zachovávajících operací až po odstranění dělohy. V posledních deseti letech díky rozvoji endoskopických metod se začíná ve vybraných indikacích uplatňovat kombinovaný přístup laparoskopický s radikální hysterektomií, nebo u žen, které si přejí mít dítě, laparoskopická lymfadenektomie s konzervativní operací na hrdle. Při šíření nádoru do parametrií a všech pokročilejších stádiích je primární metodou léčby kvalitně provedená kombinovaná radioterapie, nově se dnes do standardního postupu dostává k radioterapii chemoterapie (CIBULA a PETRUŽELKA, 2010, s. 393-405).

3.2.4 Zhoubné nádory děložního těla (endometria)

Zhoubné nádory děložního těla tvoří dvě základní skupiny. První a početnější skupinu (95 – 97 %) tvoří různé varianty adenokarcinomů endometria. Tato skupina má velice dobrou prognózu. Druhou skupinou jsou sarkomy (3 – 5 %), které se vyznačují agresivnějším chováním a výrazně horší prognózou.

Příznaky a diagnostika

Poměrně časným příznakem je nepravidelné krvácení nebo krvácivý výtok po menopauze. Pro screening nebo vyšetřování rizikových skupin se používá řady metod. Z neinvazivních vyšetření poskytuje cenné informace vaginální sonografie. Materiál z dutiny děložní lze získat pouze s použitím invazivnějších metod, jejichž cílem je získat tkáň na cytologické nebo histologické vyšetření. Žádná z dostupných metod však nesplňuje kritéria, která máme pro screening. Diagnostika se opírá o získání materiálu z dutiny děložní kyretáží nebo hysteroskopií.

Léčba

Základní metodou je léčba chirurgická. V posledních deseti letech je jednoznačně zdůrazňován chirurgický průnik, který zahrnuje kromě odstranění dělohy a vaječníků ještě odběr regionálních lymfatických uzlin. Pooperační radioterapie je častá a u žen s rizikovými

faktory zlepšuje léčebné výsledky. Karcinomy endometria mají velice dobrou prognózu, jsou-li podchyceny včas (CIBULA a PETRUŽELKA, 2010, s. 457-496).

3.2.5 Zhoubné nádory vaječníků a vejcovodů

Nádory vaječníků a vejcovodů představují asi 15 % všech zhoubných novotvarů u žen. Úmrtnost na tyto nádory je relativně vysoká a činí 15 zemřelých na tuto diagnózu na 100 000 žen za rok. Biologické chování nádorů vaječníků a vzácných nádorů vejcovodů je velice podobné, proto jsou uváděny spolu, léčba těchto nádorů je identická.

Zhoubné nádory vaječníků (ovarií) dělíme na tři základní skupiny. První jsou epiteliální nádory (90 %), druhou skupinou jsou nádory z podpůrné tkáně a zárodečných pruhů (5 – 8 %) a třetí jsou nádory ze zárodečných buněk. V 75 až 80 % případů dochází k diagnostikování zhoubných nádorů ovarií ve stádiích, kdy se nádor již šíří mimo malou pánev. Prekancerózy u těchto nádorů neznáme. Přibližně 10 – 15 % zhoubných nádorů ovarií je geneticky vázaných. Neexistuje žádné vyšetření, které by bylo vhodné pro screening a časnou diagnostiku. Výskyt má stoupající tendenci.

Příznaky a diagnostika

Časné příznaky, s výjimkou hormonálně aktivních nádorů, neexistují. Zvětšování břicha, zažívací obtíže, bolesti v oblasti pánve jsou všechno příznaky pozdní. Diagnostika se opírá o palpační gynekologické vyšetření a ultrasonografické vyšetření malé pánve.

Léčba

Metodou volby je chirurgická léčba (odstranění dělohy, vejcovodů, vaječníků, odstranění předstěry, apendixu) a snaha o odstranění všech metastáz. Po primární léčbě chirurgické má následovat kombinovaná chemoterapie. Zlepšení trendu poměru výskytu a úmrtnosti v posledních deseti letech je důsledkem dostupnosti nových moderních cytostatik. Dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce snížilo riziko karcinomů ovaria o 50 % (CIBULA a PETRUŽELKA, 2010, s. 503-569).

3.2.6 Choriokarcinom

Choriokarcinom (CH) je epitelový nádor vycházející z buněk trofoblastu. Historicky byl prvním solidním nádorem s metastázami, který byl vyléčen chemoterapií. Incidence choriokarcinomu je u nás 1:25 000 registrovaných těhotenství.

Příznaky a diagnostika

Je zde vždy pozitivita b-hCG. Nejčastěji se projeví krvácením z děložní dutiny (70 % primární symptomatologie). U 20 % žen s choriokarcinomem nádor v děloze není přítomen. První příznaky z plicních metastáz nebo metastáz v játrech, mozku nebo i jiných orgánech jsou méně časté a v těchto případech je diagnostika obtížnější. Těhotenství předchází v odstupu měsíce až dvou let. V 50 % předchází choriokarcinomu molární těhotenství, ve 24 % porod, ve 24 % potrat a ve 2 % mimoděložní těhotenství. HCG je vždy pozitivní. Metastazuje krevní cestou.

Léčba

Základem je chemoterapie, chirurgická léčba je vyhrazena pro přísně indikované případy rezistence na chemoterapii a při komplikacích (např. konzervativně nezvládnutelné krvácení z dělohy). Chemoterapie je individualizována podle rizika a je dnes vysoce úspěšná i v metastatických formách. Prognóza je velice dobrá, snahou je zachovat fertilitu u žen, které ještě plánují těhotenství (ROB, 2007).

4 HIERARCHIE POTŘEB DLE A. H. MASLOWA

4.1 Historie

Americký psycholog Abraham H. Maslow – žijící v letech 1908 až 1970 – byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Tato nová škola se považuje za "třetí sílu v psychologii", která je v mnoha směrech v opozici vůči školám behavioristickým a psychoanalytickým.

Humanističtí psychologové byli inspirováni existenciální filozofií. Pronikla do Spojených států po druhé světové válce a mnoha psychology a psychiatry byla přijata velmi kladně. Gordon W. Allport, Charlotte Bühlerová, Carl Rogers a jiní založili spolu s Maslowem Společnost pro humanistickou psychologii a také "Journal for Humanistic Psychology". Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmů psychologie stala teze filozofie hodnot. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru, který nazývá "názorem holisticko – dynamickým" (cit. dle ATKINSONA a ATKINSONOVÉ, 1995).

4.2 Základní pojmy teorie motivace

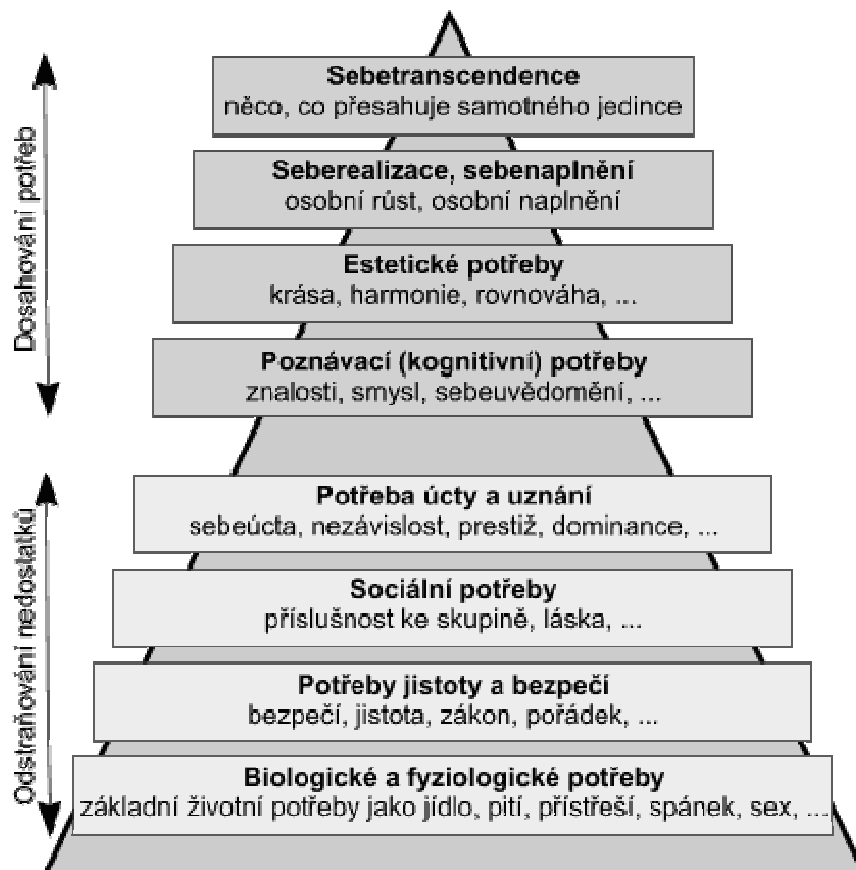
Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější, než jiné, a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Jedinec je integrovaný a organizovaný celek, tzn. že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince (neexistuje např. potřeba žaludku nebo genitálu, ale je to vždy X nebo Y, kdo touží po jídle, pohlavním styku, apod. Je-li X hladový, je hladový "celý" a projevuje se to v jeho vnímání, myšlení, cítění i chtění).

Maslow říká, že: *"Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že stále něco potřebuje."* (cit. dle TRACHTOVÉ, 1999, s. 13)

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle naléhavosti: člověk nikdy netouží po tom zdobit svou domácnost nebo být dobře oblečen, pokud se cítí ohrožován

nějakou katastrofou nebo má-li prázdný žaludek. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené "nižší" potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými "vyššími" potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberealizující se jedinci musí být tedy všeobecně uspokojeni a duševně zdraví. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami (TRACHTOVÁ, 1999, s. 14).

Obr. č. 3. Model přirozených lidských potřeb A. Maslowa



(Převzato z ATKINSONA a ATKINSONOVÉ, 1995, s. 554, upraveno)

4.2.1 Potřeby jednotlivých vývojových období

Častá frustrace potřeb v dětství determinuje trvalé osobnostní rysy jedince. Vyšší potřeby se objevují později, a to jak ve fylogenetickém, tak ontogenetickém vývoji. Motivační život jedince tak může být popsán jako "vzestup" různými vrstvami "pyramidy potřeb".

U novorozenců dominují fyziologické potřeby hladu a žízně a také potřeba bezpečí. Mladší děti jsou ovládány potřebami bezpečí a lásky, zatímco starší děti potřebují lásku a uznání. Na počátku adolescence se poprvé setkáváme s potřebami seberealizace, avšak lidé jsou jimi plně ovládáni až v dospělém věku. Jsou-li základní potřeby jedince trvale frustrovány, pak u něho nevyhnutelně nacházíme projevy psychopatologie (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 7).

4.3 Hierarchicky organizovaný systém potřeb

4.3.1 Nižší potřeby

Fyziologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. V situaci, kdy nastává ohrožení realizace fyziologických potřeb, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka.

Potřeba jistoty a bezpečí představuje snahu o vyvarování se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění, apod. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty (u nemocného člověka, popř. potenciálně nemocného můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty).

4.3.2 Vyšší potřeby

Potřeba lásky a sounáležitosti, někdy také nazývaná potřeba afiliační, je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění.

Potřeba úcty a uznání. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiži uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Kdo chce být

dobrym lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře.

Metapotřeby, nebo také *potřeby růstu*, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování, jak uvedl Maslow v r. 1960: "*posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti*". Vyjadřují spíše možnost, než skutečnost, potřebu transcendence, překročení každodenní zkušenosti, potřebu vyššího duchovního života a transpersonální zážitky, "vyšší druh slasti – metahédonismus". Potřebu transcendence vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sama sebe, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu (cit. dle TRACHTOVÉ, 1999, s. 13-15).

4.4 Změna základních psychických potřeb v nemoci

Potřeba stimulace a nových zkušeností se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje. Nemocný člověk nemívá příliš velkou potřebu nových podnětů, protože nemá dost energie. Únava a vyčerpání vedou k preferenci stereotypu, jelikož je méně náročný a nevyžaduje tolik energie. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti mohou být podnětově deprivováni. Za těchto okolností není přijatelně uspokojována ani jejich omezená stimulační potřeba. Žijí v podnětově chudém prostředí a navíc se zhoršuje i kvalita přijímaných podnětů, mnohé z nich jsou nepříjemné a bolestivé.

Nemocný jedinec má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká, a proč je to nutné. Pokud by neznal alespoň rámcově charakter svého onemocnění, narůstal by jeho pocit nejistoty a ohrožení, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Nepříjemný lékařský výkon nebo vedlejší účinek léčby, jejichž smysl nemocný nezná, se mu jeví jako ohrožující, se všemi psychickými i fyziologickými důsledky. Těžko lze vyžadovat od nemocného spolupráci, pokud neví, k čemu má tento postup sloužit. Orientace v situaci a porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačních problémů. Utrpení lze snáze překonat, pokud nemocný chápe jeho smysl, a pokud věří, že mu nepříjemné výkony mohou nějak pomoci.

Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci zvyšuje. Závažné onemocnění je značnou zátěží, která vede ke zvýšenému úsilí získat podporu. Nemocný zažívá více nepříjemností a méně uspokojení. Nejistota a úzkost narůstají při odloučení od rodiny. Z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by mohla tyto problémy kompenzovat, dochází ke zvýšení fixace na blízké lidi. Závažné onemocnění se může stát příčinou ztráty vztahu s blízkým člověkem, který tuto situaci neunes. Pokud je nemocný hodně vyčerpaný, může ztratit zájem o všechno, tedy i o přítomnost svých blízkých.

Potřeba sociálního kontaktu může být obtížněji uspokojována, nemocný bývá více izolován, setkává se s omezenou skupinou lidí. Jeho sociální svět se může zúžit na nejbližší členy rodiny, zdravotnický personál a spolupacienty. Z různých důvodů, hospitalizace nebo fyzického omezení, může být těžké tato setkání realizovat, nemocný bývá závislý na aktivitě zdravých lidí. Musí počkat, až za ním někdo přijde (hospitalizovaní nemocní se na návštěvy často velice těší). Někdy může být v souvislosti s celkovým vyčerpáním, bolestmi a dalšími potížemi tato potřeba snížena. Nemocný ztrácí zájem o sociální kontakt, který by jej ve zvýšené míře vyčerpával a neposkytl by mu větší uspokojení. V komunikaci se zdravými lidmi navíc mohou chybět společná témata: jejich potřeby, aktuální prožitky i problémy jsou jiné. Tato setkání ztrácejí svůj smysl a nemocní o ně příliš nestojí.

Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Její uspokojení je obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot mnohdy ztrácí význam. Nemocný se vzdává původních ambicí, protože ví, že jsou nedostupné, nebo proto, že ztratily svou dřívější hodnotu. V současné situaci jsou pro něho důležitější jiné věci a seberealizace mívá tudíž jiné zaměření. Člověk přijímá roli nemocného, jehož samostatnost je nějakým způsobem redukována, ale už nemá mnohé povinnosti a nemusí prokazovat žádné kompetence. Vzácněji může pod vlivem choroby dojít k akcentaci této potřeby, člověk se snaží cíle dosáhnout právě proto, že jeho čas i možnosti jsou omezeny a on si toto omezení uvědomuje. Tento motiv bývá vyjádřením potřeby dokončit určitý životní plán, který dával jeho životu smysl a jeho dovršení tento smysl – a tím i hodnotu celého života – potvrzuje.

Potřeba otevřené budoucnosti, tj. pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována. Těžce nemocný člověk je omezen i v této oblasti, protože jeho choroba není nikdy zcela vyléčitelná. Vlastní budoucnost se mu může jevit nepříznivá a nemocný je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých původních představ. Určitou zátěž při zvládnání tohoto úkolu může představovat nedostatečná informovanost, nejistota a úzkost. Anticipace negativní budoucnosti je zcela logickým důsledkem takového

onemocnění. V závislosti na tom se objevují různé obranné reakce, které mohou mít charakter úsilí o dožití určitého mezníku (např. svatby dcery, Vánoc, narození vnuka), úniku do jiné, uspokojivější oblasti (fantazie, vzpomínek na minulost, apod.) nebo k identifikaci s někým, kdo nemá život tak zablokovaný (např. vlastní děti). Budoucnost může zahrnovat jen nejbližší dny, i když i ony mohou mít svůj smysl (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 84).

Ohledně role nemocničního pacienta cituje Křivohlavý Shelley E. Taylorovou: *"Pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmatený a pln obav, co ho při hospitalizaci (pobytu v nemocnici) očekává. Neví, jaké budou jeho povinnosti v nemocnici. A nemocnice toho mnoho nedělá pro to, aby uklidnila jeho zjitřené já, jeho úzkost a strach. ... Pacient je umístěn ("zasunut") do zvláštního pokoje, dostane zvláštní druh oblečení a je uložen vedle člověka, kterého nezná, a je podroben řadě jemu zvláštních zkoušek. Musí se tak svěřit do styku (interakce) s úplně cizími lidmi a to v prostředí, které je mu zcela cizí. Musí dělat věci, které jsou pro něj nové, zvláštní a neobvyklé. Očekává se přitom, že bude se zdravotníky spolupracovat, že se bude snažit pomáhat jim v tom, co dělají, a že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Pacient se tak rychle dovědí, že provoz nemocnice je organizován s ohledem na zdravotní personál spíše nežli s ohledem na pacienta"* (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2002, s. 51).

Nezbývá, než s autorkou výše zmiňované citace souhlasit. Sama jsem často pozorovala, že zdravotnický personál se nezajímá o pacienta jako o bytost s bio-psycho-sociálními potřebami, nýbrž pouze jako o předmět pracovního úsilí, které je třeba projevit, případně tvoří položku na seznamu denních povinností, kterou je nutno si odškrtnout.

Bohužel v popisu práce zdravotní sestry, se kterou mám zkušenosti, je předepsána pouze předoperační příprava fyzická, která je striktně časově rozplánovaná, nikde se na našem oddělení nepočítá s přípravou psychickou, která je dle mého názoru neméně důležitá. Osobně jsem se vždy snažila s pacientkami hovořit, ale vzhledem k obrovské časové tísní bylo často nutné rozhovor přerušit nebo ukončit.

5 PRŮBĚH NEMOCI

5.1 Reakce na nemoc

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

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

SVATOŠOVÁ (1995) uvádí, že zafixování variant obrany se vytváří již v průběhu života a to na základě pozitivní zpětné vazby. Znamená to, že člověk bude používat takové způsoby obrany, se kterými v minulosti uspěl. Vyplácel se mu spíše útok nebo únik? Známe-li člověka dobře, můžeme odhadnout, jaká asi bude jeho reakce. V zásadě jsou dva typy obrany: aktivnější a pasivnější. Aktivnější se projeví buď zvýšenou aktivitou (nápadněji se uplatní ve fázi "smlouvání" dle Kübler-Rossové) nebo zvýšenou agresivitou. Pasivnější typ se projeví popíráním a vytěšňováním, jindy rezignací.

Pacient reaguje na svou nemoc podle stupně jejího vývoje. Z hlediska psychických reakcí na nemoc je vhodné rozdělit průběh maligního onemocnění na pět fází:

- a) Bezpříznakové období. Pacient má zhoubný nádor, který ještě nelze prokázat, protože je příliš malý, ale ne zase již tak nepatrný, aby se s ním dokázal organismus vypořádat vlastní imunitní obranou. Pacient se buď cítí být zdravý, nebo má potíže, které zcela jistě nepocházejí od jeho skrytého nádoru. V tomto období má pacient k rakovině vztah, jako kdyby byl zdravý – netýká se ho to.
- b) Období prvních příznaků. Počáteční příznaky mohou být místní nebo celkové, objektivní nebo subjektivní. Člověk při těchto příznacích reaguje podle své letory a předchozích zkušeností a znalostí. U většiny pacientů se už v tomto období objevuje strach nebo určitá tíseň, v různé míře je vyznačena nejistota

z budoucnosti. Uvědomují si též i ohrožení některých hodnot – možnou ztrátu disponování časem, nežádoucí pracovní neschopnost a finanční dopad, možnost vyřazení ze světa zdravých lidí. Nejvíce je však toto období charakterizováno nejistotou, znepokojením, napětím, strachem, očekáváním, co se stane. Někdo dává přednost životu v nejistotě, někdo strach potlačuje a situaci zlehčuje, někdo vůbec celou věc podcení, poněvadž si možnou závažnost příznaků ani neuvědomuje.

- c) Období rozvinutých příznaků. Tuto fázi už charakterizují výrazné příznaky. Tato fáze je charakterizována vysokou hladinou úzkosti a strachu, stupňuje se nejistota z budoucnosti, rýsuje se ztráta určitých hodnot, dočasná nebo i trvalá. Dlouhodobá pracovní neschopnost ohrožuje pacientovu pozici v rodině. Pacient si většinou uvědomuje, že je ohrožen ztrátou sexuální hodnoty pro partnera, protože se u něj objevily příznaky, které mohou druhému člověku vadit, anebo jen proto, že je nemocný. Někteří už pociťují ohrožení své existence (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 118-123).
- d) Období léčby. Během počátku léčby pacienti prožívají silný všeobecný strach, smutek, depresi, ztrátu kontroly, pocit bezmoci a beznaděje, vztek a pocit viny. Pacienti, kteří se musí podrobit operaci, prožívají smutek na základě očekávané změny těla, někdy se pokoušejí odsunovat termín operace a hledají neoperativní řešení (TSCHUSCHKE, 2004, s. 94). Jakmile se pacient dozví, že se musí léčit, a co to pro něj bude znamenat, zaujme k této skutečnosti určitý postoj. Ten nemusí být zpočátku vůbec vyhraněný a jednoznačný. Způsob reakce na plánovanou léčbu závisí na těchto okolnostech:
- na primární osobnosti pacienta;
 - na rozsahu informovanosti o jeho vlastním onemocnění;
 - na jeho obecných znalostech o tomto onemocnění vůbec;
 - na přístupu lékařů a zdravotníků a způsobu, jak byla informace podána;
 - na pacientově rodinném zázemí;
 - na jeho vztahu k zaměstnání a spolupracovníkům;
 - na jeho dalších plánech v budoucnosti;
 - na jeho současných rozpracovaných úkolech; a

- na jeho názoru na život.

Reakce na plánovanou léčbu může být produktivní (přetrpění léčby, odosobnění, pacient spolupracující, odmítnutí léčby při pokročilém onemocnění po zralém uvážení, nebo neproduktivní (odmítnutí léčby ze vzdoru, zlosti nebo při pomyslné snaze trestat své okolí včetně zdravotníků, přijetí léčby s projevy nespokojenosti a negativistický přístup, neustálé poučování v průběhu léčby, nedůvěřivý postoj k práci lékařů i personálu, lhostejný postoj k léčbě, stížnostní postoj), přechod mezi produktivními a neproduktivními způsoby reagování na léčbu (vymýšlení a rady, občasné odreagování agrese, hluboké prožívání léčby – angažovanost).

- e) Období zlepšení nebo ústupu nemoci. Jakmile pacient pozoruje pozvolné zlepšování stavu, pomalu se mu vrací naděje do života a důvěra v lékaře a léčbu. Začíná si opět opatrně plánovat svůj život, pomalu se smiřuje s realitou, dřívější hodnoty zčásti nahrazuje hodnotami novými.

5.2 Prožívání nemoci v čase

"Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději" (SVATOŠOVÁ, 1995, s. 36).

Již zmiňovaná lékařka Kübler-Rossová zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání příchodu a rozvoje nemoci na psychické úrovni. Je dobře podotknout, že její práce nebyla první, přesto je nejznámější a nejcitovanější. Zároveň z ní řada autorů vychází při různých dílčích adaptacích pěti fází prožívání zlomové situace. Člověk reaguje na svou nemoc podle stupně jejího vývoje. Každá fáze onemocnění přináší s sebou specifické problémy, které na člověka působí rozdílně (cit. dle VAGNEROVÉ, 2008, s. 86).

5.2.1 Fáze šoku

První stádium, tedy příchod nemoci, bývá charakterizováno jako **šok, popření**: "Proč se to stalo? Proč právě teď? Proč právě mně?" To jsou běžné výroky lidí, kteří se náhle ocitli v roli nemocných. Všechny vedou k popření faktu nemoci a ke stažení se do izolace. Typické jsou reakce: "To nemůže být pravda, zcela jistě je to omyl." V této fázi je důležité navázat kontakt s nemocným a získat jeho důvěru. Měla by se rozvinout spolupráce s rodinou nebo

blízkou osobou nemocného tak, aby tato osoba dokázala pacienta podporovat již od tohoto stadia.

Šok jako psychická odezva na nástup nemoci byl popsán již v minulosti a obecně přijímán již v roce 1960. Lékaři provádějící výzkum se shodli na tom, že stadium iniciačního šoku je fází časově krátká (HAŠKOVCOVÁ, 1985).

Pro psychiku člověka je sdělení takto závažné diagnózy nadlimitní zátěží. Určitě k tomu přispívá fakt, že většinou zasahuje člověka nepřipraveného, v plném běhu každodenního života. Rakovina se totiž zdánlivě delší čas neprojevuje, připravuje se na okamžik, kdy "exploduje". Člověk se připuštění si pravdy v plném rozsahu brání a obrana může být filtrem nevědomého vnímání, který maladaptivním, popírajícím způsobem zamlžuje realitu a tím brání přiměřené reakci zvládnutí. Obranná reakce popření se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci. Zaznívají věty: "To musí být omyl, to jste spletli, ty výsledky určitě nejsou moje, to přece není možné, abych zemřela, to je všechno nějaký omyl, nic mně není, nic mě nebolí, mám jenom chřipku." Lidé s nádorovým onemocněním jsou nuceni intenzivně se zabývat myšlenkou na smrt, přidružuje se také zátěž způsobená tělesnými projevy nemoci, jako je únava, slabost, nechut k jídlu a vedlejší účinky aplikovaných léčebných metod. Také nemocniční léčba vyžaduje přizpůsobení se stavu závislosti a vzbuzuje celou škálu obav.

Komunikace ve fázi šoku: Aktualizace strachů a nadlimitní životní zátěž vyžaduje od nejbližšího okolí i od nemocničního personálu maximální podporu. Ti, co nikdy neprožili rakovinu, se nemohou vcítit do myšlení ani prožívání pacienta, mohou však projevit zájem a porozumění. Opakované, klidné a jasné vysvětlování a podávání srozumitelných informací týkajících se onemocnění i léčby napomáhají snížit úzkost a mobilizovat organismus k adaptaci a zvládnutí psychické zátěže tohoto období. Psychická podpora a pocit, že nejsou sami, snižuje napětí a zklidňuje zraněnou a strádající psychiku pacientů (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008, s. 56-61).

5.2.2 Fáze hněvu

Následuje období *zloby* a *hněvu*. Časté narážky nejrůznějšího typu vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. Nemocní si stěžují neoprávněně na cokoli, bez ohledu na skutečnost. Necháávají průchod myšlenkám "všichni se máte, protože jste zdraví", v jiné rovině slovně napadají toho zdravého, ať je to kdokoliv. Vždyť situace, do níž se nemocný dostal, je "vrcholně nespravedlivá". Tento časový úsek prožívání

nemoci je obdobím značně náročným zejména na okolí nemocného. To by mu však mělo dovolit odreagovat se, dát mu prostor, aby vyjádřil své pocity. Měli bychom si uvědomit, že nemocný prožívá nelehké období a tyto projevy nevztahovat na svou osobu.

Stres vyvolaný sdělením diagnózy a následnou fází šoku nepolevuje. Člověk prožívá psychickou krizi provázenou trvalým napětím a úzkostí. Hrozba smrti, strach z bolesti, utrpení a umírání představují v psychice pacienta zhroucení celého dosavadního života. Připojuje se zátěž způsobená tělesnými projevy nemoci a vedlejšími účinky aplikovaných léčebných metod. Nejčastějšími nežádoucími účinky nádorové léčby chemoterapií nebo radioterapií jsou nevolnost, zvracení, kožní reakce, vypadávání vlasů, únava a celková slabost. Chemoterapie může mít vliv na i na sexuální funkce a pohlavní ústrojí. Na intimní život působí léčba nádorového onemocnění také nepřímo, fyzickým i duševním stresem. Často se vyskytují snadno vysvětlitelná nedorozumění, kdy se například partner obává, aby nebyl nádorem nakažen, či aby na něj nepůsobila chemoterapie. Dochází ke ztrátě autonomie. Léčba vyžaduje přizpůsobení se dané situaci, kdy pacienti do značné míry prožívají svou závislost na lékaři a musí se naučit důvěřovat jeho rozhodnutím o použití léčebné metody. Pocit sebeurčení a řízení vlastního osudu je v základech otřesen a ztracen. Vykonávání běžných aktivit je částečně nebo zcela znemožněno. Na základě změněných reakcí nemocného vůči jeho okolí – a naopak – postupně dochází ke změnám v obvyklých sociálních vztazích. Často se vyskytují subtilní formy sociálního odstupu v rámci relevantních sociálních vlivů okolí. Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty pod hladinou vysoké míry stresu mohou mít za následek agresivní nebo pasivní typy reakcí. Odpor a vzpoura se často projevují v agresivním chování, a to jak ve verbální, tak i neverbální komunikaci. Na opačném pólu stojí pocit úplného se odevzdání do rukou lékařů. Pacienti se často potýkají s existenčními otázkami typu: "Budu se moci ještě vrátit do zaměstnání?" "Co bude s mou rodinou, mými dětmi?" Starosti, strach, smutek, zlost a otázka "Proč zrovna já?" jsou nejčastějšími reakcemi při zpracovávání nemoci v tomto období.

Komunikace ve fázi zloby a hněvu: Základní komunikace vychází z porozumění, podpory a ze zásadního uvědomění si faktu, že případná pacientova agresivita není namířena vůči naší osobě, ale proti zlé nemoci a zlému osudu. Nemocnému mohou také velmi pomoci jeho nejbližší, když překonají svou předpojatost a jsou ochotni otevřeně o svých pocitech hovořit. Zároveň však musí respektovat, že ne každý nemocný chce o svém strachu mluvit. K tomu, aby člověk s nádorovým onemocněním mohl tuto zátěž zvládnout, potřebuje především čas a neustálou nevtíravou pomoc (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008, s. 56-61).

5.2.3 Fáze smlouvání

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

Komunikace ve fázi smlouvání: Komunikace s pacientem v tomto období spočívá převážně v podpoře a pochopení jeho potřeb a třeba i nereálných přání. Porozumění se neprojevuje v tom, že pacienta litujeme, ale že ho respektujeme jako statečnou lidskou bytost (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008, s. 56-61).

5.2.4 Fáze adaptace

Pokud se nemocný dokáže postupně vyrovnávat se situací, přechází z fáze smlouvání do fáze *adaptace* (u nevyлéčitelně nemocných se v tomto stupni uvádí fáze deprese, nicméně pro účely této práce je vhodnější širší definice této fáze, např. dle Vágnerové). Délka této fáze může být různá. Nemocný slevuje ze svých představ a přání, neočekává dramatickou změnu k lepšímu, namísto toho se snaží o dílčí úspěchy. Akceptuje léčbu a spolupracuje, nicméně jeho očekávání jsou realističtější (byť mohou existovat výkyvy). Kognitivně dochází k jeho reorientaci, reinterpretuje svou situaci.

Adaptace však v žádném případě neznamená smíření s diagnózou. Pacient pouze ukončuje dehonestující obviňování a pokouší se dávat událostem významy, které mu umožňují situovat se do role hříšníka nebo hrdiny. Hledání nové role vede k pozitivním změnám v procesu uzdravování. Podle výzkumných studií lidé v tomto období často mění svůj žebříček hodnot, nebo dokonce celkový pohled na život a přístup k němu. Vděčnost za život může u člověka vyvolávat také dramatický posun v jeho osobnostním vývoji, především ve spirituální oblasti. Lidé mohou hledat záchranu například ve víře, intenzivně

shánějí informace o nových a zázračných terapeutických metodách, přemýšlejí o přírodních a alternativních postupech a hledají naději (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 88)

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

Komunikace ve fázi adaptace: Profesionální komunikace spočívá v podpůrných psychologických rozhovorech, jejichž cílem je především snížení zoufalství a deprese, zmírnění pocitů izolace, bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými. Lidská podpora a porozumění, vyjádřené nejen slovy, ale i v neverbální komunikaci, jsou tou nejcennější pomocí při pacientově hledání.

5.2.5 Fáze smíření, vyrovnání se

Smíření, tedy přijetí pravdy o tom, že jsem se stal nemocným, je možným zakončením bolestně zažitého a prožitého příchodu nemoci, která má vážný (a někdy nevyléčitelný) charakter. Nemocný člověk může projít zmíněnými stádii opakovaně, avšak k některým ani dojít nemusí. Období smíření představuje bezesporu časově nejdelší období a ve své podstatě znamená strastiplnou cestu vedoucí k přijetí nemoci za svou. Je třeba zdůraznit, že rozhodující pro toto období je charakter průběhu vlastní nemoci. Nemocný akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 88).

U nevyléčitelně nemocných se na procesu smíření s nevyhnutelností smrti pozitivně podílí náboženské přesvědčení člověka, eventuálně jeho rodiny, které by se mělo jednoznačně respektovat. Stává se, že nevěřící lidé se v konečném období života obrazejí k Bohu. Tento fakt nelze hodnotit jako marnou snahu člověka o přijímání jakékoli naděje na útěchu nebo jako kalkulaci "co kdyby přece jen..." Tato změna většinou souvisí se změnou hodnotové orientace, s bilancováním života, s uvědomováním si vlastních zážitků a jejich pomíjivosti, včetně eventuálních prožitků, které souvisejí se změněnými stavy vědomí. Psychická opora zprostředkovaná nemocničním duchovním a klinickou pastorační péčí obecně pomáhá těmto pacientům překonávat emocionální, mentální a duchovní těžkosti závěru života (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008, s. 56-61). Při správném vedení nemocného nejde v této fázi o rezignaci, trpné odevzdání se osudu, ale o aktivní smíření s ukončením života (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 134).

Jak jsem uvedla na začátku této podkapitoly, stádia se mohou opakovat. Haškovcová uvádí, že podle vlastní klinické zkušenosti má za to, že Kübler-Rossově křivka probíhá lineárně jen výjimečně, mnohem častěji se fáze zloby, hněvu a především depresí a smlouvání opakují a prolínají. Některé mohou být zeslabeny, jiné zesíleny, za určitých okolností může některá z nich dokonce chybět. Proto navrhuje, aby celé dlouhé období, počínaje zlobou a hněvem a konče vnitřním přijetím pravdy o své nemoci, bylo nazýváno tápání (HAŠKOVCOVÁ, 1985).

Komunikace ve fázi smíření: Pokud nejde o umírající, je komunikace v této fázi obdobná komunikaci ve stádiu adaptace. Komunikace u lůžka umírajícího spočívá pak především v poskytování sebe jako člověka, nikoli profesního experta. Rozhovory, byť jen krátké, a fyzický kontakt ve formě doteků, pohlazení, vzetí za ruku přinášejí umírajícímu úlevu a zmírňují jeho pocity osamocení. Setkání umožňují vedení rozhovorů, při nichž nám pacient sděluje, co považuje za významné. Často mluví o obavách, životních zkušenostech a můžeme se setkat i s negativními prožitky hněvu, pláče, úzkosti, strachu, atd. Tyto projevy přijímáme bez výhrad a s porozuměním. Forma empatických rozhovorů většinou dříve či později vyústí v bilanci života umírajícího s konečným závěrem (KANTOROVÁ a POKORNÁ, 2010).

Důležité je nebát se držet pacienta za ruku, mlčet, když nechce nebo nemá sílu mluvit, protože on potřebuje cítit, že jste s ním. Tato fáze klade vysoké nároky i na psychiku nejbližších. Očekává se od nich psychická opora pacienta v době, kdy musí sami akceptovat blížící se ztrátu, vyjasnit si své vlastní role vzhledem k událostem a rozloučit se se sny. V této fázi je důležitá nabídka psychologické péče (KANTOROVÁ a POKORNÁ, 2010).

6 VLIV NEMOCI NA PSYCHIKU ŽENY A MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE

6.1 Identifikace s ženskou rolí

Uplatnění psychologie v gynekologii a porodnictví úzce souvisí s biologickým, psychickým a sociálním vývojem dívky/ženy a s identifikací s ženskou rolí, během které by si měla osvojit a plnit všechny sociální role, které s ženstvím souvisejí. V komplexní péči o ženu by mělo být samozřejmostí postihovat jednak somatický, ale i psychický stav a sociální pozadí jejího života. Cílem psycho-sociální anamnézy je pak vytipovat ženy, které potřebují psychologickou pomoc a pomoci jim při změně sebepojetí, jako důsledku sníženého sebevědomí až pocitu méněcennosti, které pramení z poruch sebehodnocení, zvláště u gynekologických zákroků (ZACHAROVÁ aj., 2007, s. 98).

V průběhu života si žena vytváří – a také vlivem prostředí, ve kterém žije – si opakovaně upevňuje určité názory na sebe sama. Má také přání, jaká by chtěla být. V psychologii hovoříme o sebepojetí neboli o "konceptu já". Sebepečení do značné míry ovlivňuje chování i jednání ženy. Koncepte "já" vyjadřuje postoje ženy k sobě – já jsem (mám určité tělesné i psychické vlastnosti, – já umím, dovedu (mám úspěch), – já patřím k... (rodině, profesi), – já chci být (chci dosáhnout určitého cíle, mám ideální obraz svého já).

Zdá se, že největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe, hodnotí. Jeho identita (představa toho, "kdo jsem já") je chronickým onemocněním postižena nejvíce. Byl někým nežli došlo k onemocnění. Nyní je též někým, ale někým jiným. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sám sobě, může dojít tak daleko, že se chronicky nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit (kompetence), ale dokonce i osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako *non-person* – nebytí osobnosti. Tuto změnu pociťuje pacient (ve stavu chronického onemocnění velice snadno psychicky zranitelný) jako mimořádně těžkou. To často vede pacienty k revizi a přehodnocení mnohého. O tomto psychickém procesu se hovoří jako o strategickém přebudování vlastní identity (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 131).

Identifikace s ženskou rolí je proces, během něhož by žena měla přijmout fakt, že je žena, a během kterého by si měla osvojit a plnit všechny sociální role, které s ženstvím souvisejí.

Identifikovat se s ženstvím znamená, že žena je převážně spokojena se vzhledem a funkcí těla, které jí bylo díky genetické předurčenosti dáno:

- přijímá všechny prožitky, které jí tělo přináší a zvládá je bez pocitů ukřivdění (menstruační potíže, porodní a poporodní bolesti, klimakterické projevy, choroby ženských orgánů);
- osvojuje si a zvládá většinu sociálních rolí osobního života a naplňuje je bez větších problémů a krizí, které by nepříznivě ovlivňovaly její psychiku;
- vytváří harmonické vztahy, které souvisejí s jednotlivými rolemi ženského života (vztah k partnerovi, dětem);
- má silnou touhu po reprodukci;
- těší ji péče o narozené děti, je schopná rozpoznat a uspokojovat jejich potřeby a cítí se zodpovědná za jejich výchovu až do doby jejich citové a ekonomické nezávislosti.

Identifikace s ženstvím je proces, který v podstatě probíhá celý život (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 113).

6.2 Vliv fyzických změn na psychiku ženy

Každý člověk má ve své mysli zmapované vlastní tělo. Jsou orgány, na nichž si zakládá, které pro něj mají značný osobní význam, a jejichž odnětí je pro něj neslučitelné se životem (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 63).

Změny ve vzhledu a funkci se odrážejí ve změně sebepojetí ("Mohu se stále ještě považovat za ženu, když mi vzali dělohu nebo ne?") (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 119).

Ztráta pohlavních orgánů je nesporně velký zásah do tělesné celistvosti. Žena zpočátku vnímá novou situaci velmi tragicky. Kromě trvalého strachu z nádorové nemoci nabývají nepředstavitelných rozměrů představy o pozbytí ženské přitažlivosti, objevují se obavy ze ztráty přátel, dokonce těch nejbližších a hlavně partnera, pocit studu před ostatní částí "zdravé populace" (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 114).

O. Dostálová uvádí jeden příklad: *"Měli jsme v péči pacientku, pro kterou sex symbolizoval celý její život. Byla primitivní a krajně neukázněná. S rakovinou prsu přišla pozdě, lépe řečeno na chirurgii byla poslána obvodním lékařem. Když jí byla navržena amputace prsu, odmítla. Objevila se víc než po půl roce s prsem prostoupeným nádorem, který se na povrchu rozpadal a byl sekundárně infikován. Přesto se pacientka zuřivě bránila jakékoliv léčbě. Posléze jsme ji přece jen přemluvili k ozařování i k operaci. Bylo jí navrženo také odnětí vaječníků za účelem hormonálního zklidnění při pokročilém nálezů na prsu. Pacientka odmítla i za cenu toho, že se připravila o jednu z mála léčebných možností, a prohlásila, že raději nechce žít. Skutečně brzy nastal rozsev do jiných orgánů, ale pacientka neslevila. Její ženské orgány byly pro ni hodnotou, za kterou nedovedla najít náhradu. Později vyhledala jiné pracoviště, kde nakonec zemřela"* (DOSTÁLOVÁ, 1993, s. 63-64).

Tělesný handicap způsobený léčbou může určitě ovlivnit partnerský vztah. Nemocné ženy sledují chování partnera drobnohledem, přikládají často běžným projevům jiný význam. Představa nemocné ženy o ztrátě atraktivity může vést k vyhýbání se kontaktu s partnerem, až odmítání partnera. Je zcela možné, že zdravý partner není schopen poskytnout nemocné ženě podporu. Cítí, že intimní kontakt by mohl být trapný, nevhodný. V zajetí reakcí na léčení, úzkosti, v pochybnosti o sobě, se může nemocná partnerovi odcizit. Je zde riziko, že se uzavře do svého prožívání.

Další z řady komplikací po radikálních operacích je inkontinence, tedy únik moče, který je pro ženu sociálním a hygienickým problémem.

Radioterapie je provázena obavami, představuje temnou neznámou hrozbu. Pacientky často pokládají aktinoterapii za známku beznadějně situace. Změny na kůži přinášejí značné psychické problémy, neboť kůže je orgán, kterým se žena představuje svému okolí. Uplatňují se zde především negativní estetické dojmy, štítivost ze strany okolí, stud, pocity méněcennosti, jizvy, vypadávání vlasů.

Ženy po ovariektomii (odstranění vaječníků) se přestávají cítit ženami a hlavně je zatěžuje navození umělého přechodu a s ním související problémy (poruchy nálady, spánku, pokles energie, bolest hlavy). Užívá-li žena hormonální preparáty a začíná přibývat na váze, dochází k poruše přijetí vzhledu vlastního těla v souvislosti s nadváhou. Uvedené problémy vedou často k úzkosti a depresi.

Nemocné ženy zpravidla trpí úzkostnými stavy z obavy, zda se budou partnerovi ještě líbit, zda pro něj budou i nadále sexuálně přitažlivé. Snížené sebevědomí až pocity

méněcennosti, jako důsledek změněného sebezpojetí, jsou častěji popisovány u žen, které měly poruchu sebehodnocení již před onemocněním, které si nejsou jisté pevností partnerského vztahu (ČECHOVÁ a ROZSYPALOVÁ, 2001, s. 119).

Na sexuální aktivitu pacienta působí jak vlastní choroba, tak její léčení. Samotné léčení, zejména ozařování a chemoterapie, zasahuje do látkové výměny v organismu a snižuje tvorbu hormonů ovlivňujících pohlavní pud a pohlavní akt. Pravděpodobně jednou z nejsložitějších situací provázejících nádorové onemocnění je ztráta libida a potence. Většina onkologicky nemocných zdůrazňuje, že mnohem důležitější je však být milován, mít vedle sebe citově spolehlivého partnera. Nemocní jsou vděční, zůstanou-li naživu a nepřemýšlejí o možných poruchách sexuálního života. Rakovina může způsobit ztrátu naděje mít rodinu, může komplikovat plány do budoucna.

Z vyprávění patientek vím, že je pro ně těžké začít o intimitě mluvit. Dle jejich výpovědí převažuje stud o sexualitě hovořit a také často vypráví o jistém "namlouvání si", že toto není "důležité", neodváží se klást otázky, nemají odvalu kvůli obavám, že budou odmítnuty, jak často od zdravotníků slýchávají "buďte ráda, že žijete".

Jak jsem se zmiňovala výše, k tomu, aby se pacientka otevřela, je nezbytná důvěra. Hovořím-li s patientkami o sexualitě, mám připravené obrázky s pohlavními orgány, na nichž demonstruji, k jakým anatomickým změnám došlo, a jaká opatření z toho vyplývají pro budoucí pohlavní život.

První zásadou k dosažení optimálního stavu (v mezích možností) po operačním zásahu tedy je, aby pacientka přijala změněnou představu vlastního těla.

Neakceptuje-li pacientka svůj změněný vzhled nebo odnětí vnitřních orgánů, obvykle u ní přechází akutní zármutek pro ztrátu části těla nebo její funkce v depresi. To se opět odráží ve zhoršení funkcí, které pokračuje někdy rychle a zdánlivě nevysvětlitelně. Proto je sice třeba všem jejich situaci vyložit, ale je nutné je respektovat jako svéprávné a zodpovědné lidské bytosti, ať už je jejich rozhodnutí jakékoliv.

Po sdělení onkologického nálezu je důležité začít s časnou rehabilitací (terciální prevencí). Cílem léčebné rehabilitace je co nejdříve a co nejlépe pomoci ženě nalézt cestu zpět do společnosti, k rodině, přátelům, zálibám, práci a ke všem dřívějším i novým aktivitám. Rehabilitaci můžeme dělit na psychologickou (měla by být zahájena bezprostředně po stanovení diagnózy, jedná se zpravidla o psychoterapii), fyzikální (např. aby se předešlo

omezení hybnosti) a sociální (aktivity, které napomáhají plnohodnotnému zařazení pacientky do společnosti).

6.3 Krizová intervence u onkologicky nemocných

O krizi hovoříme tehdy, když se jedinec ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi jeho zvládnutí, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život. Na krizové události člověk reaguje panikou a úzkostí. Krizová intervence tedy znamená vstup prostředníka mezi jedince a jeho krizi, který umožní jedinci odstup a nasazení efektivních strategií zvládnutí (KASTOVÁ, 2010).

Krizi spouští mnohdy už samo sdělení diagnózy onkologického onemocnění ošetřujícím lékařem, z čehož vyplývá potřeba psychologického a sebezkušenostního vzdělání a výcviku v únosné míře pro lékaře a zdravotnické pracovníky, neboť jsou jako první z celého psychoonkologického týmu s nemocným v kontaktu a tedy vystaveni úzkostné a panické reakci pacienta (KASTOVÁ, 2010).

Klientovi se zdá, že není v jeho možnostech se s náročnou situací vyrovnat. Zdá se mu také, že ve svém okolí nemá dostatečné zdroje pomoci. U řady lidí se v krizi objevují sebevražedné myšlenky, někteří z nich se pokoušejí o sebevraždu a někteří z nich sami svůj život ukončí.

Na krizi je možné nahlížet i jako na příležitost k osobnímu růstu. Během krize je člověk zvýšeně vnímavý, krize ho připravuje na zásadní změnu. Otevírá mu cestu k nové úrovni vnitřní rovnováhy i k založení nového vztahu k lidem.

Krizová intervence chce posílit klientovy vlastní adaptační schopnosti. Terapeut by měl podpořit klientovo Já, tedy vědomou, racionální složku osobnosti.

Krizová intervence je postup vhodný u lidí, kteří se poprvé potýkají s velmi náročnou situací. Podíl náročnosti situace na vzniku krize by měl být větší, než podíl klientovy osobnosti.

6.3.1 Cíle psychologicko-psychoterapeutické intervence u onkologicky nemocných

Psychoterapeutická pomoc by měla směřovat zejména ke zmírnění pocitů osamělosti v nemoci, redukci strachu z léčby, zmírnění zoufalství a deprese, pomoci při objasňování

nedorozumění a chybných informací (v rodině i léčebném vztahu). Terapie by měla také napomoci zmírnění pocitů izolace, bezmocnosti, beznaděje, opuštěnosti druhými. Pacienty vedeme k zodpovědnosti za vlastní uzdravování (k aktivnímu přístupu k nemoci), podporujeme dobrou spolupráci s lékařským týmem. Obecně se snažíme o zlepšení kvality života pacienta (JANDOURKOVÁ a CIBULA, 2007, s. 567).

Psychoterapeut v onkologii má ovládat tyto základní dovednosti:

- a) umění pacientovi naslouchat;
- b) umění pacienta pochopit;
- c) umění podat vhodnou informaci v pravý čas jak pacientovi, tak jeho blízkým;
- d) schopnost realisticky zvážit situaci v celé šíři – kladné i záporné důsledky somatické léčby, prognózu onemocnění, psychosociální situaci pacienta a jeho rodiny;
- e) taktní a ohleduplné chování, které nenechává pacienta na pochybách, že terapeut respektuje jeho lidskou důstojnost a plnou lidskou hodnotu, bez ohledu na případně odpor budící somatické postižení;
- f) toleranci k pacientovým názorům a přáním, i když mu vysvětlí, proč s ním nemůže souhlasit;
- g) trpělivost s pacientem a snahu pomoci mu při získávání realistického názoru na léčbu a volbu pro něj vhodných aktivit.

Tyto zčásti vrozené, zčásti získané dovednosti tvoří základ k dalšímu psychoterapeutickému přístupu a individuální volbě pro pacienta nejvhodnější psychoterapeutické metody (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 220).

Jak jsme si již řekli dříve, pro onkologicky nemocného je velmi důležité, aby se vyrovnal se svou nemocí. Způsob vyrovnávání má být v souladu s pacientovým založením a temperamentem, s jeho názorem na život. Psychoterapie mu má pomoci najít takový způsob vyrovnávání, který je pro něj nejvhodnější. Pokud se zvolí optimální způsob vyrovnávání, pak jej nazýváme produktivním.

Dalším polem působnosti psychoterapie je pomoc při snášení bolesti a tělesných obtíží, které s sebou vývoj nádorového onemocnění a jeho léčba přináší. Při ovlivňování psychické složky bolesti lze účinně použít různých psychoterapeutických technik. Hilgardovi

uvádějí, že při tlumení bolesti má dlouhou historii hypnóza. Používají se také různé relaxační a meditační techniky (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 1986, s. 227).

Samotná psychotherapeutická pomoc může zahrnovat následující opatření – krizovou intervenci, vzdělávací a na informacích založené metody, behaviorální metody, metody individuální nebo skupinové terapie (JANDOURKOVÁ a CIBULA, 2007, s. 567).

Dále může poskytnout psychotherapie pacientovi pomoc v oblasti jeho sociálního života. Pomáhá mu přehodnotit neadaptivní postoje, nastavit mu zrcadlo, v němž pozná vlastní nedostatky, které ho izolují od rodiny.

Psychotherapie může pacientovi dopomoci k rozumnému náhledu na jeho situaci a přivést jej k větší toleranci vůči jeho okolí. Ve vztahu k zaměstnání může pacientovi umožnit, aby nahlédl své vlastní realistické postoje a nevnucoval okolí svou angažovanost v práci, na kterou už nestačí. Psychotherapie mu může pomoci se "rekvalifikovat" na invalidního důchodce, pokud nelze jinak, a najít si nezátěžující a zajímavou soukromou činnost, která by ho uspokojila.

Psychotherapie by se měla věnovat i členům rodiny a jim objasňovat nesprávné postoje a otevírat obzory pro kvalitní soužití s nemocným příslušníkem rodiny.

Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že slovo má velkou moc, je stejně schopno uzdravovat jako ničit. Pacient chce rozumět všemu, co se týká jeho těla i duše. Právě přes komunikaci nachází pacient osobitý vztah – vztah ke "své" sestře, "svému" lékaři.

Při zpracování dotazníků mě zaujala výpověď pacientky: *"Zdravotnický personál byl moc milý a ochotný, ale pouze v případě, jednalo-li se o péči o tělo, v případě pokusu o rozhovor o nemoci, jako by to byli oni, kdo se bojí mojí nemoci."*

Podle mého mínění by bylo vhodné, kdyby v nemocnicích fungoval psychotherapeut nebo psychotherapeuticky vzdělaná sestra, kteří by měli na starosti "pouze" "své" oddělení, a pečovali tak o psychickou stránku pacienta (pacientů) během (nejen) hospitalizace. Jsem si jista, že by tak docházelo ke snížení negativních reakcí souvisejících s nemocí a tím by bylo dosaženo hladšího a kratšího průběhu hospitalizace a následné péče.

Dále bych považovala za přínosné, kdyby měly pacientky léčené na našem pracovišti (a samozřejmě i jinde) možnost se pravidelně setkávat, sdělovat si své zkušenosti a poznatky získané v souvislosti s gynekologicko-onkologickým onemocněním, a tak si navzájem pomáhat při řešení praktických i emocionálních problémů s ním spojených a poskytovat

si vzájemnou podporu. Došlo by tak ke zlepšení informovanosti o těchto nádorových onemocněních, ať už jde o změny ženských pohlavních orgánů a jiné tělesné důsledky vyvolané léčbou, možnosti sociální podpory, rehabilitace, apod. Nabízela by se též možnost v případě potřeby doporučit pacientkám další odborníky v jiných oborech.

7 PRAKTICKÁ ČÁST – VÝZKUM U ONKO-GYNEKOLOGICKY NEMOCNÝCH

7.1 Cíle, definování výzkumného problému, hypotéz a otázek, typ výzkumu

Cílem mé práce bylo zmapovat, jak pacientky s gynekologicko – onkologickou diagnózou prožívaly nemoc během hospitalizace, zda byly uspokojovány jejich biopsychosociální potřeby, jaké bylo vzájemné působení mezi zdravotnickým personálem a pacientkami při (ne)uspokojení těchto potřeb během hospitalizace, a podíl uvedených skutečností na kvalitě následujícího života.

Zároveň jsem se snažila zjistit, zda by pacientky uvítaly výraznější zapojení zdravotnického personálu jako psychické opory během jejich hospitalizace a případné důvody takového požadavku.

K této myšlence mě přivedly samotné pacientky, když jsem s nimi v rámci své profese zdravotní sestry vedla rozhovory a setkávala se u nich s nedočkavostí, až je někdo vybídne, aby o své nemoci hovořily. Měly potřebu sdělit svou reakci, své vnímání, bolesti, chtěly si postěžovat na nepříjemnosti, které je v souvislosti s nemocí potkaly.

Jsem si samozřejmě vědoma skutečnosti, že vzhledem k relativně nízkému počtu respondentů a jejich soustředění na jednom zdravotnickém pracovišti nelze tento výzkum považovat za obecně platný a získané výsledky jsou tak spíše orientační.

Pro dosažení cíle jsem si stanovila celkem šest hypotéz:

- Hypotéza H1: většina pacientek nastupuje hospitalizaci ve fázi agrese, hněvu.
- Hypotéza H2: pacientky budou udávat, že při sdělení fyzické bolesti dostaly okamžitě utišující lék, aniž by došlo k rozboru bolesti.
- Hypotéza H3: pacientkám nebude po dobu hospitalizace největší oporou zdravotnický personál.
- Hypotéza H4: během hospitalizace nebude pacientkám nabídnuta zdravotnickým personálem možnost ventilovat své pocity, prožívání, obavy z nemoci.

- Hypotéza H5: více jak polovina pacientek by uvítala v době hospitalizace psychickou podporu zdravotnického personálu, možnost sdělit své prožívání a emoce.
- Hypotéza H6: mladší pacientky budou více řešit otázku sexuální.

7.2 Materiál a metodika

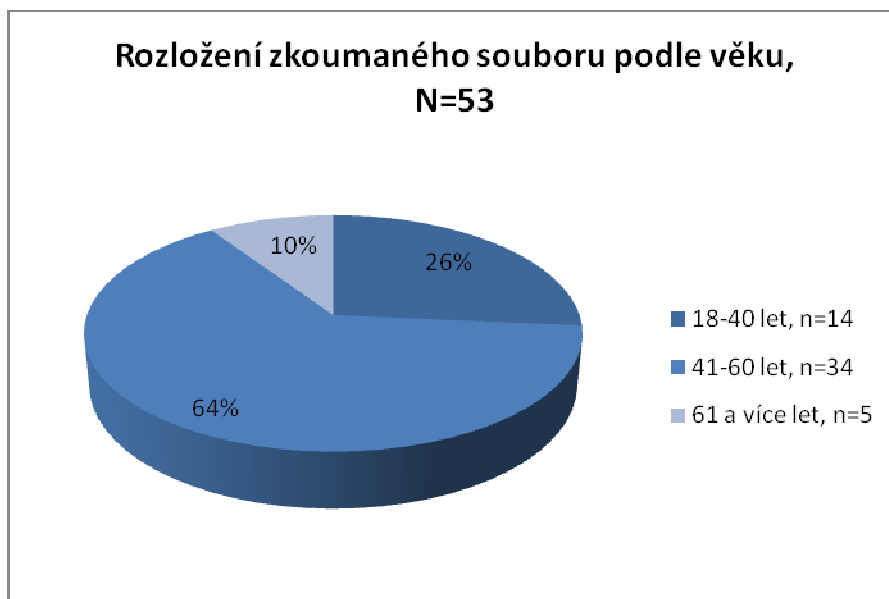
Skupinu tvořenou pacientkami nazývám zkoumaný soubor. Do zkoumaného souboru jsem zařadila ženy s diagnostikovanou gynekologickou malignitou, které se léčily nebo léčí v Nemocnici na Homolce. Ženám byly mnou rozdány speciální dotazníky s žádostí o anonymní vyplnění.

Celkem bylo rozdáno 58 dotazníků, přičemž jejich návratnost činila 91,38 % (53 dotazníků z 58 uvedených). Celkový počet zkoumaných osob tak představuje $N = 53$. Homogenita skupiny byla sledována z hlediska věku, rodinného stavu a víry.

Zkoumaný soubor je tvořen ženami, u nichž byla diagnostikována gynekologická malignita, přičemž v době provádění výzkumu byly v remisi onemocnění. Všechny pacientky podstoupily chirurgický zákrok, dále pak v závislosti na individuální povaze případu (typu nádoru, stádiu onemocnění, apod.) radioterapii, hormonoterapii či chemoterapii, a to různé kombinace těchto metod léčby. Dotazníky byly předávány ženám ze zkoumaného souboru při pravidelném kontrolním vyšetření u lékaře na onkogynekologii. Průměrná doba, která u oslovených pacientek uplynula od jejich hospitalizace na gynekologickém oddělení po operaci do předání dotazníku, činila 6 – 9 měsíců.

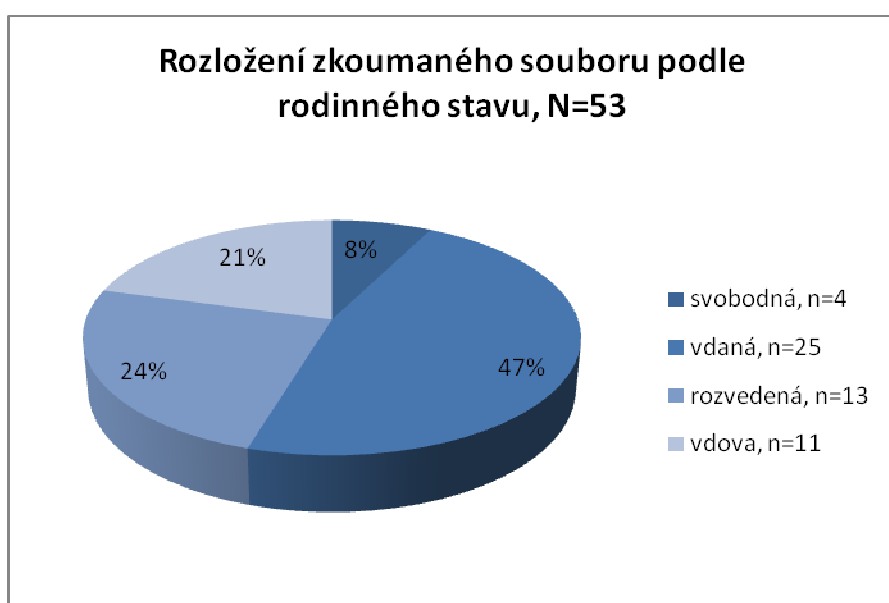
Pacientky ze zkoumaného souboru byly ve věku od 21 do 74 let, průměrný věk v této skupině činil 52,3 let.

Graf č. 1. Rozložení zkoumaného souboru podle věku



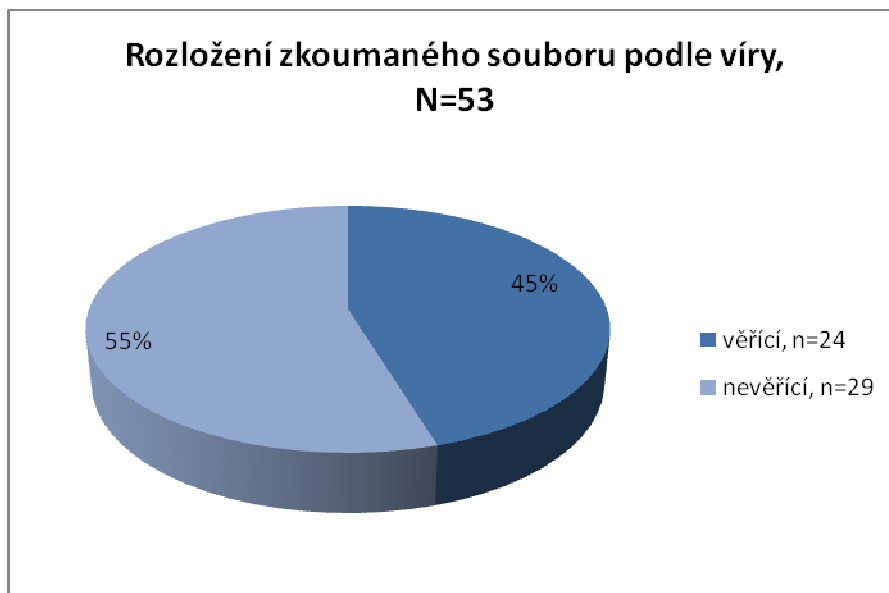
V rámci dotazníku jsem do části věnující se popisným údajům začlenila rovněž rodinný stav pacientek z důvodu, že jsem předpokládala souvislost existence rodinného zázemí se zvládáním zátěže spojené s onemocněním. Naopak relativně vysoký podíl vdov ve zkoumaném souboru naznačuje potenciální souvislost mezi vznikem onemocnění a krizí způsobenou ztrátou blízké osoby, avšak prokázání takové souvislosti pochopitelně zcela přesahuje rámeček a rozsah tohoto výzkumu.

Graf č. 2. Rozložení zkoumaného souboru podle rodinného stavu



Obdobně jako u rodinného stavu, víra pacientek (či její absence) může mít vliv na postoj k dalším otázkám pokládaným v dotazníku. Konkrétně jsem zkoumala souvislost mezi vírou pacientek a mírou spoléhání na sebe při uspokojování potřeby psychické opory během hospitalizace.

Graf č. 3. Rozložení zkoumaného souboru podle víry



7.3 Použité metody

Z hlediska metodologie se jedná o výzkum kvalitativní, kdy obsahem výzkumu jsou dotazy zaměřené na zjišťování detailních informací ohledně uspokojování biopsychosociálních potřeb u velmi úzké výseče populace (pacientky s gynekologicko – onkologickým onemocněním) v řádu desítek jedinců. Kvalitativní metodologie byla zvolena rovněž proto, že jedním z cílů daného výzkumu (kromě jeho využití pro účely diplomové práce) je hledání způsobů, jak uspokojování biopsychosociálních potřeb při hospitalizaci ve vztazích mezi zdravotnickým personálem a pacientkami zlepšit. Ze skutečnosti, že se jedná o kvalitativní výzkum, vyplývá pak zároveň způsob výběru vzorku, který byl pochopitelně záměrný, kdy společnou vlastností je existence konkrétní diagnózy.

Jedná se o výzkum v psychosociální oblasti, při výběru metody jsem (nakonec) volila přehledový průzkum metodou písemného dotazování prostřednictvím speciálního, mnou vytvořeného dotazníku. Patientkám hospitalizovaným s uvedeným onemocněním na gynekologickém oddělení Nemocnice na Homolce byly během období cca šesti měsíců

předkládány dotazníky s žádostí o vyplnění (na anonymní bázi). Při přípravě výzkumu jsem zvažovala i použití rozhovoru, který má nesporně mnoho předností, nicméně pro daný výzkum se mi jevil jako méně vhodný. V případě rozhovorů by pacientky odpovídaly volně, v závislosti na své individualitě a tom, čemu přiřkládají důležitost, a tím pádem by bylo obtížné až nemožné získat srovnatelné veličiny. Pacientky by navíc v prostředí, kde jsou léčeny, a v kontaktu s tamním zdravotnickým pracovníkem přizpůsobovaly odpovědi tomu, co považují za sociálně akceptovatelné.

Kromě veličin popisujících zkoumaný soubor, tj. věk, rodinný stav, víra (nezávislé proměnné) – pohlaví je v tomto případě dané s ohledem na charakter onemocnění a z něj vyplývající složení zkoumaného souboru – jsou zkoumanými veličinami subjektivní prožívání onemocnění, hospitalizace a interpersonálních vztahů v souvislosti s uvedeným (závislé proměnné), a to ve formě konkrétních otázek s předem danou množinou typizovaných odpovědí (v jednotlivých případech s možností upřesnění ze strany respondenta).

V dotazníku byly pacientkám kladeny následující otázky (zde částečně parafrázované, přesné znění viz příloha):

- 1) Uveďte, jaký byl váš život před diagnostikováním nádorového onemocnění.
- 2) Vyberte fázi označující váš psychický stav v době nástupu na operaci.
- 3) Věnovali profesionálové během hospitalizace dostatečný zájem vaší fyzické bolesti?
- 4) Trpěla jste během hospitalizace některými z uvedených obtíží?
- 5) Po sdělení obtíží vám někdo z profesionálů poskytl jaké řešení?
- 6) Kdo vám byl v době hospitalizace největší oporou?
- 7) Stalo se, že jste před svými blízkými skrývala emoce, které jste během nemoci prožívala, protože jste je nechtěla vystavovat psychickému traumatu?
- 8) Vybídl vás během hospitalizace lékař nebo sestra k tomu, abyste mluvila o své nemoci, o tom, co prožíváte?
- 9) Využila jste (byste) možnosti shora uvedené psychické pomoci?
- 10) Trápily vás otázky týkající se ztráty ženskosti a možné obavy z následujícího sexuálního života?
- 11) Kdo vám byl v oblasti sexuality největší oporou?

7.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal od října 2010 do dubna 2011 na gynekologickém oddělení Nemocnice na Homolce. Ženy jsem oslovovala v této souvislosti osobně.

Oslovené pacientky byly ujištěny o anonymitě výzkumu a důvěrnosti získaných údajů. S ohledem na anonymní charakter výzkumu nicméně nebyly z jejich strany podepisovány informované souhlasy. Spolu s dotazníkem vždy obdržely i zalepovací obálku, do níž vložily vyplněný dotazník. Obálky pak byly vyhazovány do speciální schránky, umístěné u vchodových dveří oddělení, mimo dohled zdravotníků.

Kontroly onkologických patientek, během nichž byl prováděn sběr dat, probíhají čtrnáctidenně v počtu cca deseti až patnácti patientek.

Pacientky, na něž jsem se obracela s žádostí o vyplnění dotazníku po počáteční opatrnosti reagovaly na základě jeho zběžného prostudování většinou pozitivně. Celkem jsem oslovila 71 patientek, přičemž 58 (81,69 %) z nich souhlasilo s účastí na výzkumu a dotazník si převzaly. Z těchto 58 nicméně 5 (8,62 %) nakonec dotazník nevyplnilo, případně neodevzdalo, celkem se mi tedy vrátilo 53 (91,38 %) vyplněných dotazníků.

Ženy, které vyplnění dotazníku předem odmítly, tak učinily obvykle s odůvodněním, že vzpomínky na hospitalizaci a léčbu spojenou s nemocí u nich stále vyvolávají nepříjemné až ohrožující pocity, výjimečně uvedly, že nechtějí sdělovat takovéto intimní údaje, byť anonymně, případně nemají důvěru v zachování anonymity.

7.5 Výsledky

7.5.1 Kvalita života před onemocněním a fáze dle Kübler-Rossově při nástupu léčby

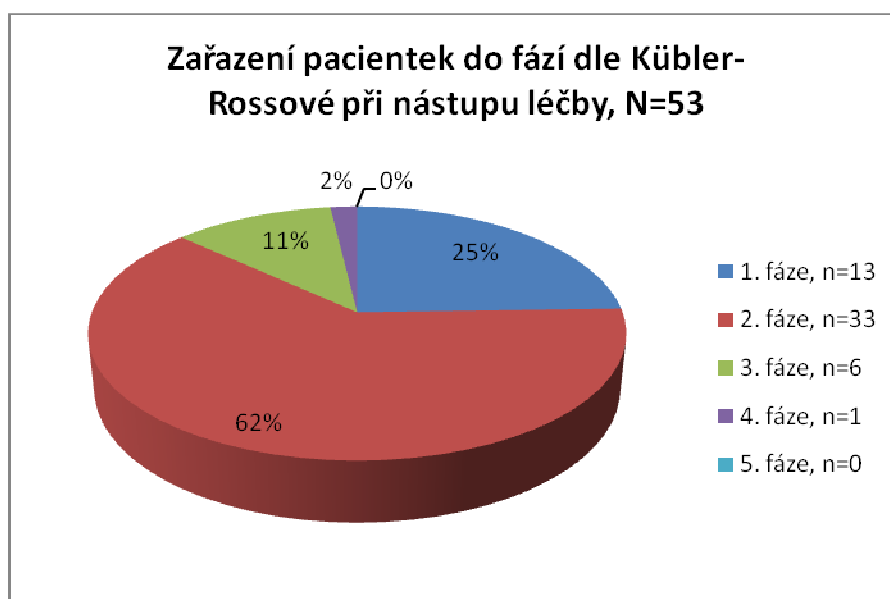
V prvních dvou otázkách (v dotazníku otázky 1) a 2)) jsem se snažila zjistit, jak pacientky hodnotily kvalitu svého života před diagnostikováním onemocnění a v které fázi dle Kübler-Rossově (podle jejich názoru) se nacházely v době nástupu hospitalizace za účelem operace, a případnou vzájemnou souvislost mezi těmito dvěma skutečnostmi.

Druhá otázka zároveň měla potvrdit či vyvrátit hypotézu H1, tj. že většina patientek nastupuje hospitalizaci ve 2. fázi dle Kübler-Rossově (agrese, hněvu). Tento předpoklad vycházel jednak z předchozích zkušeností z působení na onkogynekologickém pracovišti,

jednak ze skutečnosti, že při zjištění gynekologických malignit je operativní zákrok prováděn přednostně co nejdříve, a pacientky tedy ani nemohou mít čas se s novou situací vyrovnat. Formální potvrzení tohoto předpokladu jsem považovala za důležité i proto, že právě ve 2. fázi pacientky nejhůře spolupracují a na druhé straně ani zdravotnický personál se často neumí s jejich postojem a reakcemi profesionálně vypořádat.

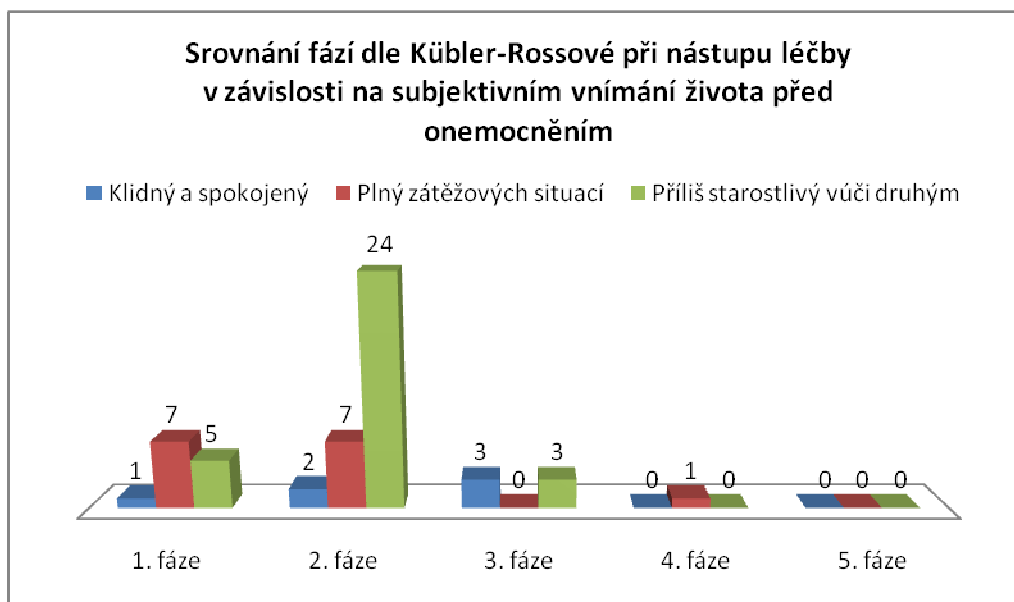
Dle očekávání bylo skutečně nejvíce patientek procházejících 2. fází, jak ukazují výsledky uvedené v grafu č. 4.

Graf č. 4. Zařazení patientek do fází dle Kübler-Rossové při nástupu léčby



Zároveň mě zajímalo, zda nějak souvisí subjektivní hodnocení kvality života patientek před hospitalizací, respektive před onemocněním, s tím, jak rychle procházejí jednotlivými fázemi, tedy zda budou mezi patientkami nastupujícími v jednotlivých fázích výraznější podíly některých skupin patientek rozdělených v závislosti na vnímání života před onemocněním.

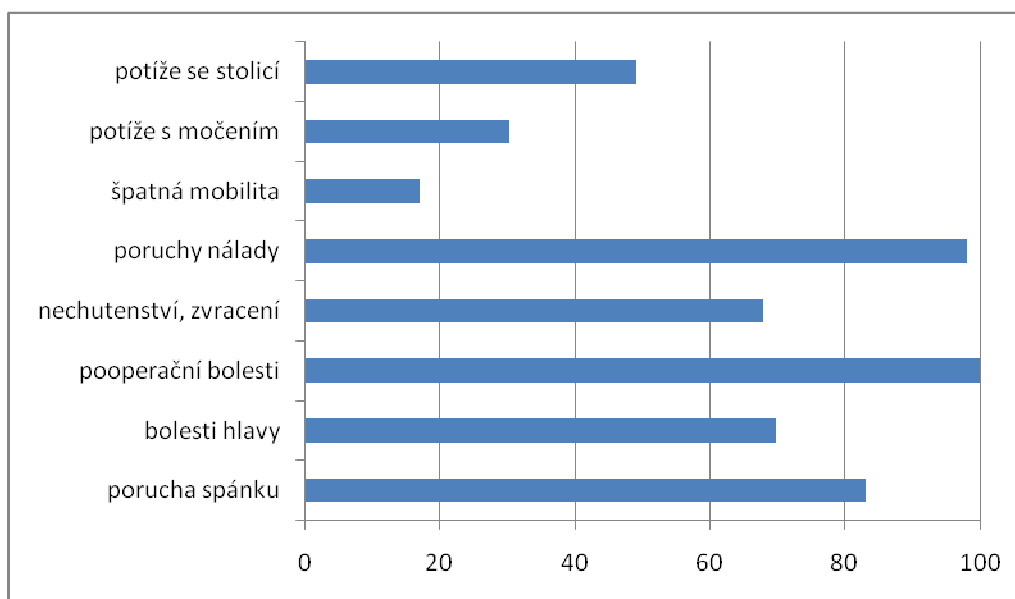
Graf č. 5. Srovnání fází dle Kübler-Rossové při nástupu léčby v závislosti na subjektivním vnímání života před onemocněním



7.5.2 Obtíže během hospitalizace, řešení fyzické bolesti a psychická pomoc ze strany zdravotnického personálu

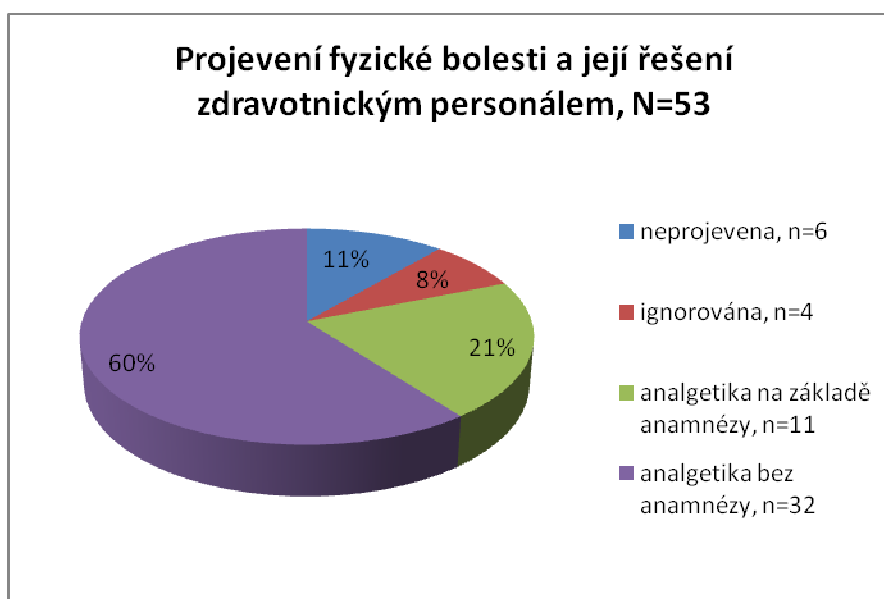
V následující čtveřici otázek (z hlediska souvislostí, nikoliv pořadí v dotazníku) jsem se nejprve zaměřila na zjišťování obtíží, kterými pacientky trpěly během hospitalizace (otázka 4) v dotazníku), ve skutečnosti však spíše na to, které pro ně i s odstupem času představovaly nejvýraznější negativní zkušenost, protože seznam jednotlivých obtíží zahrnoval ty, kterými dle mých zkušeností z práce na oddělení bezprostředně před operací a po ní trpí téměř všechny pacientky. Jelikož dotazník vyplňovaly po půl až tři čtvrtě roce od hospitalizace, rozložení jednotlivých odpovědí ukazuje, které obtíže pro ně představovaly největší zátěž a nejdéle jim utkvěly v paměti.

Graf č. 6. Obtíže pacientek během hospitalizace dle typu a procentního podílu v celém zkoumaném souboru

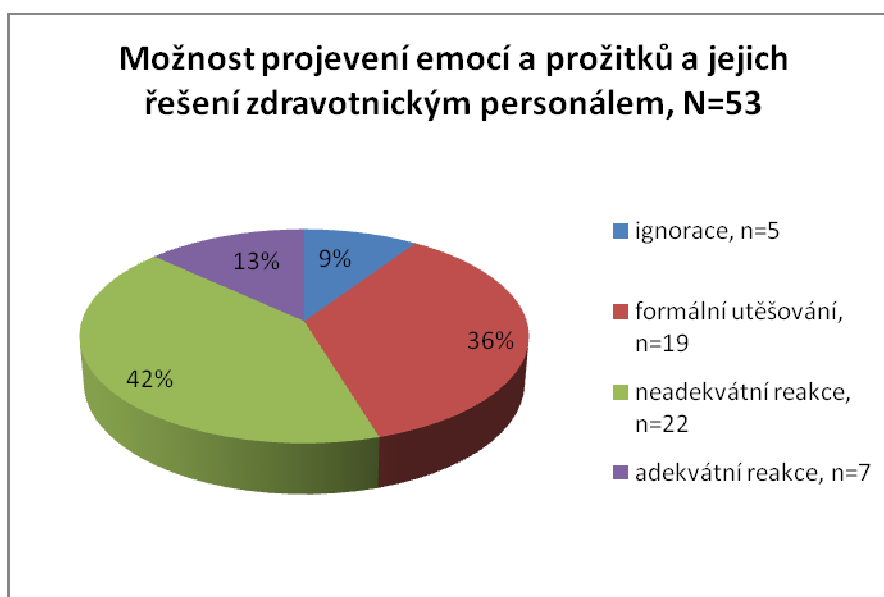


Další dvě otázky v této skupině (dle dotazníku 3 a 8)) pak jednak v návaznosti zkoumaly, jak byla ze strany zdravotnického personálu řešena dvojice problémů, které se dají považovat za hlavní a převažující, tedy fyzická bolest a negativní emoce a prožitky (v grafu uvedené jako poruchy nálady), jednak měly poskytnout odpovědi na dvě z dílčích hypotéz, tj. hypotézu H2: pacientky budou udávat, že při sdělení fyzické bolesti dostaly okamžitě utišující lék, aniž by došlo k rozboru bolesti, a hypotézu H4: během hospitalizace nebude pacientkám nabídnuta zdravotnickým personálem možnost ventilovat své pocity, prožívání, obavy z nemoci.

Graf č. 7. Projevení fyzické bolesti a její řešení zdravotnickým personálem



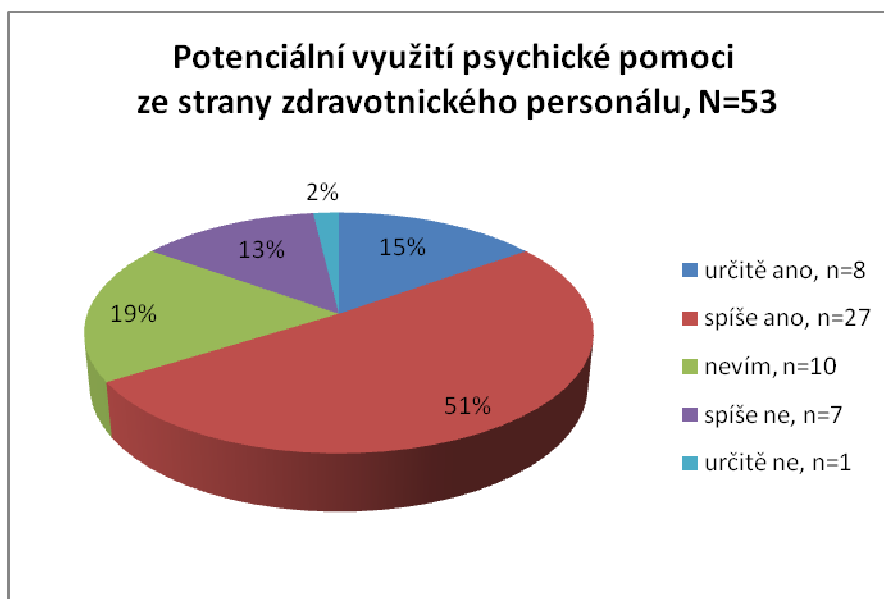
Graf č. 8. Možnost projevení emocí a prožitků a jejich řešení zdravotnickým personálem



Konečně čtvrtá otázka v tomto okruhu (v dotazníku označená 9)) navazuje na předchozí vyhodnocení možnosti projevení emocí a prožitků a jejich řešení zdravotnickým personálem, když se pacientek dotazuje, zda psychickou pomoc ze strany zdravotnického personálu využily, pokud byla k dispozici, či zda by ji bývaly využily, pokud k dispozici nebyla.

Zároveň pak slouží k ověření hypotézy H5, tedy že více jak polovina pacientek by uvítala v době hospitalizace psychickou podporu zdravotnického personálu, možnost sdělit své prožívání a emoce.

Graf č. 9. Potenciální využití psychické pomoci ze strany zdravotnického personálu

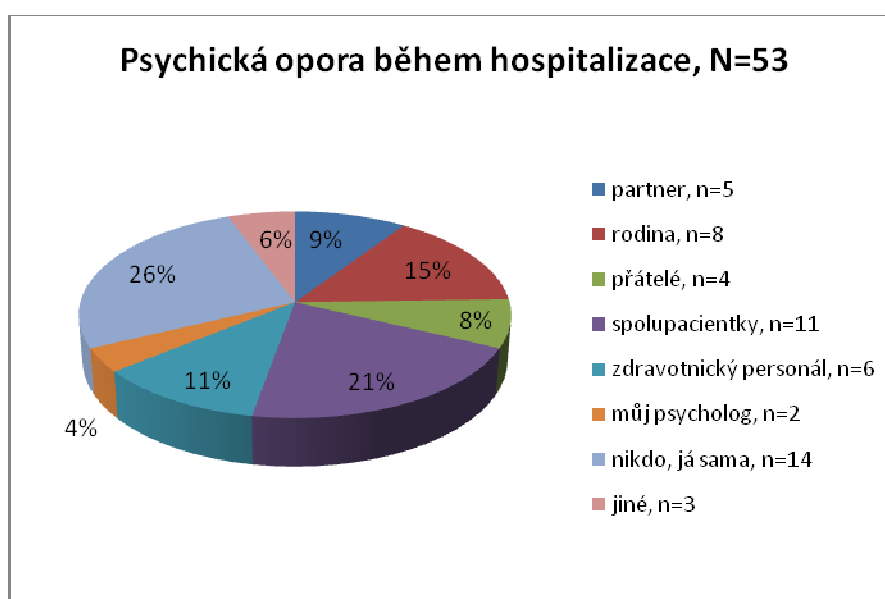


7.5.3 Psychická opora během hospitalizace

Otázky 6) a 7) dotazníku tvoří společně další okruh, v souvislosti s hospitalizací jsem zjišťovala, kdo byl pacientkám největší oporou. Zde bych chtěla zdůraznit, že se mi jednalo skutečně pouze o období hospitalizace (vzhledem k cílům výzkumu), nikoliv o to, kdo představoval pro pacientky oporu během onemocnění celkově nebo v životě vůbec.

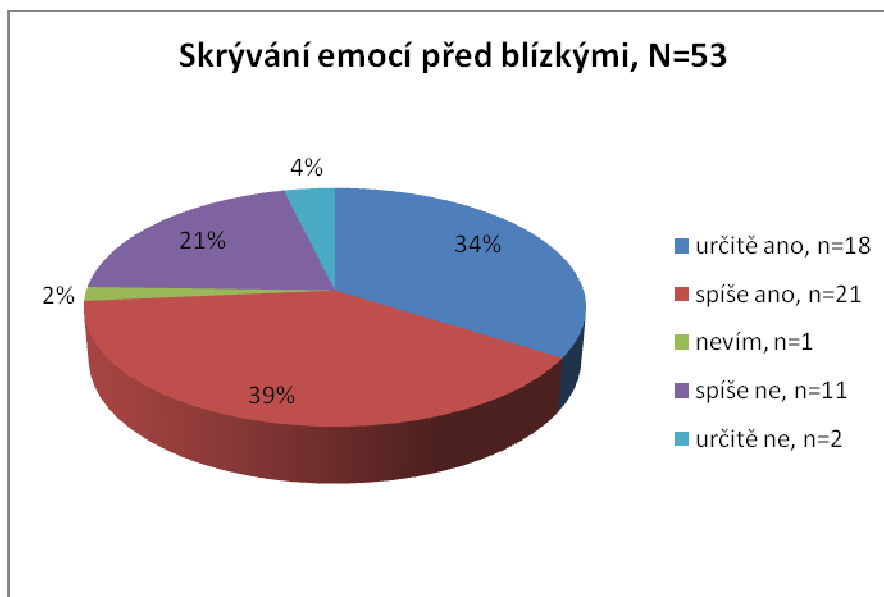
Zároveň došlo k ověření hypotézy H3, totiž že pacientkám nebude po dobu hospitalizace největší oporou zdravotnický personál

Graf č. 10. Psychická opora během hospitalizace



S tím souvisí otázka, zda pacientky skrývaly své emoce před blízkými, tj. partnerem, rodinou a případně přáteli, aby je chránily před psychickým traumatem.

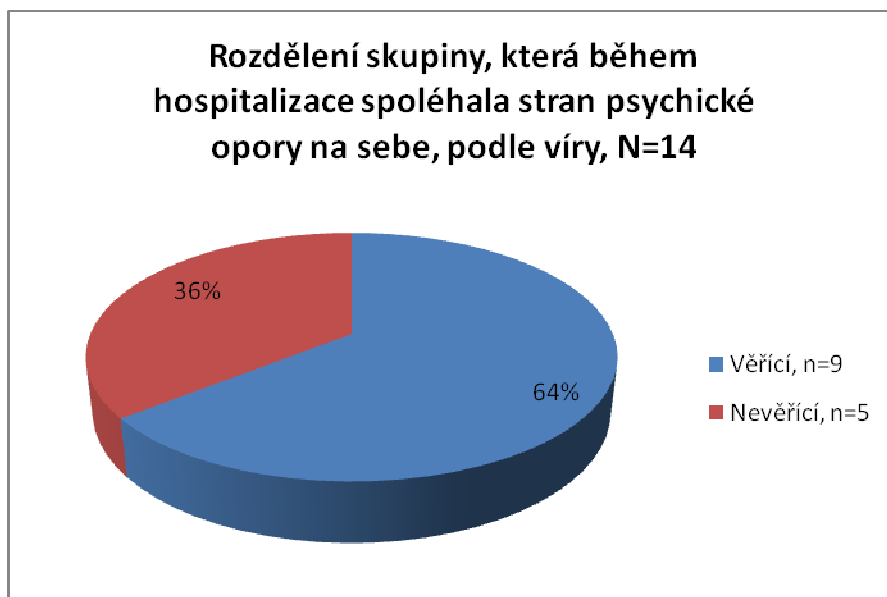
Graf č. 11. Skrývání emocí před blízkými



Konečně jsem si v souvislosti s odpovědí na otázku, kdo byl pacientkám největší oporou během hospitalizace, kladla otázku, zda v případě těch, které zaškrtnuly odpověď "nikdo, já sama", mohla hrát určitou roli víra či její absence. Je však třeba si uvědomit, že tato jedna odpověď zahrnuje dvě výrazně odlišné kategorie pacientek, a to ty, které si byly samy sobě (úspěšně) největší oporou, a zároveň ty, které jednoduše neměly ve svém životě ani v daném prostředí nikoho, o koho by se mohly opřít, nebo k němu nedokázaly najít cestu. Bohužel tento prostý, ale zásadní rozdíl, není přenositelný do jednoduché "zaškrťovací" odpovědi v dotazníku, kdy při vytvoření dvou samostatných položek (které by si navíc vyžádaly patrně obsáhlejší vysvětlivku) by zřejmě nedošlo ani tak k zpřesnění odpovědí, jako spíše k narušení objektivity, kdy lze předpokládat, že pacientky bez opory ve svém okolí by si tuto skutečnost nebyly ochotny přiznat ani samy před sebou, byť v rámci anonymního dotazování.

Považovala jsem nicméně přesto za zajímavé podívat se na rozložení skupiny, která během hospitalizace mohla (či musela) spoléhat co se psychické podpory týká na sebe podle toho, zda se jednalo o věřící či nevěřící, zejména v porovnání s grafem č. 3, kde jsou nevěřící naopak v mírné většině. To vše pochopitelně na základě předpokladu, že pro věřící může být za podobných život ohrožujících okolností snazší se psychicky vypořádat se vzniklou situací samostatně, byť vlastně ne sami, když spoléhají na existenci a pomoc Boha.

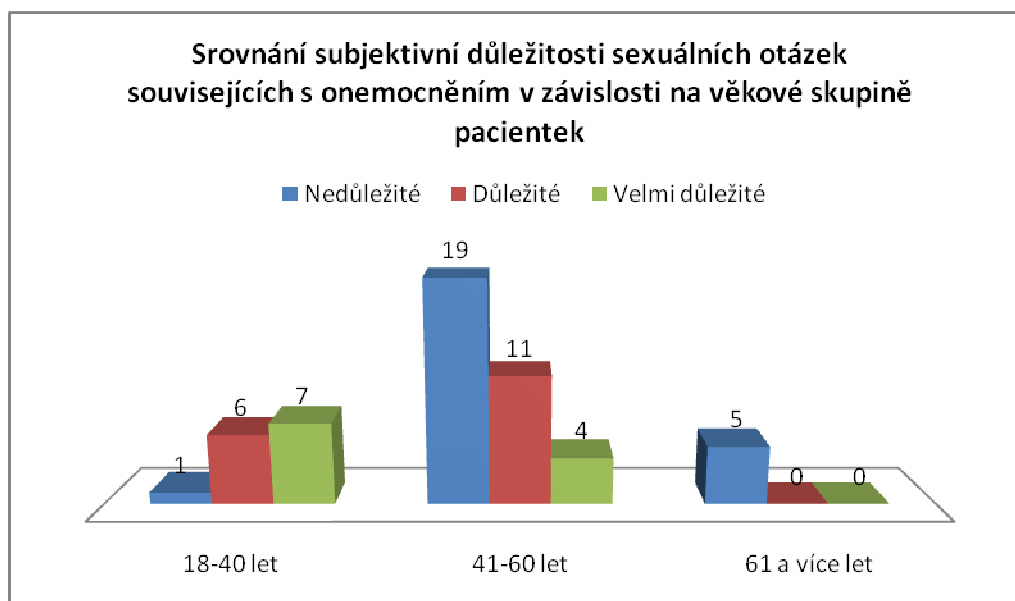
Graf č. 12. Rozdělení skupiny, která během hospitalizace spoléhala stran psychické opory na sebe, podle víry



7.5.4 Sexuální otázky související s onemocněním

Otázka 10) dotazníku se týkala hypotézy H6, tedy že mladší pacientky budou více řešit otázku sexuální, čili budou převažovat jak celkově, tak ve srovnání s ostatními věkovými skupinami ty, které tuto otázku považují za důležitou či dokonce velmi důležitou.

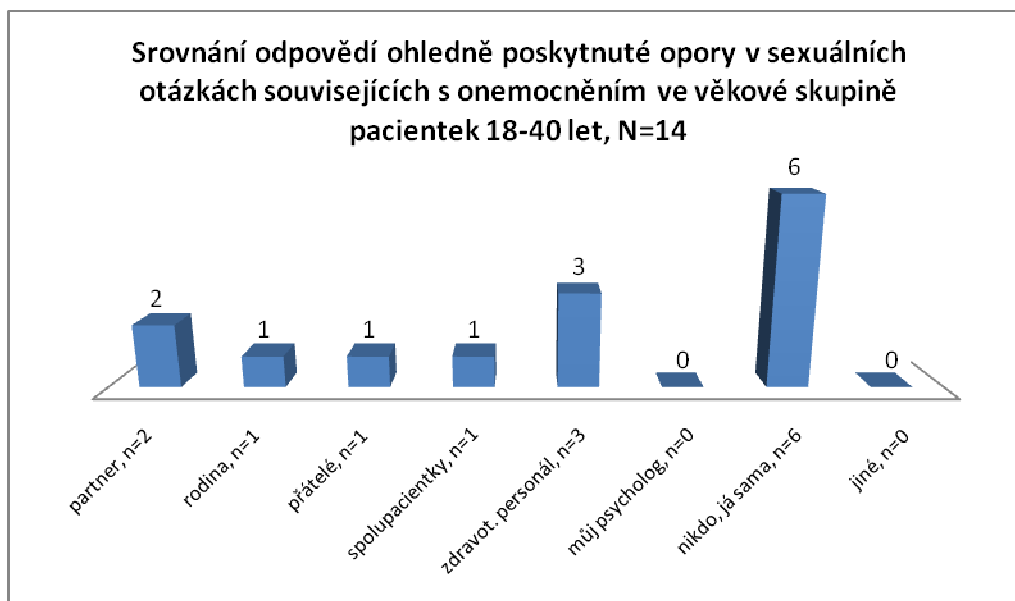
Graf č. 13. Srovnání subjektivní důležitosti sexuálních otázek souvisejících s onemocněním v závislosti na věkové skupině pacientek



Otázka 11) dotazníku je pak obdobou otázky 6), s tím rozdílem, že namísto psychické podpory obecně se zaměřuje úžeji na podporu týkající se sexuálních otázek souvisejících s onemocněním.

Zde mě zajímalo, jakým způsobem jsou rozloženy odpovědi ve věkové skupině 18-40 let, tedy v té nejmladší kategorii pacientek, pro které jsou zároveň otázky související se sexualitou a onemocněním nejpodstatnější.

Graf č. 14. Srovnání odpovědí ohledně poskytnuté opory v sexuálních otázkách souvisejících s onemocněním ve věkové skupině pacientek 18-40 let.



7.6 Diskuse a závěr k praktické části práce

Z analýzy dat uvedených v grafu č. 4 vyplynulo potvrzení hypotézy H1, tj. že většina pacientek nastupuje hospitalizaci ve 2. fázi dle Kübler-Rossové (agrese, hněvu). Poměrně překvapivá se zdá být skutečnost, že čtvrtina dotazovaných byla při nástupu léčby dle svého zpětného pohledu ještě v 1. fázi (šok), což se nicméně ukáže jako pochopitelnější, uvědomíme-li si, že doba mezi diagnostikováním onkogynekologického onemocnění a operačním zákrokem bývá velmi krátká, v řádu dnů, nevyšší pak jednotlivých týdnů. Potom je možná zajímavější, že asi 13 % ze zkoumaného souboru bylo již v této době, alespoň dle vlastního názoru, ve 3. nebo 4. fázi – je otázkou, zda tomu tak skutečně mohlo být, a co nám to říká o respondentech, kteří si zvolili tuto odpověď.

Tuto odpověď jsem se částečně snažila najít zpracováním korelace v grafu č. 5, nicméně žádná výraznější odchylka v podílu osob, které odlišně hodnotily dosavadní kvalitu svého života na složení podskupin odpovídajících jednotlivým fázím se neprojevila, s výjimkou výrazného počtu těch, které svůj život hodnotily jako "příliš starostlivý vůči druhým", v podskupině nacházející se v 2. fázi. Jelikož ale pacientek s takovým sebehodnocením života před onemocněním bylo více, než pacientek řadících se do zbylých dvou skupin dohromady, nelze z toho patrně vyvozovat žádné závěry, navíc předmětem mého zájmu byly pacientky řadící se do 3. a 4. fáze, jejichž celkový počet byl však příliš nízký.

Je třeba mít na paměti, že zařazení pacientek do příslušné fáze vyplývá z jejich vlastního vnímání situace, nicméně je v souladu s mými předchozími zkušenostmi. Proto lze obecně shrnout, že zdravotnický personál by měl být připraven na pacientky projevující se z jeho pohledu iracionálními reakcemi a vykazující nižší míru spolupráce.

Co se týká obtíží pacientek během hospitalizace, je zřejmé, že i s časovým odstupem si většina nejlépe pamatuje fyzickou bolest a své negativní emoce (smutek, obavy, strach, neklid). Mám za to, že tomu tak není proto, že by snad ostatními uvedenými obtížemi netrpěly (mé pracovní zkušenosti říkají opak), ale z toho důvodu, že na tyto po odeznění snáze a rychleji zapomínají.

Z grafu č. 6 je vidět, že fyzickou bolest uvádí všech 53 oslovených, psychickou zátěž (poruchy nálady) pak 52 pacientek, tedy téměř 100 %. Oproti tomu další nejčastější zmiňovaný problém (porucha spánku) již jen něco přes 80 % a tato čísla u dalších kategorií dále rychle klesají. Špatnou mobilitu a potíže s močením, což jsou první den po narkóze zcela standardní problémy, uvedlo dokonce pouze necelých 20 až 30 % pacientek.

Na fyzickou bolest a psychickou zátěž, jejichž větší výskyt v odpovědích jsem předpokládala, jsem se proto zaměřila i dalšími otázkami. V případě řešení fyzické bolesti je alarmující, že 32 z 53 osob ze zkoumaného souboru (tedy 60 %) obdrželo automaticky bez dalšího zkoumání příčin bolesti a její intenzity tišící léky, stejně tak jako skutečnost, že v 8 % případů byly stížnosti patientek na bolest ignorovány (graf č. 7). Tím byla zároveň potvrzena hypotéza H2 (patientky budou udávat, že při sdělení fyzické bolesti dostaly okamžitě utišující lék, aniž by došlo k rozboru bolesti).

V případě psychické zátěže je pak situace ještě mnohem horší. Je zjevné, že zdravotnický personál je standardně zaměřen na péči o biologické potřeby pacientů, a na psychickou pomoc se nedostává času či zájmu. Celkem 46 patientkám z uvedeného vzorku 53 se (různými formami a s různou intenzitou) této pomoci od lékařů a sester nedostalo (graf č. 8). To představuje 87 % podíl.

O to ostřeji pak s uvedeným kontrastují výsledky zkoumání otázky, zda patientky využily, či (mnohem častěji) zda by využily takové psychické pomoci ze strany zdravotnického personálu, pokud by byla dostupná (graf č. 9). Dohromady 35 patientek odpovědělo "určitě ano" či "spíše ano", což představuje dvě třetiny dotázaných. Pouze 8 patientek (15 %) pak takovou pomoc odmítá.

Z těchto dvou zcela protichůdných hodnot (psychická pomoc poskytnutá oproti psychické pomoci požadované) je zřejmé, že při práci s onkogynekologickými patientkami by byla vhodná účast psychoterapeuta nebo psychoterapeutické sestry působící přímo na oddělení, kde by patientkám byl takový pracovník snáze dostupný a mohl by se jim více a pravidelněji věnovat, než například nemocniční psycholog, který funguje pro všechna oddělení.

Potvrzeny tak byly i hypotézy H4 (během hospitalizace nebude patientkám nabídnuta zdravotnickým personálem možnost ventilovat své pocity, prožívání, obavy z nemoci) a H5 (více jak polovina by uvítala v době hospitalizace psychickou podporu zdravotnického personálu, možnost sdělit své prožívání a emoce).

Dalším okruhem problémů, na něž jsem se v dotazníku zaměřila, bylo, kdo představoval pro zkoumaný soubor největší oporu během hospitalizace (dle předpokladu formulovaného hypotézou H3, zdravotnický personál to nebyl). Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 10. Jak jsem již k tomuto grafu připomněla, nešlo o poskytnutou oporu obecně nebo v onemocnění, ale specificky v období hospitalizace. Proto vysoký podíl spolupacientek

(uvádí 11 z 53 respondentů – 21 %) a žen, které se musely s hospitalizací vypořádat samy bez vnější podpory (14 z 53 – 26 %), a naopak nižší procento blízkých, než bychom zřejmě čekali, kdyby obdobná otázka byla položena k delšímu časovému období (5 pacientek uvedlo partnera, 8 rodinu a 4 přátele, což představuje dohromady 32 % z 53 žen, které dotazníky vyplnily). Pro zajímavost, kategorie "jiné" zahrnuje např. kněze a linku důvěry.

V grafu č. 11 jsou zpracovány odpovědi na související otázku, totiž zda pacientky skrývaly před blízkými své emoce, prožívané během nemoci, nikoliv kvůli nedůvěře, ale aby je chránily před psychickou zátěží. Týká se to v nějaké míře 39 osob ze zkoumaného souboru, tedy téměř tří čtvrtin z nich.

V této souvislosti se nemohu ubránit vnímání určité spojnice mezi posledními čtyřmi body:

- 1) Během hospitalizace se onkogynekologickým pacientkám nedostává podpory partnera, rodiny a přátel v takové míře, jak bychom očekávali;
- 2) důvodem je nejen skutečnost, že jsou při pobytu v nemocnici od svých blízkých více izolovány, ale zjevně i snaha tyto blízké chránit;
- 3) v důsledku toho jsou odkázány buď na "svépomoc" mezi pacientkami, které tak suplují roli obvyklé sociální sítě a profesionálů, nebo "ponechány osudu", ať už proto, že se se situací dokáží vypořádat samy, či kvůli tomu, že se nemají na koho obrátit (i ty, které se adaptují dobře, k tomu navíc mohou být donuceny okolnostmi); a konečně
- 4) ze všech těchto důvodů by uvítaly psychickou pomoc zdravotnického personálu, které se jim však většinou nedostane.

Ačkoliv se budu opakovat, znovu bych proto zdůraznila u takto těžce nemocných pacientů potřebu a vhodnost profesionální psychické pomoci přímo na oddělení. Mohla by být poskytována například prostřednictvím terapeutické sestry, která by měla na starosti pouze své oddělení a pečovala tak o psychickou stránku pacientů během (nejen) hospitalizace. Jsem si jista, že by tak docházelo k omezení negativních reakcí, souvisejících s nemocí, a tím by bylo dosaženo hladšího a kratšího průběhu hospitalizace a následné péče.

Do značné míry nejen samostatný okruh otázek, ale i téma pro onkogynekologické pacientky pak představují sexuální otázky související s onemocněním (obavy ze "ztráty" ženskosti a z následného sexuálního života). Přestože se v souvislosti s život ohrožujícím

onemocněním může zdát tato problematika podružná, pro pacientky se často jedná o další výrazně stresový faktor, související s jistotou v osobním a partnerském životě, která je nemocí již tak hrubě narušena z řady jiných důvodů.

Příliš nepřekvapí potvrzení hypotézy H6, totiž že mladší pacientky budou více řešit právě otázku sexuální. Z grafu č. 13 vyplývají konkrétní výsledky, kdy ve věkové skupině 18-40 let považuje tuto problematiku za důležitou nebo velmi důležitou 13 ze 14 žen, a s přibývajícím věkem tento poměr klesá (ve věkové skupině 41-60 let je to již jen 15 žen z 34).

Proto jsem se soustředila spíše na hlubší analýzu nejmladší věkové skupiny srovnáním odpovědí na otázku, kdo byl pacientkám největší oporou v sexuálních otázkách souvisejících s onemocněním. Téměř polovina žen (6 ze 14) uvedla, že byly odkázány samy na sebe. I zde by se nabízela výraznější pomoc zdravotnického personálu jako řešení, navíc v tomto případě nejde zdaleka jen o podporu psychickou, ale jednoduše o dostupnost informací, které ovšem nejsou podávány automaticky, a pacientky se z důvodu intimity problematiky zdráhají zdravotníky oslovit nebo k tomu nemají v nemocničním prostředí dostatek soukromí.

ZÁVĚR

V současné době již nikdo nezpochybňuje, že postavení onkologických pacientů je specifické, odlišné od postavení jiných nemocných. Proto se postupem času z mateřských oborů vyčlenily obory specializované, případně kombinované, jako je onkogynekologie, psychoneuroimunologie či psychoonkologie. Za předmět svého zkoumání jsem si vybrala onkogynekologické pacientky, dopad jejich onemocnění na jejich psychiku a možnosti uspokojování jejich bio-psycho-sociálních potřeb.

Práce se snaží o komplexní pohled na onkogynekologické onemocnění, shrnuje chronologický vývoj postoje a pohledu na rakovinu vůbec a různé teorie, které byly vytvořeny ohledně jejího vzniku, stejně tak jako sociální faktory ovlivňující zvládání nemoci. S onemocněním je neoddělitelně spojena i fyzická bolest a rovněž její specializovaná léčba zaznamenala značný rozvoj. Práce neopomíná ani přehled anatomie ženských orgánů a jednotlivých typů nádorů těchto orgánů, příznaků jejich výskytu, diagnostiky a léčby.

Hovoříme-li o bio-psycho-sociálních potřebách, či o potřebách vůbec, nelze opomenout Malsowovu hierarchii potřeb. Ta bývá dramaticky narušena nemocí, zejména dlouhodobým a těžkým onemocněním, kam patří i gynekologické malignity. Značnou frustraci způsobuje pobyt v nemocničním prostředí, kdy se pacienti ocitají v soukolí instituce, která není orientována na uspokojování jejich potřeb, a ani jim v tomto směru nenabízí příliš široké možnosti vlastní iniciativy. Přitom během léčby může právě zdravotnický personál zásadním způsobem ovlivnit psychiku pacienta.

Nemoc vrhá pacienty do nové situace, přičemž jejich schopnost se adaptovat je vysoce individuální. Přesto lze tuto adaptaci zobecnit z hlediska průběhu, tak jako to formulováním jednotlivých fází učinila Kübler-Rossová a navazující autoři. Jak ukazuje výzkum v praktické části práce, přichází většina patientek vzhledem k nutnosti urychlené léčby do nemocnice stále ještě ve fázi šoku nebo agrese. To z nich činí velmi náročné partnerky v komunikaci a právě zde by zdravotníci měli být o to připravenější a profesionálnější.

Ze své povahy postihuje onkogynekologické onemocnění a následky jeho léčby sebepojetí žen v místě, kde je nejcitlivější. Fyzické změny spojené s operativními zákroky, následné hormonální změny, neplodnost a omezení v sexuálním životě mohou narušit vnímání vlastního žensství. Proto by bylo vhodné se při poskytování psychické pomoci zaměřit i na oblast sexuality.

Pomoc onkologicky nemocným, kteří se ocitají v krizi, může přijít i ve formě odborné intervence. Přes soustavné zvyšování kvalifikace, s ohledem na obecnou tendenci k snižování personálních stavů a značnou vytíženost sester a lékařů není zřejmě ani v možnostech zdravotnického personálu poskytovat odbornou psychickou pomoc v dostatečném rozsahu. Jak jsem uvedla v textu, psychoterapeut nebo psychoterapeuticky vzdělaná sestra by mohli výrazně přispět k zlepšení psychického stavu pacientů, a tím zároveň ostatním kolegům usnadnit práci s nimi.

Praktická část, nakolik je to s ohledem na velikost zkoumaného souboru a další omezení možné, v zásadě potvrdila všechny výchozí hypotézy a přinesla některá další zjištění vyplývající z propojení shromážděných dat, zejména nabízející se možnost vyplnit profesionální psychickou pomocí vakuem vytvořené izolovaností pacientek v nemocničním prostředí a jejich snahou chránit blízké před dopady nemoci.

Přes limitace provedeného výzkumu, které by bylo pro získání obecněji platných závěrů nutné odstranit, například jeho rozšířením na další obdobná pracoviště a další systematizací kladených otázek a nabízených odpovědí, se domnívám, že se podařilo naplnit původně vytýčené cíle výzkumu a diplomové práce vůbec, mimo jiné potvrzením předpokladu – obsaženého z různých pohledů ve čtyřech ze šesti hypotéz – že prostor pro psychoterapeutickou pomoc při uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb onkogynekologických pacientek je široce otevřený. V současné době jsme se ještě ani neorientovali v tom, jakými všemi způsoby by bylo možné takovou pomoc využít, natož abychom tak učinili.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ADER, Robert; FELTEN, David; COHEN, Nicholas. *Psychoneuroimmunology*. 3. vyd. New York: Academic Press, 2000. 1583 s. ISBN 978-0120443147.

ATKINSONOVÁ, Rita; ATKINSON, Richard. *Psychologie*. Praha: Victoria, 1995. 862 s. ISBN 978-80-8560-535-8.

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada - Avicenum, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.

BLATNÝ, Marek. *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia, 2006. 138 s. ISBN 80-200-1450-0.

BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 2. dopl. a přeprac. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 1999. 92 s. ISBN 80 210-2064-4.

BRUHN, J. G.; PHILIPS, B. U. Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*. 1984, 7, s. 151-169.

CIBULA, David; PETRUŽELKA, Luboš. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2010. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČECHOVÁ, Věra; ROZSYPALOVÁ, Marie. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 108 s. ISBN 80-7013-343-0.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada - Avicenum, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. 207 s.

ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

FREITAG, Pavel. www.zdn.cz [online]. LL 16/2006. Praha: Lékařské listy, 2006 [cit. 2011-07-30]. *Onkologická onemocnění v gynekologii*. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/onkologicka-onemocneni-v-gynekologii-267213>>.

FRICOVÁ, Jitka. Etika a léčba bolesti. *SANQUIS*. 2005, 41, s. 28.

- HAKL, Marek; HŘIB, Radovan. Farmakoterapie léčby onkologické bolesti. *Interní medicína pro praxi*. 2007, 9, 6, s. 299-300.
- HAKL, Marek; ŠEVČÍK, Pavel. Léčba nádorové bolesti. *Onkologie*. 2009, vol. 3, Suppl. A, s. 4-18. ISSN 978-80-87327-03-6.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. 376 s.
- HOLLAND, Jimmie; ROWLAND, Julia. *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press, 1989. 785 s. ISBN 978-0195043082.
- CHOVANEK, Josef. Karcinom pochvy. *Praktická gynekologie*. 2006, 10, 2, s. 74-77.
- CHROBÁKOVÁ, Eliška; BRANDOVÁ, Hana; FEJTEK, Petr. *Encyklopedický slovník*. Praha: Encyklopedický dům, 1993. ISBN 80-207-0438-8.
- JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JANDOURKOVÁ, Danuše; CIBULA, David. Psychoterapeutická intervence u onkologicky nemocných. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2007, 16, 3, s. 565-567. ISSN 1211-1058.
- KANTOROVÁ, Zuzana; POKORNÁ, Andrea. Biobehaviorální přístup k chápání onkologického onemocnění. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2010, 6, 7-8, s. 8-11.
- KAPPAUF, H.; DIETZ, R. Psychische Betreuung von Krebskranken. *Psychoonkologie. Klinik der Gegenwart*, 1996, 12, 6, s. 1-32.
- KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2010. 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
- KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
- KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.
- KRTIČKOVÁ, Kateřina. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. *Onkologická péče*. Praha: 2004, 8, 4, 16-19. ISSN 1214-5602.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IDVPZ, 1992. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- MÁLEK, Jan; ŠEVČÍK, Pavel. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta, 2009. 143 s. ISBN 978-80-204-1981.
- ROB, Lukáš. *Gestační trofoblastická nemoc*. www.linkos.cz [online]. 4. 1. 2007 [cit. 2011-07-30]. Dostupné z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/gyn_clanek4.php#>.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis, 1973. 325 s.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
- TAROČKOVÁ, Tatiana. *Životné straty a smútenie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. 72 s. ISBN 80-223-1931-7.
- TRACHTOVÁ, Eva; FOJTOVÁ, Gabriela; MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vydání. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

PŘÍLOHA

V příloze připojuji vzor dotazníku použitého pro účely výzkumu v kapitole 7, aby byla zřejmá konkrétní formulace otázek a odpovědí:

Vážené pacientky,

jmenuji se Jana Kvapilová a jsem studentkou Pražské vysoké školy psychosociálních studií. Ve své diplomové práci se zabývám potřebami patientek s onkologickým onemocněním po dobu hospitalizace.

Dotazník je anonymní, slouží pouze pro účely diplomové práce. Požádám Vás proto o pravdivé a úplné vyplnění tohoto dotazníku, kterým pomůžete při prozkoumání této dosud často opomíjené problematiky.

Prosím zaškrtněte či zakroužkujte nejlépe odpovídající variantu. Za Váš čas a pozornost předem děkuji.

Věk:

<input type="checkbox"/>	18-30	<input type="checkbox"/>	31-40	<input type="checkbox"/>	41-50	<input type="checkbox"/>	51-60	<input type="checkbox"/>	61 a více
--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-----------

Dosažené vzdělání:

<input type="checkbox"/>	základní	<input type="checkbox"/>	odborně vyučena	<input type="checkbox"/>	vyučena s maturitou	<input type="checkbox"/>	střední/střední odborné	<input type="checkbox"/>	vysokoškolské
--------------------------	----------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------

Rodinný stav:

<input type="checkbox"/>	svobodná	<input type="checkbox"/>	vdaná	<input type="checkbox"/>	rozvedená	<input type="checkbox"/>	vdova
--------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------

Víra:

<input type="checkbox"/>	věřící	<input type="checkbox"/>	nevěřící
--------------------------	--------	--------------------------	----------

1) Uveďte, jaký byl Váš život před diagnostikováním nádorového onemocnění:

- a) Klidný a spokojený
- b) Plný zátěžových situací s pocity neuspokojení
- c) Příliš starostlivý vůči druhým (trápení se nad životem svých dětí, partnerovými problémy, apod.).

- 2) Níže jsou uvedeny možné fáze označující váš psychický stav v době, kdy jste nastupovala na operaci. Zatrhněte tu fázi, v níž se domníváte, že jste byla!

<input type="checkbox"/>	1. fáze	"Ne já ne, pro mne to neplatí." "To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky."
<input type="checkbox"/>	2. fáze	"Proč zrovna já?" "Čí je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravé lidi, zdravotníky.
<input type="checkbox"/>	3. fáze	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.
<input type="checkbox"/>	4. fáze	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.
<input type="checkbox"/>	5. fáze	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do tvých rukou..."

- 3) Věnovali profesionálové během hospitalizace dostatečný zájem Vaší fyzické bolesti?

- O bolesti jsem sama nikoho neinformovala.
- Ošetřující personál přes mé upozornění mou bolest ignoroval.
- Utišující lék jsem dostala po zjištění bolesti během anamnézy.
- Na požádání mi byl ihned podán utišující lék.

- 4) Trpěla jste během hospitalizace některými z uvedených obtíží (možno zadat více možností)?

- porucha spánku
- bolesti hlavy
- pooperační bolesti
- nechutenství, zvracení
- poruchy nálady – smutek, obavy, strach, neklid
- špatná mobilita
- potíže s močením
- potíže se stolicí
- jiné, prosím vypište _____

- 5) Po sdělení obtíží Vám někdo z profesionálů poskytl:
- a) rozhovor a pochopení při vyjádření mých emocí
 - b) utišující medikament
 - c) nikdo se mými potížemi nezabýval, přestože jsem je opakovaně sdělovala
 - d) nikomu jsem své potíže nesdělovala
- 6) Kdo Vám byl v době hospitalizace největší oporou?
- a) partner
 - b) rodina, ev. kdo z ní _____
 - c) přátelé
 - d) pacientky se stejnou diagnózou
 - e) zdravotnický personál
 - f) můj psycholog
 - g) nikdo, já sama
 - h) jiné, prosím uveďte _____
- 7) Stalo se, že jste před svými blízkými skrývala emoce, které jste během nemoci prožívala, protože jste je nechtěla vystavovat psychickému traumatu?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) určitě ne
- 8) Vybidl Vás během hospitalizace lékař nebo sestra k tomu, abyste mluvila o své nemoci, o tom co prožíváte (hněv, obavy, strach, neklid, zmatek)?
- a) ne, nikdo se nezajímal
 - b) ne, pokud jsem sama začala, nikdo mě neposlouchal
 - c) ne, pokud jsem sama začala, odbyli mě formálním utěšováním
 - d) ano, ale reakce ošetřujícího personálu nebyla adekvátní mým očekáváním
 - e) ano, vyslechli a respektovali mě se všemi projevy mého chování
- 9) Využila jste nebo využila byste možnosti shora uvedené psychické pomoci?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) určitě ne

10) Trápily Vás otázky týkající se ztráty ženskosti a možné obavy z následujícího sexuálního života?

- a) tuhle otázku jsem neřešila, důležité pro mě bylo uzdravení
- b) ano, byla to pro mě veliká rána
- c) velice, bylo to pro mě těžší, než samotné onemocnění

11) Kdo vám byl v oblasti sexuality největší oporou?

- a) partner
- b) rodina, ev. kdo konkrétní z ní _____
- c) přátelé
- d) pacientky se stejnou diagnózou
- e) zdravotnický personál
- f) můj psycholog
- g) nikdo, já sama
- h) jiné, prosím uveďte _____

12) Pokud chcete sdělit cokoliv k tématu, co není pokryto otázkami výše, prosím, doplňte:

Děkuji Vám za Váš čas strávený vyplněním dotazníku.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Jana Kvapilová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

**Název práce: Bio-psycho-sociální potřeby u onkogynekologických
pacientek**

Počet stran (bez příloh): 83

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 36

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2011

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jana KVAPILOVÁ

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

Název práce: **Bio-psycho-sociální potřeby u onkogynekologických pacientek**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 83

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 42

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části

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

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

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

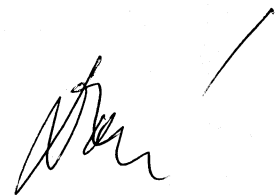
Co by mělo být úkolem sociálního pracovníka u onkogynekologických pacientek? Vymezte jeho kompetence a náplň práce!

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části podává práce celkový přehled z hlediska oborů souvisejících s tématem. Autorka nezapře, že je svým zaměřením zdravotní sestra, práce je orientovaná částečně tímto směrem a částečně se zabývá psychologii a psychoterapií. Autorka má dostatek literatury, se kterou umí pracovat, citace jsou správné. Soubor zkoumaných tvoří 53 osob. Dotazník je pečlivě sestaven, ale obsahuje až příliš otázek, je dosti složitý. Je to práce kompilační s vlastním výzkumem, provedená pečlivě. Uplatnění sociální pracovníce zde není blíže specifikováno.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:
Výborně až velmi dobře



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jana Kvapilová

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

Název práce: Bio-psycho-sociální potřeby u onkogynekologických pacientek

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 83

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 42

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

		X		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost,

--	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

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

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakým tématem se zabývala bakalářská práce autorky a jaký měla název?

V čem vidí autorka přínos své práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma práce i způsob jeho zpracování odpovídá zaměření zdravotní sestry, případně psychologa spíše než sociálního pracovníka. Jinak autorka věnovala práci chvályhodnou péči, s literaturou pracovat umí, citace jsou správné.

Působení sociálního pracovníka v rámci zpracovaného tématu není konkretizováno. 53 dotazníků v souboru je odpovídající počet, ale – na což autorka správně poukazuje – není takový, aby výsledky mohly být zobecňovány. Nebylo by bývalo na škodu, kdyby se autorka pokusila doplnit výsledky směrodatnou odchylkou či hladinami významnosti na základě svých znalostí z předmětu statistiky, který se na škole vyučuje. Práce prokázala, že autorka ji napsat umí, ale nepřináší podstatně nové poznatky.

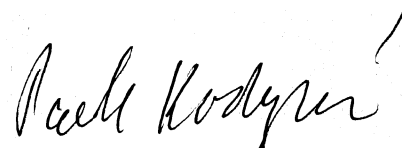
Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře až dobře (podle úrovně obhajoby)

Datum, podpis:

14. 9.2011



PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.