

Psychosociální aspekty onkologicky nemocných

Barbora Dohnanská

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Dohnanská**

Osobní číslo: **H16250**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Psychosociální aspekty onkologicky nemocných**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti onkologie, ošetřovatelské péče a psychosociálních aspektů onkologicky nemocných.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Obecná onkologie. Praha: Galén, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.

DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada, 2016. 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

CHERNECKY, Cynthia C a Kathleen MURPHY-ENDE. Acute care oncology nursing. 2nd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier, 2009. 596 s. ISBN 978-1-4160-3734-7.

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.

TOMÁŠEK, Jiří. Onkologie: minimum pro praxi. Praha: Axonite CZ, Asclepius, 2015. 445 s. ISBN 978-80-88046-01-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
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 12. 4. 2019

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 nahlížení 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 vzdělávacího 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 jím 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 věnuje psychosociálním aspektům, které ovlivňují osobní život nemocného.

Teoretická část se zabývá problematikou onkologického onemocnění, které je spjato s psychickou a sociální stránkou nemocného, jeho rodiny a blízkého okolí.

Praktická část je zaměřena na kvalitu života nemocného, kterému byla diagnostikována rakovina. Jak se změnil život po stránce psychické, sociální a osobní v důsledku onkologické nemoci a její léčby.

Klíčová slova: onkologie, nádor, onkologický pacient, psychologické aspekty, komunikace, sociální aspekty

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with psychosocial aspects which influence a patient's personal life.

The theoretical part deals with the issue of the cancer which is connected with the mental and social side of the patient, his family and the surrounding area.

The practical part focuses on the quality of life of a patient diagnosed with cancer. How his/het mental, social and personal life have changed as a result of cancer and its treatment.

Keywords: oncology, tumor, oncological patient, psychological aspects, communication, social aspects

Poděkování

Vyjadřuji velké poděkování Mgr. Andree Filové za cenné rady, komentáře, odborné vedení, pomoc a ochotu při vypracování mé bakalářské práce. Poděkování patří všem respondentům za ochotu, spolupráci a poskytnutí rozhovorů. Velké poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali při studiu a zpracování bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Psychosociální aspekty onkologicky nemocných vypracovala samostatně a veškeré zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/SAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 NÁDOR.....	13
1.1.1 Typing	13
1.1.2 Grading.....	15
1.1.3 Staging.....	15
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	16
1.3 PREVENCE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	17
2 ASPEKTY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ.....	18
2.1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH.....	18
2.1.1 Komunikace	18
2.1.2 Sdělování diagnózy nebo prognózy	19
2.1.3 Fáze psychické odezvy na závažné onemocnění podle E. Kübler- Rossové	21
2.2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	24
2.2.1 Sociální dopady onkologických onemocnění.....	24
2.2.2 Sociální pomoc pro onkologicky nemocné	25
2.2.3 Rodina a nemoc.....	26
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ONKOLOGII.....	29
3.1 SESTRA NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ.....	29
3.2 POMOC ONKOLOGICKY NEMOCNÝM	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODIKA	35
4.1 FORMULACE PROBLÉMU	35
4.2 CÍLE VÝZKUMU	35
4.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	35
4.4 TECHNIKA VÝZKUMU	36
4.5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
4.6 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	37
4.7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
5 VÝSLEDKY	39
5.1 VÝSLEDKY JEDNOTLIVÝCH KATEGORIÍ	39
6 DISKUZE	46
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	52

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	55
SEZNAM TABULEK.....	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	57

ÚVOD

Onkologické onemocnění v dnešní době patří mezi nejobávanější a lékaři často vyslovující diagnózy. Lidé si toto onemocnění často spojují se smrtí a mají z něj strach. Nádorové onemocnění patří mezi vážný medicínský a společenský problém. Onkologické onemocnění vede k emocionálním, společenským i ekonomickým důsledkům, které ovlivňují člověka, ale také jeho blízkého okolí. Onkologická diagnóza má vážný dopad na osobní, psychický a sociální život nemocného. Čím více naše populace stárne, tím více také narůstá obávanou rychlostí i pravděpodobnost, že se jednoho dne každý z nás setká s onkologickým onemocněním.

Strašák, který mnoho lidí zná jako pojem rakovina, karcinom nebo nádor, mění život takřka o 180 stupňů mnoha lidem každým dnem a každou hodinou. O žádném jiném onemocnění nekoluje mezi lidskou populací tolik teorií a názorů právě jako o rakovině. Už jenom při slovech onkologie, rakovina většinu z nás naskočí husí kůže, a to nemusíme být s těmito slovy nijak spjati. Rakovina byla v minulosti a je v přítomnosti chápána jako symbolem zla, přestože existují i další těžká chronická onemocnění. I po nespočetných lékařských výzkumech je onkologická nemoc stále největším představitelem koncem lidského života. Diagnóza rakoviny vyvolává v člověku zpravidla stále větší šok a deprese. Člověk si klade otázky, proč zrovna já?

Téma psychosociální aspekty onkologicky nemocných jsem si vybrala, protože mě obor onkologie zajímá. Na pacienta pohlížíme jako na celek, tudíž neléčíme a neošetřujeme jenom jeho biologickou část, ale zahrnujeme do ní psychologickou, sociální i spirituální část. Je důležité zabývat se psychologickou i sociální stránkou nemoci, protože mohou klást na pacienta až příliš velkou zátěž pro jeho boj s nemocí a taky časem. Neznáme přesný návod, jak dokonale pečovat o druhého, každý z nás je individuální, obzvláště co se týká psychologické a sociální stránky nemoci. Hlavním cílem bakalářská práce je zjistit, jaký vliv má onkologická diagnóza a terapie na psychosociální život pacienta. Do jaké míry jej onemocnění ovlivňuje v normálním životě.

Výsledky, které budou zjištěny výzkumem, by měly být použitelné pro ošetrovatelskou praxi. Měly by pomoci při ošetřování onkologicky nemocných a vedení komunikace s onkologicky nemocným. V bakalářské práci je zmíněno pohlížet na člověka jako na celek, což se mnohdy neděje. Výsledek výzkumu by mohl do praxe přinést nové pohlížení na onkologické onemocnění, a to hlavně s péčí o psychiku nemocného. Bylo by pozitivní,

kdyby výsledek výzkumu byl nápomocen pro snadnější rozpoznání faktorů, které ovlivňují nemocného v průběhu nemoci a jejich rychlé řešení, tím i naplnění péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jenom jedno.“

Indické přísloví

Onkologie je v dnešní době dobře slýchaným pojmem. Lidé na něho mohou narazit prakticky všude například: v televizi, na sociálních sítích, internetu, v nemocnici, časopisech a všude okolo sebe. **Onkologie** je lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou nádorového onemocnění.

K termínu onkologie můžeme řadit také termín psychoonkologie, která se zabývá lidmi, jež jsou postiženi onkologickým onemocněním, netýká se ovšem jen pacientů, ale zahrnuje také rodinné příslušníky a zároveň lékaře a sestry na onkologických klinikách nebo v nemocnicích. **Psychoonkologie** je interdisciplinárním oborem, jenž je z odborného pohledu průsečíkem psychologie, psychoterapie a onkologie (Tschuschke, 2004, s. 11).

1.1 Nádor

Nádor je termín, kterým označujeme neřízený růst tkáně autonomní povahy bez ohledu na potřeby organismu. Nádor se svou vlastností již nemůže přeměnit v normální tkáň a jeví se jako zvětšení objemu tkáně. Rakovinu můžeme definovat jako soubor nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk, který se vymyká koordinačním dějům v živém organismu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 15).

1.1.1 Typing

Nádory můžeme dělit podle několika různých hledisek a konceptů. Avšak nám jako laikům stačí základní dělení. **Typing** je mikroskopické stanovení typu nádoru, především rozlišení, z jaké se skládá tkáň a jestli je jeho povaha benigní nebo maligní (Linkos: Typing, 2018).

Virchowův koncept

Přiřazením nádorové tkáně k výchozí zdravé tkáni získáme klasifikaci všech lidských nádorů. Virchow rozpoznal, že nádorové buňky jsou modifikovanými fyziologickými buňkami, jenž některé vlastnosti tyto buňky mají společné, ale některými se zase liší a na to poukazuje výchozí Virchowův koncept histologicko – histogenetické klasifikace nádorů. Virchowův koncept rozeznává několik skupin nádorů. Koncept popisuje **nádory epitelové**, které jsou odvozeny od epitelálních buněk. Epitelové nádory jsou nejčastěji vyskytující se.

Mezenchymové nádory vznikají z buněk pojivových tkání, do pojivových tkání se řadí například tkáň vazivového, cévního, chrupavčitého, kostního původu a podobně. Lymfomy, leukemie, myeloproliferativní a myelodysplastická onemocnění patří do další skupiny tohoto konceptu, a to jsou **hematopoetické nádory**. Další v pořadí jsou **neuroektodermální nádory**, do kterých patří tumory z gangliových a gliálních buněk centrálního nervového systému, z periferních nervů, paraganglií a melanocytární nádory. **Germinální nádory** vznikají ze zárodečné totipotentní buňky, to znamená, že je zárodečná buňka schopna vytvořit jakoukoliv buňku, která se v organismu vyskytuje, germinální nádory jsou schopné diferencovat se v nádory podobné různým vývojovým stádiím jakékoliv lidské tkáň, a to buď somatické nebo extrasomatické. **Nádory smíšené**, do této kategorie se řadí léze, ve které jedna komponenta je nádorového původu, zatímco druhá komponenta je nenádorovou tkání, tato nenádorová tkáň je pasivně vtažená do nádorového procesu. Jako poslední součástí Virchowova konceptu rozeznáváme několik tumorů, tyto tumory nelze zařadit do předešlých kategorií, je to například mezoteliom, gestační choriokarcinom či chordom (Tomášek a kol., 2015, s. 22–23).

Dělení nádorů podle biologické povahy

Rozdělit nádory podle biologické povahy je v praxi pro lékaře velmi obtížný oříšek někdy až nemožný čin. Didakticky je však toto dělení velmi jednoduché. Jak se nádory chovají k hostitelskému organismu, tak můžeme tyto nádory rozdělit na benigní a maligní. Čtyři hlavní charakteristiky rozeznávají nádorovou malignitu či benignitu. Benigní a maligní tumory se určují se podle diferenciací nádorových buněk, podle rychlosti růstu nádoru, podle chování k okolním tkáním a v neposlední řadě podle schopnosti zakládat dceřiná ložiska. Pojem dceřina ložiska myslíme metastázy, což jsou druhotné ložiska nádorových buněk (Tomášek a kol., 2015, s. 23).

Benigní neboli **nezhoubné nádory** jsou dobře diferencované, jejich růst je pomalý a expanzivní to znamená, že stlačují okolní tkáň, jsou ohraničené, důležitým faktem je to, že netvoří metastázy a nerecidivují.

Maligní neboli **zhoubné nádory** jsou přesným opakem benigních. Nejsou dobře diferencované, rostou rychle a infiltrativně – prorůstají do okolních tkání a ničí je, nejsou ohraničené a recidivují. Důkaz maligního chování nádoru je zakládání a vznik metastáz.

Mezi nádory benigními a maligními rozeznáváme ještě jeden druh nádoru, který se z hlediska biologické povahy pohybuje mezi těmito dvěma skupinami, nazýváme ho

potencionálně maligní nebo také **semimaligní**. Jsou to nádory, jenž nezakládají metastázy, ale rostou infiltrativně.

1.1.2 Grading

Grading je termín, který se používá pro určení stupně malignity nádoru na podkladě histologických znaků. Grading je nejčastěji třístupňový nebo čtyřstupňový, ale může být i více-
stupňový. Avšak stále častěji se začíná v onkologii uplatňovat dělení dvou-
stupňové, které rozděluje nádory na low grade (rostou pomaleji, méně metastazují) a high grade (Tomášek a kol., 2015, s. 23-24).

Histopatologický stupeň tzv. **grade** charakterizuje míru buněčných změn a schopnosti nádoru vytvářet struktury podobné strukturám výchozí tkáně, tento proces nazýváme diferenciací nádoru. Stupeň určuje chování nádorů od nejméně agresivních až po nejvíce agresivní, může určit také citlivost k případné léčbě. V dokumentaci tento histopatologický stupeň můžeme pozorovat označením písmene G. Čtyřstupňový grading odpovídá slovnímu vyjádření: G₁ - dobře diferencovaný nádor, G₂ - středně diferencovaný nádor, G₃ - špatně diferencovaný nádor a G₄ - nediferencovaný nebo anaplastický nádor (Linkos: Histopatologický stupeň, 2018).

1.1.3 Staging

Staging je pojem určující stádium onemocnění. Stadium onemocnění určujeme na základě rozsahu primárního nádoru (dle velikosti a vztahu k okolním tkáním) a případných metastáz (Linkos: TNM klasifikace, 2018).

Klasifikační systém TNM

TNM systém slouží k jednoduchému popisu rozsahu nádoru a určení stádia onemocnění. Klasifikace byla celosvětově přijata, a to i včetně České republiky. TNM systém je celosvětově používán téměř pro všechny nádory, ale neplatí pro hematologické malignity, které mají své specifikace a taky neplatí pro tumor mozku (Vorlíček a kol., 2012, s. 58). Tento systém stagingu je založen na určení anatomických rozsahů nádorového onemocnění: T (tumor) N (noduli) a M (metastáze).

- **T – tumor** – určuje rozsah primárního nádoru (ložiska) a je označován číslicemi 1 až 4, které jsou připojeny k písmenu T a určují jeho velikost nebo vztah k okolním tkáním. Zjišťuje se klinickým a diagnostickým vyšetřením.

- **N – noduli** – stav regionálních lymfatických uzlin. Také zde se popisují připojené číslice s jejich přesnou charakteristikou. N1 – N3 značí narůstající postižení regionálních lymfatických uzlin. N0 znamená negativní nález.
- **M – metastáza** – popisuje přítomnost ne nepřítomnost vzdálených metastáz, včetně metastáz v mízních neregionálních uzlinách. Kategorie dále může být upřesněna podle lokalizace (Kubecová a kol., 2011, s. 8).

1.2 Rizikové faktory nádorového onemocnění

Vznik rakoviny ovlivňují biopsychosociální faktory. Do somatických rizikových faktorů pro vznik rakoviny řadíme například genetické, imunitní, hormonální faktory, dále jsou to pak radiační vlivy, infekce nebo chemikálie. Z psychosociálních a behaviorálních faktorů je to životní styl, do kterého řadíme expozici karcinogenům, tímto máme na mysli kouření tabáku, vystavování se na přímém slunečním záření bez jakékoliv ochrany pokožky, karcinogenní látky jsou taky asfalt, azbest a tak dále. Psychologické faktory, jako je například deprese, neschopnost vyjadřovat emoce, truchlení, emoční stres nebo osobnost jedince nemají přímou roli při vzniku rakoviny, ale ovlivňují spíše její průběh, prognózu (Raudenská, 2011, s. 244–246). Rizikové faktory můžeme rozdělit na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Do neovlivnitelných rizikových faktorů pro vznik rakoviny řadíme: věk, pohlaví, urbanizace, hereditární (dědičné, genetické) faktory. Mezi ovlivnitelné faktory patří: kouření, výživa, konzumace kávy (v nadměrném množství), konzumace alkoholu, rizika pracovního prostředí (chemický průmysl, stavebnictví, zdravotnictví, záření atd.), ionizující záření, azbest, ropné produkty, fosilní paliva, expozice látkám jako jsou pesticidy, herbicidy, fungicidy (Kollárová, Foretová a kol., 2006, s. 287 – 289).

Nemocní lidé kladou často otázku, co bylo příčinou jejich nemoci. Vznik maligního onemocnění má komplexní příčiny. Příčiny maligního onemocnění můžeme rozdělit do dvou skupin.

Faktory zevní

Míra, jakou zevní faktory přispívají ke vzniku maligních chorob není zanedbatelná, je nutné to brát vážně a v denní životě je co nejvíce minimalizovat.

- Tabák, kouření – kouření způsobuje nejčastěji karcinom plic, kuřáčky a kuřáci mají vyšší výskyt také jiných maligních chorob

- Pohybová aktivita – pohybová aktivita vede ke snížení hmotnosti, fyzická aktivita snižuje riziko vzniku rakoviny, nulová fyzická aktivita může přispět spolu s ostatními endogenními faktory na vzniku rakoviny
- Výživové faktory – množství potravin a chemických látek, které za život sníme a které projde naším tělem, ovlivňuje naše buňky, všechno co jíme, a co jsme kdy snědli, významně ovlivňuje naše zdraví
- Infekce – mohou vyvolávat maligní choroby
- Ionizující a ultrafialové záření – ionizující záření má prokázanou schopnost vyvolávat maligní onemocnění, jak bylo v praxi potvrzeno, záření zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorů kůže, riziková pro vznik kožních nádorů jsou také solária
- Chemické látky – mnohé chemické látky mají potenciál vyvolávat maligní choroby, mezi typické patří azbest chlorované uhlovodíky a jiné
- Chemoprolaxe – tento termín se používá pro prevenci nemocí, pomocí podávání chemicky či biologicky připravené látky zdravým lidem

Faktory vnitřní, genetické

Každé nádorové onemocnění je způsobeno genetickými změnami na buněčné úrovni. Existují vrozené mutace, které jsou přítomny ve všech buňkách organismu a vytvářejí vysokou predispozici ke vzniku určitého nádoru. Familiární výskyt popisuje fakt, že určitý typ nádorů se vyskytl vícekrát v rámci jedné rodiny. Zjištění familiárního výskytu vede k doporučení k dříve zahájených preventivních prohlídkách (Vorlíček a kol., 2012, s. 33-47).

1.3 Prevence nádorového onemocnění

Prevence je nejúčinnější a nejlevnější opatření proti nádorovému onemocnění. Primární prevence je zaměřena proti vzniku onemocnění. Občanům jsou vhodně a srozumitelně poskytnuty informace a je jenom jejich volba, jak tyto informace využijí. Primární prevence je zaměřena na zdravé lidi a je z velké části záležitostí každého jedince. Cílem primární prevence je předcházet zdravotním problémům. Sekundární prevence je obvykle definována jako včasné vyhledávání nemocí a jejich včasné léčení. Terciární prevence je zaměřena k doléčování a návratné péči, můžeme na ni pohlížet taky jako na opatření, kterým se má zabránit vzniku nežádoucích, trvalých nebo dlouhodobých následků nemoci (Vorlíček a kol., 2012, s. 49). Prevence je pro člověka důležitá, proto by se každý měl vyhýbat působením karcinogenních látek a měl by posilovat imunitu rozumnou životou správou a zdravým životním stylem (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 17).

2 ASPEKTY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Docent Jiří Jankovský uvádí: „*Povinností zdravotnického personálu je nemocnému i jeho blízkým účinně a smysluplně pomoci nést břemeno, kterým závažné onemocnění bezpochyby je, a to až do stavu akceptace vážného onemocnění a vyrovnání se s okolnostmi s tím souvisejícími.*“ (Jankovský, 2018, s. 148).

2.1 Psychologické aspekty onkologicky nemocných

Do systému komplexní ošetrovatelské péče patří zejména pochopení onemocnění. Rodina a zdravotní pracovníci jsou ti, kteří mohou pomoci nemocnému zvládat emocionální změny, které se v něm bouří, mohou pomáhat dobře reagovat v průběhu léčebného procesu a pozitivně ovlivňovat změny osobnosti. Pacient nesmí mít pocit, že v boji s nemocí zůstal sám.

2.1.1 Komunikace

Komunikace je univerzální pojem s mnoha významy. V dnešní době komunikuje úplně každý. Komunikovat znamená vzájemně si poskytovat informace, vyměňovat si myšlenky, postoje, jednání a emoce, abychom si navzájem porozuměli. Běžně si pod tímto pojmem představujeme sdělování informací, dorozumívání. Ve zdravotnictví se tedy jedná hlavně o výměnu informací týkajících se zdravotního stavu pacienta a péče o pacienta. Zdravotnický pracovník musí umět s pacientem efektivně komunikovat, efektivní komunikace nám umožňuje partnerskou spolupráci pacienta na léčbě. Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče o nemocného a je jejím základem. Zdravotníci musí komunikovat hlavně mezi sebou, protože dobrá komunikace mezi zdravotníky vede k týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta a je zdrojem spokojenosti pacientů, příbuzných i samotných zdravotníků. Nevládnutá komunikace je zdrojem nespokojenosti, různých problémů a zbytečných konfliktů (Vévoda a kol., 2013, str. 65-66).

Sociální komunikace

Člověk v rámci interakce s okolním světem komunikuje, je to významná činnost. Jiří Jankovský definuje sociální komunikaci jako: „*Vzájemné sdělování a vyměňování informací v rámci společenského prostředí.*“ Komunikace je pro náš život důležitá, lidé komunikují o všem, je součástí našich životů. Přestane-li člověk komunikovat, dalo by se říct, že je to nějaký zřetelný projev jeho rezignace. Komunikujeme verbálně pomocí lidské řeči,

kteřá souvisí s myšlením, nebo neverbálně. Neverbální komunikace toho zahrnuje mnoho například mimiku, gestiku, intonaci našeho hlasu při komunikaci a jiné, prakticky komunikujeme celým naším tělem. Neverbální komunikace je velmi rychlá a poskytuje důležité informace o emocích (Jankovský, 2018, s. 74-76).

2.1.2 Sdělování diagnózy nebo prognózy

Onkologická diagnóza je všeobecně chápána jako špatná zpráva. Velmi obtížně se daří ovlivňovat strach z nemoci vzhledem k vysoké mortalitě na rakovinu (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 172). Nikdo nemůže naučit zdravotnický personál, obzvlášť lékaře, jak mají správně oznámit pacientovi onkologickou diagnózu, která jim prakticky změni celý dosavadní život. Nikdo nemůže poskytnout takový návod, či postup, který by oznamovatele osvobodil od ochromujících pocitů. Jejich sdělení ale nepochybně ovlivní nemocného, a i jeho blízkého okolí, máme tím na mysli rodinu a přátele. Obecně říci, zdravotnický personál je informován o nutnosti zachovávat k pacientům empatický a chápavý přístup (Tomášek a kol., 2015, s. 130). Existuje celá řada doporučení, jak sdělovat špatné zprávy, přesto každá situace musí být sdělována individuálně. Způsob vedení lékařského dialogu s pacientem může předurčit celou řadu jevů a v důsledku tak působit i na úspěšnost procesu léčby (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 68-69).

Zásady při sdělování diagnózy

Pacient má právo znát svůj zdravotní stav. Důsledek sdělení diagnózy psychicky zatěžuje jak pacienta, tak i zdravotníka, který tuto informaci sděluje.

➤ **Vhodná doba**

Jednou ze zásad správného sdělení vážné diagnózy je vhodná doba. Máme tím na mysli, že by se vážná diagnóza neměla sdělovat například před koncem pracovní doby. Každý zdravotník je již ke konci dne unavený a myšlenkami je již úplně někde jinde. Taky konec pracovní doby určuje být rychlejší, aniž bychom to vůbec chtěli, jsme tak prostě nastaveni. Není vhodné diagnózu sdělovat ani před víkendem, protože pacient v tu dobu se sdělením zůstává sám. Což opravdu není dobré pro jeho psychiku.

➤ **Dostatek času**

Je potřeba mít na mysli, že některé informace bude potřeba zopakovat, a to i několikrát. Pro obeznámeného je to těžká situace, se kterou se bude muset vypořádat. Je to šok, někdy obeznámený nemusí být myšlenkami zrovna s námi. Je to

pochopitelné. Proto je vhodné zvolit okamžik dostatečně dlouhý. Zdravotník by si měl ověřit, jestli mu pacient porozuměl. Ze zkušeností je ověřeno, že pacient může zůstat v pasivitě, protože cítí tlak na nedostatek času ze strany zdravotníků. Snaha pacienta je potom taková, že nechtějí příliš mnoho zatěžovat lékaře, „neokrádat“ ho o čas, proto se nemusí ptát na otázky, které by ho zajímaly. Cílem lékaře by neměla být jenom pouhá informace o diagnóze či prognóze nemoci. Ke sdělení informací je možné se vrátit v opakovaných schůzkách lékaře s pacientem. Pocit respektu, důstojnost a spolupráce je důležitá jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře či jiného zdravotního pracovníka.

➤ **Citlivý a empatický tón**

Pacient potřebuje vnímat lékaře jako člověka, na kterého se může spolehnout a v případě potřeby obrátit. Onkologičtí pacienti bývají velmi vnímaví a citliví. Na případné jemné rozdíly v rozhovoru můžou reagovat negativními emocemi, jako je vyděšení, úzkost, smutek, zloba nebo vztek. Vhodné je zvolit uklidňující tón hlasu, ne příliš urvaný či jinak rezonantní, který by mohl pacient vnímat obtížně.

➤ **Vést dialog**

Důležitou věcí je nechat prostor pro pacienta na jeho dotazy, myšlenky, objasnění, pochopení. Role lékaře pro pacienta je v tomto případě vnímána jako autoritativní, kterou musí vyslechnout. Častým případem je neporozumění na straně pacienta, důvodem může být silný emoční stav nebo taky kognitivní náročnost, nepozornost nebo obranný mechanismus. Je nutné zjistit, zda pacient informacím rozuměl a adekvátně je zpracoval.

➤ **Nabídnutí psychické podpory**

Komplexní péče o pacienta zahrnuje ujištění nemocného, že je to právě on, kdo je v léčbě důležitým členem a jakákoliv reakce je přiměřená. Onkologická nemoc s sebou nese množství nároků, které nemocného a jeho blízkého okolí nutí přizpůsobit se mnoha aspektům běžného života, na které dosud nebyl zvyklý a čemu dosud nevěnoval žádnou pozornost. Prochází si extrémním stresem. Spolupráce s psychologem je vhodná. Nabídku psychologa či jiné odborné spolupráce činí lékař, cílem spolupráce s odborníkem je podpora adaptace na nemoc, do jisté míry snadnější zpracování traumatizujícího tématu a zátěže (Tomášek a kol., 2015, s. 132–133).

Potřeby pacienta při sdělování diagnózy

Potřebou pacienta je znát informace o svém zdravotním stavu. Informace pro pacienta by měla být podána tak, aby jí porozuměl a aby byl schopen jí přijmout a zpracovat. Při podávání informací by si sdělující měl dávat pozor na zahlcování nemocného informacemi, někdy méně bývá více. Pacient potřebuje přijetí a prostor. Ujistění, že se bude moci ještě s tématem nemoci opakovaně zabývat ve spolupráci s lékařem. Klást lékaři otázky a dostávat na ně otevřené odpovědi. Další potřebou je akceptace, jistota. Pacient potřebuje vědět, že lékaře zajímá jeho aktuální stav a potíže, na které bude schopen adekvátně reagovat. Potřeba zájmu a emoční podpory, to nemocnému vytvoří respekt a důvěru ke zdravotnímu personálu. Pokud lékař není upřímný, pacient to jistě pozná (Tomášek a kol., 2015, s. 130–132).

Spolupráce s psychologem

Ne všechna onkologická centra v ČR mají v týmu psychoonkologa. Psycholog nebo psychoonkolog je ve světě běžnou součástí komplexní péče o onkologického pacienta. Poskytuje nemocnému psychoterapii před, v průběhu i po onkologické léčbě, koordinuje léčebné postupy s lékaři i sestrami. Plní úlohu prostředníka mezi pacientem a jeho rodinou (Linkos: Psychologická péče na onkologických pracovištích, 2018).

Role psychologa

Psycholog pomáhá zpracovat negativní emoce nemocného jako jsou pocity ohrožení, zklamání, smutek, obavy, zlost či apatii a mnoho dalších. Psycholog se aktivně podílí na zvládnání dlouhodobé frustrace, která vznikla s nemocí nebo se sdělením prognózy, zároveň pacientovi pomáhá se zorientovat v jeho nové životní situaci, podporuje porozumění pacienta, pomáhá s vyrovnáním se s nečekanou změnou životní perspektivy v souvislosti se sdělením diagnózy. Psycholog je tím, kdo posiluje vnitřní sebedůvěru nemocného a jeho rodiny (Tomášek a kol., 2015, s. 134–135).

2.1.3 Fáze psychické odezvy na závažné onemocnění podle E. Kübler-Rossové

Důležitým faktorem je uvědomit si, že průběh vyrovnání se nemocného se závažným onemocněním není lineární, není nijak načasovaný ani předpovězený. Jednotlivé fáze mohou mít různou délku trvání a mohou se opakovat nebo naopak chybět (Jankovský, 2018, s. 145). Sestry, které pracují na onkologickém oddělení se setkávají s pacienty v různých

fázích odezvy na onemocnění. K lepší péči o pacienty, by každá zdravotní sestra měla znát fáze psychické odezvy na závažné onemocnění (Vorlíček a kol., 2012, s. 433).

První stádium – popírání a izolace

Šok je emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy. Šok se může projevovat pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem nebo naopak strnulostí (Vorlíček a kol. 2012, s. 433). Většina pacientů s těžkým chronickým onemocněním reagují na svou diagnózu slovy: „*Ne, to mě se určitě netýká, to nemůže být pravda.*“ K nějaké formě popírání se uchylují téměř všichni pacienti a netýká se to jenom první fáze nemoci nebo hned bezprostředně po oznámení nemoci, týká se to čas od času taky fází pozdějších. Podle slov Elisabeth Kübler-Rossové: „*Popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi, aby se vzchopil a postupem času v sobě zmobilizoval jiné, méně radikální obranné strategie.*“ Tuto fázi tedy můžeme shrnout, že se jedná o první pacientovu reakci na zprávu o změně jeho zdravotního stavu. Může se objevit šok, otřes, ze kterého se postupně zotavuje. Dále, když člověk najde sílu vzchopit se, obvykle reaguje stylem: „*Ne to, není možné, je to omyl, nemůže se to týkat mě.*“ Fáze popírání bývá pro člověka s onkologickou diagnózou jen dočasnou obrannou strategií, poté je tato fáze vystřídána částečným přijetím skutečnosti (Kübler-Ross, 2015, s. 51–55).

Druhé stádium – zlost

Když je první fáze popírání již neudržitelná, přidávají se pocity zlosti, nenávisti, vzteku a rozmrzelosti. V této fázi slyšíme pacienty říkat slova: „*Proč zrovna já?*“. Tato fáze zlosti a agrese je nejobtížnější hlavně pro rodinu a personál. Hněv pacienta se obrací na všechny, co se kolem něj ocitnou, vybíjí se skoro na komukoliv. Nejčastěji jsou terčem zlosti sestry, ať udělají cokoliv, vždycky je to špatně. Rodina, která přijde na návštěvu, pacienti přijímají bez úsměvu a radostného očekávání. Příbuzní často reagují smutkem nebo slzami, mají pocity provinění nebo studu. Když lidé v okolí pacienta chápou a respektují jeho situaci a jeho samotného, věnují mu svůj volný čas, nemocný brzy zmírní své zlostné požadavky (Kübler-Ross, 2015, s. 64–66). V této fázi je komunikace s pacientem velmi těžká, je třeba si uvědomit, že na zmírnění agresivního chování působí hlavně profesionální komunikační schopnosti (Vorlíček a kol., 2012, s. 434).

Třetí stádium – smlouvání

Pro pacienta je toto stádium smlouvání užitečné. Vážně nemocný pacient si nejčastěji přeje prodloužení života a prožití alespoň několik dnů bez bolesti či fyzických obtíží. Podle

Elisabeth Kübler-Rossová: „*Smlouvání je vlastně pokusem o odklad; musí obsahovat odměnu, jenž by měla přijít za dobré chování, stanovuje dobrovolně zvolený „koncový termín“ (ještě jedno představení, synova svatba) a zahrnuje také implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tento odklad udělen.*“ Většinu smluv uzavírají pacienti s Bohem a není obvyklé, že to drží v tajnosti (Kübler-Ross, 2015, s. 98–100).

Čtvrté stádium – deprese

Když už pacient nemůže dál svou nemoc popírat, když už u něj přibývá více zjevných příznaků nemoci a ubývá mu sil, tak tohle všechno nemůže snášet s úsměvem, to je pochopitelné. Elisabeth Kübler-Rossová rozlišuje dva druhy depresí. Ta první z nich je deprese reaktivní. Je to takový typ deprese, kdy vnímanému člověku nedá moc práce zjistit, co je příčinou deprese a dokáže zmírnit pocity viny a studu, které deprese často doprovázejí. Druhý typ je deprese přípravná. K tomuto typu deprese dochází v důsledku hrozících ztrát. Každá z těchto dvou depresí je jiné povahy, tudíž bychom k nim měli přistupovat s jiným náhledem (Kübler-Ross, 2015, s. 101–102). Komunikace s pacientem, který prochází fází deprese, je velmi složitá. V tomto období nemá pacient náladu ani sílu s někým mluvit, často pacienti propukají v pláč. Doporučenou komunikací jsou empaticky podpůrná slova plná naděje. Tato fáze psychické odezvy na onkologické onemocnění je jak pro pacienta, tak pro zdravotníky a rodinu velmi vyčerpávající a náročné (Vorlíček a kol., 2012, s. 434-435).

Páté stádium – akceptace

Akceptace je doba, která je zbavena všech pocitů. Je to období, kdy pacient dosáhne určitého vnitřního pokoje a smíření (Kübler-Ross, 2015, s. 127-128). Přijetí pravdy může probíhat dvojím způsobem. Smíření a nastolení důstojného klidu nebo rezignace a zoufalství, v této fázi může být člověku velkou pomocí víra. Úkolem všech lidí, kteří jsou v závěrečné fázi nemocným nablízku, je udělat všechno pro to, aby proces vyrovnání se se závažným onemocněním nakonec vyústil do fáze smíření, a ne do fáze rezignace (Jankovský, 2018, s. 144-145). V této fázi se pacienti zklidní a jsou schopni pokračovat ve své léčbě. Pacient v této fázi komunikuje přiléhavě o svých pocitech. Pacient dokáže přijímat zprávy a racionálně je zpracovávat (Vorlíček a kol., 2012, s. 435).

2.2 Sociální aspekty onkologicky nemocných

Smysl sociální práce ve zdravotnictví je pomoc sociálního pracovníka pacientovi a celé jeho rodině při zmírňování nebo odstraňování negativních sociálních důsledků nemoci. Pomoc je realizována formou odborného sociálního poradenství, individuální případové práce s pacientem, na kterou navazuje zajištění vhodné služby sociální péče a sociálních služeb.

2.2.1 Sociální dopady onkologických onemocnění

Mezi nejčastější sociální dopady onkologických onemocnění můžeme řadit:

- Pracovní neschopnost – onkologické onemocnění a jejich léčba podmiňují několikaměsíční dočasnou pracovní neschopnost vzhledem k jejich náročnosti a dlouhodobosti.
- Invalidita – řada onkologických onemocnění vede k invaliditě různého stupně.
- Stupeň závislosti – přiznání příspěvku na péči.
- Průkaz osoby se zdravotním postižením – rozhodující je dopad na pohyblivost nebo orientaci onkologicky nemocných.
- Přiznání statutu osoby zdravotně znevýhodněné – zvýšená ochrana na trhu práce osobám, které mají zachovanou schopnost vykonávat výdělečnou činnost, která je podstatně omezená z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Šuryová, 2017).

Sociální situace nemocného

V průběhu onkologického onemocnění dochází mnohdy ke změnám rolí, a to zahrnuje i změny v sociální situaci člověka. Pro mnoho lidí onkologické onemocnění znamená ohrožení jejich sociálního postavení, společenské i rodinné. Mění se sociální role, potřeby a sociální prostředí a profesní zařízení. Nemocí se může zhoršovat i ekonomické zabezpečení, a to může vést ke změnám vztahů v rodině. Jsou kritické časy, kdy nemocný pociťuje nátlak a uzavírá se sám do sebe čímž způsobí izolaci od svého nejbližšího okolí. Sociální izolace vzniká porušením sociálních a mezilidských vztahů, nemocný má pocit ztráty životní jistoty. Toto všechno postupně vede k roli, kdy se nemocný stává sociálně závislým a potřebuje pomoc (Zacharová, 2011, s. 19-20).

2.2.2 Sociální pomoc pro onkologicky nemocné

Sociální opora v nejširším smyslu vyjadřuje pomáhání druhým lidem, kteří se nachází v těžké zátěžové nebo stresové situaci. Pojem sociální opora souvisí s prožíváním existence a blízkosti jiných osob, které zaujímají vůči nemocnému emocionálně blízký vztah. Patří v dnešní době k nejvýznamnějším moderátorům stresu, může mít vliv na celkový zdravotní stav člověka i na průběh každého onemocnění (Mlčák, 2011, s. 59-60). Sociální pracovníci mohou nabídnout pomoc v obecnější rovině, při hledání konkrétních sociálních, psychosociálních, sociálně právních a sociálně ekonomických problémů. Ve chvíli, kdy je určována diagnóza, si pacient uvědomuje, že se bude poměrně výrazně měnit celá finanční situace jeho i celé jeho rodiny, v tomto případě sociální pracovníci mohou podávat informace k čerpání pracovní neschopnosti, k nároku na invalidní důchod, případně určitá skupina pacientů, kteří nedosáhnou ani na dávku nemocenské či invalidního důchodu, pak mohou sociální pracovníci poradit a podat informace, alespoň k dárkám hmotné nouze. Dále je to poradenství sociálních pracovníků o zajištění další péče v rodině. V době vlastní onkologické terapie sociální pracovníci poskytují odborné sociální poradenství, které se týká sociálních příspěvků, dávek a výhod. Sociální pracovníci radí i v oblasti kompenzačních pomůcek, mohou nasměrovat pacienta i k tomu, že může získat pomoc z nadací či nadačních fondů. Zajištění informací k dopravě pacienta, kdy kromě běžně využívané přepravy sanitním vozidlem, se dá využít i dopravy soukromým vozem a také využití terénních služeb (pečovatelská služba, domácí zdravotní péče). V době remise a rehabilitace, kdy by měl pacient nabírat sílu, odpočívat a relaxovat, může sociální pracovník poskytnout informace například v oblasti sociální rehabilitace (zapojit pacienta na organizace, které sdružují pacienty se stejným onemocněním a pak se navzájem povzbuzují), poskytují poradenství o postupu při zajištění lázeňské péče. Nemoc může dospět až do terminálního stádia a tady sociální pracovník pomáhá a řeší otázku další péče (služba home care, domácí hospicová péče, zajištění vhodných kompenzačních pomůcek) a zajištění následné péče lůžkové (Šuryová, 2017).

Z hlediska podpory zdraví rozlišujeme několik typů sociální opory.

- Makrosociální opora – je realizována v rámci velkých společenských celků. Tuto oporu zahrnuje např. stát nebo mezinárodní organizace a podobně.
- Mezosociální opora – je uskutečňována na úrovni společenských institucí, nejčastěji poskytující zdravotnické a sociální služby. Jsou to často poradenské organizace.

- Mikrosociální opora – je neformálním způsobem poskytována od nejbližšího okolí. Máme tím na mysli např. partnery, příbuzné, přátelé a jiné (Mlčák, 2011, s. 59).

Nemoc a finance

Onkologická diagnóza a léčba onemocnění s sebou přináší pochopitelně různé finanční výdaje, se kterými člověk nepočítal. Pacient je nyní v roli řešení, jak vzniklou situaci dle svých možností vyřešit. Je potřeba si uvědomit, že onkologická léčba zpravidla trvá dlouho, a to konkrétně i několik měsíců. Mimo pomoc rodiny, ale i stát zajišťuje nemocnému základní finanční příjem. Tím máme na mysli například poskytnutí pracovní neschopnosti, invalidního důchodu, podpory při ošetřování člena rodiny, poskytování dlouhodobého ošetrovného a v neposlední řadě pobírání různých příspěvků jako jsou například: příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a jiné.

Onkologicky nemocný má v průběhu léčby svého onemocnění a po ní nárok na různé rehabilitační a kompenzační pomůcky, jejichž účelem je sloužit k nácvičce pozbytých dovedností nebo ke kompenzaci handicapu. Kompenzační pomůcky související přímo s onkologickou léčbou může předepsat přímo onkolog. Onkologicky nemocní využívají nejčastěji kompenzační pomůcky jako jsou: paruky, epitéza (po ablaci prsu), kompresivní podprsenky, kompresivní návleky a stomické pomůcky (Slavíková a kol., 2018, str. 14-23).

2.2.3 Rodina a nemoc

Osoby, které spojuje biologická, sociální a právní vazba, lze považovat za rodinu. Rodina poskytuje péči a ochranu všem svým členům, zvláště tehdy, kdy nejsou schopni se sami o sebe postarat (Bužgová, 2015, s. 113). Onkologický pacient potřebuje cítit podporu ze svého okolí. Podpora onkologického pacienta je základem při zvládnutí jeho boje s nemocí. Pacienti, kteří mají silnou podporu v rodině a přátelích jsou v procesu léčby psychicky odolnější, mají větší motivaci k zapojení se do léčebného procesu a uzdravení se. Pozitivní zvládnutí onkologické nemoci je kromě kvalitní komunikace se zdravotnickým personálem, také účast a podpora rodiny a přátel. Léčbu naopak může komplikovat pasivní a odevzdaný postoj k nemoci, špatná psychika, malá podpora ze stran těch nejbližších a tendence se do sebe uzavírat (Zacharová, 2011, s. 19-20).

Člověk má pochopitelně plné právo na úlevu v jeho těžkém období, tu nejčastěji projevuje pláčem, nářkem nebo taky prosbou i obviňováním. Pro nemocného je důležité, aby mu byla rodina nablízku a pomohla mu zvládnout nepřízeň osudu. Pro dobrou spolupráci mezi

rodinou a nemocným je otevřený dialog, to nám zajišťuje komunikace jak verbální, tak i neverbální, někdy haptikou dokážeme vyjádřit pocity mnohem více než slovy. Nemocným dává komunikace s rodinou prostor pro vypovídání se, postěžování si, napomáhá jejich přijetí utrpení i k rozvoji solidarity s nemocným. Rodinní příslušníci často nesou vážné onemocnění člena rodiny hůře než sám nemocný (Jankovský, 2018, s. 141-148).

Rodinný příslušník

Nemoc zasáhne ne jenom nemocného ale i rodinu a blízké, prakticky celý rodinný systém, který je velmi citlivý. Utrpení blízkých přivádí členy rodiny do labyrintu různých pocitů a myšlenek, které je provází po celou dobu léčby. Ze začátku rodinu ochromí pocity bezmoci jak svému blízkému nemocnému pomoc. Poté se dostavují pocity ambivalentní a různorodé, členové rodiny se k těmto pocitům neradi přiznávají, kolísají mezi pocity úniku, kdy se člověk chce dostat z dané situace až k nějakému sebeobětování. Blízké okolí pacienta se různě adaptuje na onemocnění, kdežto širší okolí pacienta neví, jak má reagovat na pacienta, který má onkologickou diagnózu a jak s ním mluvit (Romanová, 2017).

Rodinný příslušník potřebuje dostatek času, aby si našel svoje místo vedle nemocného, je potřeba určitého času, než najde přiměřenou rovinu jak nemocnému co nejvíce pomoc. Rodina nemocného taky potřebuje podporu a energii. Často rodiny nemocného fungují tak, že všechno podřídí nemoci a investují do toho všechno, mohou nasadit tělesné zdraví, rodinný život až po zapovězení si jakýchkoliv všedních radostí. Zdrojem napětí a tápání rodinných příslušníků jsou pocity přílišné odpovědnosti (zda to co ten rodinný příslušník dělá, je dostačující). Rodinný příslušník může mít pocity viny, za to že je zdravý, že není stále přítomný u nemocného, nebo že má z něčeho radost. Rodina nemůže potlačovat své pocity, protože vedou k nadměrné psychické zátěži. Pro rodinu je důležité uvědomit si a připustit si vlastní pocity viny, umět o nich mluvit a vyjádřit je slovy. Dalším důležitým faktorem je uvědomit si hranice a stanovit limity rodiny a limity odborné péče. Psychologická péče je významná i pro rodinu nemocného, nejenom pro konkrétního pacienta. Nemoc může rodinu zcelit ale i rozdělit. Je třeba pro rodinné příslušníky dostatek času na odpočinek, pozitivní zážitky a připustit si k sobě z venku někoho, kdo přinese další energii. Při ošetřování nemocného je důležité pečovat taky o sebe samého – rodina nemůže zapomenout pečovat sama o sebe (Romanová, 2017).

Péče o onkologicky nemocné nemůže být zaměřena pouze na odbornou léčbu, ale musí každopádně zahrnovat psychickou a sociální pomoc. Psychosociální podporou můžeme dosáhnout toho, že pacienti a jejich rodiny budou prožívat reálný život. Je vhodné, aby

zdravotníci pomohli pacientům kontaktovat nebo alespoň poskytnout kontakty na různé organizace a společnosti, kteří jsou schopni poskytovat odbornou a profesionální pomoc v této problematice (Zacharová, 2011, s. 19-20). Psychosociální péče pokrývá širokou škálu služeb. V nejširším smyslu pokrývá všechny aspekty péče o pacienty jiné než biomedicínské terapie zaměřené na léčbu onkologického onemocnění. Zahrnuje tedy identifikaci potřeb pacientů, usnadnění komunikace, poskytování celé řady služeb jako je edukace pacientů, systém péče a seznámení s léčebným plánem, účinné zvládnání nežádoucích účinků léčby (bolest, únava, emocionální strádání). Celkovým cílem psychosociální péče je zajistit, aby byl pacient léčen holisticky s cílem maximalizovat kvalitu života pacienta (Fann, Ell a Sharpe, 2012, s. 1178).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ONKOLOGII

Práce zdravotnického personálu na onkologickém oddělení je velmi náročná. Jako každé jiné oddělení v nemocnici, má oddělení onkologie svá specifika. Ošetrovatelská péče o onkologického pacienta vyžaduje samozřejmě holistický přístup ze strany nejen sestry, ale celého nemocničního personálu. Práce zdravotnického personálu na onkologickém oddělení vyžaduje profesionalitu, zodpovědnost, velkou dávku empatie, komunikační zručnosti a v neposlední řadě lásku k druhému člověku a ke svému povolání.

3.1 Sestra na onkologickém oddělení

Povolání sestry je jedno z nejnáročnějších po stránce mezilidské komunikace, často se v něm dostavuje emoční vyčerpání a někdy dokonce až syndrom vyhoření. Zdravotní sestra musí najít rovnováhu mezi empatií, komunikací s pacientem a částečným odstupem v zájmu zachování vlastního duševního zdraví. Hlavní požadavek je respektovat lidskou důstojnost, svobodu a poskytnout odbornou péči ke zlepšení nebo co k nejděšímu udržení přiměřené kvality života pacienta. Jedním z faktorů, které ovlivňují kvalitu práce zdravotní sestry je znalost vlastní motivace ke zvolení svého povolání, dále pak uvědomění si vlastního očekávání, s jakým do práce nastupuje. Sestra si je vědoma svých nedostatků či předností a taky hranic svých možností (Dostálová, 2016, s. 11). Onkologická sestra pracuje ve škodlivém prostředí, její práce zahrnuje téměř každodenní styk s cytostatiky a kontaktu s různorodými infekcemi. Sestra, která ošetřuje onkologického pacienta, a to buď na lůžkovém oddělení nebo v ambulantní části, je pacientovi fyzicky i psychicky nejbliže. Při aplikaci léků intravenózně se ho dotýká, způsobuje a zároveň tiší bolest. Sestra je první a třeba taky jedinou osobou, které pacient svěří své emoce, pocity nebo nálady. Onkologická sestra se musí s údělem práce na onkologii vyrovnat, nejlépe udělá, když má opravdový zájem o práci na onkologickém oddělení, ovládá komunikační techniky a umí odpočívat, jenom tak se stane opravdovým profesionálem ve svém oboru. Mezi negativní psychosociální jevy, které provádějí sestru patří například řešení stresových situací, trvalá blízkost smrti, osobní nenaplněnost, uvědomování si vlastní smrtelnosti, smutek a únava, depresivní nálady i toto všechno provází sestru na onkologickém pracovišti. K tomu, aby sestry na onkologickém oddělení mohly plnit náročnou ošetrovatelskou práci, je třeba, aby jejich kolektiv byl v harmonii a v jakémsi celku, kde si všechny navzájem pomáhají a vycházejí si vstříc (Vorlíček a kol., 2012, s. 435-438). Mezi sociální dovednosti, které sestra potřebuje je – umět navázat kontakt s nemocným, vést produktivní dialog, pozitivně

ovlivňovat nemocného v jeho prožívání a chování, představovat různé typy rolí, umět reagovat na nepříjemné výroky a otázky pacientů a v neposlední řadě mít empatický přístup (Mellanová, 2017, s. 66). Empatie je pojem, který vyjadřuje vcítění se do někoho jiného. Empatické chování ve zdravotnictví se skládá ze čtyř základních kroků. První krok je pozorování pacienta, kde z viděné řeči jeho těla poznáme duševní stav pacienta. Druhý krok zahrnuje uvědomění si pocitů nemocného např. pocity osamění, viditelný strach nebo úzkost. Třetím krokem zjistíme z vlastní zkušenosti citového prožitku, co bychom potřebovali, pokud bychom se cítili jako náš pacient. Čtvrtým krokem se budeme pokoušet uspokojit potřebu pacienta (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 73).

Specifika sesterské práce na onkologickém pracovišti

Zdravotní sestra je v týmu, který pečuje o onkologického pacienta. Tým vede přednosta pracoviště, pod kterým jsou ošetřující lékaři, psycholog, vrchní sestra, staniční sestra, zdravotní sestry, nutriční terapeut případně fyzioterapeut a sociální pracovník. Sestry v lůžkových částech musí vést pečlivě záznamy v sesterské dokumentaci. Musí správně definovat ošetrovatelské problémy u svých pacientů, se kterými se setkala při ošetrování nemocných. Sestra pracující na lůžkových částech onkologického oddělení kromě odborných znalostí musí být i psychicky zdatná (Vorlíček a kol., 2012, s. 437). Práce s onkologickými pacienty znamená být s nimi, být v jejich blízkosti a být nablízku, když to nejvíce potřebují (Heřmanová a kol., 2012, s. 96).

Komplexní péče o onkologického pacienta zahrnuje přípravu a podávání léků, infuzí, parenterální či enterální výživy, hygienickou péči, plnění ordinací od lékařů, vyhledávání ošetrovatelských problémů a jejich řešení. Role sestry při chemoterapii je následovná. Sestra musí mít velmi dobré znalosti o účinku cytostatických léčiv a jejich vedlejších účincích, musí znát zásady zacházení s cytostatickými léčivy, rizika související s aplikací cytostatik a musí znát předepsanou dokumentaci. Onkologická sestra umí od pacienta získat informace, které povedou ke stanovení ošetrovatelských diagnóz, pomocí kterých budou uspokojovány potřeby pacientů v průběhu chemoterapie. Na sestry jsou kladeny odborné i psychosociální nároky, jejichž znalosti musí být stále doplňovány a rozvíjeny (Vorlíček a kol., 2012, s. 156-157). Základními úkoly sestry při aplikaci chemoterapie jsou hlavně dobrá komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky, péče o žilní vstupy, aplikace chemoterapie a ošetrování při extravazálním podání, vedení dokumentace, likvidace cytotoxického odpadu a v neposlední řadě sledování nežádoucích účinků chemoterapie (Vorlíček a kol., 2012, s. 135). Sestry aplikují centrálně nařazená cytostatika na pokojích pacientů,

v současné době se používají intravenózní kanyly, které zajistí bezpečné podávání cytostatik do žilního řečiště. Při paravenózním podání cytostatik může dojít až k nekróze okolní tkáně, proto průběh podání chemoterapie musí sestra neustále kontrolovat a před podáním cytostatik, by měla sestra pacienta poučit, aby hlásil jakoukoliv změnu. Hygienickou péči věnuje sestra každému pacientovi individuálně, někteří pacienti zvládnou hygienickou péči úplně sami a některým se musí dopomoc, nebo úplně pomoci, pokud je pacient ležící a nesoběstačný. Sestra věnuje zvláštní péči pacientům po ozařování, u kterých může vzniknout radiodermatitida (vyznačuje se začervenáním a mokváním kůže) - poškození kůže v důsledkem ozařování. Ošetrovatelskou péčí se onkologická sestra snaží předcházet mechanickému nebo chemickému dráždění kůže. O kůži po ozařování je třeba se starat nejčastěji se promazává dvě hodiny po ozáření. Sestra musí ovládat správný aseptický postup při ošetřování narušené integrity kůže, obzvláště dbá na prevenci zanesení infekce. U většiny pacientů dochází k narušení příjmu potravy během onkologické léčby. Většina z nich trpí nechutenstvím, nauzeou a zvracením. V dnešní době již existují léky, kterými se tlumí nevolnost a nechutenství. Také existuje mnoho výživových doplňků, které obsahují velké množství energie a všech složek, které jsou důležité pro co nejlepší fungování organismu (Pražský, 2013). Úkolem sester je eliminovat faktory úzkosti, strachu, nespavost a zajistit včasné zahájení antiemetické léčby, poté sledovat a dokumentovat účinky antiemetické léčby. Buňky sliznic trávicího traktu jsou velmi často poškozovány cytostatickou léčbou. Nejčastěji se projevují průjmy mnohdy i s příměsí krve, při značně toxickém poškození sliznice může průjem přejít do zácpy a může skončit až ileózním stavem. Sestra musí pacienta poučit o možnosti poškození sliznice, doporučí zvýšenou hygienu, cílem péče je předejít infekci na porušené sliznici a zmírnovat tím bolestivost a další potíže (Vorlíček a kol., 2012, s. 142-143). Sestry na onkologickém oddělení váží a měří pacienty, jelikož jsou tyto faktory velmi důležité při nastavování léčby pacienta (Chernecky a Murphy – Ende, 2009, s. 553).

Důvodem zavedení žilního vstupu u onkologických pacientů je nejčastěji plánované podání cytostatické léčby, aplikace podpůrné léčby nebo parenterální výživa, cílem zavedení žilního vstupu je bezpečná aplikace léčiv. Nejčastěji se používají tři typy žilních vstupů: flexila, Hickmanův katétr a port. Sestra má za úkol pečovat o venózní vstupy a udržovat je průchodné, zajistit maximální délku používání a zabránit infekčním komplikacím (Vorlíček a kol., 2012, s. 137). U onkologických pacientů se často setkáváme s implantabilními venózními porty, o které musí sestra pečovat. **Venózní port** je uzavřený

system, který zajišťuje dlouhodobý žilní přístup pro podávání léčiv a k získání krevních odběrů, tento systém umožňuje opakované napichování komůrky pomocí speciální jehly. Port není po zavedení zevně viditelný, zůstává jen podkožní jizva. Manipulovat s portem by měla pouze všeobecná sestra proškolená v oblasti ošetřování portu na certifikovaném pracovišti. Před manipulací s portem je třeba kůži zdezinfikovat antiseptickým roztokem a pracovat ve sterilních rukavicích, do komůrky se vpichuje pouze Huberova jehla, její hrot nepoškozují silikonovou membránu. Aby nedošlo ke sražení krve v hadičce či komůrce a port zůstal průchozí naplňujeme jej tzv. heparinovou zátkou (5 ml fyziologického roztoku s heparinem v poměru 100 m.j./1 ml), do portu se aplikují pouze tekutiny nikdy ne vzduch (Vorlíček a kol., 2012, s. 96-97). Bolest představuje jeden z nejzávažnějších a nejobávanějších projevů nádorového onemocnění. Sestra na onkologickém oddělení pečuje o pacienty s bolestí a jejím úkolem je zjistit, jaké bolesti pacienti mají a jakou intenzitou mohou bolest označit (Chernecky a Murphy – Ende, 2009, s. 9).

Všichni onkologičtí pacienti bez ohledu na věk, pohlaví a sociální podmínky mají právo na nejlepší možnou detekci, diagnózu a léčeni (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 98).

3.2 Pomoc onkologicky nemocným

Pokud se nemocný a rodina ocitnou v tíživé životní situaci, kterou onkologická nemoc bezprostředně je, mohou být nápomocny mnohé organizace, které se zaměřují na problematiku onkologického onemocnění a pomoci nemocným a jejich blízkým. Každý v těžkém období vyhledává jakousi pomoc, mnozí konkrétně ani neví jakou. Někdo si chce pouze popovídat, někdo vůbec neví, kde začít a někdo potřebuje pomoc po finanční stránce. Na toto jsou připraveny organizace, které se zaměřují na pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké.

Amelie, z.s.

Centrum Amelie je spolek, který pomáhá onkologicky nemocným pacientům, rodinám nebo jejich blízkému okolí. Nabízí možnost bezplatné péče odborníků i laiků s podobnými zkušenostmi v překonávání vážné nemoci. Centrum Amelie nabízí psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké formou podání informací, individuálního a rodinného poradenství, nebo skupinových aktivit s cílem snížit negativní dopady onkologického onemocnění na nemocného i jeho blízké. Amelie vytváří řadu aktivit a projektů, které mají

za úkol pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým. Spolek Amelie se snaží, aby psychosociální pomoc byla dostupná všem v České republice (Amelie: Poslání, 2019).

Dobry anděl

Nadace Dobry anděl je systém, pomocí kterého mohou dárci, výrazně pomoci tisícům nemocných. Cílem systému Dobry anděl je, aby rodiny nemocných dostávaly pravidelnou měsíční finanční pomoc ve výši několika tisíc korun. Nadace Dobry anděl se snaží pomoci překlenout tíseň, do které se rodiny s dětmi rychle dostávají po propuknutí onkologického nebo jiného závažného onemocnění. Finanční pomoc je určena rodinám, které se vlivem nemoci dostaly do tíživé situace (Dobry anděl, 2019).

Pacientské organizace

Pacientské organizace pomáhají onkologicky nemocným pacientům a jejich rodinám zvládnout těžké okamžiky. Nabízí pomocnou ruku, pomoc s nalezením vhodných aktivit pro trávení volného času a poradenství. Pacientské organizace jsou dostupné po celé České republice, stačí si jenom vybrat organizace, která pro pacienta ta pravá a nejbližší. Pacienti mohou vybírat s mnoha dostupných organizací, například: Gaudia proti rakovině o.s., Liga proti rakovině, ARCUS – Život, sdružení onkologických pacientů, ZRNKO ŠTĚSTÍ, o.s., sdružení onkologických pacientů a mnoho jiných pacientských organizací (OnkoPortal, 2019).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

4.1 Formulace problému

Onkologické onemocnění se sebou přináší mnohé komplikace a změny do života pacienta, nejen tedy pacienta, ale i jeho rodiny a blízkého okolí, každý tuto problémovou situaci řeší individuálně a podle svých možností. Praktická část je zaměřena na informace, které se týkají psychosociální problematiky onkologicky nemocných pacientů při setkání s onkologickým onemocněním. Medicína se většinou zabývá somatickou a biologickou stránkou nemoci při léčbě jakéhokoliv onemocnění, tedy i onkologického. Psychické a sociální faktory, které mohou být v interakci s prožíváním nemoci bývají často v pozadí. Abychom mohli být pro nemocné oporou je potřeba vědět, jak oni sami nemoc prožívají a co jich v léčbě nejvíce ovlivňuje. Na člověka by se mělo pohlížet holisticky, tedy jako na celek bio-psycho-sociální. Je potřeba chápat a znát situace, které vznikají v souvislosti s onkologickým onemocněním a využívat je jako vodič k přístupu k nemocnému a jeho rodině.

4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv má onkologická diagnóza a terapie na psychosociální aspekty života pacienta.

Dílčí cíle výzkumu

1. Zjistit, jak onkologické onemocnění působí na psychiku nemocného.
2. Zjistit, jaké faktory ovlivňují život onkologicky nemocného.
3. Zmapovat sociální problémy vyskytující se v průběhu léčby pacienta.
4. Zjistit zdroje psychické a sociální podpory pro pacienta.

4.3 Charakteristika vzorku respondentů

Pro bakalářskou práci byli vybráni čtyři onkologicky nemocní pacienti z toho dvě ženy a dva muži, u kterých probíhala léčba v KNTB ve Zlíně a.s., onkologické oddělení ve Zlíně je rozděleno na oddělení klinické onkologie, které poskytuje kurativní a paliativní léčbu zhoubných nádorů, v níž je zahrnuta chemoterapie, cílená (biologická) léčba, hormonální terapie a léčba podpůrná a symptomatická a dále oddělení radiační onkologie, ve které je řešena protinádorová radioterapie (Onkologické oddělení, 2012). Věková hranice

respondentů nebyla stanovena a probíhala mezi dvaceti až pětasedmdesáti lety. Respondenti byly vybráni podle kritérií, které jsme stanovily. Kritéria zahrnují pacienty s onkologickou diagnózou, kteří mají onkologické onemocnění alespoň šest měsíců a jsou ochotni spolupracovat.

4.4 Technika výzkumu

Téma bakalářské práce je velmi citlivé, osobní a subjektivní. Je těžké objektivizovat, jak pacient zvládá sdělení onkologické diagnózy, průběh léčby a nástrahy nemoci metodou kvantitativního výzkumu, proto byl vybrán kvalitativní výzkum. Technika výzkumu byla předem konzultována s vedoucí bakalářské práce a po dohodě byla stanovena technika výzkumu formou rozhovoru. Ke sběru dat byla použita metoda hloubkového rozhovoru, kterou lze získat nejbohatší informace týkající se psychosociální problematiky onkologického pacienta a jeho rodiny. Rozhovory na této bázi jsou vždycky jedinečné, individuální a osobité.

4.5 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili čtyři pacienti, jenž trpí onkologickým onemocněním. Z toho dva muži a dvě ženy. Od respondentů byl získán souhlas s provedením rozhovorů, popřípadě souhlas s nahráváním a jeho dalším zpracováním (viz příloha č. 2). Respondenti byli informováni o jejich naprosté anonymitě a z tohoto důvodu respondentům byla přiřazena fiktivní jména (viz tabulka č. 1).

Informace o respondentech

U každého rozhovoru byl přítomen jenom tazající a respondent. Věk respondentů se pohyboval od dvaceti do pětasedmdesáti let. Všichni respondenti ochotně odpovídali v rámci osobního setkání, i když se jednalo o citlivé téma.

Respondent č. 1

Alois je ženatý, má 66 let a žije s rodinou v rodinném domě. Má 2 děti. Rodinná anamnéza je z onkologického hlediska negativní. V roce 2013 mu diagnostikovali zhoubný nádor konečníku, po 2 měsících Aloisovi byla založena paliativní stomie. V roce 2017 Aloisovi diagnostikovali adenokarcinom žlučníku a v roce 2018 se objevily metastázy na játrech.

Respondent č. 2

Marek je svobodný, má 28 let a žije sám v pronajatém bytě. Marek má přítelkyni a 1 dítě. Rodinná anamnéza je z onkologického hlediska bezvýznamná. V roce 2017 mu byl diagnostikován tumor varlete, následně provedena radikální orchiektomie. V roce 2019 objeveny nespecifické noduly plic.

Respondent č. 3

Kateřina je rozvedená. Má 65 let a žije se synem v rodinném domku. Kateřina má 2 děti. Rodinná anamnéza je z onkologického hlediska významná, Kateřinina matka zemřela v 81 letech na karcinom dělohy. V roce 2018 byl Kateřině diagnostikován karcinom jater.

Respondent č. 4

Iveta je vdova. Má 71 let a žije se synem a snachou v rodinném domě. Iveta má 3 děti a 6 vnoučat. Rodinná anamnéza je onkologického hlediska bezvýznamná. V roce 2018 byl diagnostikován Ivetě karcinom děložního čípku. Iveta má ještě chronickou renální insuficienci.

Tabulka 1: Charakteristika respondentů

Fiktivní jméno respondenta	Alois	Marek	Kateřina	Iveta
Věk	66 let	28 let	65 let	71 let

4.6 Organizace šetření

Po sestavení otázek k rozhovoru a jeho finální konstrukci s odsouhlasením vedoucí baka-lářské práce byl realizován výzkum. Vlastnímu výzkumnému šetření na onkologickém oddělení předcházela souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. společně se souhlasem vrchní sestry onkologického oddělení. Souhlas k žádosti o přístup k informacím (viz příloha č. 1) jsem získala dne 11. 3. 2019.

Všechny rozhovory byly po odsouhlasení všech zúčastněných respondentů nahrány na diktafon. Každý z dotazovaných respondentů byl předem informován o účelu rozhovoru a byl ujistěn o dodržení anonymity získaných a následně zpracovaných dat. Získaný a nahraný materiál na diktafon byl následně přepsán do písemné podoby. Z etických důvodů a ze

zákona o ochraně osobních údajů nebyly všechny rozhovory autenticky přepsány, byly z nich vyřazeny konkrétní jména a zařízení. Celé přepsané rozhovory obsahují citlivé informace, proto jsou dostupné na vyžádání jenom u autorky bakalářské práce. Bereme na vědomí, že kladené otázky (viz příloha č. 3) jsou citlivé a náročné pro respondenta, proto si vážíme všech zúčastněných, kteří byli ochotni s námi spolupracovat a odpovídat na naše dotazy. Výzkumné šetření probíhalo v měsících březnu a dubnu roku 2019. Kontakty byly získány za pomoci Onkologického centra ve Zlíně v KNTB a pomocí interních zdrojů. Po oslovení a dohodě probíhaly rozhovory na onkologickém oddělení za průběhu hospitalizace respondentů. Jeden rozhovor trval přibližně 15 až 25 minut.

4.7 Zpracování získaných dat

Poskytnuté rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a poté přepsány do textové podoby. Na základě analýzy dat byly odpovědi respondentů řazeny podle jednotlivých kategorií:

1. **Kategorie:** Stanovení diagnózy

Podkategorie: Reakce na sdělení diagnózy, Prožívání nemoci nyní, Vztah ke své osobě, Komunikace se zdravotnickým personálem, Podpora v nemoci (viz tabulka č. 2)

2. **Kategorie:** Psychologické aspekty léčby

Podkategorie: Nejtěžší situace, Pomoc během léčby, Vliv nemoci na rodinu, Pocity během léčby, Využití pomoci psychologa (viz tabulka č. 3)

3. **Kategorie:** Sociální aspekty léčby

Podkategorie: Vliv nemoci na zaměstnání, Nemoc a finance, Sociální ovlivnění, Noví přátelé, Záliby, Omezení v osobním životě, Pomoc organizací, Role zdravotní sestry v onkologii (viz tabulka č. 4)

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky jednotlivých kategorií

Výsledky byly zpracovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Onkologicky nemocní pacienti mohli mít různý typ onkologické diagnózy a různý pohled na nemoc, proto měli každý jiný subjektivní pohled na danou problematiku, tudíž vnímání psychosociálních aspektů bylo individuální.

1. Stanovení diagnózy

Reakce na sdělení diagnózy

Respondenti uvádějí, že reakce na sdělení diagnózy byla šokující a hluboce jich zasáhla. „*Reakce byla šokující, všechno to musí jako člověk vzít, bylo to šokující pro manželku, pro rodinu, jako pro všechny tady tyto věci*“ (Alois). Markova odpověď byla podobná jako u Aloise: „*Pokaždé je to šok, byl jsem z toho takový, víš, že jsem nevěděl do čeho jdu. Takže to bylo takové divné, prostě docela na psychiku. Furt je z toho člověk takový vyplašený*“. Kateřina má však odlišnou reakci: „*Příjemný to nebylo, ale jelikož já mám jaksi těch nemocí víc, tak jsem nebyla překvapená*“. Pro Ivetu to byl šok stejně jako pro Marka a Aloise: „*No, hrozná. Já jsem to nevěděla vůbec jako. Jenomže mně operovali slepé střevo, a přitom to jako zjistili, že tam mám nádor, no*“.

Prožívání nemoci

Respondenti ve většině uvádějí, že nyní je pro ně nemoc snášenlivější než při prvotní reakci. Alois má svůj pozitivní způsob vyrovnání se s nemocí: „*Ehm, jak to prožívám, člověk se s tím musí naučit žít a nesmí si to protivit. Pokud si to bude protivit, nebude v takovém stavu, jak jsem byl. Zvykl jsem si, dá se s tím žít. To je jako základ pro všechno, najít si prostě ten způsob*“. Marek uvádí jen nepatrný rozdíl: „*Tož je to vesměs skoro stejné, jakože nějaký rozdíl v tom je*“. Krátce na problematiku prožívání nemoci odpověděla Kateřina: „*Vůbec nic mně to nedělá*“. Iveta nemoc prožívá těžce na rozdíl od Kateřiny: „*No napřed to byla normálka, potom jsem začala krvácet a zhoršilo se to, no a teďka bylo to pořád ještě v pohodě, ale přestala jsem chodit a jsem taková slabá*“.

Vztah ke své osobě

Respondenti uvedli, že nemoc ovlivní vztah k sobě samému at' už k pozitivní stránce, nebo k negativní, ale změna u většiny respondentů proběhla. „*Tak změna je v tom,*

že člověk nesmí dělat fyzickou námahu, jo. A je takový trošku jinakší než byl“ (Alois). „To asi né“, krátce okomentoval Marek. „Řekla bych, že se mám radši, že bych jaksi, ehm, jak jsem na tom nelpěla, tak teď na tom lpím, si říkám, kdybych 3 měsíce ještě vydržela nebo ještě rok“ (Kateřina). „Ano. Tak člověk jenom přemýšlí, přemýšlí nad tím, že to nejde vyléčit, jako tak no“ (Iveta).

Komunikace se zdravotnickým personálem

Všichni respondenti uvedli, kladný a přínosný způsob komunikace s lékařským a sesterským týmem. „Celkově já si myslím, že dobře. Tady jako není problém“ (Alois). „Jo celkem v pohodě. Vím všechno, co potřebuji, problém s komunikací není“ (Marek). „Jsem spokojená, jsou tady takoví domácí“, uvedla Kateřina. „Velice dobře. Je to všude dobré, velice příjemná komunikace“ (Iveta).

Podpora v nemoci

Jako svou největší podporu uvádějí respondenti svou rodinu a blízké okolí. „Manželka. Manželka, dcera a syn“, zdůrazňuje Alois. „Tož asi rodina“, komentuje Marek. „No, syn. Syn, a tak aj dcera, ale když se stane nějaký případ, tak mě musí opečovávat syn“, uvedla Kateřina s povzdechem. „Tak děti. Já bydlím se synem a snachou, a ta je velice hodná až přecitlivělá na tyto věci. Takže péči mám velice dobrú“, uvedla Iveta.

Tabulka 2: Stanovení diagnózy

Respondent	Alois	Marek	Kateřina	Iveta
Sdělení diagnózy	-	-	0	-
Prožívání nemoci nyní	+	0	0	-
Vztah ke své osobě	+	0	+	+
Komunikace	+	+	+	+
Podpora v nemoci	+	+	+	+

+ pozitivní hodnocení, - negativní vyjádření, 0 neutrální hodnocení

2. Psychologické aspekty léčby

Nejtěžší situace

Pro každého respondenta jsou velmi odlišné nejtěžší chvíle během léčby, závisí to hlavně na věku, psychickém rozpoložení a dalších faktorech. Zajímavou odpověď uvedl Alois

vzhledem k jeho staršímu věku: „*Nejtěžší, nejtěžší jsou ty čekačky, jdu na krev, ve třičtvrtě na 7 na EKG a potom člověk čeká čtyři hodiny, a to je takové stresující. Jinak jako bych ani ty úskalí v tom neviděl. Lepší to nebude, protivit si to a dělat si problémy a být naštvaný nebo tady to, to ne*“. Vzhledem k odlišnému věku Marka a Aloise se odpověď Marka značně odlišuje od Aloisovi odpovědi: „*Většinou ta změna toho vzhledu, protože člověk, tak jak kdyby sjede, protože mu padají vlasy, vypadá jak blázen, prostě tak divně. Každý na něho hledí, když ho potkáte, nemá vlasy, řasy nic vlastně. Tak je divné, že každý na něho čumí, jako tak blbě*“. Kateřina má na danou problematiku úplně jiný pohled: „*Mám strach, že budu zvracet, mít průjem, ale jinak nic*“. Iveta, která navíc trpí ještě chronickou renální insuficiencí, má nejtěžší situaci zcela odlišnou od Aloise, Marka a Kateřiny: „*No pro mě je nejtěžší ten převod na dialýzu. Kdyby to bylo jenom jedno tady to onkologické, tak to člověk bere, ale já to mám obojí*“.

Pomoc během léčby

Každý respondent si našel něco, co mu v těžkých chvílích v léčbě pomáhá. „*Tak co pomáhá – rodinná pohoda*“ (Alois). „*Tož to nevím teda. Většinou psychika jakože*“, uvedl Marek. Při rozhovoru s Markem a Aloisem byl vidět pozitivní pohled na situaci a nadhled. „*No snad jen to, že dva krát týdně za mnou přijedou děcka, ale jinak to se mnou nedělá nic*“ (Kateřina). „*Televize, telka jo*“, řekla Iveta se smíchem.

Vliv nemoci na rodinu

Respondenti uvedli, že zpráva o onkologické nemoci zasáhla rodinu hluboce, ale popisují, že se v rodině utvořilo ještě větší pouto. „*Tak ze začátku to bylo šokující. No a v první řadě to musí vzít sám pacient, potom to musí vzít ti nejbližší, ta rodina*“ (Alois). Marek odpověděl na problematiku vliv nemoci na rodinu: „*Tož mají všichni strach, že jsou všichni takoví vyplašení, ale cítím v nich tu oporu*“, avšak vyjádření Kateřiny, na základě jejich skutečnosti bylo odlišné a Kateřina musela onkologickou diagnózu před rodinou nějaký čas tajit: „*Syn je citlivý, tak tam je to hrozné. Tak tam jsem to dlouho musela schovávat, než nato přišel sám. A dcera je taková víc ráznější*“. Iveta uvedla podobnou skutečnost jako Alois a Marek: „*No tak byli z toho, byli z toho takoví zdrcení, ale tak bohužel to se nedá. Já jsem říkala nedá se nic dělat, jak to člověk přijme, tak to bude no*“.

Pocity během léčby

Respondenti ve většině případů uvádí smíšené pocity během jejich boje s onkologickým onemocněním. „*Tak teď jsou pocity smíšené, protože nevíme, o co jde. Nemožu si*

to protivět a byt naštvaný. Za to nikdo nemůžeme, tak je to dané prostě a jinak to nemůže byt. Já strach nemám, akorát bych chtěl dořešit nějaké záležitosti jako majetku“ uvedl Alois, který prožívá nemoc s nadhledem a pozitivním myšlením. „To je všechno spíš ohledně té psychiky a toho žaludku, jak to zabírá. Prostě cítí se člověk jinak než normálně. Pocity jsou většinou takové smíšené, zvláštní no. Jak kdy, prostě každý den jinak. Strach nemám, spíš se modlím, aby mi nebylo zle jak minule“, dodal Marek poslední větu se smíchem. „Nemám strach, mám jenom takovou obavu, že ještě jsem třeba neudělala testament a takové věci, jinak nic“, uvedla Kateřina. Iveta na rozdíl od Aloise prožívá nemoc s nejistotou: „Akorát to, že člověk přemýšlí, co bude zítra. Co bude dál jako, a že to bude horší a horší. Během léčby mám pocity velmi dobré, léčba je velice na vysoké úrovni, ale nemoc je bohužel krutější. Strach nemám musím to brát, tak jak to je“.

Využití pomoci psychologa

Žádný z respondentů nepotřeboval možnost využití odborné psychologické terapie během léčby onkologického onemocnění. Alois odpověděl o pomoci využití psychologa v nemoci: „Ne nevyužívám. Mně by to stejně nepomohlo, já to mám jako tak nějak v té hlavě srovnané“, a Markovo vyjádření bylo téměř totožné: „Né vůbec. Já bych to stejně nevyužil, takže to je úplně zbytečné“. Kateřina i Iveta uvedly taky podobou odpověď jako Marek a Alois: „Nepotřebuju“ (Kateřina). „Ne, ne, já to zatím nepotřebuju. Jako já se s tím vyrovnala podle svého“ (Iveta).

Tabulka 3: Psychologické aspekty léčby

Respondenti	Alois	Marek	Kateřina	Iveta
Nejtěžší situace	0	-	0	-
Pomoc	+	+	+	+
Vliv na rodinu	-	-	-	-
Pocity	0	0	0	0
Psycholog	-	-	-	-

+ pozitivní hodnocení, - negativní vyjádření, 0 neutrální hodnocení

3. Sociální aspekty léčby

Vliv nemoci na zaměstnání

Respondenti uvádí, že nemoc měla velký vliv na jejich zaměstnání. Museli buď zkrátit pracovní dobu, vyměnit zaměstnání nebo úplně odejít. „*No na zaměstnání to mělo takový vliv, že jsem od roku 2015 v plném invalidním důchodě. Dřív jsem úterky a čtvrtky jezdil do práce, a tak jsem to provozoval dva roky, protože jsem fyzicky nepracoval*“ (Alois). Marka nemoc překvapila nejvíce, a to se odrazilo i na jeho zaměstnání vzhledem k jeho věku: „*Docela velký vliv. Dělal jsem vrtání a řezání železobetonu a byl jsem vlastně OSVČ, takže nemám nemocenskou nic, tak jsem si musel požádat o důchod a teď se to vyřizuje. Tak je člověk, jakože relativně bez peněz. Taky takové na psychiku to oblétvání*“ Kateřina má stejný pohled jako Marek: „*Když jsem byla zdravá, byla jsem prodavačka. Teď nic neudělám, ani si pomalu boty nezavážu*“. Iveta, která už je ve starobním důchodě nemusela řešit ztrátu zaměstnání na rozdíl od Marka: „*No tak já už jsem v důchodu, už jsem stará babka*“, odpověděla s vtipem Iveta.

Nemoc a finance

Všechny odpovědi respondentů se shodují v tom, že onkologická nemoc se nepříznivě odrazila i na jejich financích. „*Dotklo se to financí určitě. Ten invalidní důchod nebyl takový veliký jako byla mzda, ale my jsme peníze neřešili, řešili jsme zdraví*“ (Alois). „*Tož docela dost se odrazila nemoc po finanční stránce. Tak když je člověk zvyklý na nějaký standart a pak vlastně z ničeho nic nemá nic*“ (Marek). „*Ano hrozně se odrazila*“ (Kateřina). „*Tak pocítila, protože člověk si musí kupovat ty pleny a ty vložky a takové. Dá se to*“ (Iveta).

Sociální ovlivnění

Každý z respondentů byl negativně ovlivněn, co se týká sociální stránky nemoci. „*No práce mě neovlivňuje, protože jsem udělal jenom to, co jsem mohl, někdy se to přehnalo, a to se taky potom dál objevilo*“ (Alois). „*Tak ovlivňuje, protože člověk nemůže dělat to, co jakože dělal předtím, než byl zdravý. Než bude moct zas normálně fungovat tak to trvá*“, uvedl Marek podobně jako Alois. „*Bezmoc. Potřeba pomoci druhých, ztráta soběstačnosti*“, řekla Kateřina se slzami v očích. Iveta na základně skutečnosti uvedla téměř totožnou odpověď s Kateřinou: „*Jako já říkám taková bezmoc*“.

Noví přátelé

Respondenti mužského pohlaví se vyjádřili neutrálně nebo spíše negativně k získání nových přátel během nemoci, ženy naopak uvedly kladné odpovědi a přijaly do svých životů někoho nového. „*Ne spíše přátel ubylo, to se pozná*“ (Alois). „*Ale tak jakože jo. Samozřejmě nic vážného, ale tak jakože normálně člověk potkává lidi*“ (Marek). S radostí v očích uvedla Kateřina: „*Ano získala jsem dvě kamarádky, a dokonce jsou to zdravotní sestry*“. Podobně jako Kateřina odpověděla i Iveta a uvedla kladný vztah k získávání nových přátel v nemocničním prostředí: „*No získala, protože jak chodím z nemocnice do nemocnice, tak přátel mám aj tak dost, takže jo*“.

Záliby

Respondenti uvedli, že s příchodem nemoci spíše o jejich oblíbené koníčky přišli. Kvůli nemoci v nich nemohou pokračovat. „*Dřív jsem jezdil jako poměrně dost na kole, bavila mě i práce na zahradě a rybaření. Ted' jsem stihl nasadit jenom papriky, ale ted' když se z toho jako zbrchám, tak zase rybařit chodit budu*“ (Alois). „*Tak ted' už ne. Chodil jsem hrát hokej a lyžovat, s nemocí už koníček nejde provozovat*“ (Marek). Kateřina odpověděla na problematiku zálib a koníčků v nemoci: „*Já jsem bývala veliká zahrádkářka a zeleninářka. No a s tím to skončilo. Ted' jsem televizňák*“, Ivetina odpověď byla téměř stejná jako Kateřinina: „*No tak to byla zahrádka a ted' tam nemohu. Políčko a zahrádka to bylo moje*“, řekla s úsměvem Iveta.

Omezení v osobním životě

Každý z respondentů uvedl, že nemoc v osobním životě hraje velkou roli a nepříznivě omezuje jejich kontakt s okolím. Například Aloisův osobní život je omezen stomií: „*No tak omezení s tou stomií je jednoznačné a tady s těmto problémama. Lepší to nebude a tady na to (ukazuje na stomii) si člověk zvykne*“. Marek pociťuje omezení v nemožnosti jít do společnosti mezi lidi: „*Tak musím si dávat bacha kam jdu mezi lidi, abych nebyl nemocný nebo tak. Většinou se musím zdržovat doma, když nemám žádnou tu imunitu, tak prostě nemůžu kamkoliv. Navíc člověkově se ani nechce, když vypadá jako blázen potom jako bez vlasů a tak. To je také divné*“. Kateřina odpověděla podobně jako Marek, ale s jinými důvody: „*Že nemůžu nikam chodit, protože mám mimo to i nemocné nohy, takže nikam chodit*“. Ivetu nejvíce omezuje nemožnost nic dělat, jelikož byla zvyklá pořád na nějakou práci v zahradce: „*Ted'ka to, že nemůžu nic dělat. Nejhorší ta práce, to mě nejvíc ubíjí. No musela jsem si zvyknout*“.

Pomoc organizací

Nikdo z respondentů prozatím nevyužívá organizace, které se pomáhají onkologicky nemocným pacientům. „*Ne nevyužívám*“ (Alois). „*Zatím ne. Já jsem nad tím ani nepřemýšlel zatím*“ (Marek). „*Ne. Já mám akorát obvazovou sestru, ale toto ne, tohle ještě nepotřebuji*“ (Kateřina). „*Ne nevyužívám*“ (Iveta).

Role zdravotní sestry v onkologii

Na otázku, jak by sestry mohly ještě více pomoci onkologicky nemocným v jejich boji s nemocí, odpověděli respondenti následovně: „*Tak to nevím, nad tím jsem nepřemýšlel. Myslím si, že ty sestry mají toho mnohdy až nad hlavu a zabývat se jako něčím takovým je jako nemyslitelné*“ (Alois). „*Asi nijak. S tím se musí každý vypořádat sám. To víte*“ (Marek). „*Já myslím, že tady ne. Tady je to dostatečné, jsem spokojená. Tady je to taková domácí péče*“ odpověděla Kateřina spokojeně úsměvem. „*Já myslím, že dělají maximum. Tedy určitě dělají maximum pro nás*“ (Iveta). Respondenti pozitivně ohodnotili práci všeobecných sester na onkologickém pracovišti.

Tabulka 4: Sociální aspekty léčby

Respondenti	Alois	Marek	Kateřina	Iveta
Zaměstnání	0	-	-	0
Finance	-	-	-	-
Sociální ovlivnění	-	-	-	-
Noví přátelé	-	0	+	+
Záliby	0	-	-	-
Omezení	-	-	-	-
Organizace	-	-	-	-
Role sestry	+	+	+	+

+ pozitivní hodnocení, - negativní vyjádření, 0 neutrální hodnocení

6 DISKUZE

Diskuze pojednává o dosažených cílech bakalářské práce, které byly na začátku empirické části vytyčeny.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak onkologické onemocnění působí na psychiku nemocného. Onkologické onemocnění **působí individuálně** na psychiku nemocného, toto tvrzení se zjistilo díky odpovědím respondentů na otázky polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na tři hlavní oblasti. Onkologické onemocnění ovlivňuje život všem dotazovaným respondentům a jejich rodinám. Na každého respondenta onemocnění působí **odlišně**. Dienstbier a Sáhalová (2012, s. 93) v literatuře zabývající se psychikou ve zdraví a nemoci uvádějí, že ten, kdo žije v harmonickém rodinném prostředí, je ekonomicky zabezpečen se s mimořádnými situacemi, včetně jeho nemoci vyrovnává rychleji a bez větších problémů a jeho okolí, rodina jsou mu oporou. Toto tvrzení lze potvrdit. Respondenti uvedli jako největší oporu v nemoci svou rodinu a blízké okolí. Ze zjištěných informací lze odvodit, že dotazovaní respondenti se cítí po psychické stránce dobře a odbornou pomoc psychologa nepotřebují.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují život onkologicky nemocného. Ze zjištěných těžkostí a problémů lze odvodit faktory ovlivňující život onkologicky nemocného, na které by se mohlo při péči o onkologicky nemocné více zaměřit a vyřešit jejich nepříznivé působení v léčbě například vhodnou komunikací. Bylo zjištěno, že **věk** respondentů určuje, v jaké fázi se onemocnění odrazí na psychické stránce. Do jaké míry se onkologické onemocnění odrazí na psychické stránce určují i **vztahy v rodině**. Účinky chemoterapeutické a cílené léčby – **vzhled, nechutenství, únava, střevní potíže a vypaďování vlasů** v průběhu nemoci ovlivňuje do značné míry psychickou stránku pacienta. Být na někom závislý, **nesoběstačnost** ovlivňují život onkologicky nemocného, potřeba stálé péče nepříznivě působí na psychiku. Dienstbier a Stáhalová (2012, s. 93) popisují, že mnohem dramatičtěji ovlivní psychiku jednotlivce **nadměrný stres** a takový člověk potřebuje porozumění a citlivou péči, což potvrdili i respondenti, kteří uvedli, že je důležité být psychicky dobře naladěný. Dienstbier a Stáhalová (2012, s. 94) také uvádějí, že léčba, kterou nemocní absolvují a styk s ostatními onkologickými pacienty, vyvolávají trvalý stres a strach z budoucnosti u nemocných. Respondenti v rozhovorech uvedli, že strach nemají, spíše uvádějí **obavy** z budoucnosti, když si například ještě nestihli něco vyřešit. **Omezený kontakt s okolím** ovlivňuje život onkologicky nemocného. Respondenti popsali omezený kontakt s okolím kvůli onkologické léčbě nebo následkům léčby. Nepříznivě

ovlivňuje život onkologicky nemocného pacienta i **ztráta koníčků a zálib**, jelikož je onkologická terapie a rekonvalescence náročná, onkologičtí pacienti nemají dostatek sil provozovat koníčky, které dělali dříve nebo kvůli nemoci prostě nemohou. V porovnání s výzkumem Fazourové (2016, s. 65-66), která uvádí hobby a zájmy jako opěrný bod pomoci s nemocí a uvádí pouze jednoho respondenta, který nemohl kvůli svému fyzickému stavu hobby provádět.

Třetím dílčím cílem bylo zmapovat sociální problémy, vyskytující se v průběhu léčby pacienta. Onkologické onemocnění dokáže způsobit mnoho nejen sociálních problémů. Nejčastějším sociálním problémem v onkologii, který uvedli všichni respondenti je **omezený kontakt s okolím**. Další sociální problém vyskytující se u zkoumaného vzorku respondentů byla **ztráta finančního příjmu a vysoké výdaje** kvůli nemoci a dalším komplikacím. Ze zjištěných těžkostí a problémů lze odvodit pomoc, která by mohla tyto problémy vyřešit. Jedna z potíží spojená s onkologickým onemocněním je ztráta finančního příjmu, a to buď ztrátou příjmu, na který byl nemocný zvyklý nebo vysoké výdaje spojené s léčbou a individuálními potřebami nemocných. Tato potíž se dá vyřešit vnější pomocí ať už od organizací, které pomáhají onkologicky nemocným nebo kontaktováním sociálního pracovníka, který dokáže nabídnout sociální služby, o kterých ani nemocný neví, že je může využít. Poslední sociální problém, který ovlivňuje život onkologicky nemocného je **ztráta práce**, kvůli onemocnění a léčbě. Onkologická léčba je náročná na finance a na čas, tudíž onkologičtí pacienti nemají dostatek času ani fyzickou sílu na práci v průběhu léčby jejich onemocnění, respondenti se vyjádřili k tomu, že poskytovaný invalidní důchod zcela nenahradí jejich finanční příjmy před nemocí a zvládnutí nemoci je o něco těžší s nízkým finančním kapitálem.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit zdroje psychické a sociální podpory pro pacienta. Dientstbie a Stáhalová (2012, s. 94) uvádějí potřebnou spolupráci praktického lékaře, nemocničního personálu, ambulantních onkologických center a rodinného zázemí v péči o onkologického pacienta. Výsledky výzkumu jednoznačně prokázaly **rodinu** jako zdroj psychické a sociální podpory pro nemocného. Taky výzkum Fazourové (2016, s. 74) uvádí, že rodina je pro nemocného největším zdrojem podpory v nemoci. Dále respondenti uvedli, nevyužití organizací, které pomáhají onkologicky nemocným pacientům v průběhu nebo i po léčbě zhoubného onemocnění. Respondenti poukázali na dobrou **kommunikaci** se zdravotním a lékařským týmem, **dostupnost informací** a jejich dostatečné množství, které vedou k pochopení nemoci a k psychické pohodě nemocného. Respondenti

psychologickou pomoc odborníka zatím nevyžadovali, poněvadž jejich psychický stav nebyl ještě v takovém stádiu, který potřebuje odborníka. Každopádně respondenti ví, že možnost využití **pomoci psychologa** v jejich léčbě mají a tato možnost je zcela přirozená a nemusí se za ni stydět.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato bakalářská práce je pouze popisná a týká se malé skupiny respondentů a provedený výzkum není možné zobecnit. Avšak výzkum může být přínosem k pochopení pocitů, vnímání a potřeb onkologicky nemocných pro zdravotníky, rodinu, přátele a širší sociální okolí. Informace obsaženy v rozhovorech mohou být nápomocny zdravotníkům, sociální pracovníkům, kteří onkologickým pacientům pomáhají zvládat různé těžkosti během léčby, které se netýkají biologických potřeb nemocného, ale zejména těch psychických a sociálních.

Při přijetí pacienta k hospitalizaci, by bylo vhodné zjistit pacientovi psychické a sociální potřeby. Všeobecným sestřám na onkologickém pracovišti pomůže k rychlé orientaci myšlenek a vnímání nemocného několik jednoduchých otázek, které by se mohly položit nemocnému při přijetí k hospitalizaci v ošetřovatelské anamnéze. Například otázky typu: Co je pro Vás nejtěžší během léčby? Co Vám nejvíce pomáhá během léčby? Jaké jsou Vaše pocity během léčby? Máte z něčeho strach nebo obavy? Jaké omezení kvůli léčbě/nemoci nejvíce pociťujete? Uvedené nebo podobné otázky by onkologickým sestřám mohly sloužit pro rychlou orientaci v potřebách nemocného a k zajištění zjištěných psychických a sociálních potřeb nemocného.

Pro rychlou orientaci psychického stavu a deprese by sestry mohly použít Beckovovu stupnici pro hodnocení deprese a podle ní zajistit rychlou psychologickou péči pacientovi (viz příloha č. 4).

ZÁVĚR

I přes nejmodernější poznatky medicíny se zatím nedaří vyléčit některé druhy nádorů, tak jak bychom si představovali a onkologická nemoc, rakovina nebo nádor jsou stále mezi populací slova plná hrůzy a děsu. Péče o onkologického pacienta je velmi náročná a individuální. Zdravotníci mohou, alespoň podat pomocnou ruku v pacientových těžkých chvílích, být vedle něj a být mu oporou. Snažit se empatickým způsobem kráčet s ním v boji s jeho nemocí a pomáhat mu k úspěšnému zvládnutí nástrah a těžkostí v průběhu léčby.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má onkologická diagnóza a terapie na psychosociální život pacienta. Holistické pojetí při péči o onkologicky nemocného se stal pravým důvodem, proč jsme se danou problematikou zabývaly. Zajímavým poznatkem bylo zjištění, jak věk nemocného ovlivňuje průběh nemoci, tím pádem ovlivňuje i jeho psychické vnímání, například pro staršího pacienta jsou nejtěžší čekací doby v nemocnici, které jsou pro nemocného stresující, a naopak pro mladého pacienta je důležitý vzhled v průběhu nemoci, který podle jeho slov působí hodně na psychiku. Příjemný výsledek byl, že respondentky si našly v nemoci nové kamarády a známé, kteří působí pozitivně na jejich psychiku v nemoci a kladně ovlivňují působení nemoci. Zajímavým výsledkem bylo nevyužití pomoci psychologa v nemoci, tímto si výsledkem si můžeme představit, že péče o pacienty je holistická a pacienti se cítí psychicky dobře, jelikož psychologickou péči ještě v průběhu léčby nevyžadovali. Psychosociální aspekty nemoci u pacientů jsou velmi individuální, protože žádný člověk, tedy i pacient není stejný. A taková by měla být i péče o nemocné.

Každý člověk si ve svém životě zažil nějaké zdravotní trauma, ale zlomená končetina nebo bolesti zad nejsou tak závažné diagnózy, jako je onkologická diagnóza. Onkologické onemocnění se řadí do kategorie velmi závažných onemocnění, které je náročné nejen pro pacienta, ale i pro celou jeho rodinu a blízké okolí. Pro úspěšné zvládnutí této choroby je zapotřebí kvalifikované odborné znalosti a zkušenosti moderní medicíny, která se v dnešní době ještě spíše zaměřuje zejména na fyzické projevy nemoci, ale i vhodné využití psychické a sociální pomoci je pro zvládnutí nemoci důležité. Na pacienta pohlížíme holisticky tedy jako na celek, který má biologické, psychické a sociální potřeby, kterým je důležité věnovat pozornost, protože všechny tři subjekty se sebou souvisejí a jeden ovlivňuje druhého. Průběh a zvládnutí nemoci je individuální záležitost pacienta a rodiny.

Vážné onemocnění člena rodiny představuje zásadní změnu fungování celé rodiny, která se musí této skutečnosti přizpůsobit. Zdravotní pracovníci by měli, alespoň správnou komunikací a odbornými informacemi pomoci nemocnému v jeho boji s nemocí. Správně poskytnuté informace jsou ukazatelem pozitivního vnímání u pacienta a napomáhají pozitivní psychické kondici nemocného. Zdravotní pracovníci by měli znát psychickou a sociální stránku při péči o onkologicky nemocného, protože jenom díky těmto informacím dokáže být o pacienta komplexně postaráno.

Z výzkumu vyplynulo, že je pro pacienta v nemoci velmi důležitá psychická a sociální podpora, kterou nemocnému poskytuje zejména jeho rodina, přátelé a známí. Dobře fungující rodina pro nemocného a jejich opora, nemůže nahradit žádná lékařská instituce. Výzkum ukázal, že onkologická diagnóza a terapie velmi ovlivňuje psychosociální život pacienta a je na zdravotnicích, aby věnovali určitou pozornost zejména i psychickým a sociálním potřebám pacienta, díky této pozornosti bude o pacienta pečováno holisticky a díky této pozornosti bude mít pacient kvalitní péči. Sociální stránka je důležitá v poskytování sociální opory nemocnému ve formě empatie, kvalitních informací, komunikace a nabídnutí služeb sociálního pracovníka, který dokáže nemocnému pomoci s těžkostmi léčby.

Na základě výzkumných výsledků se domnívám, že stanovený cíl bakalářské práce se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Amelie: Poslání, ©2019. Amelie: *Psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké* [online]. Praha [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.ameliezs.cz/o-nas/spolek-amelie/poslani/>
- [2] BUDŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- [3] DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ, 2012. *Onkologie pro laiky*. 2., aktualizované vydání. Praha: Liga proti rakovině. ISBN 978-80-86031-65-1.
- [4] Dobrý anděl: Komu a jak pomáháme, ©2019. *Dobrý anděl Do posledního haléře* [online]. Praha [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.dobryandel.cz/komu-a-jak-pomahame/>
- [5] DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.
- [6] FANN, Jesse R., Kathleen ELL a Michael SHARPE, 2012. *Journal of Clinical Oncology: Integrating Psychosocial Care Into Cancer Services*. *Journal of Clinical Oncology* [online]. American Society of Clinical Oncology, 30(11), 1178 – 1186 s., [cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.7398. Dostupné z: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2011.39.7398>.
- [7] FAZOUROVÁ, Jitka, 2015. *Psychosociální aspekty onkologicky nemocného v rodině*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/36972>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií. Vedoucí práce Plšková, Alena.
- [8] HEŘMANOVÁ, Jana a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [9] CHERNECKY, Cynthia C. a Kathleen MURPHY-ENDE, 2009. *Acute care oncology nursing*. 2nd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier. ISBN 978-1-4160-3734-7.
- [10] JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.

- [11] KOLLÁROVÁ, Helena, Lenka FORETOVÁ a kol., 2006. *Rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu. Klinická onkologie* [online]. Brno: Ambit Media, 19(6), 278-289 s. [cit. 2018-10-19]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/6/19.pdf>
- [12] KUBECOVÁ, Martina a kol., 2011. *Onkologie, učební texty pro studenty 3. lékařské fakulty UK* [online]. 1. vydání. Praha: 3. LF UK [cit. 2018-11-23]. ISBN 978-80-254-9742-5. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/onkologie/skripta>
- [13] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. 2., přepracované vydání*. Praha: Portál, s.r.o., ISBN 978-80-262-0911-9.
- [14] Linkos: Histopatologický stupeň, ©2018. *Linkos Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. Praha [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/slovnicek/#search=1&glossary_name=grade&glossary_alphabet=&p=1
- [15] Linkos: Psychologická péče na onkologických pracovištích, ©2018. *Linkos Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. Praha [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/mapa-psychoonkologicke-pece/psychologicka-pece-na-onkologickych-pracovistich/>
- [16] Linkos: TNM klasifikace, ©2018. *Linkos Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. Praha [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/slovnicek/tnm-system-tnm-klasifikace/>
- [17] MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.
- [18] MLCÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-951-3.
- [19] Onkologické oddělení, ©2012. *Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a.s.* [online]. Zlín [cit. 2019-03-11]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/onkologicke-oddeleni>
- [20] OnkoPortal: Pacientské organizace, ©2019. *OnkoPortal: Vyhledávač ověřených onkologických informací* [online]. Praha [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: www.onkoportal.cz/onkologie/pacientske-organizace-209.html

- [21] PRAŽSKÝ, Bohumil, 2013. *Zdravotnictví a medicína: Onkologická ošetrovatelská péče* [online]. Mladá fronta a.s. [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>
- [22] PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [23] RAUDENSKÁ, Jaroslava, 2011. *Biopsychosociální model onkologického onemocnění. Onkologie* [online]. Praha: Solen, 5(4), 244 – 246 s. [cit. 2018-12-16]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>
- [24] ROMANOVÁ, Vlasta, 2017. *Blízky nemocný* [online-video]. FN Plzeň [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/psychoonkologicka-pece-a-komunikace/blizky-nemocny/>
- [25] SLAVÍKOVÁ, Šárka a kol., 2018. *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké* [online]. 3., doplněné vydání. Amelie z.s. [cit. 2019-01-23]. Dostupné z: https://www.amelie-zs.cz/wp-content/uploads/2018/07/PsychosocialniMinimumA5_2018web.pdf
- [26] ŠURYOVÁ, Ivana, 2017. *Sociální práce v péči o onkologicky nemocné* [online-video]. FN Plzeň [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/psychoonkologicka-pece-a-komunikace/socialni-prace-v-peci-o-onkologicky-nemocne/>
- [27] TOMÁŠEK, Jiří a kol., 2015, *Onkologie – minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-88046-01-1.
- [28] TSCHUSCHKE, Volker, 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.
- [29] VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [30] ZACHAROVÁ, Eva, 2011. *Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta*. Praha: Sestra 21(5), 65 s., ISSN 1210-0404.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EKG Elektrokardiografie

Např. Například

m. j. Mezinárodní jednotka

ml Mililitr

tzv Takzvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika respondentů	37
Tabulka 2: Stanovení diagnózy	40
Tabulka 3: Psychologické aspekty léčby	42
Tabulka 4: Sociální aspekty léčby	45

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P II: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho zpracováním

Příloha P III: Výzkumné otázky

Příloha P IV: Beckova stupnice pro hodnocení deprese

PŘÍLOHA P I: 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 Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Dohnanská		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty onkologicky nemocných		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Andrea Filová		
 podpis		
Skupina respondentů	Pacienti s onkologickým onemocněním.		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KNTB Zlín a.s. – Onkologické oddělení	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU A JEHO ZPRACOVÁNÍM



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho zpracováním

Vážený pane, vážená paní,

Jmenuji se Barbora Dohnanská a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Téma mé bakalářské práce je *Psychosociální aspekty onkologicky nemocných*. Cílem práce je zjistit, jaký vliv má onkologická diagnóza a terapie na psychosociální aspekty života pacienta.

Tímto bych Vás chtěla informovat, že rozhovor bude nahráván a poté přepsán do textové podoby. Rozhovor je zcela anonymní a bude sloužit pouze ke zpracování dat v mé bakalářské práci.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci,

Barbora Dohnanská

- Souhlasím s výše uvedenými informacemi

.....

Podpis respondenta

.....

podpis studentky

Datum rozhovoru:

email: b_dohnanska@utb.cz

PŘÍLOHA P III: VÝZKUMNÉ OTÁZKY



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Téma: Psychosociální aspekty onkologicky nemocných

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv má onkologická diagnóza a terapie na psychosociální aspekty života pacienta.

Stanovení diagnózy

1. Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?
2. Jak prožíváte nemoc/léčbu teď? Liší se od počáteční reakce?
3. Pocítil/a jste změnu vztahu k sobě samé/samému?
4. Jak se Vám komunikuje se sesterským a lékařským týmem?
5. Kdo je pro Vás největší opora?

Psychologické aspekty léčby

1. Co je pro Vás nejtěžší během léčby?
2. Co Vám nejvíce pomáhá během léčby?
3. Jaký vliv má onemocnění a diagnóza na vaši rodinu?
4. Co Vás nejvíce ovlivňuje během léčby z psychické stránky (pocity, vnímání, bolest)?
5. Jaké jsou Vaše pocity během léčby?
6. Máte z něčeho strach, obavy?
7. Využíváte během léčby možnost rozhovoru s psychologem? Pokud ano pomáhají Vám rozhovory během léčby?

Sociální aspekty léčby

1. Žijete sám/sama?
2. Jaký má vliv onemocnění a léčba na vaše zaměstnání?
3. Jak se odrazila nemoc a léčba na finanční stránce Vašeho života?
4. Co Vás nejvíce ovlivňuje během léčby po sociální stránce (zázemí, práce, invalidita)?
5. Získal/a jste nějaké nové přátele během onemocnění?
6. Máte nějaké koníčky, které jste dělal i před onemocněním a pokračujete v nich doteď?

7. Jaké omezení kvůli léčbě nejvíce pociťujete v osobním životě?
8. Využíváte pomoc organizací, které podporují onkologicky nemocné během jejich léčby?
9. Napadá Vás něco, jak by sestra mohla více pomoci onkologickým pacientům?

PŘÍLOHA P IV: BECKOVA STUPNICE PRO HODNOCENÍ DEPRESE

BECKOVA STUPNICE PRO HODNOCENÍ DEPRESE¹

Beckův depresivní inventář (Beck a kol. 1961)

Jméno a příjmení:

Datum:

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny různých tvrzení. Nejprve si v každé skupině přečtete všechna tvrzení, a pak si vyberte to, které Vás nejlépe charakterizuje v posledním týdnu (včetně dneška) a jeho číslo zakroužkujete. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení (popřípadě Vám nevyhovuje žádné), zatrhnete to, které se blíží nejvíce.

Beckův inventář deprese:

1. 0 - Necítím se smutný (á).
 - 1 - Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).
 - 2 - Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.
 - 3 - Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.
2. 0 - Příliš se budoucnosti neobávám.
 - 1 - Budoucnosti se obávám.
 - 2 - Vidím, že se už nemám na co těšit.
 - 3 - Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
3. 0 - Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.
 - 1 - V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.
 - 2 - Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.
 - 3 - Vidím, že jsem jako člověk [otec, matka, manžel(ka)] plně selhal(a).
4. 0 - Jsem v podstatě spokojen(a).
 - 1 - Věci mě už netěší tak, jako dříve.
 - 2 - Nic mi již nepřináší uspokojení.
 - 3 - Ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a).
5. 0 - Netrpím pocity viny.
 - 1 - Často mívám pocity viny.
 - 2 - Hodně často mívám pocity viny.
 - 3 - Stále trpím pocity viny.
6. 0 - Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).
 - 1 - Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).
 - 2 - Očekávám, že budu nějak potrestán(a).
 - 3 - Víím, že budu potrestán(a).
7. 0 - Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.
 - 1 - Zklamal(a) jsem se v sobě.
 - 2 - Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.
 - 3 - Nenávidím se.
8. 0 - Necítím se horší než kdokoliv jiný.
 - 1 - Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.
 - 2 - Stále si vycítám všechny své chyby.
 - 3 - Za všechno špatné mohu já.
9. 0 - Nepřemýšlím o sebevraždě.
 - 1 - Někdy pomýšlím na sebevraždu.
 - 2 - Často přemýšlím o sebevraždě.
 - 3 - Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.
10. 0 - Nepláču více než obvyčejně.
 - 1 - Pláču nyní častěji než předtím.
 - 2 - Pláču nyní stále, nedokážu přestat.
 - 3 - Nemohu už ani plakat.
11. 0 - Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.
 - 1 - Jsem často podrážděný (á) a rozladěný (á).
 - 2 - Jsem stále podrážděný (á) a rozladěný (á).
 - 3 - Nemohu se již rozčillit ani věcmi, které mě dříve rozčillovaly.

12. 0 - Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.
 1 - Mám menší zájem o ostatní lidi.
 2 - Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
 3 - Ztratil(a) jsem všechny zájem o ostatní lidi.

13. 0 - Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.
 1 - Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
 2 - Mám značné potíže v rozhodování.
 3 - Vůbec se nedokážu rozhodnout.

14. 0 - Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
 1 - Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
 2 - Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.
 3 - Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.

15. 0 - Práce mi jde jako dříve.
 1 - Musím se nutit, když chci začít něco dělat.
 2 - Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).
 3 - Nejsem schopna (schopna) jakékoliv práce.

16. 0 - Spím stejně dobře jako dříve.
 1 - Nespím již tak dobře jako dříve.
 2 - Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.
 3 - Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.

17. 0 - Necítím se unavenější než dříve.
 1 - Unavím se snadněji než dříve.
 2 - Téměř všechno mě unavuje.
 3 - Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.

18. 0 - Mám svou obvyklou chuť k jídlu.
 1 - Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.
 2 - Mám mnohem menší chuť k jídlu.
 3 - Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.

19. 0 - V poslední době jsem nezhubnul(a).
 1 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg.
 2 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg.
 3 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg.

20. 0 - Nestarám se o své zdraví více než obvykle.
 1 - Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.
 2 - Velice často myslím na tělesné obtíže.
 3 - Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.

21. 0 - Nepozoruji snížení zájmu o sex.
 1 - Mám menší zájem o sex než dříve.
 2 - Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.
 3 - Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

SOUČET:

BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ (21-položkový dotazník, určení ke zjištění míry deprese).

Pacient zakroužkuje v každé položce (1 až 21) číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavu apod.

Je možno vyplňovat pravidelně (např. dvakrát týdně), aby bylo možno sledovat depresi.

HODNOCENÍ:

0 - 10 normální nálada
 10 - 20 mírná deprese
 20 - 40 střední deprese
 40 - 60 silná deprese

U pacientů, kteří mají skóre vyšší než 40, je nepravděpodobné, že bude účinná pouze kognitivní terapie.