

Fenomén naděje u pacienta s onkologickým onemocněním

Eliška Křepelková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Eliška Křepelková
Osobní číslo: H14181
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Fenomén naděje u pacienta s onkologickým onemocněním

Zásady pro vypracování:

Rešerše literatury a výzkumných zpráv k danému tématu.
Vymezení pojmů a teoretických východisek se zaměřením na fenomén naděje a jeho vnímání u onkologického onemocnění.
Příprava metodiky empirické části.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru u respondentů s onkologickým onemocněním.
Analýza, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich zhodnocení a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ANGENENDT, Gabriele. Psychoonkologie v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 148 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.


TWYCROSS, Robert. Introducing Palliative care. 4. vyd. Oxon, United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd, 2003. 190 s. ISBN 1-85775-915-X.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22. 2. 2017

Kučpálková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá nadějí u pacientů, kteří trpí onkologickým onemocněním. Onkologické diagnózy obecně patří k těm nejobávanějším. Během sdělování nepříznivé diagnózy však není příliš kladen důraz na pacientovo prožívání nemoci jako takové. Pacienti, kteří se dovídají svoji diagnózu, často trpí úzkostí a strachem ze smrti. Důležité u těchto osob je podporovat jejich naději, i když se může zdát jakkoli mizivá. V teoretické části je popsána naděje v nemoci, nemoc jako zátěžová situace, sdělování diagnózy a vyrovnávání se s ní, uspokojování potřeb v paliativní péči, základní charakteristika, dělení, etiologie a léčba bronchogenního karcinomu.

V praktické části jsou popsány výsledky průzkumu, který byl proveden kvalitativní metodou prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl prováděn převážně na plicním oddělení. Získané výsledky jsou shrnuté do tabulek s komentářem. Výsledky výzkumu jsou rozebrány v diskuzi a závěru.

Klíčová slova: naděje, nemoc, paliativní péče, bronchogenní karcinom

ABSTRACT

This thesis deals with hope for patients suffering from oncological diseases. Oncological diagnoses generally are among those most feared. However during communication about such diagnosis, the patient's experience with illness is not taken into consideration. Patients who are learning such diagnosis, often suffer from anxiety and fear of death. Important among these people is to support their hope, even though it may seem however slim. The theoretical part describe the hope in disease, disease as stressful situation, communicating the diagnosis and coping with it, meeting the needs in palliative care, basic characteristics, classification, etiology and treatment of lung cancer.

The practical part describes the results of the survey, which was carried out by the qualitative method through semistructured interview technique. The research was conducted mainly in the pulmonary department. The results are summarized in tables with commentary. Research results are analyzed in the discussion and conclusion.

Keywords: hope, illness, palliative care, lung cancer

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za vedení práce, odborné rady, trpělivost a čas, který mi po celou dobu věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotní se zúčastnit mého výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné a že jsem svoji práci vypracovávala samostatně na základě uvedené literatury.

Ve Zlíně dne 10. 5. 2017

Eliška Křepelková

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 NADĚJE	14
1.1 SNYDEROVO POJETÍ PSYCHOLOGIE NADĚJE	14
1.1.1 Škála naděje	16
1.2 NADĚJE V ÚZKOSTI A DEPRESI	16
1.2.1 Deprese.....	16
1.3 POSILOVÁNÍ NADĚJNÉHO SNAŽENÍ	18
2 NEMOC.....	20
2.1 PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ	21
2.2 INTERAKCE LÉKAŘ – PACIENT	21
2.3 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÉ DIAGNÓZY	22
2.3.1 Model vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou dle Elizabeth Kübler-Ross.....	23
2.4 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A ŽIVOTNÍCH TĚŽKOSTÍ.....	24
2.5 KVALITA ŽIVOTA.....	25
3 TERMINÁLNÍ STÁDIUM NEMOCI.....	26
3.1 PALIATIVNÍ PÉČE	26
3.2 ROLE SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	27
3.3 BOLEST	29
3.4 DUŠNOST.....	30
3.5 HOSPIC	30
3.6 DUCHOVNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH	32
4 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	34
4.1 BRONCHOGENNÍ KARCINOM	34
4.1.1 Statistiky.....	35
4.1.2 Etiologie	36
4.1.3 Klinický obraz	36
4.1.4 Diagnostika	37
4.1.5 Klasifikace nádorů	38
4.1.6 Léčba	38
4.2 PSYCHOONKOLOGIE	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 METODIKA VÝZKUMU	43

5.1	METODY VÝZKUMU.....	43
5.2	CÍLE VÝZKUMU	44
5.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	45
6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	47
7	DISKUZE	65
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM GRAFŮ	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Když slyšíme slovo naděje, většině z nás se jistě vybaví známá fráze „naděje umírá poslední“. Právě slovo naděje patří k těm, ke kterým se člověk nejvíce uchyluje v náročných životních situacích, kterým musí čelit. K takovým náročným životním situacím bezesporu patří onkologické onemocnění. Při vyslovení pojmu rakovina se nám jistě vybaví někdo z našeho okolí, známých či neznámých osob, kdo se s tímto zákeřným onemocněním setkal a nějakým způsobem s ním bojoval. Rakovina je dle mého názoru fenoménem sám o sobě, je pomyslným „strašákem“ všech, starých i mladých, je nekompromisní a především dosud na ni nebyl nalezen 100% lék. Proto pokud je člověku sdělena tato diagnóza, bez ohledu na prognózu daného onemocnění, se mu zhroutí veškeré dosavadní životní plány a cíle. Nemoc radikálně ovlivňuje život člověka a veškeré jeho myšlenky a činnosti se soustřeďují právě na ni.

Cíle teoretické části jsou popisovány ve čtyřech kapitolách. Cíle teoretické části práce jsou následující:

- 1) Definovat pojem naděje, popsat psychologické pojetí naděje v širším slova smyslu. Nastínit naději v úzkosti a depresi, jelikož právě tyto pocity prožívá člověk nejčastěji, je-li mu sdělena nepříznivá diagnóza. Seznámení se škálou naděje a jak je možné naději posilovat. Naděje je něčím, co nemocnému zůstává, pokud je mu sdělena nepříznivá diagnóza, dodává nemocnému víru, že se události mohou obrátit k lepšímu.
- 2) Popsat vliv nemoci na psychiku nemocného a naopak, že i psychika může mít zásadní vliv na zdraví člověka. Popsat vzájemnou interakci a vztah mezi pacientem a lékařem, jak by mělo probíhat sdělení onkologické diagnózy ze strany lékaře. Právě sdělování diagnózy má na pacienta největší vliv. Se sdělováním nepříznivé diagnózy souvisí i stádia vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou, které popsala Elizabeth Kübler-Ross.
- 3) Popsat terminální stádium nemoci, paliativní péči v onkologii. V paliativní péči je důležitá role sestry jako doprovázející osoby, kde hraje nejdůležitější roli komunikace a podpora nemocného a jeho rodiny. V paliativní péči se taktéž zaměřujeme na zmírňování pacientových obtíží jako je nejčastěji bolest a dušnost. Jednou z forem paliativní péče může být hospic, kde je nemocnému dopřána péče

plná naslouchání, respektu, zájmu, soucítění a lásky. Duchovní potřeby mohou být často u nemocného prioritou, proto bychom je nikdy neměli ignorovat.

- 4) Seznámení s onkologickým onemocněním plic, s příčinami, diagnostikou a léčbou nádorového onemocnění. V rámci léčby je důležitá psychoterapie, která by měla být u onkologického pacienta nutností.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak u jednotlivých pacientů probíhalo sdělení a prožívání diagnózy, zda pacienti trpí depresemi, jejich subjektivní vnímání naděje v průběhu léčby, zjistit kdo je pro pacienty v nemoci jejich největší oporou a v neposlední řadě zjistit kvalitu života před a po sdělení diagnózy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NADĚJE

„Kdo nemá pro co žít, není ani s to nalézt cestu, kterou by k cíli došel.“

Viktor E. Frankl (Křivohlavý, 2004, s. 12)

S nadějí se setkáváme na každém kroku, žijeme v ní. Žijeme v naději, že se nám něco povede nebo podaří uskutečnit. Naději můžeme také rozumět jako očekávání, že přijde něco, co bychom chtěli a přáli si (Křivohlavý, 2004, s. 13). V dětství usínáme s nadějí, že nám Ježíšek donese vysněnou hračku, v pozdějším věku zase doufáme, že uděláme maturitu nebo se dostaneme se na vysokou školu. Naděje a přání jsou součástí každé etapy lidského života, jen se s pokročilým věkem a vlivem zkušeností posouvají jiným směrem. Bohužel je důležité počítat s tím a přijmout fakt, že ne vždy věci v životě vycházejí tak jak bychom si přáli (Svatošová, 2006, s. 6-7).

Jak je známé ze starého přísloví „naděje umírá poslední“. Naděje je pozitivní emoce vázající se k tomu že vše, co je žádoucí je i možné, že věci a události se mohou obrátit k lepšímu. Naděje má blízko k touze, víře, důvěře a přesvědčení. Naděje neodmyslitelně patří k životu tak jako víra a láska. Naději se nelze naučit (Křivohlavý, 2004, s. 13).

Je důležité posilovat naději ne v tom, že budeme nemocnému lhát, tím bychom ztratili jeho důvěru, ale pravdivou a nefalšovanou láskou. Pokud již není naděje na uzdravení, je důležité ji posilovat pomocí malých, drobných radostí a splnitelných cílů. I když to jsou malé věci, naděje zůstává. V hloubi duše každého člověka je touha po nesmrtelnosti a věčném životě. Nikdy bychom člověku neměli brát naději, i když nám může připadat jakkoliv mizivá. Každé nešetrné slovo může člověka neodvratně zbavit naděje (Svatošová, 2011, s. 29-30).

1.1 Snyderovo pojetí psychologie naděje

Dle Snydera je „*naděje souhrnem vnímaných schopností nacházet cesty k vytyčeným cílům a vnímanou snahou těchto cest použít*“ (Křivohlavý, 2004, s. 18).

Naděje je chápána jako aktivita zaměřená k cíli. Každá naše aktivita má určitý cíl, proto se s ní setkáváme denně v běžném životě. Snyder vychází z cílsměrného teleologického pojetí naděje, tedy, že naše myšlenky, snahy i uvažování o tom, co a jak dělat jsou zaměřeny vždy k určitému cíli (Křivohlavý, 2004, s. 18). Naše jednání není náhodné,

ale jedná se o účelnou aktivitu. Tím, co nás táhne kupředu je cíl. Zvolíme-li si určitý cíl a vydáme se k němu, pak žijeme v naději, že daného cíle dosáhneme. V pozadí jsou vždy potřeby a hodnoty. Na cestě k cíli je potřeba dostatek energie, dále je důležitá také motivace (Křivohlavý, 2004, s. 12–15).

Cíl v tomto případě můžeme chápat jako ukotvení aktivity. Naděje bez cíle je mrtvá. Pravděpodobnost dosažení cíle může být různá. Z hlediska naděje nepřichází v úvahu naprostá nemožnost dosažení cíle, ale ani definitivní jistota jejího dosažení. Cesty, které k cíli zvolíme, mohou být různé žádoucí nebo nežádoucí. Na cestě k vysněnému cíli se však mohou vyskytovat překážky, to pak může vést člověka k vytrvalosti, k odstranění překážky nebo hledání jiných cest. Objevení překážek působí výrazné změny v emocionálním stavu člověka. Při takových situacích se projeví síla naší naděje. Naděje může být slabá nebo silná (Křivohlavý, 2004, s. 18-20). Lidé se silnou nadějí mají větší schopnost a dovednost v hledání a nacházení alternativních cest k vytčenému cíli, zatímco pro lidi slabé naděje je tento cíl jednoznačný a není žádná jiná možnost jak ho docílit. Lidé silnější naděje mají také více cílů, intenzivnější motivaci a silnější snahu cíle dosáhnout. Síla naděje každého člověka, závisí na tom, jak se daný člověk postaví k překážce. Jedni jsou přesvědčeni, že překážka je zvládnutelná, druzí si naopak myslí, že je nezvládnutelná. Lidé se silnou nadějí vnímají překážku jako výzvu a soustřeďují se na její zvládnutí. Lidé se slabou nadějí vnímají překážku na cestě k cíli jako past, do které jsou chyceni, a je obtížné najít cestu ven (Křivohlavý, 2004, s. 31–33). Naději lze vnímat jako momentální stav, nebo ji lze chápat jako charakteristický rys osobnosti (Křivohlavý, 2004, s. 20-21).

V jádru pojetí naděje stojí tři základní složky: cíl, cesta a snaha. Slovem snaha se rozumí vůle něco dělat, uskutečnit to, co jsme si předsevzali. A pokud něco chceme uskutečnit, pak musíme hlavně chtít (Křivohlavý, 2004, s. 16–17).

V případě postupného vytrácení naděje se může objevit skleslost, kdy osoba stále myslí na svůj vytyčený cíl, ale zároveň v jejím podvědomí roste přesvědčení o tom, že se tento cíl pomalu vytrácí. Dochází k přesvědčení, že zdroje síly na cestě k cíli jsou vyčerpány. Po fázi skleslosti nastupuje otupělost, kde představa cíle mizí v nedohlednu. V podvědomí roste přesvědčení, že je všemu konec. V této fázi klesá sebevědomí dané osoby. Apatie je další a poslední fází, ve které osoba ztrácí zájem o cokoliv (Křivohlavý, 2004, s. 33-35).

Pokud již pacient nemá naději na uzdravení, pak svou naději zaměřuje ke vztahu k druhým lidem případně ke vztahu s Bohem. Naději snižuje pocit méněcennosti, opuštění, izolace, pocit spiknutí se všeho kolem, nedostatek směru, diskomfort pacienta a neustupující bolest. Naopak naději zvyšuje pocit drahocennosti, humor, význam vztahů, vzpomínky, reálnost cílů, úleva od bolesti a jiných příznaků (Twycross, 2003, s. 17-18).

1.1.1 Škála naděje

V roce 1991 publikoval Snyder první stupnici Adult Dispositional Hope Scale (ADHS). Jedná o dlouhodobou míru či intenzitu naděje, kterou chceme u daného člověka zjistit. Škála se skládá z 12 výroků či tvrzení předkládaných dané osobě. U každého výroku je zapotřebí subjektivní zhodnocení dané osoby. To se provádí tím způsobem, že dotyčná osoba používá číslice od 1 do 8. Jedna znamená nepravdivý výrok, osm zcela přesný, nejvýstižnější výrok. Z celkem 12 výroků jsou čtyři zaměřené na motivaci neboli snahu potřebnou k realizaci. Další čtyři jsou zaměřeny na uskutečňování cesty k cíli. Poslední čtyři nemají žádný vztah s tematikou naděje (Křivohlavý, 2004, s. 27).

1.2 Naděje v úzkosti a depresi

Úzkost je vnímána jako strach, ale bezpředmětný, nevíme, z čeho vzniká. Určitá míra úzkosti ovlivňuje naši aktivitu v kladném slova smyslu. Překročí-li však úzkost svoji hranici, která je u každého člověka odlišná, pak může mít úzkost negativní vliv na naši činnost. Strach je definován jako „*nepříjemný prožitek s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku, pohotovostí k obraně a útěku*“ (Křivohlavý, 2004, s. 43). Jedná se o reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení. Strach a obavy mají nepříznivý vliv na naši výkonnost, činnost, kvalitu našeho života a v neposlední řadě na naši naději. Určitá míra strachu a obav je pro život potřebná, má svůj obranný charakter. Nízká naděje je spojena s vyšší mírou úzkosti (Křivohlavý, 2004, s. 42–47).

1.2.1 Deprese

Slovo deprese pochází z latinského jazyka *deprimo, deprimere, depressi – stlačit a de – dolů*, tedy stlačit dolů. Deprese tedy v českém jazyce znamená stisknout, stlačit, snížit například výkon, energii apod. Znamená též netečnost, ochablost, sklíčenost, stísněnost, lhostejnost (Křivohlavý, 2013, s. 22). Dle Světové zdravotnické organizace je

deprese nejrozšířenější nemocí na světě. Ukazuje se, že každý člověk má určitou zkušenost s depresí, nebo se stává přímým svědkem toho, že jí trpí někdo v okolí. Ženy jsou náchylnější ke vzniku deprese. Počet lidí trpících depresí se několikanásobně rok od roku zvyšuje a postihuje stále mladší populace. Nárůst deprese je způsoben současným způsobem života, tedy našim životním stylem (Křivohlavý, 2013, s. 13). Depresi řadíme mezi dysforie. Dysforie je termín, který se používá v případě, že naděje je malá. Opakem dysforie je euforie (Křivohlavý, 2004, s. 50).

Deprese je charakterizována chorobným smutkem, skleslostí, vnitřním napětím, ztrátou zájmu, útlumem duševních a tělesných procesů. Doprovází ji únava, ztráta energie, poruchy spánku, nechutenství. Ovlivňuje hierarchii hodnot, pracovní aktivitu, sebehodnocení, sebevědomí (Křivohlavý, 2004, s. 50). Člověk, který trpí depresí, se často cítí sám, připadá si, že mu nikdo nerozumí a tím spadá ještě do větší deprese (Křivohlavý, 2013, s. 13).

Pokud chceme pomoci člověku, trpícímu depresí, pak je důležité s ním navázat vzájemný důvěrný vztah. Dalšími podstatnými vlastnostmi, kterými by měl pomáhající člověk disponovat jsou vstřícnost, otevřenost, aktivita, umění naslouchat, nebo jen „mlčet ve dvou“, dále pak ochota, opravdovost, úcta, respekt k tomu komu pomáháme, laskavost, zdravý odstup a v neposlední řadě je důležité mít určité znalosti (Křivohlavý, 2013, s. 92-95). Pro zvládnutí deprese se doporučuje stanovit si reálné a dosažitelné cíle, vzdálenější cíle pak rozdělit na dílčí a tím pak dosáhneme hlavního cíle. Lidem v depresi bychom měli pomáhat hledat a nalézat cesty k vytyčenému cíli (Křivohlavý, 2004, s. 57).

Léčba deprese může obsahovat mnoho kombinací, které můžeme v boji proti depresi využít. Mezi tyto metody například patří:

- Kognitivní psychoterapie – ovlivňuje představy, očekávání, přesvědčení i myšlení osob trpících depresí, které je možné považovat za zdravé. Nezabývá se minulostí. Je zaměřena na současný způsob myšlení a jednání (Křivohlavý, 2013, s. 152).
- Psychoanalýza - je zaměřena na zjišťování konfliktů v dětství, nebo mládí, které se podílejí na vzniku depresivních nálad v dospělosti. S. Freud se domnívá, že deprese je zlost, která nebyla ventilována, nebyla projevena, nýbrž dotyčnou osobou vnitřně zadržena. Vnitřní napětí z nevyřešeného konfliktu se odrazilo do duše člověka, jeho

nitra. Psychoanalytické léčení je dlouhodobou záležitostí (Křivohlavý, 2013, s. 150-151).

- Skupinová psychoterapie – setkání s lidmi se stejnými problémy. Lidé zde mohou ventilovat své pocity, problémy. Přijímat názory a zkušenosti druhých a předávat ty vlastní (Křivohlavý, 2013, s. 154).
- Farmakoterapie – nejznámější metoda léčby deprese. Začíná se s minimálním dávkováním, které se však postupně zvyšuje. Psychofarmaka je nutné užívat pravidelně v pravidelných dávkách. Často jsou návykové (Křivohlavý, 2013, s. 160).

Jeden z nejdůležitějších aspektů ve zvládnání deprese je naděje. Naděje je významným motivačním činidlem. Slovem motivace se rozumí pohnutka k činu, něco co nás pohání na cestě k vysněnému cíli. Naděje nám dává sílu a podaří-li se nám dostat na cestu k vysněnému cíli, pak přináší i radost (Křivohlavý, 2003a, s. 158–159).

U lidí trpících depresí je důležité posilování snahy a vůle. Platí pravidlo, že největším posílením snahy je úspěch. Dalším důležitým momentem je hodnocení úspěchu. Projevem chvály a uznání můžeme ohodnotit člověka a jeho snahu v boji proti nemoci (Křivohlavý, 2003a, s. 162).

1.3 Posilování nadějného snažení

- Musíme respektovat tyto základní principy – cílesměrnost, myšlení o způsobech a cestách. Zároveň musíme brát v úvahu situaci, ve které se daná osoba nachází, dále pak dispozice a osobnost člověka.
- Úkolem posilování naděje je zaměření se na cíl, kterého chce daná osoba dosáhnout.
- Efektivně využíváme dosavadní pozitivní momenty nadějného snažení.
- Navodíme přátelský vztah k člověku, u něhož naděje chceme povzbudit.
- Při snaze pomoci člověku v rámci posilování naděje je třeba, abychom si uvědomili, že on sám je nejlepším odborníkem na řešení vlastních problémů.
- V rámci pomoci druhému člověku pracujeme s cíli, hledáme cesty k dosažení cíle a vytváříme naděje.

- Při pomoci posilování naděje využíváme poznatků jiných forem pomoci např. kognitivně-behaviorální terapie nebo vypravěčského umění. Terapie naděje je však samostatnou terapeutickou metodou (Křivohlavý, 2004, s. 36–37).

2 NEMOC

K naději se upínáme nejvíce, pokud se ocitneme na hranici mezi životem a smrtí. Jestliže se člověk dostane do této situace, hledá pomyslnou naději ve všem, co existuje. Kdo dříve nevěřil, začíná se upínat k víře, kdo věřil, může pochybovat. Pokud se člověk neuchyluje k víře, pak je potřeba udržovat člověka v naději nejrůznějšími způsoby a vyprošovat jeho sílu k přežití. Především neopustit, podpírat, vydržet a občas i něco snést a překousnout. Ujišťovat svým přátelstvím a sounáležitostí, nikoliv slovy, ale skutky. Pro těžce nemocného člověka je důležité mít na vědomí, že je tu někdo, komu na něm záleží. I když je člověk věřící může v této těžké životní situaci víru zpochybňovat, přece kdyby byl Bůh nemohl by dopustit, aby onemocněl. Jenže pravdou je, že pokud je člověk hluboce zakotven ve své víře, pak by měl mít na vědomí, že Bůh trpícího člověka nikdy neopouští (Svatošová, 2006, s. 7-11).

Nemoc jako taková má složku biologickou, psychologickou a sociální, tyto oblasti určují průběh nemoci i postup léčby. Nemoc je známá jako porucha zdraví, blízkým pojmem je termín „nemohoucí“ – nemají žádnou sílu či moc. Nemoc zasahuje celého člověka, nejen jeho fyzickou schránku, ale také psychickou, je pro člověka něčím, co mu brání v dosahování životních cílů (Křivohlavý, 2002, s. 9–23).

Pokud se u člověka vyskytne nemoc, očekává se od něj, že s ní bude bojovat a nepoddá se jí. Taktéž se očekává, že člověk udělá maximum, aby neustále zlepšoval svůj zdravotní stav. Boje s nemocí můžeme taky nazývat jako bojové strategie nebo postupy. Existují aktivní strategie, ve kterých pacient sám aktivně přistupuje k řešení. Vypracuje si vlastní postup zvládnutí nemoci a to je jeho hlavní motivací. Únikové nebo také vyhýbací strategie se projevují vyhýbáním se, únikem a také schováváním se před řešením problému a vzniklé situace (Křivohlavý, 2002, s. 32-35).

Pacient se musí ve zdravotní krizi vyrovnat se změnou osobní identity, změnou prostoru, v němž se pacient pohybuje, změnou role, kterou zaujímá, změnou souboru osob, které mu mohou poskytovat sociální oporu, změnou perspektivy, co může pacient v budoucnosti očekávat. Adaptace může být zdravá, projevující se vnitřním klidem pacienta. Maladaptace neboli nezvládnutí situace se může projevovat beznadějí, bezmocí (Křivohlavý, 2002, s. 39).

2.1 Psychosomatická onemocnění

Existuje vztah životních událostí k některým tělním systémům nebo nádorovému onemocnění. Vždy závisí na intenzitě stresu a na osobnostní charakteristice člověka. Typická psychosomatická onemocnění postihují například zažívací trakt, nervový systém, kardiovaskulární systém, dýchací systém a jiné systémy. U lidí trpících stresem se často objevují poruchy spánku, bolesti hlavy, ischemické mozkové příhody. Se stresem taky často dochází k poruchám příjmu potravy a jiným poruchám. Nádorová onemocnění mají mnohdy multifaktoriální příčinu, jednou z nich může být právě stres. Nádorové onemocnění obvykle postihuje osoby potlačující deprese, zlost. Rizikovými faktory ke vzniku nádorového onemocnění jsou např. ztráty člověka, psychické nátlaky a jiné. Dlouhodobá psychická zátěž má prokazatelně negativní vliv na obranný systém organismu. Jestliže je narušena obranyschopnost člověka pak se nádorové buňky snadněji množí. Rakovina je tedy jev komplexní a je nutné na ni pohlížet z hlediska těla, ducha i duše (Bartůňková, 2010, s. 98-110); (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschushke, 2010, s. 14).

2.2 Interakce lékař – pacient

Pacient se v průběhu hospitalizace stává závislým na druhé osobě, nemůže dělat to, co by sám chtěl, ale to co mu určí ostatní. V nemocnici se mění jeho životní rytmus, dochází často k sociální izolaci. Pacient v nemocnici často propadá depresi, úzkosti. Pacient je jakýmsi pomyslným žadatelem lékaře o pomoc (Křivohlavý, 2002, s. 48-51).

Interakce znamená vzájemné působení mezi dvěma osobami, které mají mezi sebou partnerský vztah. Lékař je v interakci vnímán jako odborník, člověk vysoce vzdělaný, který je schopen pomoci nemocným lidem. Lékař jako takový se však orientuje spíše na somatickou stránku člověka než na psychickou, jelikož lékaři často připisují péči o duševní stránku pacienta psychoterapeutům či duchovním. Často se setkáváme se situacemi, kdy lékař opomíjí pacientovy stesky a nářky. Lékař je však člověk jako každý jiný, i on sám si v životě prošel složitými životními situacemi, které mu přinesli určité zkušenosti a dovednosti, tudíž může i v případě neznalosti péče o pacientovu duši aplikovat jednoduché, základní prvky obecné psychoterapie např. utěšování, chlácholení (Křivohlavý, 2002, s. 59-65). Lékař by měl umět s pacientem mluvit, ale také mu umět naslouchat (Křivohlavý, 2002, s. 73-76).

Při setkání pacienta s lékařem mezi nimi nastává určitá sociálně-psychologická atmosféra. Oba dva se setkávají v určité náladě, mají za sebou zkušenosti. Oba mají určité domněnky, představy, očekávání. Během setkání se také mezi pacientem a lékařem vytváří určitá míra důvěry. Postupem času se vztah mezi lékařem a pacientem může měnit (Křivohlavý, 2002, s. 66).

2.3 Sdělování nepříznivé diagnózy

Nemoc, umírání a smrt milovaného patří mezi nejtěžší životní situace. V České republice se uplatňuje trend říkat pravdu, ovšem se zachováním naděje (Svatošová, 2006, s. 10–12). Sdělení diagnózy a jeho způsob by měl být přiměřený pacientovu chápání, v řeči, které rozumí. Dozví-li se pacient svoji diagnózu, musí se s ní smířit, akceptovat, vyrovnat, a to nebývá příliš lehké. Lékař by se měl vždy na sdělení diagnózy připravit, zvážit, zda se pacient nachází ve stavu, kdy mu může být diagnóza sdělena. V rámci sdělování diagnózy by měl být zajištěn vhodný prostor a klid. Lékař by měl zvolit správná slova a dobu sdělení diagnózy. Důležité je se během rozhovoru stále ujišťovat, že si vzájemně rozumíme. Pacient sám určí, v jaké míře mu bude diagnóza sdělena, případně komu dalšímu. Po sdělení je důležité dát pacientovi prostor k jeho emocím a otázkám (Křivohlavý, 2002, s. 73-76). Není nutné vždy sdělovat ihned veškeré informace, ale po částech. V problematice sdělování pravdy nepříznivé diagnózy se ještě často vyskytuje termín milosrdná lež. Milosrdná lež bere člověku možnost se připravit, zařídit, dát věci do pořádku, napravit vztahy a podobně. Pokud později vyjde najevo, dochází pak ke ztrátě důvěry mezi pacientem a lékařem (Svatošová, 2006, s. 27).

Pokud se pacient dotazuje na smrt, nikdy nesdělujeme datum a nikdy bychom v těchto situacích neměli lhát, to by se nemuselo vyplatit a došlo by k narušení důvěry. Jak ale říci pravdu a nevzít naději? Záleží na situaci. Můžeme použít fráze typu: „Někdo se uzdraví, někdo ne, není to ani o protekci ani o penězích, tak to prostě je.“ Moudrý člověk je připravený na obě možnosti. Uzdravím se – budu šťastný, neuzdravím se – tak se na to připravím, aby mě nemohlo nic zaskočit. Pokud jsme mu jednu naději vzali, pak mu musíme další dát. Ujistíme ho, že bolesti určitě trpět nebude, bolest se prostě zvládne. Tlumení bolesti a zmírnění utrpení patří k základním úkolům každého lékaře. Teď je jen na pacientovi jak informace podané námi zpracuje (Svatošová, 2006, s. 38-41).

2.3.1 Model vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou dle Elizabeth Kübler-Ross

1. Stádium – popírání a izolace

V tomto stádiu většina pacientů reaguje slovy: „Ne, to určitě nemůže být pravda, to se mě netýká. Museli jste se splést.“ Můžeme se setkat i se situacemi, kdy pacient se dožaduje dalších a dalších vyšetření, případně vyhledává jiné lékaře, od nichž očekává vyloučení stanovené diagnózy. Toto stádium se může vyskytovat u pacientů v prvotních fázích nemoci, ale i ve fázích pozdějších. Popírání nemoci je jakýsi nárazník tlumící příliv nenadálých a šokujících zpráv, který pacientovi umožňuje, aby se vzchopil a mohl zmobilizovat své obranné strategie. Jedná se o dočasnou fázi (Kübler-Ross, 2015, s. 51-52).

2. Stádium – zlost

V tomto stádiu jsou typické otázky: „Proč zrovna já?“ Toto stádium je obtížné jak pro rodinu, tak pro personál. Pacient si svůj hněv vybíjí na kohokoli a na cokoli. Jeho chování bychom měli tolerovat a nebrát si ho osobně. Pacientovo chování je přirozenou reakcí na nově vzniklou situaci (Kübler-Ross, 2015, s. 64-65).

3. Stádium – smlouvání

V tomto stádiu se pacient uchyluje k myšlence, že existuje nepatrná naděje na odměnu za jeho dobré chování. Pacienti se například chtějí dožít narození svého vnuka, promoce vnučky, svatby a podobných událostí. Smlouvání je pokusem o odklad. Smlouvání zahrnuje také slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu jeho přání umožněno. Většinu těchto smluv uzavírají lidé s Bohem a obvykle je tají (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100).

4. Stádium – deprese

Existuje mnoho zdrojů deprese. Jedním z mnoha může být například přibývání příznaků, ubývání sil, finanční zátěž, ztráta zaměstnání vlivem těžké nemoci a jiné. Deprese v tomto stádiu můžeme chápat také jako přípravný zármutek, kterým musí nemocný projít, aby se připravil na blížící se ztrátu všech milovaných a na svůj odchod (Kübler-Ross, 2015, s. 101-103).

5. Stádium – akceptace

Pokud pacient překoná všechna doposud zmíněná stádia, pak se dostává do stádia smíření. Akceptaci můžeme chápat jako fázi, v které je pacient zbaven všech pocitů, vyhlíží blížící

se smrt v tzv. tichém očekávání. Pacient v tomto stádiu je více spavý, unavený, dává přednost samotě. V tomto období potřebuje rodina nemocného nejvíce pomoci a podpory. Převažuje zde neverbální komunikace nad verbální (Kübler-Ross, 2015, s. 127–128).

Nemocný se může nacházet v kterémkoli tomto stádiu. Může projít všemi stádii, ale i nemusí, může se měnit i pořadí jednotlivých stádií. Jednotlivá stádia jsou u každého nemocného individuální, závisí na typu choroby, prognóze, závažnosti obtíží a dalších faktorech. Stejnými stádii si také prochází rodina a nejbližší okolí nemocného (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2013, s. 47).

2.4 Strategie zvládání nemoci a životních těžkostí

Význam slova strategie můžeme přeložit jako určitý pečlivě vypracovaný plán, postup k dosažení určitého cíle. Ve strategiích zaměřených na řešení problému se jedná o vyvinutí vlastní aktivity a snahu řešit danou situaci. Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem jsou zaměřeny na řízení emocionálního stavu, který se změnil v průběhu choroby (Křivohlavý, 2002, s. 103–105).

Cíle strategií zvládání životních těžkostí:

- Snížit to, co člověka ohrožuje.
- Tolerovat – unést – to, co nepříjemného se děje.
- Zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama.
- Zachovat si emocionální klid.
- Zlepšit podmínky.
- Pokračovat v sociální interakci (Křivohlavý, 2002, s. 103–105).

Lidé, kteří mají pro co žít, mají víru, smysl pro humor, lépe zvládají životní těžkosti. Je prokázáno, že lidé s náboženským přesvědčením, vykazují větší míru spokojenosti, lepší kvalitu života, vyšší míru osobního štěstí a menší negativní důsledky dramatických událostí. Ocitnou-li se ve složitých životních situacích, dostává se jim vyšší sociální opory. Mají nižší úmrtnost na rakovinu, vykazují zdravější styl života (Křivohlavý, 2003b, s. 77-78).

Na způsobu zvládání těžkostí může mít také vliv to, jak člověk hodnotí sebe samého. Mezi další osobností charakteristiky, které jsou důležité při zvládání stresu, patří

sebedůvěra a svědomitost. Pojmem sociální opora se rozumí pomoc člověku, který se nachází v těžké životní situaci prostřednictvím druhé osoby (Křivohlavý, 2003b, s. 77-78).

Obtíže a náročné životní situace patří neodmyslitelně k životu, jestli tomu někdo říká smůla, kříž, osud nebo jakkoliv jinak. Máme svobodu a můžeme si svobodně zvolit, jak se s onou situací vypořádáme. Život každého z nás je jedinečný, proto je jen na nás jak jedinečně se k problému postavíme (Svatošová, 2006, s. 82–83).

2.5 Kvalita života

Kvalita života je dle WHO definována jako „*jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept ovlivněný fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k jeho životnímu prostředí*“ (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2013, s. 53).

Hodnocení kvality života a její sledování řadíme mezi základní údaje v rámci poskytování zdravotní péče. Kvalita života se hodnotí subjektivním náhledem konkrétního pacienta nebo objektivním pohledem na pacienta, jeho osobnost a jeho život. Využíváme řady stupnic, dotazníků a škál k hodnocení kvality života. Mezi nejznámější škály patří Karnofského škála a WHO klasifikace (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2013, s. 53).

3 TERMINÁLNÍ STÁDIUM NEMOCI

Ať chceme nebo ne se smrtí se setkáváme denně, je neodvratitelnou součástí života. Již na vrcholku dvaceti let dochází v našem organismu k degenerativním změnám, tudíž ke stárnutí a následně pak nevyhnutelně ke smrti. A co je vlastně po smrti? Peklo nebo ráj? Jedni tvrdí že nic, druzí ti optimističtější věří, že ano (Svatošová, 2006, s. 22). V dřívějších dobách byla smrt normální součástí života, lidé běžně umírali doma. Dnes je téma smrti a umírání spíše tabuizovaným tématem a lidé umírají převážně v nemocnicích, případně jiných zařízeních (Svatošová, 2011, s. 16-17). Ke kvalitnímu životu umírajících pacientů patří maximální možné omezení všech invazivních metod (Svatošová, 2011, s. 133).

3.1 Paliativní péče

Paliativní péče je přístup usilující o zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří se ocitají v situaci spojené s život ohrožujícím onemocněním. Zlepšení kvality života probíhá prostřednictvím prevence, zmírňováním utrpení včasnou identifikací, zhodnocením, léčbou a mírněním bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů. Paliativní péče je komplexní přístup, který je interdisciplinární a současně zahrnuje nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Paliativní léčba musí zahrnovat znalosti medicínské, psychologické a morální (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2013, s. 6–7).

Rozeznáváme tři roviny paliativní péče:

- Obecná paliativní péče – představuje základní znalosti a dovednosti, kterých by měli využívat všichni zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o pacienty s život ohrožujícím onemocněním. Sestry by na této úrovni měly být schopny rozpoznat základní symptomy a zajistit jejich řešení, zapojit se do komunikace s pacientem a jeho rodinou, zjistit pacientovy potřeby a prožitky, porozumět tomu, co nemocný i jeho rodina prožívá.
- Specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotníky, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající a jejich rodiny. Tito specialisté často pracují v komunitních zařízeních paliativní péče nebo jako konzultanti v nemocnicích a hospicích (O'Connor a Aranda, 2005, s. 15).

Paliativní péče může být poskytována v domácím prostředí, což je pro nemocné tou nejlepší alternativou nebo může být poskytována v rámci hospicových a jiných zařízeních paliativní péče a v nemocnicích (Svatošová, 2011, s. 118-122).

3.2 Role sestry v paliativní péči

Strach ze smrti a umírání je typický u každého člověka, existuje v podvědomí každého z nás, nesmí být ale přehnaný. Je typický a přirozený u lidí, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou a jejich šance na přežití jsou velmi mizivé. V tomto případě je úkolem ostatních zdravých lidí, kteří zůstávají nemocnému na blízku, podpořit nemocného, aby strach vyjádřil, pojmenoval. Většinou se jedná o strach z bolesti, z osamění, nebo strach z toho, že to člověk nezvládne, že se společensky znemožní. V tomto případě je důležité ukázat člověku, že jsme tu pro něj, že nasloucháme, že se o něj zajímáme (Svatošová, 2006, s. 32-33).

V paliativní péči je komunikace nezbytná. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti ze strany sestry. Dobrá komunikace výrazně ovlivňuje psychický stav a kvalitu života lidí, kteří se nacházejí v terminálním stádiu života (O'Connor a Aranda, 2005, s. 29). Je důležité si uvědomit, že nekomunikujeme pouze verbálně, velkou roli hraje také naše neverbální stránka – postoje, gesta, mimika, doteky. Z těchto projevů pozná nemocný i jeho příbuzní, že si jich vážíme, že se o ně zajímáme nebo v opačném případě, že jsou nám lhostejní (Marková, 2010, s. 51).

Dle Tulsy je pro efektivní komunikaci s pacientem a jeho rodinou důležité:

- Vytvořit optimální klima, které pomůže pacientovi a jeho rodině vyjádřit své myšlenky a pocity
- Pochopit pacientovi obavy, strach a úzkost
- Přiznat si vlastní nedostatky a chyby
- Skromnost
- Vyjádřit empatii, soucit, respekt
- Udělat si dostatek času na posouzení a rozhodování (Antai-Otong, 2007, s. 125).

Komunikační bariéry mohou nastat ze strany nemocného i ze strany zdravotníků. Ze strany pacientů se nejčastěji setkáváme s neochotou svěřit se se svými problémy, individuálním způsobem komunikace u pacienta tzn., že si pacient nepřeje vědět veškeré informace o svém zdravotním stavu a poslední bariérou v komunikaci mohou být pak multikulturní problémy. Nejčastější bariéry ze strany zdravotníků mohou být hodnoty, postoje, přesvědčení a nedostatek komunikačních dovedností. Nevhodné v komunikaci s pacientem je distancování se od pacienta, vyhýbání se, ignorování jeho emocionálních projevů,

poskytování falešné naděje, nedostatek znalostí a dovedností, změna tématu v rozhovoru (O'Connor a Aranda, 2005, s. 32–34).

Měli bychom vědět, co je vhodné říci a co ne, protože právě obyčejné lidské slovo může na jednu stranu povzbudit, utěšit, ale na stranu druhou i ranit, zklamat. Na rozhovor s umírajícím se můžeme připravit, ale nemusíme, můžeme mlčet, i sdílení ticha je prostředkem vyjádření podpory (Svatošová, 2006, s. 38–41).

Umírajícímu nikdy nevnucujeme přijmout fakt konce. Nikdy bychom před pacientem neměli otevírat problematiku smrti, ale měli bychom počkat až se na ni sám zeptá. Měli bychom mu pomoci uspořádat různé náležitosti a splnit jejich přání. Platí, že umírajícímu je třeba spíše naslouchat než se mu snažit něco říci. Jedná se o tzv. participaci – spolupodílení se na těžkostech umírajícího pacienta (Křivohlavý, 2002, s. 152-159).

Je nutné mít na vědomí, že člověk ve fázi závěru života může být hodně nepříjemný až agresivní, je to součástí jeho boje s nemocí. Neměli bychom mu odporovat, ale naopak projevovat lásku, jedině tak se může probíjet do stádia smíření (Svatošová, 2006, s. 15). V terminálním stádiu života je důležitá týmová spolupráce, která zahrnuje zdravotníky, duchovní, psychoterapeuty, rodinu a nemocného (Svatošová, 2011, s. 129).

Nejenom pro člověka, který se ocitá na hranici života a smrti je tato situace tíživá. Těžko tuto situaci snáší i blízké okolí pacienta přátelé, rodina. I blízcí pacientů potřebují být doprovázeni, i jim je k tomu třeba pomoci. Proto by sestra v paliativní péči měla zvládnout komunikaci s rodinnými příslušníky, poskytnout jim citlivým způsobem informace o tom, čím nemocný zrovna prochází. Ve vztahu k rodinným příslušníkům by měla umět zvládat konfliktní situace a měla by zvládnout projev zármutku. Rodinu nemocného bychom se měli snažit co nejvíce poznat. V případě, že jejich blízký zemřel pak bychom jim vždy měli dovolit rozloučit se se svým blízkým a podpořit jejich rodinné rituály (Marková, 2010, s. 55).

Vždy je důležité si stanovit reálné cíle, a to i jak ze strany zdravotníků, tak i ze strany rodiny a nejbližších. Ideálním stavem je když se dokáže na společném cíli shodnout rodina, zdravotník i sám pacient (Svatošová, 2011, s. 15).

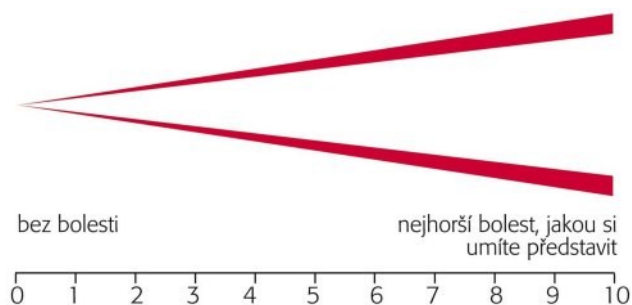
Doprovázení nemocných v nejtěžších fázích jejich života, současné zmírňování jejich utrpení může být pro zdravotníka na jednu stranu vysoce obohacující a na druhou stranu může mít negativní dopad na jejich psychiku, jestliže si neuvědomí, že je třeba pečovat také o sebe (O'Connor a Aranda, 2005, s. 65).

3.3 Bolest

„Bolest je nejkompexnější lidskou zkušeností, je spojena s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je ryze subjektivní, existuje vždy, kdykoliv nemocný říká, že bolest má. Bolest je do určité míry účelná, upozorňuje na situaci ohrožení, přivádí nemocného k lékaři. Bolest ztrácí význam všude tam, kde její intenzita překročila snesitelnou míru“ (Trachtová a kol., 2004, s. 125). Bolest sama o sobě je významným stresorem. Potřeba nemít bolest patří mezi základní lidské potřeby. „Potřeba je projevem nedostatku či chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (Trachtová a kol., 2004, s. 10).

Lidé mají různé vnímání a práh pro bolesti. Známe dva druhy bolestí. První – akutní, za kterou jsme vděční, jelikož nás varuje, že není něco v pořádku. Má nepostradatelný význam. Chronická bolest je typická u nádorového onemocnění, charakteristická delším trváním. Stává se pro nemocného křížem, který je důležité přijmout a nést. V tomto případě je povinností lékaře pomoci trpícímu člověku, předepsáním léků či využitím jiných metod na tlumení bolesti (Svatošová, 2006, s. 34-35). Bolest hodnotíme z mnoha pohledů, ptáme se na její charakter, intenzitu, lokalizaci, časový aspekt bolesti a v neposlední řadě, co bolest ovlivňuje, co ji zmírňuje nebo naopak zhoršuje. Měli bychom respektovat pacientovo rozhodnutí odmítnout léky a bolest do určité míry snášet (Svatošová, 2003, s. 31).

Jestliže chceme zjistit intenzitu bolesti pak je nejhodnější Vizuální analogová škála neboli VAS. Pacient vyznačí na stupnici nula až deset číslici odpovídající jeho pocitu bolesti. 0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest, nesnesitelná.



Obrázek 1 Vizuální analogová škála (převzato z Náplast při léčbě bolesti, 2008)

Světová zdravotnická organizace vypracovala systém, který pomáhá sestřám a ostatním zdravotnickým pracovníkům při léčbě nádorové bolesti. Tyto principy se běžně využívají i při jiném typu bolesti. Jestliže pacient popisuje na VAS intenzitu bolesti 1 – 4 pak je

obvykle lékem volby neopioidní analgetikum, jedná o první stupeň analgetického žebříčku dle WHO. Jestliže se bolest zvyšuje nebo přetrvává i přes podanou medikaci a pacient udává VAS 5 – 6, v tom případě bychom měli podat slabší opioid, tedy druhý stupeň žebříčku. Jestliže bolest i přes druhý stupeň analgetizace přetrvává nebo se zhoršuje a pacient udává VAS 7 – 10, pak v tomto případě je nutné, abychom podali silný opioid, jedná se tedy o třetí stupeň analgetického žebříčku. Analgetika by měla být podávána v pravidelných dávkách a pravidelných časových intervalech. Podání léku v pravidelných časových intervalech udržuje jeho stálou hladinu v krvi, tím předcházíme tomu, aby se nemoc projevovala ve vlnách, tedy od úplné úlevy od bolesti po bolestivé špičky (O'Connor a Aranda, 2005, s. 93–94).

3.4 Dušnost

Dušnost můžeme charakterizovat jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Dušnost se vyskytuje u 70 % onkologicky nemocných v posledních šesti týdnech života. Dušnost je jedním z nejhůře snášených symptomů. Dušnost má mnoho příčin, může souviset se zdravotním stavem, ale může být vyvolána i psychicky například úzkostí. Pokud se u pacienta vyskytne dušnost, pak bychom měli zajistit čerstvý vzduch případně ventilátor. Pomůžeme nemocnému zaujmout polohu v polosedě nebo vleže na pravém boku, podáme příslušnou farmakoterapii. Měli bychom brát na zřetel i péči o psychickou pohodu pacienta. Pokud pacient stále trpí dušností, je vhodné přistoupit na kyslíkovou terapii. V terminálním stádiu je pacientům v rámci symptomatické léčby indikováno podávání opioidů, které způsobuje útlum dechového centra. Hlasité chrčivé dýchání je často průvodním jevem posledních hodin pacientova života. V souvislosti s dýcháním a nádorovým onemocněním plic může docházet k hemoptýze neboli vykašlávání krve. V tomto případě bychom nemocného měli uklidnit, dát ho do polohy vsedě nebo polosedě, chladiť hrudník a nepodávat horké tekutiny (Marková, 2010, s. 93–96).

3.5 Hospic

Pojem hospic pochází z latinského slova *hospitium*, což v překladu znamená noclehárna, hostinec, přátelské přijetí hosta (pacienta). Zdravotník v hospici se stává průvodcem hosta (pocestného), který zabloudil od zdraví k nemoci, ze které již není možné se navrátit (Paliativní péče třetího tisíciletí: pro sestry všech oborů, 2014, s. 8-9).

Rodina i nejbližší příbuzní a známí by měli být oporou těžce nemocnému či umírajícímu člověku. Pokud není možné zajistit péči v domácím prostředí, pak jsou zde hospicová zařízení, kde je umírajícímu dopřána láskyplná péče plná naslouchání, respektu, zájmu, soucítění a lásky. I přesto by rodina neměla zapomínat na své blízké a i přes zajištěnou péči se svému nemocnému věnovat a dát tak najevo lásku a zájem (Svatošová, 2003, s. 9–10). Snahou hospice je připomenout nemocnému domov (Svatošová, 2003, s. 130).

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a úcty člověku jako k jedinečné bytosti. Základní charakteristiky hospice jsou: člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností bude respektována lidská důstojnost, v posledních okamžicích života nezůstane člověk osamocen. Základní myšlenou hospice je zajištění kvalitní péče a důstojného života až do smrti. Jedná se o doprovázení nemocného a jeho blízkých (Svatošová, 2011, s. 115). Doprovázejícím může být rodina, duchovní, někdo z přátel, zkušená sestra či dobrovolník z hospice. Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejlépe projít všemi fázemi, které popsala Elizabeth Kübler-Ross a pomoci dostat se k fázi smíření. Toho lze dosáhnout pouze, že budeme pravdiví (Svatošová, 2011, s. 126). V hospicích pracují také hospicovní dobrovolníci, kteří dokáží s umírajícím a osamělým člověkem trávit hodiny, dny a dokonce i týdny. Neošetřují, stačí, že tam jsou a nikam nespěchají (Svatošová, 2006, s. 44–45). Smrt je přirozenou součástí života, tak ji hospic respektuje. Nejedná se jen o pomoc fyzickou, založenou na kvalitní ošetrovatelské péči. Daleko větší význam mohou mít služby, které pomáhají pochopit smysl utrpení, nejen nemocnému, ale i jeho rodině. Péče v hospici vyžaduje lidský a profesionální přístup založený na dobré týmové spolupráci. V hospici by měl pracovat odborník, který má rád lidi a zároveň si je vědom vlastní smrtelnosti. Pro práci v hospici není jen nutné sílu a energii dávat, ale je také potřeba ji někde čerpat (Svatošová, 2011, s. 115–116).

V nemocnici jsou středem zájmu nemoci, v pozadí je pacient jako člověk. Hospic nemůže nahradit nemocnici, ani nemocnice hospic. Nezbytná je spolupráce. Myšlenky hospice však lze uplatnit i v nemocniční péči. V případě paliativní péče však nemocniční péče ztrácí smysl (Svatošová, 2011, s. 117–118). Existuje několik forem hospicové péče. Nejideálnějším způsobem je domácí péče. (Svatošová, 2011, s. 118).

3.6 Duchovní potřeby nemocných

„Každý pacient je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí, se svou vlastní osobní historií, vlastním vnitřním světem, do kterého může druhý nahlédnout jen tehdy, když mu to dotyčný člověk dovolí, a jen do té míry, do jaké mu to dovolí“ (Svatošová, 2012, s. 11). Potřeba milovat a být milován je naší největší duchovní potřebou. Od ní se odvíjejí nebo s ní souvisejí ostatní duchovní potřeby (Svatošová, 2012, s. 12). Duchovní potřeby pacienta vyplynou na povrch, získáme-li si jeho důvěru. Důležité je také umění naslouchat (Svatošová, 2012, s. 40). U umírajícího často mohou být duchovní potřeby prioritou. Často se jedná o potřebu usmíření, uzdravení vztahů, jak s lidmi, tak s Bohem. Pokud se tato potřeba projeví a máme dostatek času, můžeme přivolat duchovního nebo psychologa. Pokud ale půjde o minuty, nebo dokonce o život budeme my jediní svědci pacientovi duchovní tísně, v těchto situacích bychom měli vědět, co je nutné v těchto situacích udělat a na koho se obrátit (Svatošová, 2012, s. 48–50).

Lidé mohou být rozděleni na věřící a nevěřící. Mezi těmito rozdílnými pojmy se však nachází určitá pomyslná hranice, která nám pomáhá jednotlivé pojmy od sebe odlišit. Zde tou pomyslnou hranicí je smrt. Její nevyhnutelnost a existenci si určitě uvědomuje každý z nás. Ten, kdo má svůj životní cíl umístěn kdekoliv před touto hranicí nebo v ní, je označován jako nevěřící. Ten, kdo svůj životní cíl umístěn za horizontem, je označován jako věřící. Třetí skupinu tvoří osoby, které nemají svůj názor jednoznačně vyhraněný. Tyto osoby nazýváme jako hledající. Jedná se o osoby, které si občas připouští, že něco za hranicí smrti přeci jenom je (Svatošová, 2012, s. 13).

Víra závisí na zkušenostech, na výchově a prostředí, ve kterém žijeme a v neposlední řadě na přesvědčivosti věřících. Věřící věří, že víra je vložena do každého z nás. Víra by neměla být vnucována, ale dosvědčována. Víra je jakousi směrovkou, cestou, která dává smysl. Pacientovu víru vždy respektujeme. Ignorování spirituálních potřeb je nepřijatelné (Svatošová, 2012, s. 15).

Dnes je situace taková, že řada zdravotníků je v oblasti spirituálních potřeb dezorientována, avšak je důležité v rámci holistického přístupu k nemocným mít o nich alespoň povědomí. Do zdravotnictví se však zavádí nový pojem, nemocniční kaplan, který je již ve světě běžnou součástí nemocničního týmu. Každodenní přítomnost duchovního, který řeší duchovní potřeby nejen nemocných, ale i jednotlivých zdravotníků, prokazatelně oddaluje syndrom vyhoření (Svatošová, 2012, s. 27–28).

Často se v oblasti duchovních potřeb můžeme setkat s termínem svátost nemocných neboli poslední pomazání. Svátost je posilou víry pro těžce nemocného. Uděluje ji kněz nebo biskup. Lze ji přijmout i vícekrát za život. Pokud nám nemocný sdělí přání, že chce být zaopatřen má na mysli udělení této svátosti (Svatošová, 2012, s. 82).

4 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Nádorová onemocnění řadíme mezi druhé nejčastější příčiny úmrtí. Dle odhadů každý čtvrtý občan České republiky onemocní zhoubným nádorem a každý pátý občan na toto onemocnění umírá (Klener, 2011, s. 9).

Přesné příčiny nádorového bujení nejsou zcela známy, jsou komplexní povahy. Podstatou vzniku nádorového procesu je buněčná proliferace, která se vymyká od zdravé tkáně. Nádorové buňky jsou důsledkem genetických abnormalit, na jejich vzniku se podílí fyzikální faktory jako například ionizující nebo ultrafialové záření, dále faktory chemické například kancerogeny, a v neposlední řadě faktory biologické, což mohou být například onkogenní viry (Klener, 2011, s. 17). Příčina vzniku nádorů bývá často multifaktoriální, na vzniku nádoru se podílejí jak rizikové faktory vnitřního prostředí, tak zevního. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk, v jehož důsledku dochází ke zvýšené frekvenci nově vzniklých mutací, k postupnému snižování schopnosti reparace a také vlivem přítomnosti více chorob najednou. Velká většina nádorů vzniká náhodně (Tomášek a kol., 2015, s. 44).

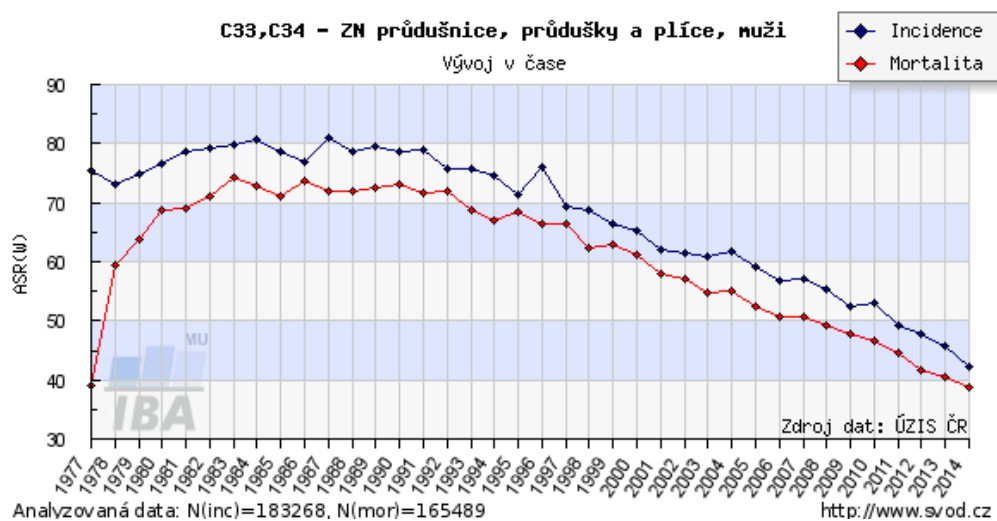
4.1 Bronchogenní karcinom

Obecně známý jako karcinom plic je zhoubný nádor epitelových buněk plic, postihující sliznici bronchů, bronchiolů, výstelku alveolů, neuroendokrinní a exokrinní buňky. Karcinom plic představuje téměř třetinu všech úmrtí na maligní nádory ve vyspělých zemích. Plíce jsou často také místem metastáz jiných nádorů. Benigní nádory v plicích jsou méně časté (Tomášek a kol., 2015, s. 172). Nejčastěji jsou postiženi muži od 65 – 75 let, výskyt ale stále roste také u žen. Největší význam pro úspěšnou léčbu má včasná diagnostika (Pešek et al., 2012, s. 61).

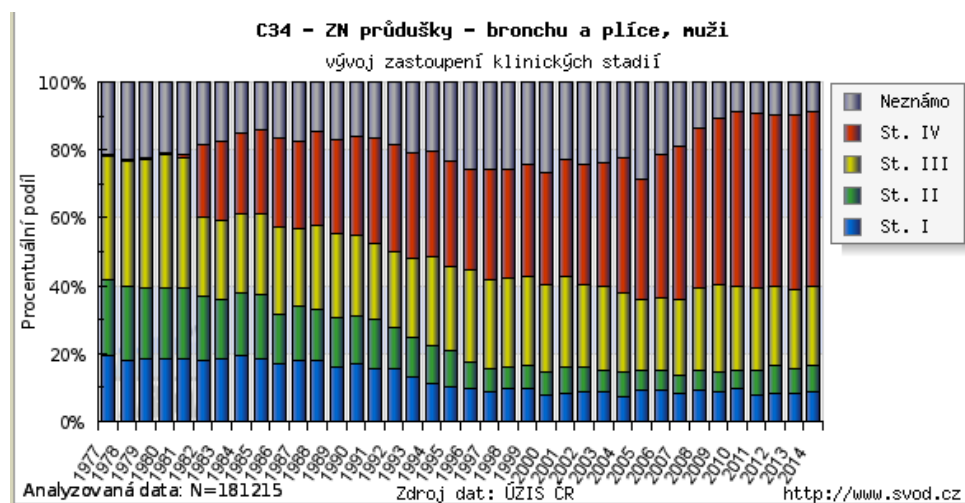
Bronchogenní karcinom rozdělujeme do dvou základních skupin: malobuněčný (small-cell lung cancer – SCLC) a nemalobuněčný (non-small-cell lung cancer – NSCLC). Malobuněčný karcinom plic je vysoce maligní nádor charakterizován rychlým růstem, brzkým vytvářením vzdálených metastáz, což je důvodem časté nemožnosti provedení chirurgické léčby. Malobuněčný karcinom obvykle dobře reaguje na chemoterapii a radioterapii. Pokud dojde k recidivě, léčba bývá často složitá (Tomášek a kol., 2015, s. 172).

Nemalobuněčný karcinom plic představuje 80–85 % onemocnění plicními nádory. Je charakterizován pomalejším růstem, tím příznivější možností chirurgické léčby za předpokladu, že nádor ještě nevytvořil metastatická ložiska. Nemalobuněčný karcinom je obvykle méně citlivý na léčbu chemoterapií a radioterapií (Tomášek a kol., 2015, s. 172); (Vorlíček, ed., 2012, s. 55).

4.1.1 Statistiky



Obrázek 2 Incidence, mortalita u mužů (převzato z *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice, 2005*)



Obrázek 3 Stádia bronchogenního karcinomu (převzato z *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice, 2005*)

4.1.2 Etiologie

Rizikové faktory pro vznik onemocnění:

- Druh kuřiva (cigarety, doutníky, dýmky)
- Počet cigaret denně
- Doba kouření, věk začátku kouření
- Obsah dehtových látek a nikotinu

Mezi další rizikové faktory patří:

- Pasivní kouření
- Profesionální expozice škodlivým vlivům – azbest, radon, nikl, chrom
- Znečištěné ovzduší
- Familiární a genetické dispozice (Pešek et al., 2002, s. 4–5).

Kouření je nejvýznamnější příčinou vzniku maligních nádorů, ovlivňuje vznik onemocnění z 90 %. V cigaretovém kouři se nachází více než 4000 chemických látek a několik desítek z nich je prokázáno za kancerogeny. Jako „těžký kuřák“ je označován ten, co kouřil alespoň 20 cigaret denně po dobu 20 let nebo 40 cigaret denně po dobu 10 let. Takový kuřák má 20x vyšší riziko vzniku bronchogenního karcinomu než nekuřák. Kouření způsobuje mnoho dalších onemocnění, také vyvolává silnou závislost (Tomášek et al., 2015, s. 173); (Adam et al., 2011, s. 3).

4.1.3 Klinický obraz

Příznaky se projevují až v pokročilém stádiu nemoci. Příznaky dělíme do následujících skupin:

- Intrathorakální příznaky – mezi které patří kašel trvající 3–4 týdny nereagující na léčbu, změna charakteru chronického kuřáckého kašle, hemoptoe, hemoptýza, dušnost, opakované plicní záněty, bolesti na hrudi, chrapot, syndrom horní duté žíly. Syndrom horní duté žíly se zpravidla projevuje distenzí krčních žil, otokem obličeje a krku, cyanózou. Dalším příznakem mohou být polykací obtíže v důsledku zúžení jícnu a dušnost.
- Extrathorakální příznaky (metastatické) - nejnápadnější jsou metastázy do CNS (projevující se neurologickými či psychickými poruchami), dále do skeletu

(projevující se bolestí a vznikem patologických fraktur), do kostní dřene (projevující se anémií).

- Paraneoplastické příznaky - zahrnující anémii, leukopenii, hyperkalcemii, hypofosfatemii, hyponatremii, hypokalémii, kožní příznaky, neurologické příznaky, Cushingův syndrom, svalové příznaky (myastenii), cévní (tromboflebitidy) a jiné (Tomášek et al., 2015, s. 173–174).

4.1.4 Diagnostika

- Anamnéza – ptáme se na kuřácké návyky, počet kuřáckých let, věk zahájení kouření, pasivní kouření, pracovní prostředí, životní prostředí, stravu, nemoci v rodině, ptáme se také na varovné příznaky například nechutenství, hubnutí, kašel, chraptot a jiné. Snažíme se získat co nejvíce informací (Pešek et al., 2002, s. 63).
- Fyzikální vyšetření – hodnotíme celkový dojem nemocného, barvu kůže, poslechový nález (oslabené dýchání, pískoty, vrzoty), palpační vyšetření lymfatických uzlin, jater, kachexie (Vorlíček, ed., 2012, s. 56).
- Laboratorní vyšetření – anémie, hypoxemie, hyperkalcemie, hyponatrémie, nádorové markery (Vorlíček, ed., 2012, s. 56). Nádorové markery vznikající v těle při nádorovém onemocnění. Nádorové markery jsou makromolekuly různých druhů (enzymy, hormony, aj.), jsou uvolňovány do tělních tekutin. Mohou být produkovány nádorovými buňkami, nebo se jedná o odpověď organismu na přítomnost nádoru (Pešek et al., 2002, s. 51).
- RTG hrudníku – zadopřední, boční. Nádorová infiltrace se často projevuje zastíněním v plicním parenchymu. Může být patrné i projasnění, nebo kombinace s jinými onemocněními jako například výpotek, atelektázy (Tomášek a kol., 2012, s. 175).
- CT hrudníku – rozsah primárního tumoru, metastázy v plicích, uzlinách (Vorlíček, ed., 2012, s. 56).
- PET/CT – detekce metastáz, zejména při plánování operace nebo chemoterapie
- Scintigrafie skeletu – stanovení metastáz v kostech (Tomášek a kol., 2015, s. 175).
- CT mozku – metastázy v mozku, neurologické příznaky

Významné jsou metody, během kterých se odebírá materiál k histologickému nebo cytologickému vyšetření patří zde například bronchoskopie, endobronchiální ultrazvuk, mediastinoskopie, cílená transparietální biopsie, cytologické vyšetření sputa

(Tomášek a kol., 2015, s. 178). Histopatologické vyšetření má význam pro konečné potvrzení diagnózy, ale může odhadnout i stupeň malignity (Klener, 2011, s. 28).

4.1.5 Klasifikace nádorů

Používáme klasifikaci TNM. Klasifikace je nezbytná pro plánování léčby a rozhodnutí o léčebné strategii.

- T (1–4) určuje rozsah nádoru, T0 – primární ložisko nelze zjistit, TX – nelze vymezit jeho rozsah, TIS – karcinom in situ (karcinom lokalizovaný v místě svého vzniku)
- N znamená přítomnost nebo nepřítomnost metastáz v regionálních uzlinách
- M znamená přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz.

Dle této klasifikace můžeme určit klinické stádium nemoci I–IV (Tomášek a kol., 2015, s. 178).

4.1.6 Léčba

- Malobuněčný karcinom

Nemocným v dobrém klinickém stavu mladších 65 let je indikována souběžná chemoterapie s radioterapií. U nemocných vyššího věku a u nemocných, kteří příliš netolerují léčbu, je indikována následná radioterapie po ukončení chemoterapie. Resekce primárních malobuněčných tumorů je indikována zcela výjimečně. Po radikální resekci je vždy indikována chemoterapie. I přes to, že je malobuněčný karcinom plic velmi citlivý k chemoterapii dochází často k recidivě. Recidivující onemocnění je k chemoterapii často odolné, tím se zkracuje doba přežití (Tomášek a kol., 2015, s. 179–180).

- Nmalobuněčný karcinom

Chirurgický zásah je doporučován u nádorů menšího rozsahu a minimálního postižení nádorových uzlin, tedy ve stádiu I a II. U I. a II. může být indikována v rámci chirurgického výkonu adjuvantní chemoterapie. Adjuvantní chemoterapie doplňuje nebo zvyšuje účinnost základní léčby, jejím cílem je likvidace zbytkové nádorové populace. U pacienta ve III. stádiu indikujeme neoadjuvantní chemoterapii, tedy takovou která zvyšuje pravděpodobnost terapeutického úspěchu v rámci hlavního terapeutického zásahu,

nejčastěji tedy před chirurgickým výkonem. Nebo ve III. stádiu volíme pouze samotnou chemoterapii, či radioterapii nebo kombinaci obou tedy chemoradioterapii. Ve IV. stádiu choroby volíme paliativní chemoterapii, která zvyšuje přežití (Vorlíček, ed., 2012, s. 57–58); (Klener, 2011, s. 41–42).

Pro léčbu nádorového onemocnění je důležité ověření diagnózy, určení stádia nemoci a výsledky vyšetření. Rozhodující slovo o terapii závisí na nemocném, jeho postoji k nemoci. Nemocný by měl být lékařem informován o možnostech léčby i jejím riziku. Je důležité s nemocným spolupracovat co nejúčinněji. Snažíme se o to, aby pacient přehodnotil svůj dosavadní způsob života a vzdal se všech škodlivých návyků, snažíme se, aby pacient zaujímal kladný postoj k léčbě (Pešek et al., 2002, s. 79).

4.2 Psychoonkologie

Psychoonkologie je interdisciplinární obor, který se nachází na pomezí onkologie, psychologie, sociologie, imunologie a endokrinologie. Tento obor se zabývá nádorovým onemocněním po psychologické stránce, zabývá se pacienty, kteří trpí onkologickým onemocněním, sleduje jejich psychické reakce vztahující se k nádorovému onemocnění a nabízí nejrůznější psychoterapeutické metody. Psychoonkologie také pečuje o blízké a rodinu nemocného a v neposlední řadě o lékaře a ostatní zdravotnický personál. Pacientů, kteří trpí onkologickým onemocněním je stále více, a proto se musí umět vyrovnat s nejen fyzickými, ale i psychickými následky onemocnění a v tom jim pomáhá právě psychoonkologie. Psychoonkologie doplňuje standardní terapii nádorových onemocnění, řadíme ji mezi komplementární onkologické metody. V České republice ještě není dostatečně vypracován tento systém psychoterapeutické péče o onkologické pacienty, ale začíná se rozvíjet širší kontakt mezi lékaři a psychology. V řadě zemí se psychoonkologie stala samostatným vědním oborem. 39 % pacientů je traumatizováno v rámci sdělení onkologické diagnózy. Přibližně stejný počet nemocných trpí úzkostí nebo depresemi, proto jsou v rámci psychoonkologie používány nejrůznější psychologické metody s cílem zlepšení kvality života pacienta. Účinnost psychoonkologických metod v praxi však nebyla ještě jednoznačně doložena. Psychoonkologie by měla být zaměřena zejména na doprovázení pacienta během celého procesu onemocnění. Psychoonkologická péče je indikována u pacientů, kteří projeví zájem a přání o psychologickou péči či doprovázení, nebo na základě vzniklých psychických nebo fyzických obtíží v průběhu léčby.

Psychoonkologická péče by měla být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy a měla by být prováděna psychology nebo vyškolenými lékaři. Forma psychoonkologické péče je stanovena individuálně po dohodě s pacientem (Dostálová, 2016, s. 48); (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 9–21).

Cíle psychoonkologického doprovázení:

- Stabilizace a lepší psychický stav nemocného
- Seznámení, nácvik a využití obranných strategií
- Zlepšení sebehodnocení
- Vyrovnání se a přijetí sebe sama (tělesný obraz, tělesné funkce, pocity)
- Osvojení strategií zvládnání krizových situací
- Podpora a zlepšení sociálních vztahů a aktivit
- Posílení zodpovědnosti člověka
- Podpora hledání jiného smyslu života a cílů v průběhu onemocnění (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 21)

Metody v psychonkologii:

- Psychoonkologické poradenství – je efektivní ke snížení stresu, úzkosti. Pro psychoonkologické poradenství je nutné dosáhnout specializačního vzdělání.
- Relaxační metody – snižují psychické dopady, redukují bolest, vedou ke zlepšení kvality života nemocného.
- Muzikoterapie – zklidnění, uvolnění pacienta, snižuje napětí, podrážděnost. Příznivé účinky jsou známy zejména v rámci paliativní péče.
- Arteterapie – vhodná metoda sebevyjádření, zklidnění. Převážně v oblasti paliativní péče jí je na onkologických klinikách věnována velká pozornost.
- Aromaterapie, masáže – kombinace aromaterapie s masáží snižuje úzkost, pocit nevolnosti a zvracení v důsledku léčby.
- Behaviorálně kognitivní metody – behaviorální techniky v kombinaci s kognitivními metodami dokáží pozitivně ovlivňovat nevědomé negativní myšlenky, významně snižují stres a úzkost, nádorovou bolest, depresi, úspěšně budují strategie zvládnání a zlepšují komunikační dovednosti.
- Individuální terapie – programy na redukci stresu, snižování, odstraňování úzkosti a deprese, čímž zvyšuje kvalitu pacientova života. Je prokázáno i celkové zlepšení fyzického stavu.

- Skupinová terapie – je nejúčinnější. Ve skupině není člověk se svým trápením, úzkostmi a problémy sám, je možné hledat společná řešení. Účastníci si mezi sebou vyměňují zkušenosti (Angenendt, Shütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 46-52).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

Jedná se o soubor koordinovaných činností přinášející nové poznatky. Snaží se o porozumění, vysvětlení, přezkoumání a o předpověď jednotlivých fenoménů. Výzkum je teoretickým základem každého oboru, každé vědní disciplíny. Výzkum se zajímá především o hledání nových poznatků, odhalování neznámých souvislostí a příčin. Vědecké zkoumání se skládá z procesů mnoha etap, které zahrnují nejrůznější činnosti za účelem objektivního, důkladného a vyčerpávajícího poznání. Stát by měl zaručit a podpořit výzkum. Podpora výzkumu je ukazatelem vzdělanosti a kulturní úrovně státu (Kutnohorská, 2009, s. 12-13).

5.1 Metody výzkumu

Pro empirickou část práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda realizována prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Jestliže hovoříme o kvalitativním výzkumu, jedná se o nematematický postup, který se může týkat často života lidí, příběhů, chování, vzájemných vztahů a jiných životních situací. V centru pozornosti často stojí člověk nebo lidé. Základem kvalitativního výzkumu je systematický sběr dat. Získané údaje v kvalitativním rozhovoru mají charakter textu, což zestany badatele vyžaduje další přeformulování do jiných textů. Kvalitativní výzkum probíhá na ustálených místech jako je například nemocnice, ambulance a jiné. Respondenti jsou vybráni na základě zvolených kritérií, soubor respondentů je malý. Kvalitativní výzkum je náročný na čas i dovednosti badatele. Mezi nejdůležitější potřebné dovednosti v rámci kvalitativního výzkumu patří: analytické, kreativní myšlení, kritická analýza situace, vyhýbání se zkreslení, získání platných a spolehlivých údajů, schopnost abstraktního myšlení. Badatel je v rámci výzkumu zahlcen množstvím informací z nich musí umět vybrat ty nejpodstatnější, k tomu je zapotřebí teoretická a sociální vnímavost, teoretické znalosti a zkušenosti. Nutností v rámci kvalitativního výzkumu je všímavost a dobré komunikační dovednosti (Kutnohorská, 2009, s. 22-24); (Strauss a Corbin, 1999, s. 11).

V rámci polostrukturovaného rozhovoru si badatel vytvoří určité schéma, podle kterého se řídí. Toto schéma obvykle obsahuje okruh otázek, na které se budeme ptát. Pořadí otázek je možné zaměňovat. Část okruhů je více ponechána na tazateli, další část má striktní formu, kterou je třeba dodržovat. Odpovědi tazatele bychom si měli vždy řádně ověřit

a upřesnit. Můžeme klást doplňující otázky a rozpracovat tak téma do hloubky s ohledem na stanovené cíle (Kutnohorská, 2009, s. 40).

5.2 Cíle výzkumu

Hlavní výzkumná otázka

Co představuje fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním?

Dílčí výzkumná otázka č. 1

Jak probíhalo sdělení a prožívání diagnózy?

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Jak se vyrovnáváte s depresemi v průběhu léčby?

Dílčí výzkumná otázka č. 3

Jak byste ohodnotil/a naději v průběhu léčby?

Dílčí výzkumná otázka č. 4

Kdo s Vámi nejvíce prožívá průběh léčby?

Dílčí výzkumná otázka č. 5

Jaká byla Vaše kvalita života před a po sdělení diagnózy?

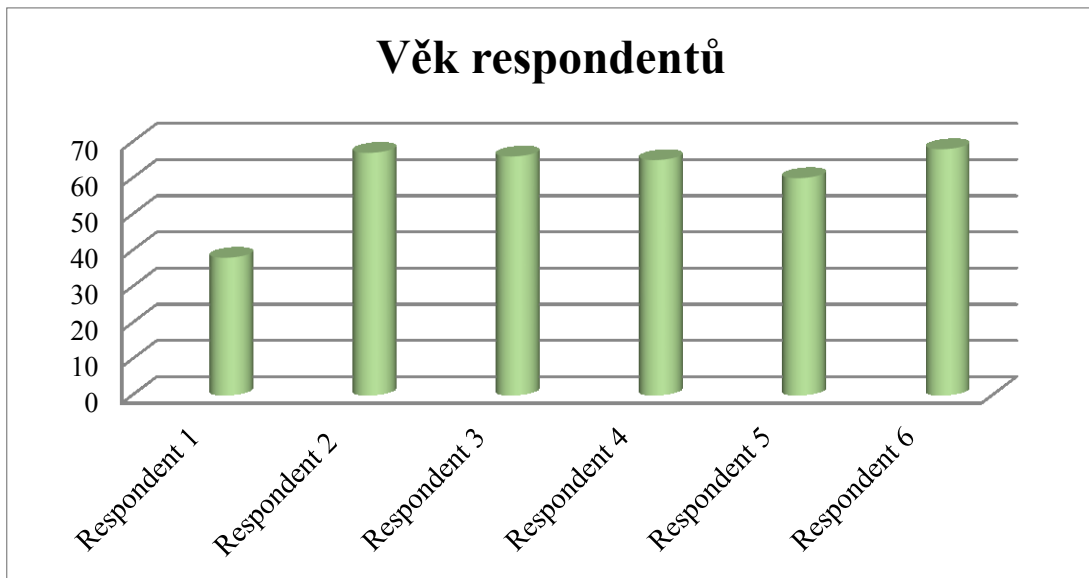
5.3 Charakteristika vzorku respondentů

V rámci výzkumu bylo osloveno 6 respondentů s onkologickým onemocněním. Onkologické onemocnění bylo specifikováno na plicní onkologické onemocnění, konkrétně na bronchogenní karcinom. Respondenti různých věkových kategorií, vzdělání, pohlaví. Výzkum byl převážně realizován na základě povolení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na plicním oddělení 10. a 20. pavilonu. Jeden rozhovor byl zprostředkován prostřednictvím emailu. Získané odpovědi byly nahrány na záznamník a následně pak přepsány.

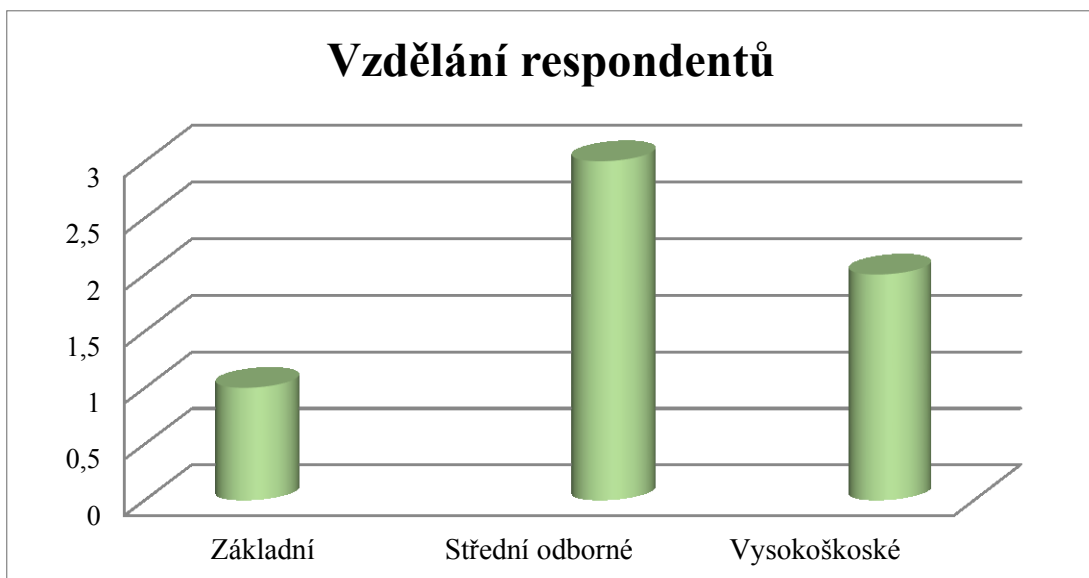
Tabulka 1 Charakteristika vzorku respondentů (vlastní zpracování)

	Věk	Pohlaví	Místo	Vzdělání	Rodinné zázemí
R1	38	Muž	Email	Vysokoškolské technické	Ženatý, žije s manželkou a dvěma dětmi 4 – 6 let
R2	67	Muž	Plicní oddělení 20. pavilon KNTB	Vysokoškolské	Bydlí s manželkou
R3	66	Muž	Plicní oddělení 10. pavilon KNTB	Základní	Azylový dům
R4	65	Muž	Plicní oddělení 10. pavilon KNTB	SPŠ strojní	Bydlí s manželkou
R5	60	Muž	Plicní oddělení 10. pavilon KNTB	Střední odborné	Bydlí s manželskou a synem

R6	68	Muž	Plicní od- dělení 20. pavilon KNTB	Střední odbor- né	Bydlí s manželkou
----	----	-----	---	----------------------	----------------------



Graf 1 Věk respondentů (vlastní zpracování)



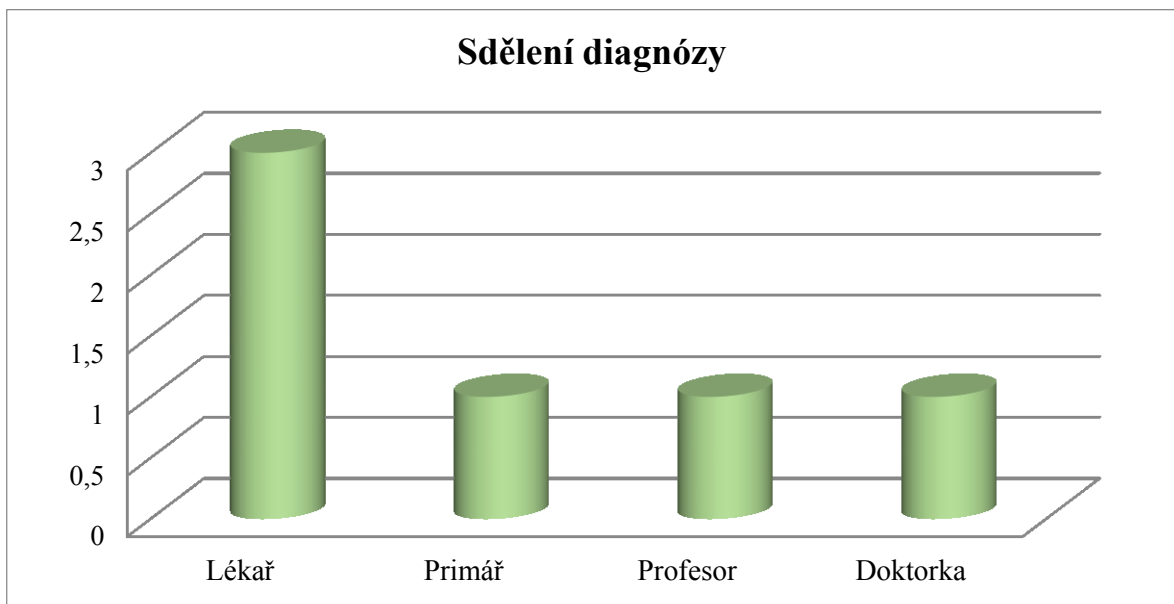
Graf 2 Vzdělání respondentů (vlastní zpracování)

6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Tabulka 2 Sdělení diagnózy, v jakém stádiu nemoci, jak se na diagnózu přišlo (vlastní zpracování)

	Sdělení diagnózy/stádium nemoci	Jak se na diagnózu přišlo
R1	„ Doktorka onkoložka... III B – pozdí stádium, tedy bez možnosti vyléčení “	„... již nějakou dobu předtím jsem měl příznaky kašle, virózy, nepohyblivou hlasivku... vyšetření PET, CT, bronchoskopie.“
R2	„... pan primář mi řekl: ‚Kouřil jste?‘ Odpověď zněla ano... ‘ Vidíte trpíte za své hříchy. My Vám tuto nemoc se pokusíme pouze omezit neboli stabilizovat, no a můžete si užít tak dva až pět roků života ‘ ...“	„...jsem byl jsem umístěn na internu a kde mě oznámili, že mi provedou komplexní vyšetření , pokud budu souhlasit. Souhlasil jsem a po následných vyšetřeních mi oznámili, že mám rakovinu plic...“
R3	„ Profesor nevím jak dál...a on mě to ukazoval na té obrazovce a říká: ‚Máte to tady, ten flíček to je ono , ale my Vám vezmeme celou tu půlku levé.‘ „ Paní doktorka mě řekla, tak řekla: ‚je to v takovém stádiu, je to pěkně operovatelné, nemějte vůbec strach.‘“	„ Obvodní doktorka mě posílala sem na všelijaké vyšetření... na ten tunel a na plicní. “

R4	<p>„... pan primář potom mě zavolal, ptal se jestli kouřím no a sdělil mě, že mám teda diagnózu nádor na plicích.“</p> <p>„... veliké jak krabička cigaret.“</p>	<p>„No já jsem se to dozvěděl náhodně, paní doktorka mě poslala na rentgen...“</p>
R5	<p>„Lékař“</p> <p>„... ve velkém stádiu, v hrozně velkém stádiu.“</p>	<p>„... dušnost... nemohl jsem dýchat, tak mě poslala moje závodní doktorka na odborné vyšetření, tady do Zlína a tady se na to přišlo. Na rentgen a tak dál.“</p>
R6	<p>„Lékař“</p> <p>„... střední stádium...“</p>	<p>„Já jsem měl vysoké horečky, tak jsem šel k závodní doktorce... nakonec operace a... dvakrát... potom na CT.“</p>



Graf 3 Sdělení diagnózy (vlastní zpracování)

Interpretace:

Tabulka č. 2 a graf č. 3 se věnuje otázkám sdělování diagnózy, stádiím nemoci ve kterých byla u respondentů zjištěna a v neposlední řadě jak se na diagnózu přišlo. Tabulka i graf ukazují, že všem respondentům byla diagnóza sdělena ze strany lékaře různými způsoby. Čtyřem respondentům byla diagnóza sdělena v pozdním stádiu, kdy lékaři nedávali pacientům příliš velké šance na uzdravení. Jeden respondent uvádí, že diagnóza byla zachycena ve středním stádiu a jeden respondent uvádí, že diagnóza byla zachycena včas, tudíž byl možný chirurgický výkon. Čtyři respondenti uvádějí, že již nějakou dobu před zjištěním diagnózy trpěli příznaky, které je dovedli k lékaři, a na základě dalších vyšetřovacích metod u nich byla zjištěna rakovina plic. Dva respondenti uvádějí, že se na jejich diagnózu přišlo náhodně. Výsledky zkoumání první oblasti bohužel ukazují, že se často na diagnózu přichází až v pozdních stádiích, kdy se objevují příznaky, které jsou typické právě pro pokročilejší stadia. Sdělení diagnózy ve všech případech proběhlo ze strany lékaře po řadě vyšetření, ovšem často docházelo k tomu, že pacientům byly brány naděje na vyléčení s vidinou přežití pár let.

Tabulka 3 Reakce na sdělení diagnózy (vlastní zpracování)

Reakce na sdělení diagnózy	
R1	<i>„... lítost, naštvání...“</i>
R2	<i>„V životě jsem už prožil více katastrofických zdravotních scénářů, takže člověk to bral v tomto věku tenkrát, 64 roků, co se dá dělat.“</i>
R3	<i>„Já se Vám dávám v ‚šanc‘ a dělejte, co umíte.“</i>
R4	<i>„... člověk si uvědomil vlastně, že místo, aby mohl ještě já nevím uspokojovat své potřeby životní... naráz se blíží tohle to nějaké omezení a je konec...“</i>
R5	<i>„Špatně... na to ‚jináč‘ nejde reagovat než špatně.“</i>

R6

*„No tak moc mě to nepotěšilo no, ale co se dalo dělat no.“***Interpretace:**

Tabulka č. 3 se zabývá otázkami týkající se reakcí respondentů na sdělení nepříznivé diagnózy. Reakce respondentů jsou rozdílné. U prvního respondenta se objevovala lítost, naštvání. Druhý respondent uvádí, že v životě zažil již daleko dramatičtější zdravotní scénáře, tudíž udává jakési vyrovnání se a přijetí nemoci jako takové, jelikož slova lékařů zněla tak, že je nemoc možné pouze stabilizovat nikoli vyléčit s tím, že je možné si užít pár let života. Taktéž třetí respondent udává jakési smíření se s nemocí jako součástí rodinné záležitosti, jelikož stejnou nemocí trpěl i jeho otec. Ovšem taktéž uvádí, že by nechtěl skončit v tak vážném stavu jako jeho otec. Věřil lékařům, kterým se také plně odevzdal do péče, v tom spočívala jeho naděje a víra v uzdravení. Pro čtvrtého respondenta znamená nemoc velké omezení v rámci uspokojování životních potřeb. Nemoc je pro něho velkou zátěží, změnila jeho plány a život. Pátý respondent udává, že na sdělení diagnózy reagoval velmi špatně, je toho názoru na sdělení tak závažné diagnózy nejde jinak reagovat. Šestý respondent udává, že nemoc přijal, jelikož mu nic jiného nezbývalo, samozřejmě udává, že ho tato nepříjemná zpráva zaskočila a znepokojila. Reakce na sdělení diagnózy jsou ze strany respondentů různé, jak může být patrné z uvedené tabulky. Překvapili mne určité odpovědi pacientů, kdy udávali smíření se a přijetí nemoci jako něčeho, co k životu patří. I když jsem přesvědčená, že i za těmito optimistickými názory stojí v pozadí lítosti, zklamání a obavy.

Tabulka 4 Vyrovnávání se s diagnózou (vlastní zpracování)

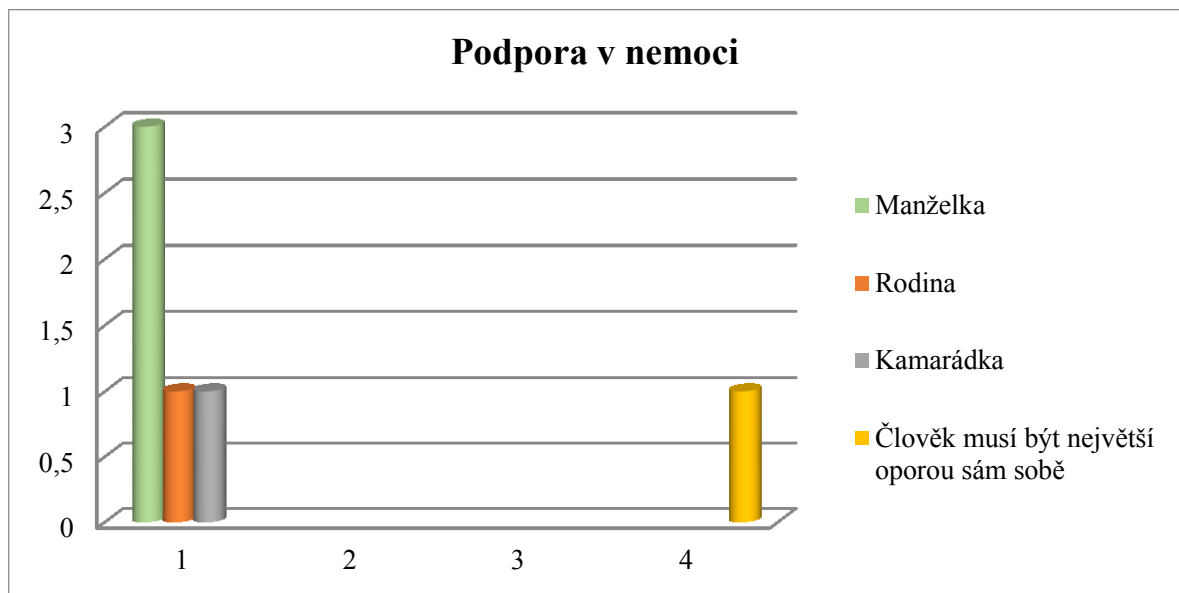
Vyrovnávání se s diagnózou	
R1	<i>„Hledal jsem naději někde jinde, v příbězích ostatních. Pláč.“</i>
R2	<i>„V životě jsem už prožil více katastrofických zdravotních scénářů...“</i>
R3	<i>„Tak měl to tatínek....“</i>
R4	<i>„... napřed je Vám to líto, potom časem se s tím teda smiřujete a myslíte, že teda aspoň uspořádáte ten život a poměry tak, aby po Vaší smrti to šlo všechno dál.“</i>
R5	<i>„Špatně... napadnou Vás hned černé myšlenky, ale já ‚jsu‘ bojovník, já to nevzdám... nemá šanci.“</i>
R6	<i>„... tak jsem z toho nebyl šťastný no.“</i>

Interpretace:

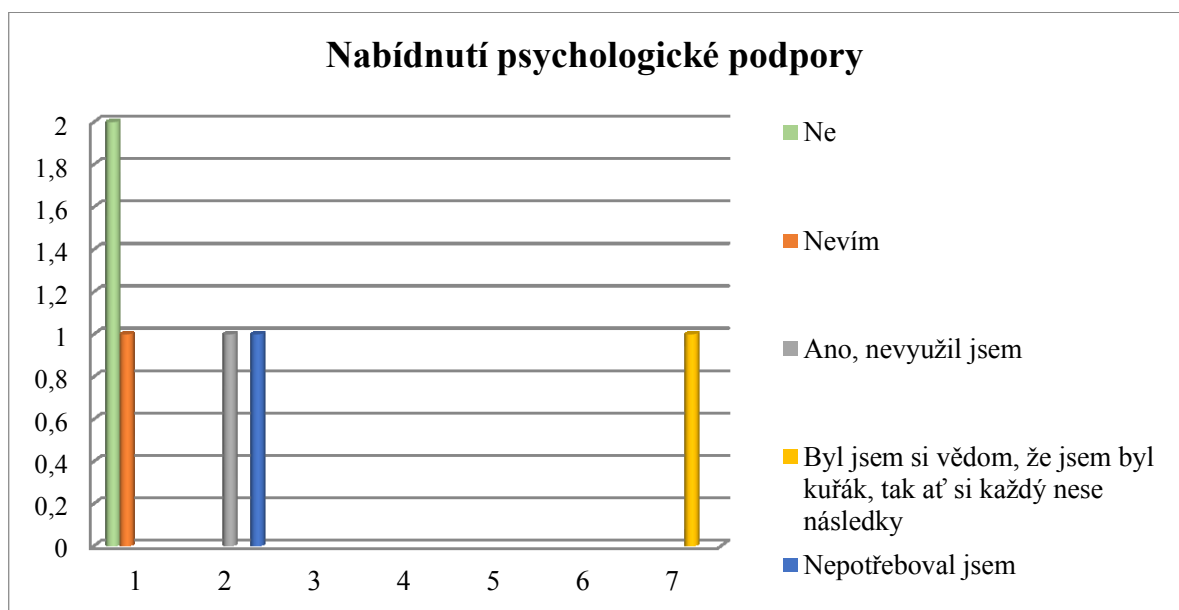
Tabulka č. 4 pojednává o vyrovnávání se s diagnózou. Každý respondent se s diagnózou vyrovnával jiným způsobem. První respondent, udává, že se s diagnózou vyrovnával těžce, často plakal, vyhledával často příběhy druhých lidí, kteří trpěli nebo trpí stejným onemocněním, ve kterých hledal naději. Druhý respondent tvrdí, že v životě prožil více katastrofických zdravotních scénářů, tudíž to bral v té době jako „co se dá dělat“. Třetí respondent udává, že stejnou nemocí trpěl i jeho otec, který ale zemřel krátce po šedesáti letech. Pro čtvrtého respondenta bylo vyrovnávání se s nemocí těžké, jelikož mu lékaři dávali jen pár let života. Z počátku se objevovala lítost poté postupné smíření a uspořádání vlastního života. Pro pátého respondenta bylo vyrovnávání se s nemocí špatné, často ho napadaly černé myšlenky, ale snaží se s nemocí bojovat, nevzdávat se jí. Šestý respondent udává, že v rámci vyrovnávání se s nemocí byl spíše nešťastný než šťastný.

Tabulka 5 Největší opora v nemoci/nabídnutí psychologické podpory (vlastní zpracování)

	Největší opora v nemoci	Nabídnutí psychologické podpory
R1	<i>„ ... člověk musí být největší oporou sám sobě.“</i>	<i>„Ne.“</i>
R2	<i>„ ... manželka a dcera, která je lékařkou...“</i>	<i>„Náboženskou jsem odmítal, protože to nejsem věřící a jinak vzhledem k tomu, že jsem si byl vědom, že jsem byl kuřák tak ať si každý nese následky.“</i>
R3	<i>„Já mám kamarádku.“</i>	<i>„Ne to já nepotřebuju.“</i>
R4	<i>„Manželka“</i>	<i>„Nebyl jsem v takovém stavu, abych ji jako potřeboval.“</i>
R5	<i>„Rodina“</i>	<i>„Tady ano... byla nabídnuta, nevyužil jsem.“</i>
R6	<i>„Manželka“</i>	<i>„Já už ani nevím, myslím, že ne...“</i>



Graf 4 Podpora v nemoci (vlastní zpracování)



Graf 5 Nabídnutí psychologické podpory (vlastní zpracování)

Interpretace:

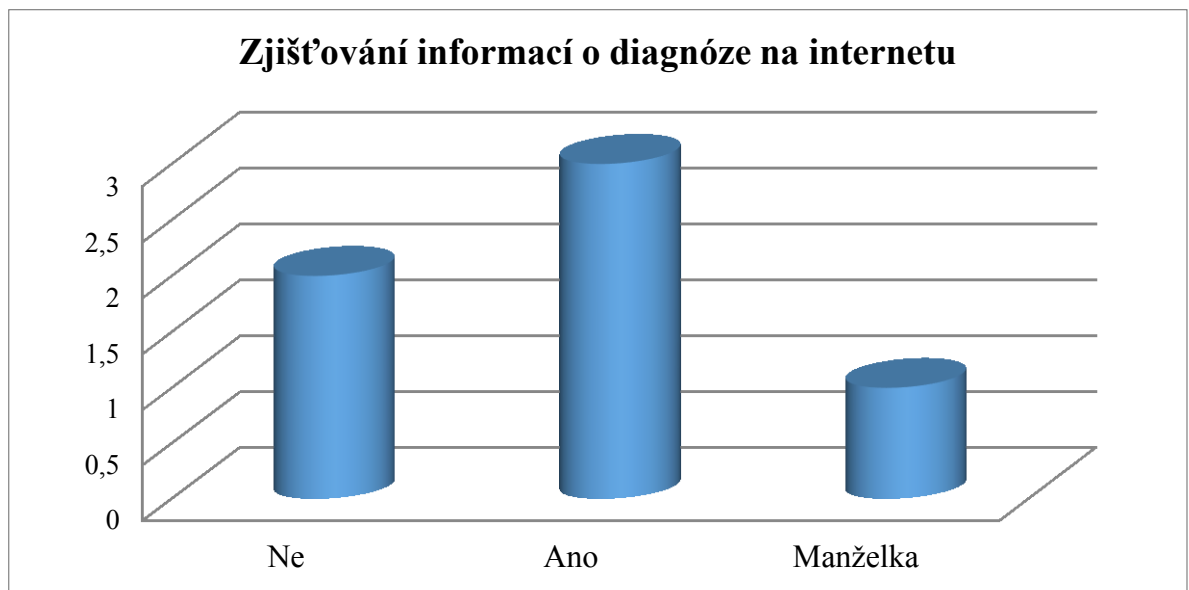
Tabulka č. 5 a graf č. 4 se zabývá otázkami, kdo je pro nemocné největší oporou v nemoci. Nejčastěji se odpovědi týkali rodiny, která je tedy nejčastějším zdrojem opory v rámci zdolávání náročných životních situací, mezi které onkologické onemocnění patří. Nejčastěji se jako největší opora v nemoci vykytovala včetně rodiny obecně manželka. První respondent udává, že největší oporou musí být člověk především sám sobě. Třetí

respondent udává jako největší oporu svou kamarádku. Odpovědi typu, že největší oporou v nemoci je rodina jsem očekávala.

Druhá část se zabývala otázkou, zda v rámci prožívání nemoci byla jednotlivým respondentům poskytnuta či nabídnuta psychologická podpora, jak může být zřejmé z grafu č. 5. První respondent udává, že mu nebyla poskytnuta, druhý respondent udává, že mu byla poskytnuta náboženská, kterou ale odmítal a dle jeho slov jelikož byl kuřák, tak si ponese následky sám a nepotřebuje tedy psychologickou podporu. Třetí a čtvrtý respondent udávají, že psychologickou podporu nepotřebují. Pátý respondent udává, že mu byla nabídnuta, ovšem nevyužil ji. Šestý respondent si již nevybavuje, zda mu byla nabídnuta či nikoliv. Tyto odpovědi byli pro mne překvapivé, jelikož si myslím, že psychoterapie nebo alespoň její prvky by měly být základem léčby onkologických pacientů a usnadnit tak prožívání nemoci.

Tabulka 6 Zjišťování informací o diagnóze na internetu (vlastní zpracování)

Zjišťování informací o diagnóze na internetu	
R1	„Ano.“
R2	„Ano.“
R3	„Ne.“
R4	„No když jsem to všechno viděl, tak s hrůzou jsem to zas zavřel.“
R5	„Ne.“
R6	„Manželka“



Graf 6 Zjišťování informací o diagnóze na internetu (vlastní zpracování)

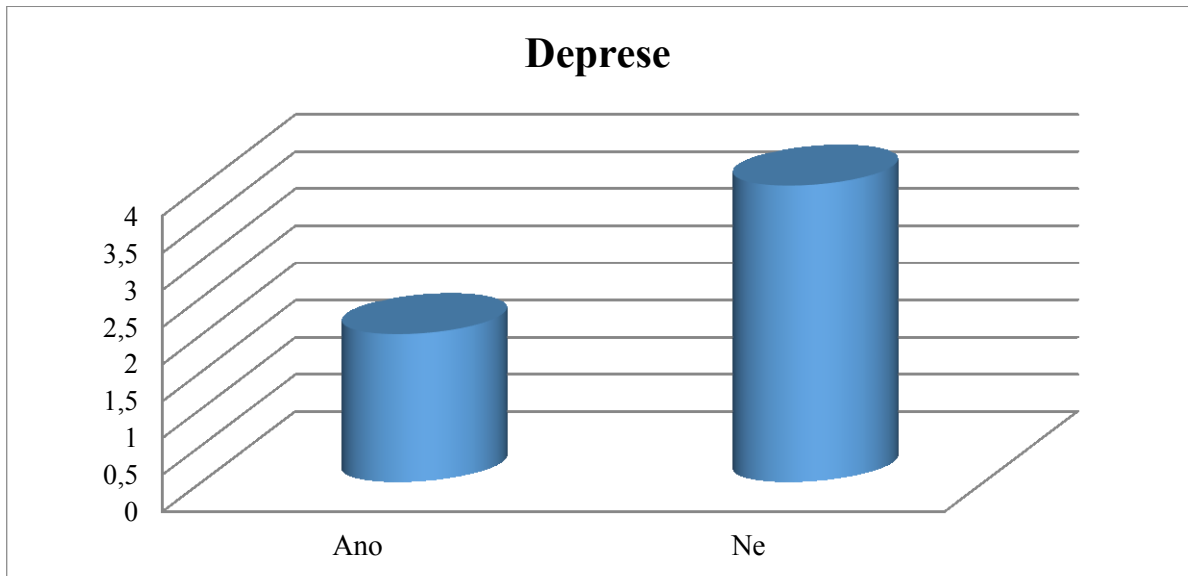
Interpretace:

Tabulka a graf č. 6 ukazují odpovědi na otázku, zda pacienti hledají informace o diagnóze například na internetu. Dva respondenti nevyhledávali ani nevyhledávají informace o diagnóze na internetu. Tři respondenti udávají, že zjišťovali informace o diagnóze na internetu. Jeden respondent uvádí, že on sám nevyhledává, ale jeho manželka ano. Výsledek byl tedy z grafu takový, že většina respondentů zjišťovala informace na internetu.

Tabulka 7 Deprese (vlastní zpracování)

	Deprese/prožívání deprese	Boj proti depresi
R1	„Ne.“	
R2	„Ano i ne.“ „Chodil jsem a nadával sám na sebe.“	„Rodina... léky.“
R3	„Ne.“	
R4	„Ne.“	

R5	<i>„Ne... já to beru jako normální běh života... já mám názor na život a já to takto beru.“</i>	
R6	<i>„Ano... smutek, úzkost... takový prostě mimo někdy jsem byl.“</i>	<i>„Chodil jsem k psychiatrovi... užíval psychofarmaka“</i>



Graf 7 Deprese (vlastní zpracování)

Interpretace:

Tabulka a graf č. 7 se zabývají otázkami, zda nemocní trpěli nebo trpí depresemi v průběhu léčby. Čtyři respondenti udávají, že depresemi netrpí. Pátý respondent dodává, že nemoc bere jako normální běh života. Dva respondenti uvádí, že trpěli depresemi. Druhý respondent udává, že když měl deprese tak dle jeho slov chodil a nadával sám na sebe. Pokud byly deprese mírné stačila v boji proti depresi rodina, jestliže, ale byly silnější, pak užil psychofarmaka. Šestý respondent taktéž udává, že trpěl depresemi. Deprese prožíval tak, že byl smutný, úzkostlivý a „mimo“. Udává, že navštěvoval psychiatra, užíval psychofarmaka. Příjemným překvapením pro mne bylo, že většina respondentů netrpí depresemi. Mé očekávání bylo spíše opačné.

Tabulka 8 Subjektivní vnímání naděje v průběhu léčby (vlastní zpracování)

Subjektivní vnímání naděje v průběhu léčby	
R1	<i>„Mírná naděje.“</i>
R2	<i>„Naděje umírá poslední, takže vysoká ...“</i>
R3	<i>„...kamarádka ta mě říká: , Vy neumřete, Vás musí zabít, pantokem.““</i>
R4	<i>„No tak jak jsem slyšel právě od doktorů i primáře, tak 50% dělá víra v to, že se uzdravíte, prostě psychicky. Tak jsem se nějak na to upnul a říkám já nad tím zvítězím. Takže jedničku, když chci přežít a žít dál.“</i>
R5	<i>„Velmi slabá naděje“</i>
R6	<i>„Tak s podporou mojí, jsme to brali, jakože máme naději... ne úplně vysokou, ale velkou.“</i>

Interpretace:

Tabulka č. 8 ukazuje jednotlivé odpovědi všech respondentů na otázku, jak hodnotí svoji naději v průběhu léčby. Respondentům byla v rámci této ukázky nabídnuta a vysvětlena stupnice: 1 – vysoká naděje, 2 – velká naděje, 3 – mírná naděje, 4 – velmi slabá naděje, 5 – žádná naděje. První respondent odpověděl číslem 3, což znamená mírnou naději. Druhý respondent zastává heslo „naděje umírá poslední“ tudíž na stupnici volí číslo 1, tedy vysokou naději. Třetí respondent přiznává, že jeho blízcí tvrdí, že jeho naděje jsou vysoké a dožije se tak vysokého věku. Čtvrtý respondent se drží toho, že 50 % dělá psychika, tak volí číslo 1, tedy vysokou naději. Pátý respondent udává číslo 4, což odpovídá velmi slabé naději. Šestý respondent udává, že má naději ne úplně vysokou, ale velkou což odpovídá číslu 2. Odpovědi jednotlivých respondentů mne velmi překvapili převážně ta tvrzení, která vypovídají o tom, že respondenti i přes počáteční nepříznivá slova lékařů naději neztrácejí, což je správné.

Tabulka 9 Nejbližší osoby, se kterými trávíte hodně času, komu se svěřujete? (vlastní zpracování)

	S kým jste nejvíce v kontaktu?	Komu se svěřujete se svými pocity?
R1	<i>„S ostatními pacienty, nejvíce jsem samozřejmě v kontaktu s rodinou a přáteli.“</i>	<i>„Občas manželce.“</i>
R2	<i>„S manželkou.“</i>	<i>„Spíš sám do sebe, spíše.“</i>
R3	<i>„Kamarádka.“</i>	<i>„Sociální pracovník.“</i>
R4	<i>„S ženou.“</i>	<i>„To spíš ne, protože řešíme jiná otázky rodinné a tak dále. Takže na pocity nějak nemám čas.“</i>
R5	<i>„Rodina samozřejmě.“</i>	<i>„Rodina, manželka hlavně.“</i>
R6	<i>„S manželkou.“</i>	<i>„Manželce.“</i>

Interpretace:

Tabulka č. 9 ukazuje odpovědi respondentů na to, s kým jsou nejvíce v kontaktu. První respondent udává, že nejvíce v kontaktu je s rodinou a přáteli, ale i ostatními pacienty, kteří ho vyhledávají. Druhý respondent udává, že nejvíce v kontaktu je s manželkou, která ho často doprovází na vyšetření a pečuje o něj. Třetí respondent je nejvíce v kontaktu se svojí kamarádkou. Čtvrtý a šestý respondent uvádí, že nejvíce jsou v kontaktu s manželkami. Pátý respondent uvádí, že nejvíce je v kontaktu s rodinou.

Druhá část tabulky se týká, komu se respondenti nejčastěji svěřují se svými pocity. První respondent uvádí, že občas manželce. Druhý respondent uvádí, že se někomu dalšímu se svými pocity příliš často nesvěřuje a uzavírá je spíše sám do sebe. Třetí respondent se nejčastěji svěřuje svému sociálnímu pracovníkovi. Čtvrtý respondent udává, že řeší jiné

rodinné otázky a na pocity nemá čas. Čtvrtý respondent udává, že hlavní osoba, které se svěřuje je jeho manželka. Pátý respondent se svými pocity svěřuje taktéž manželce.

Tabulka 10 Kvalita života před/po sdělení diagnózy (vlastní zpracování)

	Kvalita života před sdělením diagnózy	Kvalita života po sdělení diagnózy
R1	„Sportovní režim... stravoval jsem normálně.“	„Méně sportu na závodní úrovni, trochu jiný jídelníček, neustálé hledání možností léčby. Každý rok jezdím na 14 dní do lázní, příjemná relaxace je také posezení u dobré kávy, doma mám také saunu, whirlpool, venkovní bazén, takže i to jsou dobré prostředky k relaxaci. Jo a hodně lyžujeme.“
R2	„... sportoval jsem, hrál jsem volejbal v mládí, s vysokou, hrál jsem extraligu...rád jsem si zašel na pivo, včelařství“	„Relaxuju – včelařím, déle spím, relaxuju, že chodím na hokeje, fandím Zlínu, takže prožívám to s ‚něma‘, teď když jsou na dně, tak jako já když jsem byl kdysi na dně.“
R3	„... to bylo ‚aji‘ špatné... přestal jsem užívat, mám Lanzul... nemohl jsem polykat... tak to jsem byl ještě s takovým člověkem, bylo 8:10 a už tam ‚dotáhl‘ 8 litrů vína...“	„Vůbec ne.“
R4	„Jezdil jsem po republice po montážích, tak víte od rána do večera děláte, večer jdete do hospody, pojíte, dáte si nějaké to pivo, a tak utíká život... já teda jsem prožil	„Můžu říct, že ne, bohužel. Furt, to co mám rád jím... no a jinak omezování těch cigaret.“

	<i>takový cestovatelský život no.“</i>	
R5	<i>„Řidič autobusu... takže plný.“</i>	<i>„Určitě... ve všech směrech, ta nemoc to ovlivní.“</i>
R6	<i>„No, tak já už jsem byl v důchodě, když se mi to přihodilo, takže okolo domácnosti jsem chodil, pole jako.“</i>	<i>No tak určitě... jednak jsem nebyl takový v dobré pohodě někdy a ,aji‘ tělesně jako... víc odpočívám.“</i>

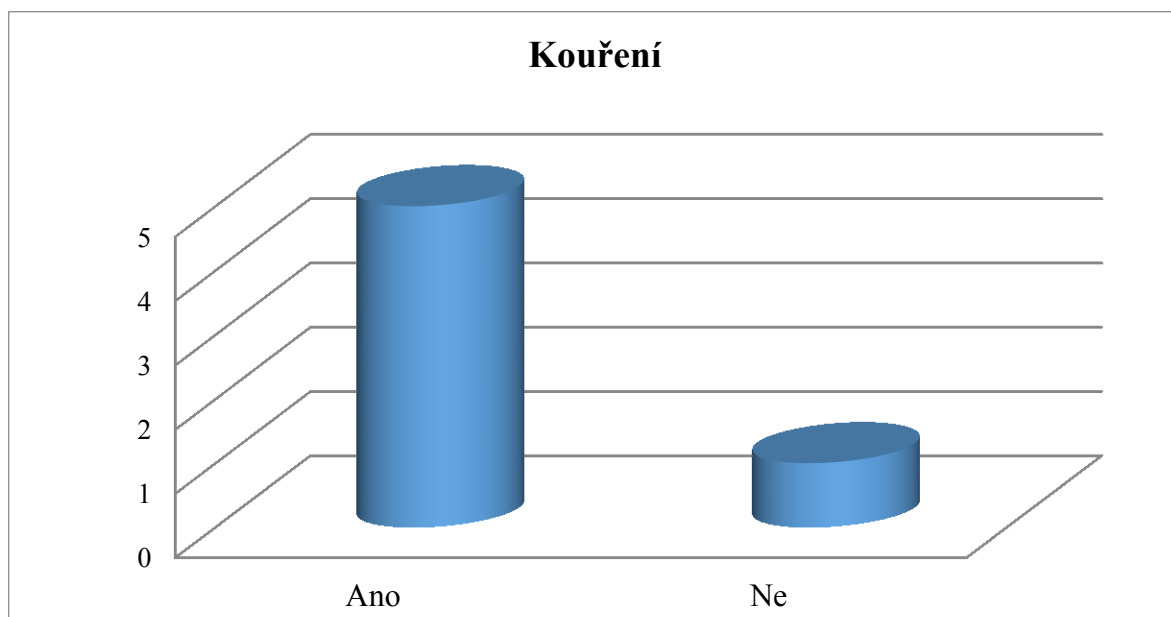
Interpretace:

Tabulka č. 10 ukazuje výsledky, jaká byla kvalita života před diagnózou. Respondent jedna udává, že se před diagnózou věnoval sportu, konkrétně triatlonu. Respondent dva udává, že v mládí aktivně sportoval, hrál volejbal, rád si občas zašel na pivo a několik let se věnuje včelařství. Respondent tři udává, že kvalita jeho života před diagnózou nebyla vždy dobrá v rámci životního stylu a dodržování léčebného režimu. Respondent 4 uvádí, že hodně pracoval, jezdil po světě, chodil do hospody občas na pivo a tak to měl řadu let, tvrdí, že prožil cestovatelský život. Respondent 5 udává, že byl řidičem autobusu, takže jeho život byl dle jeho slov „plný“. Respondent 6 udává, že byl již v důchodě, když se na onemocnění přišlo, v té době se věnoval domácnosti, chodil pracovat na pole.

Druhá část tabulky ukazuje, jak se změnila kvalita života po sdělení diagnózy. Respondent jedna udává, že se jeho život změnil v tom, že méně sportuje, změnil svůj jídelníček, neustále vyhledává možnosti léčby. Hodně odpočívá, jezdí do lázní, lyžuje. Respondent dva udává, že déle spí, hlídá si váhu. Respondent tři udává, že se jeho životní styl vůbec nezměnil, občas si zajde na pivo. Respondent čtyři udává, že se jeho styl života moc bohužel nezměnil, jí to, co má rád, snaží se omezit kouření. Respondent pět udává, že se jeho styl života změnil ve všech směrech. Respondent šest udává, že se změnil jeho styl života v tom smyslu, že není v tak dobré tělesné pohodě jako před chorobou, více odpočívá. Z výsledku je viditelné, že nemoc výrazně ovlivňuje způsob života v různém rozsahu.

Tabulka 11 Kouření (vlastní zpracování)

	Kouřil jste?	Kouříte?
R1	„Ne.“	„Ne.“
R2	„Ano.“	„Ne.“
R3	„Ano.“	„Ne.“
R4	„Ano.“	„Sem tam si zapálím.“
R5	„Ano.“	„Ne.“
R6	„Ano.“	„Ne.“



Graf 8 Kouření (vlastní zpracování)

Interpretace:

Tabulka č. 11 a graf č. 9 ukazují, že všichni respondenti kromě jednoho před stanovením diagnózy aktivně kouřili. Respondenti udávají, že kouřili řadu let několik cigaret denně. Jeden respondent přiznává, že byl na cigaretách hodně závislý. Právě kouření je hlavním

rizikovým faktorem tohoto onemocnění. Nyní po zjištění diagnózy a průběhu léčby většina respondentů kouřit přestala. Jeden respondent udává, že ačkoliv nerad si občas cigaretu dá.

Tabulka 12 Dodržování zdravého životního stylu, relaxování (vlastní zpracování)

	Dodržoval/a jste zdravý životní styl?	Relaxoval/ a jste?
R1	<i>„Relativně ano. Stravoval jsem normálně...“</i>	<i>„Ano.“</i>
R2	<i>„Ani ne.“</i>	<i>„Relaxuju – včelařím.“</i>
R3	<i>„Ne.“</i>	<i>„Na kole.“</i>
R4	<i>„Co to je zdravý styl... dělala jste v práci, takže pohyb byl... „</i>	<i>„No, tak ano. To jsme si někde, nebo jeli potom na výlet a tak.“</i>
R5	<i>Ne, žil jsem naplno.“</i>	<i>„Ne“</i>
R6	<i>„Zdravá strava jo, sportování jsem tomu moc nedal, ale tož tak když se dělalo na poli...“</i>	<i>„Čtení, historie a tak.“</i>

Interpretace:

Tabulka č. 12 ukazuje výsledky na otázku způsobu života před zjištěním diagnózy, zda respondent dodržoval zásady zdravého životního stylu. Respondent jedna udává, že se v rámci mezí stravoval normálně, snažil se jíst zdravě, dostatečně relaxoval a relativně tak zdravý životní styl dodržoval. Respondent dva udává, že zdravý životní styl nedodržoval, relaxuje, věnuje se včelařství řadu let, věří, že včely mají blahodárný účinek na organismus. Respondent tři tvrdí, že nedodržoval zdravý životní styl, relaxuje prostřednictvím jízdy na kole. Respondent čtyři udává taktéž, že zdravý životní styl nedodržoval, hodně pracovat, udává také, že díky práci měl dostatek pohybu a nemusel tak sportovat. Dostatečně odpočívá, jezdí na výlety. Respondent pět tvrdí, že nerelaxoval ani

nedodržel zásady zdravého životního stylu, udává, že žil naplno a užíval si života. Respondent šest udává, že se snažil celý život jíst zdravě, moc nesportoval, ale hodně pracoval na poli, což uvádí jako dostatečnou pohybovou aktivitu. Relaxuje prostřednictvím četby a historie. Otázky týkajícího se zdravého životního stylu a jeho dodržování jsou důležité, jelikož způsob života má zásadní vliv na toto onemocnění.

7 DISKUZE

K dílčí výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly následující otázky:

- Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy?
- Kdo Vám ji sdělil a kdy v jakém stádiu nemoci?
- Jak se na diagnózu přišlo?

Respondentům často dle jejich slov byla diagnóza zjištěna v pozdních stádiích nemoci, kdy již nebyla velká šance na uzdravení, proto na slova lékařů reagovali mnohdy špatně. Často se objevovala lítost, naštvání. Pro některé z nich nemoc znamenala velké omezení v rámci uspokojování životních potřeb, jiní se plně svěřili do rukou lékařů a vložili tak do nich svou důvěru. Diagnóza byla vždy sdělena lékařem, často se na onemocnění přišlo v pozdních stádiích, několik respondentů udává, že na diagnózu se přišlo ve středním stádiu, kdy bylo možné provést operační zákrok. Na diagnózu se přišlo často na základě obtíží, které dovedli nemocné k lékaři, následně pak byla provedena řada vyšetření, která diagnózu potvrdila. Dílčí výzkumná otázka č. 1 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

K dílčí výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly následující otázky:

- Jak jste se se sdělením diagnózy vyrovnávali?
- Komu jste nejprve řekl/a o své diagnóze?
- Kdo Vám byl největší oporou?
- Zjišťoval/a jste nějaké informace o diagnóze např. na internetu?
- Byla Vám poskytnuta psychologická podpora?

Vyrovňávání se s nepříznivou diagnózou probíhalo u všech respondentů různě. Ze slov respondentů se objevovala slova jako například, že v životě prožili již více katastrofických předchozích zdravotních scénářů, jako jsou tyto, takže jim nezbyvá než se s tím nějak vyrovnat. Jindy se zase objevila odpověď, že se s diagnózou respondent setkal již u svého otce, u něhož diagnóza tehdy neprobíhala příliš dobře, tudíž je rád, že je na tom lépe než jeho otec a dožil se vyššího věku. Další respondent udává, že se u něj v rámci vyrovnávání se s diagnózou objevoval pláč a hledání naděje někde jinde, když nebylo možné se uzdravit. U dalšího respondenta se objevovala lítost, postupné smíření se s nemocí a uspořádání dosavadního života. Další respondent udává, že se s diagnózou vyrovnával špatně a často ho napadaly černé myšlenky, kterým se ale nechtěl poddat. Jako první se

respondenti se svoji diagnózou nejčastěji svěřili svoji rodině, nejčastěji manželkám. Tyto osoby jsou pro respondenty rovněž největší oporou v nemoci. Větší část respondentů hledala informace o své diagnóze na internetu, zbytek odpověděl, že ne. Pouze u jednoho respondenta byla nabídnuta psychologická podpora, kterou ovšem nevyužil. Zbytek respondentů udává, že jim nabídnuta nebyla, nebo tvrdí, že ji nepotřebují. Dílčí výzkumná otázka č. 2 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

K dílčí výzkumné otázce č. 3 se vztahují následující otázky:

- Trpěl/ a jste depresemi?
- Jak jste prožíval/a deprese?
- Co Vám pomohlo v boji proti depresi?
- Užíval/a jste nějaká psychofarmaka?
- Vyhledával/a jste pomoc druhých lidí trpící stejnou diagnózou?

Depresemi většina respondentů netrpěla. U respondentů, kteří odpověděli, že depresemi trpěli, odpovídali, že prožívali deprese tak, že byli smutní, úzkostliví, „mimo“, nebo chodili a nadávali samy na sebe. V boji proti depresi jim často pomohli léky, rodina nebo psychiatr, psychofarmaka. Ani jeden respondent nevyhledával pomoc druhých lidí trpící stejnou diagnózou. Dílčí výzkumná otázka č. 3 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

K dílčí výzkumné otázce č. 4 se vztahují následující otázky:

- Jak byste ohodnotil/ a naději v průběhu léčby?
 - 1 – vysoká naděje
 - 2 – velká naděje
 - 3 – mírná naděje
 - 4 – velmi slabá naděje
 - 5 – žádná naděje

Část respondentů odpovídala, že vnímají svou naději v průběhu léčby jako vysokou, zastávají názor, že „naděje umírá poslední“, a že nejvíce dělá víra v uzdravení, proto nepřestávají věřit. Roli zde hraje také podpora nejbližších, kteří jsou přesvědčení, že nad nemocí zvítězí. Další odpovědi respondentů zněly, že naděje je velká, mírná nebo velmi slabá. Dílčí otázka č. 4 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

K dílčí výzkumné otázce č. 5 se vztahují následující otázky:

- S kým jste nejvíce v kontaktu?
- Komu se svěřujete se svými pocity?

Respondenti nejčastěji na otázku s kým jsou nejvíce v kontaktu, odpovídali, že nejvíce v kontaktu jsou s manželkou, rodinou, kamarádkou, ostatními pacienty, přáteli. Se svými pocity se nejčastěji svěřují manželce, sociálnímu pracovníkovi, kamarádce, nebo rodině. Často ani nemají potřebu se někomu svěřovat, spíše se uzavírají sami do sebe. Dílčí otázka č. 5 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

K dílčí výzkumné otázce č. 6 se vztahují následující otázky:

- Jaký byl Váš styl života před sdělením diagnózy?
- Kouřil/a jste? Kouříte?
- Dodržoval/a jste zdravý životní styl?
- Relaxoval/ a jste?
- Změnil se nějak radikálně Váš způsob života nyní?

Respondenti udávají, že před diagnózou se věnovali sportu, buď v mládí anebo těsně před diagnózou. Ostatní odpovídají, že jejich styl života před diagnózou nebyl dobrý, hodně pracovali často celý život, takže jejich život byl hektický a ne příliš kvalitní. Respondenti také přiznávají, že si občas předtím dali pivo nebo jiný alkohol. Všichni respondenti kromě jednoho udávají, že před diagnózou aktivně kouřili. Jeden respondent přiznává, že se návyku dosud ještě úplně nezbavil. Většina respondentů udává, že zdravý životní styl nedodržovali, a to zejména z toho důvodu, že hodně pracovali. Jeden respondent udává, že zdravý životní styl relativně dodržoval. Většina respondentů udává, že relaxovali pravidelně, a to prostřednictvím svých koníčků jako je včelařství, kolo, výlety, čtení, historie. Jeden respondent udává, že nerelaxoval vůbec. Odpovědi respondentů na otázku zda se nějak změnil jejich způsob života, jsou taktéž velmi různorodé. Pro dva respondenty se způsob života vůbec nezměnil, nebo mírně. Další respondenti odpověděli, že více odpočívají, déle spí, jsou více unavení. Jeden respondent udává, že méně sportuje, změnil jídelníček, neustále hledá nové způsoby léčby, lyžuje, relaxuje. Poslední respondent udává, že nemoc radikálně změnila jeho způsob života ve všech směrech. Dílčí otázka č. 6 byla prostřednictvím těchto otázek a odpovědí respondentů zodpovězena.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Výsledky výzkumu je možné porovnat s diplomovou prací z roku 2011 s názvem Fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním od autorky Bc. Petry Mitrovské, která svůj výzkum zaměřila na míru naděje u pacientů nad 60 let s diagnostikovanou onkologickou diagnózou ve třech rovinách, a to v závislosti na pohlaví, náboženství a rodinném stavu. Výzkum byl prováděn prostřednictvím dotazníku. Celkem bylo distribuováno 176 dotazníků a navraceno pak 111 dotazníků (Mitrovská, 2011, s. 47-50).

U první položky diplomové práce týkající se věku se oslovení respondenti nejčastěji nacházeli ve věkové skupině 60–74 let, tyto údaje odpovídají i výsledkům mého výzkumu, kdy respondenti nejčastěji udávali věk 60–68 let. Položka č. 2 se zabývala pohlavím, většina oslovených respondentů výše jmenované diplomové práce byly ženy, což se neshoduje s mými výsledky výzkumu, kdy mezi oslovenými respondenty nebyla ani jedna žena. Položka č. 3 se týkala rodinného stavu respondentů, kdy velká část respondentů uvedla, že žijí v manželském svazku. To se také shoduje s výsledky výzkumu mé bakalářské práce, kdy při otázce týkající se rodinného zázemí odpověděla výrazná část mnou oslovených respondentů, že žijí s manželkami. Položka č. 4 se týkala náboženského vyznání, kdy výsledky byly téměř rovnoměrné u věřících i nevěřících, tuto otázku bohužel nemohu porovnat, jelikož jsem tuto otázku ve své práci nepoužila. S výroky autorky diplomové práce zaměřených na přijetí nemoci, pozitivního přístupu k nemoci, přijetí omezení, umění čelit životním výzvám, důvěru v sebe sama, podporu rodiny a jiných se většinou autorka setkávala se souhlasnými názory jí oslovených respondentů. Většinou se objevovaly nesouhlasy s výroky týkající se víry a čtení v Bibli. Pozitivní názory na boj s nemocí, vyrovnávání se s ní a relativně pozitivní vnímání naděje se objevovaly i v mé bakalářské práci, takže mohu říci, že výsledky obou prací jsou podobné (Mitrovská, 2011, s. 57-90).

ZÁVĚR

Naděje je něčím, k čemu se člověk upíná, jestliže chce dosáhnout určitého cíle, a to ve všech životních etapách. Je jakýmsi pohonem a vidinou, že ne vše může být tak hrozné jak to na první pohled vypadá a že se věci mohou obrátit k lepšímu. Tato práce pro mne byla jakýmsi zjištěním a posouzením, zda je naděje právě tím, k čemu se člověk uchyluje, jestliže se ze dne na den ocitá tváří v tvář vážné chorobě.

Mnozí mnou oslovení respondenti odpověděli, že jim byla nemoc zjištěna v pozdním stádiu, tudíž jim byla ze strany lékaře sdělena nepříznivá prognóza s vidinou přežití pár let. Reakce a vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou byly často doprovázeny negativními emocemi, mnohdy s postupným vyrovnáním se a přijetím choroby jako součástí života, protože ne vše v životě vychází tak jak by si člověk přál. S vyrovnáním se s nepříznivou chorobou úzce souvisí právě ona naděje, která nám dává sílu a touhu tuto nepříjemnou životní situaci překonat a zvítězit nad ní. Největší sociální podporou pro nemocné jsou jejich rodiny. Právě láska a podpora nejbližších je vedle naděje dalším důležitým mezníkem v boji proti nemoci. Se vznikem nemoci často úzce souvisí způsob života. Každý člověk by si měl uvědomit, že zdraví máme jen jedno, a proto je důležité dodržovat zdravý životní styl, nekouřit, dostatečně relaxovat, chodit na pravidelné preventivní prohlídky a nepodceňovat varovné příznaky onemocnění. Nemoc významně ovlivňuje kvalitu života. Ovlivňuje hodnoty, cíle, očekávání, fyzický a psychický stav jedince a v neposlední řadě má vliv na sociální vztahy.

Práce bude přínosná pro nemocné, také pro zdravotnické pracovníky, kteří se často setkávají s nevléčitelně nemocnými. V takovém případě hraje velkou roli umět se vcítit do nemocného - empatie, pochopit v které fázi vyrovnávání s nepříznivou diagnózou se nemocný právě nachází a umět s ním komunikovat. Právě komunikace je velmi důležitá a každé nešetrné slovo může člověka zbavit naděje.

Výstupem výzkumu bakalářské práce je edukační brožura určená nemocným, kteří trpí onkologickým onemocněním plic. V této edukační brožuře jsou shrnuty výsledky výzkumu a je zde zdůrazněn fenomén naděje, který je podle výsledků mého výzkumu velmi důležitý. V neposlední řadě je zde uvedena doporučená literatura, která byla použita v bakalářské práci a zároveň může sloužit nemocným jako podpora v nemoci, kde mohou nalézt jimi potřebné informace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK et al., c2011. *Obecná onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [2] ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [3] ANTAI-OTONG, Deborah, c2007. *Nurse-client communication: a life span approach*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 07-637-3588-4.
- [4] BARTŮŇKOVÁ, Staša, 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1874-6.
- [5] DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- [6] DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDEK Jan a VYZULA Rostislav, 2005. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [cit. 2016-12-30]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
- [7] KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: ©Galén, ISBN 978-80-7262-716-5.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003a. *Jak zvládat depresi. 2., rozš. vyd.* Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003b. *Psychologie zdraví. Vyd. 2.* Praha: Portál. ISBN 80-717-8774-4.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál. Psychologie (Portál). ISBN 80-717-8835-X.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4774-3.

- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 164 s. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [14] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [15] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči: minimum pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171.
- [16] MITROVSKÁ, Petra, 2011. *Fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita.
- [17] *Náplast při léčbě bolesti*, 2008. Dáma.cz [online] [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>.
- [18] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
- [19] *Paliativní péče třetího tisíciletí: pro sestry všech oborů*, 2014. Vyd. 1. české. Frýdek-Místek: JOKL. Sestra (Grada). ISBN 978-80-905419-7-9.
- [20] PEŠEK, Miloš et al., c2002. *Bronchogenní karcinom*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2115-7.
- [21] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 978-809-0204-942.
- [22] SVATOŠOVÁ, Marie, 2006. *O naději s Marií Svatošovou*. Vyd. v KNA 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Autor - téma. ISBN 80-719-5049-1.
- [23] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [24] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-079.
- [25] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.
- [26] TOMÁŠEK, Jiří a kol., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.

- [27] TRACHTOVÁ, Eva a kol., [FOJTOVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar], 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3324-4.
- [28] TWYXCROSS, Robert, 2003. *Introducing palliative care*. 4th ed. Oxford: Radcliffe Medical Press. ISBN 18-577-5915-X.
- [29] VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2013. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-586-1.
- [30] VORLÍČEK, Jiří, ed., 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7387-603-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHS	Adult Dispositional Hope Scale
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
VAS	Vizuální analogová škála
SCLC	Small-cell lung cancer (malobuněčný karcinom)
NSCLC	Non-small-cell lung cancer (nemalobuněčný karcinom)
CNS	Centrální nervový systém
RTG	Rentgen
CT	Computer Tomograph (počítačová tomografie)
PET	Pozitronová emisní tomografie
TNM	Tumor, Node, Metastases
R	Respondent

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Vizualní analogová škála (převzato z Náplast při léčbě bolesti, 2008)</i>	<i>29</i>
<i>Obrázek 2 Incidence, mortalita u mužů (převzato z Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice, 2005)</i>	<i>35</i>
<i>Obrázek 3 Stádia bronchogenního karcinomu (převzato z Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice, 2005).....</i>	<i>35</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Charakteristika vzorku respondentů (vlastní zpracování)</i>	45
<i>Tabulka 2 Sdělení diagnózy, v jakém stádiu nemoci, jak se na diagnózu přišlo (vlastní zpracování)</i>	47
<i>Tabulka 3 Reakce na sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i>	50
<i>Tabulka 4 Vyrovnávání se s diagnózou (vlastní zpracování)</i>	52
<i>Tabulka 5 Největší opora v nemoci/nabídnutí psychologické podpory (vlastní zpracování)</i>	53
<i>Tabulka 6 Zjišťování informací o diagnóze na internetu (vlastní zpracování)</i>	55
<i>Tabulka 7 Deprese (vlastní zpracování)</i>	56
<i>Tabulka 8 Subjektivní vnímání naděje v průběhu léčby (vlastní zpracování)</i>	58
<i>Tabulka 9 Nejbližší osoby, se kterými trávíte hodně času, komu se svěřujete? (vlastní zpracování)</i>	59
<i>Tabulka 10 Kvalita života před/po sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i>	60
<i>Tabulka 11 Kouření (vlastní zpracování)</i>	62
<i>Tabulka 12 Dodržování zdravého životního stylu, relaxování (vlastní zpracování)</i>	63

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Věk respondentů (vlastní zpracování)</i>	46
<i>Graf 2 Vzdělání respondentů (vlastní zpracování)</i>	46
<i>Graf 3 Sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i>	49
<i>Graf 4 Podpora v nemoci (vlastní zpracování)</i>	54
<i>Graf 5 Nabídnutí psychologické podpory (vlastní zpracování)</i>	54
<i>Graf 6 Zjišťování informací o diagnóze na internetu (vlastní zpracování)</i>	56
<i>Graf 7 Deprese (vlastní zpracování)</i>	57
<i>Graf 8 Kouření (vlastní zpracování)</i>	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Plicní oddělení 20. a 10. pavilon Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

Příloha P II: Deklarace práv onkologicky nemocných

Příloha P III: Žádost o umožnění uskutečnění rozhovoru

Příloha P IV: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P V: Souhlas pacienta s rozhovorem

Příloha P VI: Otázky k rozhovoru

Příloha P VII: Edukační brožura

**PŘÍLOHA P I: PLICNÍ ODDĚLENÍ 20. A 10. PAVILON KRAJSKÁ
NEMOCNICE TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**



Foto: Eliška Křepelková 15. 3. 2017

PŘÍLOHA P II: DEKLARACE PRÁV ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Preamble

Účastníci

- Berou na vědomí, že moderní medicína je soustavně se rozvíjející komplex, který se rychle mění a že vztahy mezi pacienty, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními prodělávají významné změny,
- Taktéž si uvědomují, že pacient současně není jen uživatelem, ale i aktivním účastníkem péče zdravotníků a zdravotnických zařízení mající svá práva,
- Vývoj lékařských technologií a administrativa s tím spojená ovlivňují vztah pacienta, zdravotníků a zdravotnických zařízení a vyžadují zákonná opatření,
- Ačkoliv práva pacientů jsou legislativně ošetřena, jsou často zahrnuta do série zákonů různé povahy a rozsahu, které jsou nesnadno dostupné pro nemocné,
- Si jsou vědomi obtíží nemocných, jestliže zákonná ustanovení neexistují nebo nemají legislativní účinnost,
- Jsou informováni o existenci početných politických snah v evropských zemích dokazujících společný zájem o práva pacientů,
- Účastníci si uvědomují, že zvýšený veřejný zájem o práva pacientů může přispět k legislativnímu rozvoji i zkomplikování problematiky,
- Jsou přesvědčeni o tom, že přijetí společných postupů v dílčích otázkách společného významu může být vhodné a užitečné pro práva pacientů na národní a mezinárodní úrovni,
- Účastníci jsou toho názoru, že přiměřený význam postavení pacienta přijetím společných zásad by mohl vzrůst a stát se motivací pro zdokonalování zákonodárců,
- Je třeba upřesnit přijatá opatření na ochranu pacientů v dané situaci, neboť text je formulován obecně a přesvědčivě využít všech možností k podpoře a prosazení patientských práv,
- Využít všech zásad a zákonných ustanovení o patientských právech přijatých v následujících mezivládních dohodách:
 - Guided by the principles and provisions concerning patients rights as established in the following intergovernmental instruments: Universal Declaration of Human Rights (1948)

- International Covenant on Civil and Political Rights (1996)
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1996)
- European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms (1952)
- European Social Charter (1961) Declaration of Amsterdam on the promotion of patient's rights in Europe (World Health Organisation, 1994)
- The Convention of Human Rights and Biomedicine (Council of Europe, 1997) and the Charter of Paris against Cancer (2000)

Souhlasí s následujícími ustanoveními

Článek 1. Definice

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

Článek 2. Pacienti jako živé bytosti

- Hodnota člověka a jeho práva vyjádřená v mezinárodních dokumentech citovaných výše je dána v systému zdravotní péče a zejména ve vztahu mezi pacientem, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními.
- V rámci toho všichni pacienti mají právo na kvalitní život, fyzický a duševní rozvoj, důstojnost, respektování soukromí, vlastní morální, kulturní, filozofický, ideologický, náboženský názor, který nesmí být příčinou diskriminace.

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

- Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby.
- Medicínské a psychosociální přístupy jsou stejné u nádorově nemocných
- Nádorově nemocní mají právo na přiměřenou úroveň péče, která je dána jak dokonalým technickým vybavením úměrným dostupným zdrojům, tak současnému dostupnému klinickému vzdělání a odborné úrovni v dané zemi a mezilidským vztahům mezi onkologickým pacientem a zdravotníky.
- Nádorově nemocní mají právo na nezbytnou zdravotní péči při svém onemocnění včetně preventivní péče a rehabilitace.
- Nádorově nemocní mají právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a zdravotnického zařízení stejného zaměření.
- Nádorově nemocní mají právo konzultovat jiného lékaře v každé situaci.
- Nádorově nemocní jsou léčeni vždy ve vlastním zájmu v souladu s léčebnými postupy a dostupnou technikou.

- Nádorově nemocní mají právo na zabezpečení pokračujícího léčení v jedné i více nemocnicích při střídání s domácím ošetřováním.
- Nádorově nemocní mají právo na léčbu obtíží v důsledku onemocnění podle současných poznatků, na pomoc v terminálním stadiu nemoci a na důstojné umírání.

Článek 4. Právo na informace.

- Nádorově nemocní mají právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu včetně lékařských vyšetření; o navrhovaných lékařských postupech spolu s riziky a účinky způsobu léčby; o alternativách navržené léčby včetně vyhlídky bez jakékoliv léčby, o diagnóze, výhledu (prognóze a postupu léčby. Rozsah informace umožňuje pacientův souhlas stejně tak i pro jakýkoliv lékařský postup, výzkum anebo výukovou demonstraci.
- Informace musí být podána pro pacienta srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou.
- Nádorově nemocní mají právo na vlastní žádost informaci odmítnout.
- Nádorově nemocní mají právo rozhodnout, kdo pakliže vůbec, má být ještě informován.
- Nádorově nemocní mají právo znát identitu a odbornost zdravotníků zejména zaměstnanců zdravotnického zařízení. Pacienti mají právo být seznámeni s provozním řádem tohoto zařízení.

Článek 5. Právo na seberozhodování.

- Nádorově nemocní mají právo v každé situaci na souhlas pro všechny lékařské výkony, pro zařazení do výzkumu nebo výukového procesu.
- Když nádorový pacient je nesvéprávný, vyžaduje se souhlas zákonného poručníka, ale i pacient musí být přesto informován před rozhodovacím procesem v rozsahu, který umožní jeho stav. Když zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař je přesvědčen o zákroku v zájmu nemocného, konečné rozhodnutí musí být v souladu se zákonem.
- Jestliže nádorově nemocný je neschopný vyjádřit svůj souhlas po předchozí informaci a jestliže není zákonný poručník nebo poručníci určení pacientem, rozhodovací proces musí zahrnovat, co je známo a nejširší výběr předpokládaných možností podle přání onkologického pacienta.

Článek 6. Právo na mlčenlivost a soukromí.

- Všechny informace o nádorově nemocném, zdravotní stav, lékařské posouzení, diagnóza, prognóza a léčení a všechny ostatní informace osobního charakteru musí být důvěrné
- Nádorově nemocní mají právo přístupu ke svým zdravotním nálezům a záznamům a veškeré další dokumentaci, týkající se jejich diagnózy, léčení a následné péče a k tomu, aby dostali kopii celé nebo části lékařské zprávy.
- Informace mohou být vyčleněny jako tajné, jestliže si to pacient výslovně přeje, nebo jsou-li výslovně zahrnuty zákonně s ostatními ve výzkumných protokolech. Souhlas k přístupu je možný při změně lékaře, pro ovlivnění pacientovy léčby nebo pro následující zákrok, ale musí to být jen v naprosto nezbytném rozsahu.
- Všechny osobní údaje o pacientovi musí být vhodným způsobem chráněny.
- Nádorově nemocní mají právo vyžadovat změnu, doplnění, vypuštění nebo upřesnění anebo úpravu dat osobních nebo medicínských, která se jich týkají, pokud jsou nepřesná, neúplná, dvojsmyslná nebo časově neodpovídají a která neodpovídají dané diagnóze, prognóze, léčení a následné péče.

Článek 7. Právo na sociální péči.

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

Článek 8. Povinnosti pacientů.

- Nádorově nemocní jsou povinni aktivně se podrobit diagnostickým vyšetřením, léčení a doprovodné péči poskytované ošetřujícím personálem a zdravotnickým zařízením po předchozí informaci.
- Nádorově nemocní se musí snažit, aby styk se zdravotnickým personálem a zdravotní péče probíhala v pohodě.

Článek 9. Stížnosti.

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

Článek 10. Uplatnění.

- Seznámení se s právy uvedenými v této deklaraci znamená, že byl naplněn uvažovaný záměr.
- Seznámení se s těmito právy nebude znamenat postih. Při aplikaci těchto práv se pacienti přizpůsobí omezením daným hranicemi lidských práv a v souladu s předpisy danými zákonem (Kutnohorská, 2007, s. 141-144).

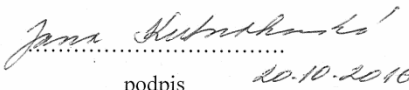


Jestliže pacient nemůže sám uplatnit práva uvedená v dokumentu, měl by se s těmito právy seznámit zákonný zmocněnec nebo osoba pověřená k tomuto účelu nemocným. Kde není ani zákonný zmocněnec ani pověřená osoba, měly by se hledat jiné způsoby pro zástup nemocného (Kutnohorská, 2007, s. 141-144).

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ USKUTEČNĚNÍ ROZHOVORU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ USKUTEČNĚNÍ ROZHOVORU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Eliška Křepelková		
Téma bakalářské práce	Fenomén naděje u pacienta s onkologickým onemocněním		
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	 podpis 20.10.2016		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Plicní oddělení 20. pavilon	Souhlasím	Nesouhlasím	
Plicní oddělení 10. pavilon	Souhlasím	Nesouhlasím	
Onkologie	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 1 - 11 - 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd



Onkologická nemocnice T. Bati, z. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (0)



.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

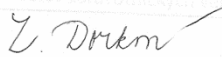
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Eliška Křepelková	
Téma bakalářské práce	Fenomén naděje u pacienta s onkologickým onemocněním	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.	
	 podpis 20.10.2016	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnózou bronchogenní karcinom	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Plicní oddělení 20. pavilon	Souhlasím Nesouhlasím	
Plicní oddělení 10. pavilon LDN		
Onkologie	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...:1.-11.:2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd



Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
782 75 Zlín (8)

razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: SOUHLAS PACIENTA S ROZHVOREM

Souhlas s rozhovorem

Souhlas pacienta s provedením rozhovoru v rámci bakalářské práce na téma Fenomén naděje u pacienta s onkologickým onemocněním.

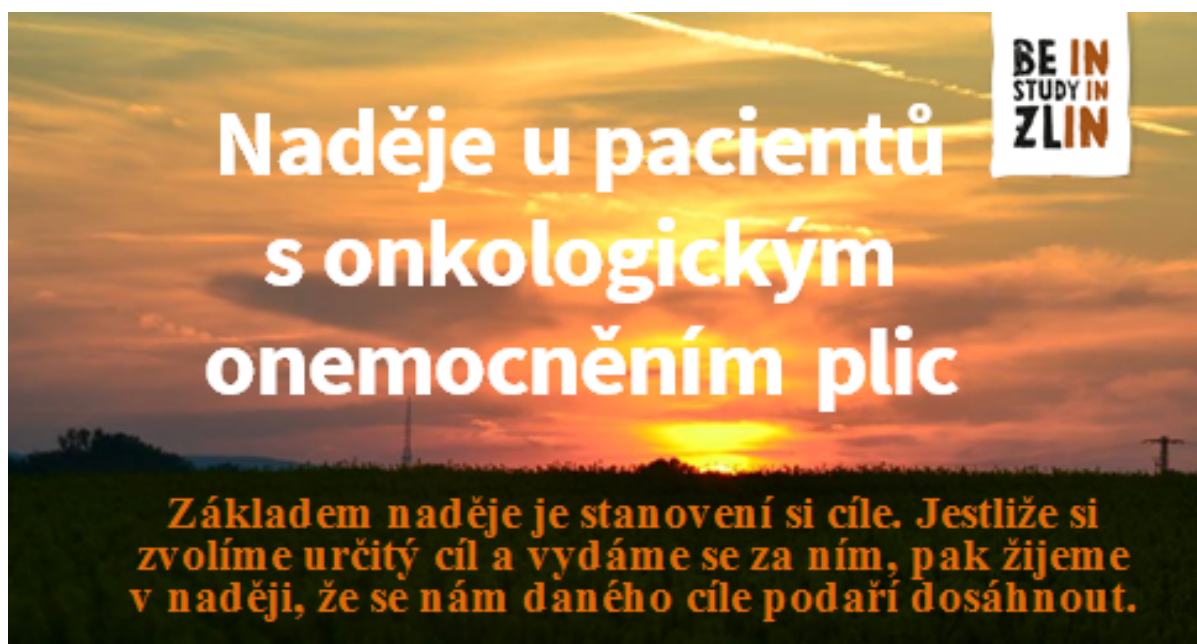
Ve Zlíně dne.....

Podpis:

PŘÍLOHA P VI: OTÁZKY K ROZHOVORU

Respondent 1	
Otázky:	Odpovědi:
<p>1) Jakým způsobem probíhalo sdělení diagnózy?</p> <p>1.1) Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy?</p> <p>1.2) Kdo Vám ji sdělil a kdy v jakém stádiu nemoci?</p> <p>1.3) Jak se na diagnózu přišlo?</p>	
<p>2) Jakým způsobem jste prožívala sdělení diagnózy?</p> <p>2.1) Jak jste se se sdělením diagnózy vyrovnávali?</p> <p>2.2) Komu jste nejprve řekl/a o své diagnóze?</p> <p>2.3.) Kdo Vám byl největší oporou?</p> <p>2.4.) Zjišťoval/a jste nějaké informace o diagnóze např. na internetu?</p> <p>2.5.) Byla Vám poskytnuta psychologická podpora?</p>	
<p>3) Jak jste se vyrovnáváte s depresemi v průběhu léčby?</p> <p>3.1.) Trpěl/ a jste depresemi?</p> <p>3.2.) Jak jste prožíval/a deprese?</p> <p>3.3.) Co Vám pomohlo v boji proti depresi?</p> <p>3.4.) Užíval/a jste nějaká psychofarmaka?</p> <p>3.5.) Vyhledával/a jste pomoc druhých lidí trpící stejnou diagnózou?</p>	
<p>4) Jak byste ohodnotil/ a naději v průběhu léčby?</p> <p>3 – vysoká naděje</p> <p>4 – velká naděje</p> <p>6 – mírná naděje</p> <p>7 – velmi slabá naděje</p> <p>8 – žádná naděje</p>	
<p>5) Kdo s Vámi nejvíce prožívá průběh</p>	

<p>léčby?</p> <p>5.1.) S kým jste nejvíce v kontaktu?</p> <p>5.2.) Komu se svěřujete se svými pocity?</p>	
<p>6) Jaká byla Vaše kvalita života před a po sdělení diagnózy?</p> <p>6.1.) Jaký byl Váš styl života před sdělením diagnózy?</p> <p>6.2.) Kouřil/a jste? Kouříte?</p> <p>6.3.) Dodržoval/a jste zdravý životní styl?</p> <p>6.4.) Relaxoval/ a jste?</p> <p>6.5.) Změnil se nějak radikálně Váš způsob života nyní?</p>	



- Naději můžeme rozumět jako očekávání, že se věci a okolnosti mohou obrátit k lepšímu.
- Výsledky šetření ukazují, že nádorové onemocnění plic postihuje převážně muže nad 60 let.
- Na diagnózu se dle výzkumu často přichází až v **pozdních stádiích nemoci**, kdy se již u člověka vyskytují **varovné příznaky**, které ho dovádí k lékařům. Právě tato pozdní stadia nemivají příliš příznivou prognózu, proto **sdělení diagnózy ze strany lékaře nebývá vždy přívětivé**. Velkou roli v rámci prevence je tedy nekouřit, dodržovat zásady zdravého životního stylu a chodit na pravidelné preventivní prohlídky. **Převážná část dotazovaných se přiznává k dřívějšímu aktivnímu kouření a nedodržování zdravého životního stylu.**
- **Vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou** u části respondentů bylo nebo stále je **náročné**, dotazovaní se často potýkají s **lítostí**, napadáním **černých myšlenek**, ale i s **přijetím nemoci jako součástí života.**
- Důležité pro vyrovnávání se s nemocí je přítomnost člověka, o kterého se můžeme opřít, povědět mu, co nás trápí. Většina respondentů uvádí, že **největší oporou v nemoci je pro ně rodina, nebo někdo z rodiny.**
- Většina dotazovaných **netrpí depresemi**. V rámci otázky zaměřené na poskytnutí psychologické podpory většina respondentů odpověděla, že jim **nabídnuta nebyla nebo ji nepotřebují**. Psychologická podpora by měla být nabídnuta všem, což se ze dne na den o citají v náročné životní situaci, **měla by se stát základem léčby onkologických pacientů bez ohledu na to, zda pacienti trpí nebo netrpí depresemi.**
- I přes nepříznivost diagnózy dotazovaní při otázce jaké je jejich subjektivní vnímání naděje odpovídali, že naděje v průběhu léčby je vysoká, mírná nebo nejníže velmi slabá. **Nikdo z dotazovaných neopověděl, že není vůbec žádná.**
- **Doporučená literatura:** O naději s Marií Svatošovou, Hospice a umění doprovázet, Deklarace práv onkologicky nemocných