

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

# **Diplomová práce**

**2013**

**Bc. Jaroslava Bursíková**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**  
Studijní program: Ošetrovatelství 5341

**Bc. Jaroslava Bursíková**

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY HEMATOONKOLOGICKY  
NEMOCNÝCH**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2013

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení diplomové práce a PhDr. Květoslavě Vachudové za poskytování cenných odborných rad a podnětů. Zároveň děkuji vedení HOO FN v Plzni za umožnění realizace výzkumu a svým blízkým za trpělivost a přízeň.

# **OBSAH:**

<b>ANOTACE</b> .....	8
<b>ANNOTATION</b> .....	9
<b>ÚVOD</b> .....	11
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	12
<b>1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD</b> .....	12
1.1 Krev .....	12
1.2 Krvetvorba .....	13
<b>2 ZÁKLADNÍ HEMATOLOGICKÉ MALIGNITY</b> .....	15
2.1 Akutní leukémie .....	15
2.2 Chronická leukémie .....	15
2.3 Pravá polycytemie .....	16
2.4 Esenciální trombocytémie.....	17
2.5 Lymfomy – Hodgkinův a nehodgkinské .....	17
2.6 Myelodysplastický syndrom .....	18
2.7 Mnohočetný myelom.....	18
<b>3 SPECIFICKÉ PROBLÉMY HEMATOONKOLOGICKY NEMOCNÝCH</b> .....	19
3.1 Nevolnost a zvracení .....	19
3.2 Oslabení obranyschopnosti a infekce .....	19
3.3 Bolest.....	20
3.4 Únava při nádorovém onemocnění.....	20
3.5 Poškození sliznic dutiny ústní, kůže a alopecie .....	21
3.6 Krvácivé a trombotické komplikace .....	21
<b>4 TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ</b> .....	22
4.1 Autologní transplantace .....	23
4.2 Alogenní transplantace .....	23

4.3 Syngenní transplantace .....	24
<b>5 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY A PROBLÉMY HEMATO - ONKOLOGICKÝCH NEMOCNÝCH</b> .....	<b>25</b>
5.1 Strach a úzkost.....	25
5.2 Sociální izolace.....	26
5.3 Bolest.....	26
5.4 Deprese .....	27
5.5 Posttraumatická stresová porucha .....	28
5.6 Psychické změny v terminálním stadiu onemocnění .....	28
5.7 Psychická reakce na somatickou chorobu.....	28
5.8 Prožívání nemoci v čase.....	29
5.8.1 Sdělení onkologické diagnózy.....	29
5.8.2 Fáze zpracování zátěže .....	31
5.9 Změna základních psychických potřeb a hodnot .....	32
5.10 Zvládání zátěže .....	34
5.10.1 Strategie zvládání nemoci a utrpení.....	34
5.10.2 Taktiky a styly zvládání nemoci a utrpení.....	35
5.10.3 Neuvědomované obranné reakce .....	36
5.10.4 Problematické způsoby zvládání zdravotních těžkostí .....	36
5.11 Osobnost onkologického pacienta .....	37
5.12 Kvalita života .....	38
5.12.1 Kvalita života hematoonkologických pacientů .....	39
5.13 Psychoonkologie .....	40
5.13.1 Psychoterapie .....	41
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>
<b>6 HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU</b> .....	<b>44</b>
<b>7 METODIKA</b> .....	<b>45</b>

<b>8 ROZHOVORY - ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b> .....	47
8.1 Klient 1.....	47
8.2 Klient 2.....	56
8.3 Klient 3.....	63
8.4 Klient 4.....	69
8.5 Klient 5.....	75
8.6 Klient 6.....	81
8.7 Klient 7.....	87
<b>9 DISKUSE</b> .....	91
9.1 Přínos pro praxi .....	95
<b>ZÁVĚR</b> .....	96
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	97
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	104
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	105
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	106
Příloha 1 – Podpurná expresivní skupinová psychoterapie dle Spiegelera .....	107
Příloha 2 – Deset kroků ke zdraví .....	110
Příloha 3 – Dvanáct pohledů do tematiky pozitivní psychologie.....	111
Příloha 4 – Přehled základních principů péče o zlepšování naděje .....	112
Příloha 5 – Žádost o povolení k výzkumu .....	114
Příloha 6 – Rozhovor - struktura .....	115

# **ANOTACE**

**Příjmení a jméno:** Bc. Jaroslava Bursíková

**Katedra:** Ošetrovatelství a porodní asistence

**Název práce:** Psychologické aspekty hematoonkologicky nemocných

**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Šafránková

**Počet stran:** číslované 85, nečíslované 30

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 66

## **Klíčová slova:**

bio-psycho-sociální rovnováha - hematologie - holistický přístup - onkologie - psychologické aspekty - psychosociální faktory - prožívání a zvládání nemoci - transplantace kostní dřeně

## **Souhrn:**

Diplomová práce se věnuje psychologickým aspektům hematoonkologicky nemocných.

Teoretická část obsahuje anatomicko-fyziologický úvod a je zaměřena nejen na projevy a léčbu základních hematologických malignit, ale i na psychosociální aspekty a problémy hematoonkologicky nemocných.

Podstatou empirické části je analýza a interpretace výsledků kvalitativního výzkumu. Výzkum sleduje faktory ovlivňující prožívání nemoci, mapuje problémy hematoonkologicky nemocných a zjišťuje zdroje psychické podpory nemocných. Probíhá ve dvou časových rovinách: před a po transplantaci krvetvorných buněk a porovnává rozdíly psychické zátěže u nemocných v těchto obdobích.

Výzkum potvrzuje nutnost zohlednění psychosociálních faktorů a význam holistického přístupu k nemocným.



# ANNOTATION

**Surname and name:** Bc. Jaroslava Bursíková

**Department:** Nursing and Midwifery

**Title of thesis:** Psychological Aspects of the Haematooncological Patients

**Consultant:** Mgr. Zuzana Šafránková

**Number of pages:** numbered 85, unnumbered 30

**Number of appendices:** 6

**Number of literature items used:** 66

## **Key words:**

bio-psycho-social balance – bone marrow transplantation - experiencing and coping with the disease - haematology – holistic approach – oncology – psychological aspects – psychological and social factors

## **Summary:**

This thesis deals with psychological aspects of haematooncological patients.

Theoretical part consists of anatomical and physiological introduction and it is focused not only on the symptoms and treatment of basic haematological malignancies, but also on psychological aspects and problems in this patients.

The essence of the empirical part is the analysis and interpretation of the results of the qualitative research. Research monitors factors that have impact on illness experience, describes problems of haematooncologicaly ill people and tries to identify sources of patients´mental support. It takes place in two timelines - before and after bone marow transplantation and compares the differences in patients´ mental stress in those periods.

The research confirmed the need for taking into account psychosocial factors and importance of a holistic approach to patients.

Motto:

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

Viktor E. Frankl

## ÚVOD

Onkologická onemocnění patří mezi nejobávanější ze všech lékařských diagnóz a v současné době představují jedny z nejrozšířenějších vážných onemocnění vůbec.

Obor hematonekologie slaví v posledních letech úspěchy, ale než dospělo lidstvo k transplantaci krvevorných buněk, bylo zapotřebí mnoha důležitých objevů. Rozšiřování vědomostí a léčebných možností přináší nemocným naději na účinnou léčbu i prodloužení délky života.

Úspěšná medicína se soustředí především na fyzický stav nemocného, příznaky a projevy nemoci a za zdraví je považována biologická rovnováha. Na okraji zájmu zůstávají duševní, společenské a duchovní potřeby člověka.

Existuje však i jiný pohled na nemoc. Na nemoc z hlediska širších souvislostí a řady nebiologických faktorů, které vyžadují velkou míru empatie a pohled na člověka v jeho celistvosti i jedinečnosti.

To, že mnohá hematonekologická centra nedisponují péčí klinického psychologa, dokládá jen fakt, že do klasické medicíny je holistický přístup integrován pozvolna a s obtížemi.

Nové přístupy nahlízejí na onkologická onemocnění jako na nemoci, jež nemají pouze organické příčiny, ale kde významnou úlohu mohou hrát zejména psychosociální faktory, obzvláště u predisponovaných jedinců.

Vážné onemocnění je vždy zásadním zásahem do života člověka i jeho rodiny. Člověk zasažený onkologickým onemocněním se rázem ocitá ve velmi těžké životní situaci a prochází různými psychickými změnami a krizemi. Po přijetí sdělené diagnózy začíná pro pacienta boj s vážnou nemocí a časem.

Ve své práci se zaměřuji na psychosociální aspekty hematonekologicky nemocných, na prožívání nemoci v jednotlivých fázích a zvládání náročné životní situace. Zmapuji problémy a příznaky hematonekologických onemocnění, které představují největší zátěž pro psychiku nemocných a současně možnosti poskytování psychologické podpory.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD

### 1.1 Krev

V cévách zdravého člověka za normálních okolností koluje přibližně 4,5 – 6l krve. Hustota krve je vyšší než hustota vody, teplota krve je 38°C, hodnota pH se pohybuje v rozmezí 7,36 - 7,44. Tekutou složkou krve je krevní plazma, ve které jsou suspendované krvinky. Základní funkce krve jsou:

**Funkce transportní** – krev rozvádí živiny (z jater, tukové tkáně, příp. ze střeva), dýchací plyny – kyslík, oxid uhličitý (O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>), látkové zplodiny metabolismu buněk a regulátory metabolických reakcí buněk (hormony, vitamíny, minerální látky).

**Funkce regulační** – krev přispívá k udržování stálých fyzikálně-chemických vlastností tělních tekutin. Podílí se na udržování fyziologické hodnoty vodíkového potenciálu (pH) - *izohydrie*, stálého zastoupení iontů - *izotonie*, stálé koncentrace osmoticky aktivních látek - *izoosmie*, a stálé tělesné teplota - *izotermie*.

**Funkce obranná** – zajišťují ji některé typy bílých krvinek a protilátky v krevní plazmě, likvidují původce infekčních chorob, pohlcují odumřelé buňky a produkují mediátory aktivující imunitní mechanismy těla.

**Funkce hemostatická** – při stavění krvácení se uplatňují tři mechanismy: reakce cévy, destičková zátka a srážení krve. (15)

V krevní plazmě jsou rozptýleny tři typy krvinek: červené krvinky - *erythrocyty*, bílé krvinky – *leukocyty* a krevní destičky - *trombocyty*.

Červené krvinky mají tvar bikonkávních disků, tj. mají menší tloušťku středů v porovnání s okraji. To zajišťuje krvinece větší povrch než u kulovitého tvaru stejné hmotnosti, což významně urychluje výměnu dýchacích plynů mezi krvinkami a okolím. Navíc umožňuje erythrocytu pružnou deformaci a průchod vlásečnicemi o menším průměru, než má sám. Stárnutí erythrocytu se projevuje ztrátou této flexibility.

Metabolismus erythrocytů je ovlivněn specifickou stavbou krvinky – nemá jádro, chybí i další buněčné organely včetně mitochondrií. Červená krvinka proto

získává energii především anaerobní glykolýzou, takže spotřeba transportovaného O<sub>2</sub> je minimální. (15)

Červené krvinky žijí asi 120 dní. Stárnutí je provázané výskytem dalšího antigenu na plazmatické membráně, který naváže protilátky, a tak zajistí ozonizaci starých krvinek. Současně dochází ke ztrátě flexibility, takže staré krvinky nejsou schopné přizpůsobovat se průměru kapilár, praskají a rozpadají se.

Rozpadlé erytrocyty jsou cíleně fagocytovány bílými krvinkami k dalšímu zpracování, především v krevním řečišti sleziny, v menší míře i v játrech a kostní dřeni. Hemoglobin je uvolněn a rozštěpen na globin a hem, obě složky se postupně odbourávají a ve velké míře využívají pro tvorbu nových erytrocytů. (15)

Erythropoéza probíhá v červené, tj. krvetvorné kostní dřeni. Erytrocyty vznikají postupným vývojem ze společné kmenové, tzv. pluripotentní buňky červené kostní dřene. Vyzrává v několika stádiích, postupně ztrácí některé organely a získává vlastnosti budoucího zralého erytrocytu. Předposledním vývojovým stádiem červené krevní řady je tzv. retikulocyt.

Nejdůležitějším regulačním faktorem erythropoézy je hormon erythropoetin.

Rozeznáváme dva základní typy bílých krvinek: granulocyty a agranulocyty. Dále se leukocyty dělí na polymorfonukleární a mononukleární.

Polymorfonukleární jsou označovány jako granulocyty. Obsahují lysozomy a sekreční granula. Rozlišují se neutrofilní, eozinofilní a bazofilní granulocyty

Mononukleární nemají v plazmě granula a dělí se na lymfocyty (T-lymfocyty a B-lymfocyty), monocyty (největší bílé krvinky) a plazmocyty. (16)

Krevní destičky vznikají oddělováním částí megakaryocytů, velkých buněk kostní dřene, které se diferencují z dřevňových kmenových buněk. Diferenciaci podporuje růstový faktor trombopetin, který vzniká především v ledvinách. Trombocyty nemají jádro, obsahují četná granula s faktory uplatňujícími se při stavění krvácení, na kterém mají destičky významný podíl a žijí necelých deset dní. (15)

## 1.2 Krvetvorba

Krvetvorba - *hemopoéza* představuje proces tvorby krvinek v krvetvorných orgánech. Krvetvorba má dvě odlišné fáze: prenatální a postnatální.

Po narození probíhá krvetvorba za normálních okolností jen v kostní dřeni. Ta je zdrojem všech druhů krvinek cirkulujících v krvi.

Část lymfocytů se tvoří i po narození dále v lymfatické tkáni. Monocyty a makrofágy i v jiných tkáních organismu.

Místa tvorby krevních buněk v dospělosti jsou:

*Lymfocyty* – lymfatické uzliny, orgány s lymfatickou tkání (slezina, brzlík), kostní dřeň

*Monocyty* – kostní dřeň, lymfoidní tkáň

*Trombocyty* – kostní dřeň, malá část v plicích

*Granulocyty* – kostní dřeň. (16)

Kostní dřeň je jedním z největších orgánů v těle. Denně produkuje na 1 kg tělesné hmotnosti 200 miliard erytrocytů, 70 miliard leukocytů a asi 100 miliard trombocytů. Výchozí buňkou všech krvinek je buňka mezenchymu, která se diferencuje v retikulární buňku a ta se pak stává základem nosného systému pro krvinky. Rozsáhlý proces obnovy buněk kostní dřene závisí na početně relativně malé populaci hemopoetických kmenových buněk. Základní pluripotentní kmenová buňka je schopna diferenciaci v mateřské buňky pro všechny krevní řady. (16)

Krvetvorba je neustálý, plynulý a rovnoměrný děj. Při zvýšené potřebě krvinek reaguje jejich zvýšenou tvorbou. Ke snížení tvorby krvinek dochází jen za chorobných stavů: porucha regulace krvetvorby, poškození krvetvorné tkáně a nedostatek látek potřebných pro krvetvorbu. (16)

Řízení krvetvorby je multifaktoriální proces, ve kterém hraje významnou roli řada působků.

Na řízení krvetvorby se určitou měrou podílejí hemopoetické růstové faktory, neurohumorální vlivy a přívod látek nezbytných pro hemopoézu. Podobně jako růstové faktory mohou významně ovlivnit krvetvorbu interleukiny a interferony. (16)

## 2 ZÁKLADNÍ HEMATOLOGICKÉ MALIGNITY

### 2.1 Akutní leukémie

Akutní leukémie se podle původu nádorové buňky dělí na akutní myeloblastickou leukémii (AML) a akutní lymfoblastickou leukémii (ALL). V obou případech jde o velmi zhoubná onemocnění s agresivním rychlým průběhem u neléčených pacientů a s možností přežití jen několik týdnů, maximálně měsíců. Při intenzivní několikaměsíční léčbě však existuje poměrně vysoká šance na uzdravení, nebo alespoň výrazné prodloužení života. Základem úspěchu je zajištění kvalitní diagnostiky včetně genetických vyšetření, přesné zařazení leukémie do některé z rizikových podskupin a následně volba odpovídajícího léčebného postupu. (27)

Hlavním defektem leukemických buněk není rychlá a nadměrná proliferace, jak se dříve soudilo, ale porucha dozrávání a diferenciacie leukocytů.

**Myeloblastická leukémie** - vzniká nádorovou transformací myeloidní kmenové buňky, ze které u zdravého člověka normálně postupně dozrávají erytrocyty, trombocyty, granulocyty a monocyty.

**Lymfoblastická leukémie** - vzniká nádorovou transformací lymfoidní kmenové buňky, ze které vznikají T a B lymfocyty dozráváním ve slezině, lymfatických uzlinách a thymu. (21)

Mezi projevy onemocnění patří: únava, slabost, subfebrilie, petechie, hematomy, epistaxe, neurologické příznaky, bolesti hlavy, zánětlivé změny až nekrózy v dutině ústní, anemie, bledost a kožní infiltráty. (9)

Nedílnou součástí komplexní péče je od počátku včasné vyhledávání dárce krvetvorných buněk pro případné zajištění alogenní transplantace.

Bohužel u pacientů nad 60 let lze akutní leukémii obecně považovat za nepříznivé onemocnění s omezenými možnostmi ovlivnění léčbou. (18)

### 2.2 Chronická leukémie

**Chronická myeloidní leukemie (CML)** patří mezi nádorová onemocnění s pozvolným několikaletým průběhem a následně se pak zvyšující se agresivitou při přechodu do fáze akcelerace nebo blastického zvratu, kdy už se jedná o

mimořádně prudké onemocnění charakteru odpovídajícího akutní leukémii. I přes dostupnost nových a účinných léků typu blokátorů tyrosinových kináz (Imatinib), které mají velmi výrazný efekt, zůstává alogenní transplantace krvetvorných buněk nadále zatím jediným způsobem, který vede k úplnému uzdravení. (27)

Mezi projevy onemocnění patří: tlak v levém podžebří, pocity plnosti v nadbřišku, teplota, pocení, hubnutí, bolest při infarktu sleziny a dušnost při anémii. (9)

Rozhodnutí o volbě léčebného postupu však musí být individuální a respektovat vzájemný vztah rizikovosti transplantace, rizik samotné CML a efekt léčby Imatinibem. (9)

**Chronická lymfocytární leukémie (CLL)** patří mezi málo agresivní nádorová onemocnění, vycházející z nekontrolovaného množení lymfocytů, které se pak hromadí v kostní dřeni, krvi, mízních uzlinách a jiných orgánech. (27)

Mezi projevy onemocnění patří: zpočátku asymptomatický průběh, pak hubnutí, únava, noční pocení, zvětšené lymfatické uzliny, recidivující bakteriální a oportunní infekce, poruchy imunity a sekundární malignity. (8)

U pacientů postižených nepříznivou formou CLL s mnoha rizikovými faktory je třeba zvažovat alogenní transplantaci krvetvorných buněk od dárce. Bohužel, u naprosté většiny nemocných CLL opět recidivuje a vyžaduje další léčbu. (27)

Nejčastější příčinou mortality nemocných s CLL není základní onemocnění, ale infekční komplikace vznikající jak v důsledku působení choroby samotné, tak i v důsledku imunoprese navozené léčbou leukémie. (49)

## **2.3 Pravá polycytemie**

Polycythaemia vera (PV) je nádorové onemocnění s pozvolným mnohaletým průběhem, při kterém dochází v kostní dřeni k nekontrolovanému množení buněk celé červené krevní vývojové řady – od blastů po zralé erytrocyty. Největší riziko pro nemocné představují trombotické komplikace.

Před definitivním stanovením diagnózy je nutné vyloučit jiná interní, především kardiopulmonální a ledvinná onemocnění. (27)

Mezi projevy onemocnění patří: krvácivé a trombotické komplikace, pálení očí, svědění kůže, riziko vzniku peptického vředu, dnavých potíží a urolitiázy. (8)

Základním léčebným přístupem je venepunkce, kterou lze bezpečně a účinně snižovat celkovou masu erytrocytů. S ohledem na věk, projevy nemoci a rizikové faktory trombózy nebo krvácení může být dále doporučována léčba hydroxyureou nebo u mladších pacientů interferonem a zajištění kyselinou acetylsalicylovou. (27)

## **2.4 Esenciální trombocytémie**

Esenciální trombocytémie (ET) patří mezi nádorová onemocnění s mnohaletým průběhem, při kterém dochází v kostní dřeni k nekontrolovanému množení buněk celé vývojové řady trombocytů – od megakaryoblastů po zralé trombocyty.

Zdánlivě paradoxně se s narůstajícím počtem trombocytů zvyšuje riziko krvácení – vysvětlením je výrazná porucha funkčnosti trombocytů. Projevem onemocnění jsou krvácivé a trombotické komplikace.

S ohledem na věk, hodnoty trombocytů a faktory zvyšující riziko možných krvácivých stavů a trombotických komplikací je pacientům nejčastěji doporučena léčba hydroxyureou, anagralidem, nebo interferonem (alfa) a zajištění kyselinou acetylsalicylovou. (27)

## **2.5 Lymfomy – Hodgkinův a nehodgkinské**

Lymfomy jsou nádory, které vycházejí z nekontrolovaného bujení lymfatických buněk zodpovědných za imunitu a postihují lymfatické uzliny i jiné orgány. Patří, až na několik výjimek, k nejlépe léčitelným zhoubným nádorům.

Nízce maligní lymfomy jsou onemocnění s pozvolným průběhem, ale ve svém letitém průběhu vyžadují opakované série léčby při opakovaných recidivách a lze je vyléčit pouze alogenní transplantací krvetvorných buněk.

Vysoce maligní agresivní lymfomy ohrožují neléčeného pacienta i v průběhu několika týdnů nebo měsíců, ale po intenzivní léčbě ustupují a může dojít i k úplnému vyléčení i bez transplantace.

Mezi projevy onemocnění patří: nebolestivé zvětšení lymfatických uzlin, celkové příznaky, únava, hubnutí, dráždivý kašel nebo syndrom horní duté žíly při mediastinálním postižení a infiltrace parenchymatózních orgánů nebo kostní dřeni. (8)



Základem úspěchu je kvalitní diagnostika a dobře zvolená léčba zahrnující především chemoterapii, imunoterapii, ale i aktinoterapii a v indikovaných případech i autologní i alogenní transplantaci krvetvorných buněk. (27)

## **2.6 Myelodysplastický syndrom**

Myelodysplastický syndrom (MDS) je onemocnění s porušenou tvorbou a vyžíváním krvinek. MDS je společný název pro heterogenní skupinu krevních chorob a jejich společným znakem je riziko přechodu v akutní leukémii.

Primární MDS se objevuje ve vyšším věku, sekundární vzniká v souvislosti s cytostatickou léčbou nádorů. Etiologický význam je přičítán i dalším chemikáliím (benzen, toluen).

Projevy onemocnění tvoří: únava, dušnost, nechutenství a recidivující infekční onemocnění nebo krvácení. (8)

U nemocných ve vyšším věku a s nízkým rizikem je nejvýhodnější symptomatická léčba. U mladších pacientů s vysokým rizikem je indikována intenzivní cytostatická léčba. (16)

## **2.7 Mnohočetný myelom**

Myelom je nepříznivé nádorové onemocnění vycházející z nekontrolovaného množení plazmocytů – imunitních buněk zodpovědných za tvorbu protilátek. Pacient je ohrožen nejen poškozením krvetvorby v kostní dřeni, ale hlavně destrukcí kostí s bolestmi i zlomeninami, a postižením vzdálených orgánů, především ledvin a srdce, protože se zde ukládá produkovaný paraprotein.

Příznaky onemocnění myelomem tvoří: bolest vázaná na tělesnou aktivitu, spontánní zlomeniny, selhání ledvin a neurologické komplikace v souvislosti s destrukcí skeletu. (8)

Bolest spojená s mnohočetným myelomem bývá dominantním příznakem onemocnění, proto je léčba bolesti součástí komplexního léčebného plánu. (51)

Chemoterapií lze ve většině případů výrazně omezit projevy nemoci a dosáhnout ústupu myelomu, ale vyléčení není možné. I přes transplantaci krvetvorných buněk a léčbu existuje vysoké riziko recidivy. (27)

## 3 SPECIFICKÉ PROBLÉMY HEMATOONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Nejčastější problémy, rizika a komplikace ovlivňující psychický stav pacienta jsou: nevolnost a zvracení, oslabení obranyschopnosti a infekce, zvýšená teplota a horečka, bolest, únava, poškození sliznic dutiny ústní, poškození kůže a alopecie, průjmy, zácpa a ileus, krvácivé a trombotické komplikace a problémy spojené s transplantací kostní dřeně. (26)

### 3.1 Nevolnost a zvracení

V oboru hematoonkologie patří mezi nejčastější příčiny nevolnosti a zvracení:

**Chemoterapie** – problémy lze očekávat u silně ektogenních a vysoce dávkovaných cytostatik, např. v rámci přípravy na autologní nebo alogenní transplantaci krvetvorných buněk.

**Aktinoterapie** – nauzea a zvracení různé intenzity doprovázejí především ozařování břicha, pánve a hlavy.

**Reakce štěpu proti hostiteli (GvHD)** – akutní i chronická fáze po transplantaci kostní dřeně od dárce je doprovázena nevolností i zvracením.

**Vliv malignity** – zažívací potíže způsobují nádory a jejich tlak v oblasti dutiny břišní a velmi výrazně při postižení a infiltraci centrálního nervového systému (CNS).

**Psychické a zrakové vjemy** – potíže vyvolává u citlivých osob např. nepříjemný zápach, negativně vnímané zrakové vjemy (nemocniční prostředí) i psychická labilita.

**Jiné příčiny** – zvýšené riziko jaterního nebo ledvinového selhání, náhlé příhody břišní, nitrolebního krvácení nebo infekce u hematoonkologických pacientů. (26)

### 3.2 Oslabení obranyschopnosti a infekce

Oslabením imunity bývá postižena naprostá většina hematoonkologických pacientů.

Příčiny vedoucí k oslabení obranyschopnosti:

**Hematologické a onkologické onemocnění** – leukémie, lymfomy, mnohočetný myelom, aplastická anémie, GvHD reakce po alogenní transplantaci kostní dřeně

**Hematologicko-onkologická léčba** – chemoterapie, aktinoterapie, transplantace, kortikoidy, imunosupresiva, splenektomie

**Vyšší věk a přidružené choroby** – diabetes mellitus (DM), těžké anemie, autoimunitní choroby (26)

### 3.3 Bolest

Bolest vzniká jako reakce na tkáňové (orgánové) poškození a výrazně zhoršuje kvalitu života nemocných.

Příčiny vzniku bolesti u hematologicky nemocných jsou:

**Nádorové onemocnění** – bolest je vyvolána prorůstáním nádoru, útlakem z okolí, poruchou prokrvení nebo průchodností orgánů.

**Onkologická diagnostika a terapie** – bolesti v souvislosti s invazivními léčebnými a diagnostickými výkony

**Jiné příčiny** – bolest jako příznak jiné komplikace (infekce, záněty, intoxikace, ale i poruchy psychiky). (26)

Nejčastěji se bolest u hematoonkologických onemocnění vyskytuje u mnohočetného myelomu. V časném stádiu trpí bolestí 37% nemocných, v pokročilém stádiu 70% a v terminálním stádiu 73% nemocných. (1)

### 3.4 Únava při nádorovém onemocnění

Pocit celkové fyzické slabosti, nedostatku životní energie a duševní vyčerpání velmi často provází hematoonkologicky nemocné a negativně ovlivňuje kvalitu jejich života. Svou roli zde hraje kombinace příčin a vlivů, jako je samotná přítomnost nádorového onemocnění, nedostatečný odpočinek a spánek, anémie, léky s tlumivým účinkem a další možné příčiny (hypoxie, podvýživa, dehydratace, infekce). (26)

K podceňovaným příčinám únavy patří i duševní vypětí vyvolané dlouhodobým stresem a obavami, obtížným řešením vztahů a komunikace s okolím, výčitkami svědomí nebo ztrátou naděje. Mezi psychické symptomy

únavy řadíme znuďnost, nedostatek motivace, někdy i deprese, z kognitivních symptomů je to pak zejména porucha koncentrace. (14)

Chronická únava a vyčerpání je podle světové zdravotnické organizace (WHO) klasifikována jako nemoc a před několika lety byla únava při nádorovém onemocnění přijata jako diagnóza v 10. Revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí. (54)

### **3.5 Poškození sliznic dutiny ústní, kůže a alopecie**

Mezi nejčastější příčiny poškození sliznic, kůže a alopecie patří vysokodávkovaná chemoterapie, aktinoterapie, infekční, zánětlivé a imunologické postižení, postižení sliznic nádorovou infiltrací a nedostatek vitamínů a stopových prvků, hormonální léčba a transplantace krvetvorných buněk. (26)

Postižení sliznic gastrointestinálního traktu (GIT) patří mezi nejčastější vedlejší účinky cytotoxických léků. (61)

### **3.6 Krvácivé a trombotické komplikace**

Krvácivé poruchy provázejí velmi často pacienty s hematologicko-onkologickým onemocněním z důvodu sníženého počtu trombocytů a porušení jejich funkce, z nedostatku nebo porušené funkce koagulačních faktorů a z důvodu defektní cévní stěny. Zvýšené riziko trombotických komplikací vyplývá ze zpomalení a omezení žilního průtoku, ze zvýšené krevní srážlivosti a poškození žilní stěny. (26)

## 4 TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ

Transplantace krvetvorných buněk je převod krvetvorné tkáně, která navodí krvetvorbu u příjemce. Je to léčebná metoda, která se používá zejména k léčbě zhoubných onemocnění krvetvorby, ale i některých solidních nádorů. (28)

V roce 1990 byla udělena Nobelova cena za medicínu americkému lékaři E. D. Thomasovi za propracování metody transplantace kostní dřeně (TKD). Tímto okamžikem se transplantace krvetvorných buněk staly uznávanou klinickou metodou, standardní léčbou hematologicky nemocných. Tomuto okamžiku předcházelo téměř celé století usilovné práce jednotlivců, lékařských a sesterských týmů. (42)

První transplantace kostní dřeně ve Fakultní nemocnici (FN) v Plzni byla provedena v březnu roku 1991 a právě transplantační centrum v Plzni je prvním transplantačním centrem v České republice (ČR) a východní Evropě, které získalo akreditaci pro transplantaci krvetvorných buněk

Úspěšnost TKD je podmíněna složitou a koordinovanou součinností specialistů mnoha oborů, ale také odbornou kvalifikací a osobními vlastnostmi sester transplantačních center. (32)

Podle dárce krvetvorných buněk rozdělujeme transplantace na alogenní (dárce je sám nemocný), syngenní (dárce je geneticky identické jednovaječné dvojče) a alogenní (dárce je jiný zdravý jedinec). (9)

Transplantace kmenových buněk krvetvorby jsou významným léčebným postupem v případě hematologických malignit, a zatímco množství provedených autologních transplantací nejspíše již dosáhlo svého vrcholu, četnost alogenních transplantací zatím stále roste. (9)

Na rostoucí počet transplantací a současně i věku pacientů má vliv především rozvoj transplantací s redukovanou intenzitou přípravy, které mohou být nabízeny starším i silněji předléčeným pacientům. Podíl má však také zlepšení výsledků v léčbě potransplantačních komplikací – GvHD, cytomegalovirus (CMV) a jiné infekce. V neposlední řadě se ukazuje, že např. v případě akutních leukémií jsou výsledky alogenních příbuzenských i nepříbuzenských transplantací prakticky srovnatelné. (55)

## 4.1 Autologní transplantace

Jde o převod vlastní krvetvorné tkáně, která je nemocnému odebírána před podáním vysokodávkované chemoterapie nebo celotělové radioterapie. (28)

S podpůrnou transplantací vlastními kmenovými buňkami lze podat mnohem vyšší dávky účinných léků než bez ní. Podmínkou je, aby měl nemocný před zákrokem své základní krvetvorné buňky zdravé.

Nejzávažnějším problémem autologních transplantací je vysoké procento relapsů onemocnění. (22)

## 4.2 Alogenní transplantace

Jde o převod krvetvorné tkáně od zdravého příbuzného či nepříbuzného dárce. Podmínkou je shoda lidského leukocytárního antigenu (HLA) dárce a příjemce. Nejčastějším dárce je sourozenec, příbuzný nebo nepříbuzný HLA kompatibilní jedinec z registru dárců kostní dřeně. (28)

Zásadní léčebný efekt u alogenní transplantace se očekává z reakce štěpu proti nádorovému onemocnění. Cílem chemoterapie nebo radioterapie podávané před transplantací není odstranění všech zhoubných buněk, ale příprava na uchycení kmenových buněk dárce. Principem transplantace je tedy rozpoznání a zahubení nádorových buněk příjemce imunitními buňkami dárce vznikajícími v kostní dřeni po transplantaci. (28)

Nejzávažnější komplikací je akutní<sup>1</sup> nebo chronická reakce štěpu proti hostiteli (GvHD) a vyžaduje dlouhodobou imunosupresivní léčbu. Pacienti jsou dále ohroženi krvácením a infekčními komplikacemi (zejména CMV). (22)

Nejčastěji je hematologicky nemocný přijímán na jednotku intenzivní péče (JIP) z důvodu infekčních komplikací, kdy septický šok rychle progreduje do multiorgánového selhání (MOS) s nutností podpory nebo náhrady selhávajících orgánů. (47)

Z důvodu snížení rizika infekčních komplikací jsou nemocní umístěni na sterilním transplantačním pokoji vybaveným filtry na vodu a vzduch.

---

<sup>1</sup> Vzniká krátce po transplantaci, nejpozději však do 100. dne po transplantaci; poté přechází do chronické fáze.

Vyhledávání dárce krvetočných buněk (periferních krvetočných buněk nebo kostní dřeně) v rámci rodiny a příbuzenstva a obzvláště pak v registrech dobrovolníků je organizačně i finančně poměrně náročný proces, který vyžaduje vzájemnou spolupráci desítek lidí a může trvat několik dní i měsíců. (56)

### **4.3 Syngenní transplantace**

Jde o převod krvetočné tkáně získané od geneticky identického jednovaječného dvojčete. Identita imunitních systémů nevede k reakci štěpu proti hostiteli, ale současně neumožňuje velký efekt štěpu proti onemocnění. (28)

## 5 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY A PROBLÉMY HEMATO - ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Stav jedince se závažným problémem se často projevuje navenek stavem jakoby bez emocí. Pokud se tato zdánlivá tolerance prolomí, je možné pozorovat projevy úzkosti či jiné emoce. (2)

Výzkumy prokazují, že i když jsou projevy psychické zátěže standardním následkem onkologické nemoci, většina pacientů prožívá zátěž tak vysokého stupně, který je již klinicky závažný a vyžaduje určitou formu psychologické intervence. (25)

### 5.1 Strach a úzkost

Tyto negativní emoční prožitky jsou jednak reakcí na dyskomfort daný onemocněním, ale i reakcí na uvědomění značného rizika vlastního ohrožení.

Strach má konkrétní obsah (např. strach z bolesti, strach ze smrti, strach ze závislosti na péči jiných lidí). Nemocní mohou mít strach z výsledků léčby, ze ztráty zaměstnání, přátel a ze ztráty finančních prostředků na zajištění rodiny, zejména proto, že se v oboru hematooonkologie nezdá jedná o mladé jedince v produktivním věku. (25)

Úzkost představuje neurčitou obavu a nemá konkrétní zdroj. Každý nemocný trpí určitou nejistotou a prožívá úzkost v závislosti na nepříjemných změnách, které s sebou choroba přináší. (25)

S těmito emocemi je třeba počítat a nemá cenu je bagatelizovat, protože jsou subjektivní realitou. Objevují se zejména u pacientů, kteří trpí nedostatkem informací o své chorobě a neznají odpovědi na své otázky. Pacient ztrácí pocit jistoty a bezpečí a víru v sebe i v okolí a smutek doprovázející ztrátu zdraví může přejít v depresi. Úzkost a strach vyjadřují negativní očekávání nemocného, ovlivňují jeho vnímání a zvládání všech chorobných příznaků. (25)

Psychickým problémům lze předejít účinnou komunikací, empatickým přístupem a nasloucháním. Psychodiagnostický rozhovor zjistí, v jaké fázi psychické nepohody se pacient nachází, jeho osobnostní předpoklady, rodinné



vztahy a sociokulturní prostředí. Sehraný a spolupracující tým přináší nemocnému pocit bezpečí. (36)

## 5.2 Sociální izolace

Hematoonkologická léčba a transplantační program vyžadují pobyt pacienta v boxu rezervní izolace z důvodu prevence rizik spojených s infekčními komplikacemi. Izolaci na transplantačním pokoji hodnotí pacienti jako jedno z nejhorších. Nedostatek kontaktu s lidmi, fobické pocity z uzavřeného prostoru a nemožnosti odejít, omezené množství osobních věcí i omezení ve stravování vedou některé pacienty k vyhledání psychologické pomoci. (30)

Nemocní požadují společnou hospitalizaci s blízkým člověkem. Pokud to průběh transplantačního a potransplantačního období dovoluje, tak se pacientům za splnění určitých podmínek vyhoví.

Z psychologického hlediska je krizová situace v rodině, jakou závažné onemocnění je, prověrkou vztahů a vazeb v rodině. Ukáže na hierarchii osob a postavení pacienta v síti rodinných vztahů. Najednou je jasně vidět, kdo této skupině velí, zda je schopen soustředěné akce nebo je jen figurkou. Může se vynořit někdo, s kým ostatní nepočítali, může překvapit, může se stát hlavní oporou pacienta. (2)

## 5.3 Bolest

*Bolest je definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání.* (19, str. 21)

Definice obsahuje velmi důležitý dodatek, že bolest je vždy subjektivní, a to přesto, že vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy i etnika. (19)

Prožívání bolesti ovlivňují čtyři složky:

**Vnímání bolesti** – její intenzita, kvalita a lokalizace. Citlivost bolesti není u všech lidí stejná, ale bývá individuálně variabilní.

**Emoční prožitek bolesti** – je emoční reakce na bolest, která je téměř vždy nepříznivá a přispívá k negativnímu hodnocení aktuální situace a jejího vývoje.

**Rozumové hodnocení bolesti** – závisí na schopnosti nemocného uvažovat o příčině bolesti, na jeho zkušenostech i na tom, jaký má pro něj bolest význam.

**Paměť pro bolest** – prožitek bolesti může být z paměti určitými podněty (např. opětovná návštěva nemocnice) znovu vyvolán. (29)

## 5.4 Deprese

Jde o psychickou poruchu charakterizovanou skleslou a smutnou náladou, snížením aktivity a ztrátou schopnosti mít radost z podnětů, které běžně radost přinášejí. Dále se projevuje zvýšenou unavitelností, zhoršením schopnosti koncentrace, snížením sebevědomí a sebedůvěry, pocitem viny a bezcennosti, úzkostí až sebevražednými myšlenkami. Tyto psychické projevy provázejí různé somatické příznaky a dysfunkce (např. nespavost nebo naopak zvýšená potřeba spánku aj.). Aby bylo možno vyslovit diagnózu deprese, měly by obtíže trvat alespoň 14 dní. (2)

V období od května 2009 do prosince 2009 proběhl v nemocnici Kuala Ampang Lumpur v Malajsii výzkum vlivu deprese a úzkosti na kvalitu života hematologických pacientů. Do výzkumu bylo zahrnuto 105 respondentů s průměrným věkem 40 let trpících hematologickou malignitou (zejména AML, ALL, Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinské lymfomy). U těchto osob byla prevalence psychiatrického onemocnění 44%, která se významně podílí na zhoršené kvalitě života. Prevalence těžké formy deprese byla 25% a celková prevalence úzkostných poruch 31%. Zdá se pravděpodobné, že příčina vysoké prevalence deprese a úzkosti u hematologicko-onkologických pacientů je nejen v onemocnění, ale i ve vedlejších účincích léčby, která s sebou nese svá omezení. (46)

Dalším výzkumem, kterým je metaanalytická studie pod vedením Alexe J. Mitchella, bylo zjištěno, že riziko vzniku deprese zůstává nejvyšší první rok po sdělení onkologické diagnózy. V dalších 5 letech stoupá riziko depresivního syndromu nebo poruchy přizpůsobení u třetiny pacientů. (45)

Anticipační deprese je žal, předjímaná deprese, která nastane v situaci očekávání hrozící ztráty. Anticipační zármutek je soubor kognitivních, emočních, sociálních a kulturních reakcí na očekávanou ztrátu, smrt, jež pociťuje pacient, ale především jeho blízcí. (38)

## **5.5 Posttraumatická stresová porucha**

Po zvládnutí nemoci, jejíž léčba je extrémně zatěžující tělesně i duševně, vychází uzdravený jedinec do života, ve kterém si s sebou ponese prodělané psychické trauma a jeho trvalou památku na dobu, kdy bojoval o život. (38)

Nemocný trpící posstraumatickým syndromem prožívá z nevysvětlitelných důvodů depresivní nálady, úzkostné či agresivní pocity vůči svému okolí a typickými projevy jsou podrážděnost, neklid, zapomínání, poruchy spánku, nadměrná plačtivost, smutek, apatie a pocity beznaděje. (22)

## **5.6 Psychické změny v terminálním stadiu onemocnění**

V terminálním nebo preterminálním stadiu onemocnění se mohou objevit následující psychické změny: zúžení horizontu pacienta, regrese, zejména egocentrismus, pasivita, závislost, netrpělivost, snížení sebevědomí a ztráta sebeúcty. (7)

## **5.7 Psychická reakce na somatickou chorobu**

Bio-psycho-sociální model, charakterizovaný holistickým přístupem k nemocným, je filozofií celku (celistvosti). Zahrnuje součást biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní a setkáváme se s ním hlavně v oboru ošetrovatelství, pro které je holismus základní filozofií. (17)

Každé somatické onemocnění ovlivňuje i psychiku – aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného.

Významným aspektem je vědomí choroby, představa o míře ztrát, které jsou jejím důsledkem, i ohrožení vlastní budoucnosti i života. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se dominantním osobním tématem, které činí všechno ostatní méně významným. Může docházet k idealizaci minulosti a z hlediska přítomnosti závažná choroba redukuje pozitivní zážitky a přináší mnoho nepříjemných podnětů. (25)

Pod vlivem nemoci samotné, i v důsledku jejího, převážně negativního sociálního významu, se mění sebepojetí nemocného. K poruše sebepojetí u hematoonkologických pacientů dochází zejména pod vlivem alopecie a sociální izolace na transplantačních pokojích. U nemocného se zhoršuje sebehodnocení a

snižuje sebeúcta. Postoj k vlastní chorobě může vést až ke změně identity nemocného člověka, k jejímu rozkladu či pocitu ztráty její podstatné části.

Postoj k vlastní nemoci závisí na mnoha subjektivních i objektivních faktorech. Zahnuje emoční prožívání, rozumové hodnocení a chování. (25)

## **5.8 Prožívání nemoci v čase**

Zpracování zátěže, kterou představuje vážné onemocnění, probíhá v pěti fázích. Ty mají individuálně specifický průběh i délku trvání.

*„Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději.“*  
(20, s. 35)

### **5.8.1 Sdělení onkologické diagnózy**

Sdělení onkologické diagnózy je významným mezníkem téměř pro každého pacienta. Jde o záležitost, která je náročná pro tým zdravotníků i pro pacienty samotné. (57)

Průzkumy mezi zdravou populací, ale také mezi již onkologicky nemocnými ukazují, že velká většina lidí si přeje být informována jak o diagnóze, tak o všech možnostech léčby, o výsledcích během vlastní léčby a také o prognóze. Odpůrci obsáhlého informování pacienta poukazují na specifickou kulturně historicky podmíněnou „povahu“ českého pacienta, který není na podobně otevřenou komunikaci zvyklý. Na základě vlastních klinických zkušeností se domníváme, že i v ČR většina pacientů stojí o informace o diagnóze a prognóze a to i v případě selhání léčby a progresu onemocnění. Problém je spíše na straně lékařů, totiž v jejich neschopnosti efektivní komunikace. (62)

Informovaný nemocný lépe spolupracuje, snáší nepříjemné vedlejší účinky chemoterapie, dokáže se společně s ošetřujícím personálem i svými blízkými radovat i ze sebemenšího zlepšení. (43)

### **Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy**

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.

2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen. Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta a jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámeček vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání. (38)

Nemocný je informován dříve než jeho rodina a sám rozhoduje, kdo z jeho příbuzných bude informován. Pokud je nemocný a jeho rodina informována stejně, zůstávají jejich vztahy na stejné úrovni, a rodina je schopna být opravdovou oporou nemocnému. V opačném případě se vzájemný kontakt stává utrpením pro obě strany. (43)

Teoretický model jednotlivých fází zpracování zátěže poskytla Elisabeth Kubler-Rossová:

## **5.8.2 Fáze zpracování zátěže**

### **1. Fáze nejistoty před stanovením diagnózy**

Je charakterizována potížemi, které upoutávají pozornost a vyžadují vysvětlení nebo překonání. Somatický stav je zdrojem nepříjemných pocitů, vyvolává úzkost a obavy z onemocnění, a pokud trvají příliš dlouho nebo přestávají být snesitelné, nemocný vyhledává pomoc. Fáze končí diagnostikováním příslušné choroby.

Komunikací s pacientem v této fázi jsou jednoduché apely na bezpečí a naději. Obecně nevysvětlujeme složité léčebné postupy a není třeba se bát nechat odeznít šok v mlčení. (38)

### **2. Fáze šoku a popření**

Následuje bezprostředně po zjištění nemoci nebo stanovení diagnózy a tato informace představuje závažné ohrožení na symbolické úrovni, které nemocný nemůže přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. Používá různé způsoby obrany, které však nejsou dlouhodobě udržitelné. Jejich smyslem je poskytnout čas pro přijetí silně traumatizujícího faktu.

Popření bývá výrazné u pacientů, kteří subjektivně nemají větší potíže a nevěří tomu, že by tak závažné onemocnění mohlo souviset s tak nepatrnými příznaky. (30)

Je známo, že onkologičtí pacienti jsou v převážné většině introvertní typy osobnosti se všemi atributy. Navenek klidní, vyrovnaní, neventilují své pocity, jsou spolehliví a zvládají všechny úkoly zdánlivě bez problémů. Ve svém vnitřním prožívání však hluboce a obtížně zpracovávají kladné i záporné emoce. Doporučenou komunikací je pregnantní, trvalé vysvětlování výsledků vyšetření a povzbuzování naděje. (37)

### **3. Fáze generalizace negativního hodnocení**

Z kognitivního hlediska je třetí fáze charakterizována dezorientací. Člověk se postupně začíná vyrovnávat se skutečností, že je nemocný, protože somatické příznaky choroby nelze donekonečna popírat ani bagatelizovat. V této fázi se objevuje tendence ke generalizované negaci. Hněv a vztek navozuje tendenci s nemocí bojovat, hledat způsob, jak ji zvládnout nebo pouze ventilovat své napětí a frustraci. (25)

V období agrese a hněvu je třeba dovolit nemocnému odreagování a nepohoršovat se nad jeho chováním. Pokud dojde k depresi, bude potřebovat někoho, kdo bude trpělivě naslouchat, pomůže mu hledat řešení a urovnat vztahy. Komunikace ve fázi agrese má být jasná, stručná, adresná až neosobní.

Smutek a deprese mohou signalizovat smíření nebo rezignaci. (30)

#### **4. Fáze postupné adaptace**

Různě dlouhé fázi postupně adaptace předchází fáze smlouvání. Z kognitivního hlediska lze toto období označit jako fázi reorientace, kdy nemocný svou situaci interpretuje jinak než dřív. Způsob vyrovnávání se s chorobou je samozřejmě ovlivněn aktuálním stavem nemocného. (25)

Ve fázi smlouvání si pacienti stanovují cíle, většinou časově ohraničené, které pro ně mají velkou hodnotu. Doporučená komunikace v této fázi je prosté vyslechnutí a podpora pacientových přání. (30)

#### **5. Fáze smíření**

Nemocný v této fázi akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává. Signálem dobrého vyrovnání je nalezení nového smyslu života.

Jinou variantou nezvládnutí dané situace je rezignace. To je podlehnutí tíživé situaci, kterou nemocný stále hodnotí jako negativní, ale už není schopen usilovat o zlepšení a vyrovnání.

Jen část nemocných se smíří se skutečným stavem věcí. (30)

### **5.9 Změna základních psychických potřeb a hodnot**

Pod vlivem onemocnění se mění také základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Může se změnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování a převažující aktuální motivace. Hlavní potřebou se stává zdraví.

#### **Potřeba stimulace nových zkušeností**

Tato potřeba se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti snižuje. Únava a vyčerpání vedou k preferenci stereotypu a nemocný nemá velkou potřebu nových podnětů. Nemocní žijí v podnětově chudém prostředí a navíc se zhoršuje i kvalita přijímaných podnětů vlivem nepříjemných a bolestivých výkonů.

### **Potřeba orientace ve své situaci**

Nemocný má velkou potřebu znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč je to nutné. Cílem léčebného úsilí musí být člověk a je třeba aktivní léčbu a péči chápat jako určité kontinuum, ve kterém je protinádorová léčba provázena podpůrnou a paliativní péčí v oblasti tělesných symptomů, psychosociálních i existenciálních potřeb. (53)

### **Potřeba citové jistoty a bezpečí**

Tato potřeba se pod vlivem nemoci výrazně zvyšuje, protože závažné onemocnění vede ke zvýšenému úsilí získat podporu. Nejistota a úzkost narůstají zejména při odloučení od rodiny. Dochází ke zvýšení fixace na blízké lidi, která může mít někdy až regresivní charakter. Závažné onemocnění se může stát i příčinou ztráty vztahu s blízkým člověkem, který ztrátu neunes.

Pokud je nemocný hodně vyčerpaný, může ztratit zájem o všechno, tedy i o přítomnost svých blízkých. (23)

### **Potřeba sociálního kontaktu**

Tato potřeba je u hematologických nemocných obtížně uspokojována, protože nemocný je izolován nebo se setkává s omezenou skupinou lidí.

V komunikaci se zdravými lidmi někdy mohou chybět společná témata: jejich potřeby, aktuální prožitky a problémy jsou jiné. Tato setkání pozbývají smyslu a nemocní o ně ztrácejí zájem.

V poslední době se mluví o programu „Lidská tvář nemocnice“, jehož posláním je vnést do nemocnice více lidského kontaktu, posilovat duševní pohodu pacientů, pomáhat jim překlenout náročné chvíle a přispět k lepšímu průběhu a efektu léčby. Činnost zprostředkovává dobrovolník, který nenarušuje léčebný režim ani provoz nemocnice, a využívána je zejména u chronických a dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. (63)

### **Potřeba seberealizace**

Její uspokojení vzhledem k proměně osobně významných hodnot mnohdy ztrácí význam. Nemocný se vzdává původních ambicí, protože jsou nedostupné nebo ztratily svou dřívější hodnotu.



Vzácněji může pod vlivem choroby dojít k akcentaci této potřeby a člověk se snaží dosáhnout cíle právě proto, že jeho čas i možnosti jsou omezeny. (25)

### **Potřeba otevřené budoucnosti**

Je to potřeba pozitivní prognózy, která bývá závažným onemocněním více či méně frustrována.

Vlastní budoucnost se nemocnému jeví nepříznivá a on je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých původních představ. Určitou zátěž při zvládnání tohoto úkolu představuje nedostatečná informovanost, a s ní související nejistota a úzkost. V důsledku toho se objevují u nemocného různé obranné reakce charakterizované jako úsilí o dožití určitého mezníku, úniku do uspokojivější oblasti nebo identifikace s někým, kdo nemá život tak zablokovaný. (25)

## **5.10 Zvládání zátěže**

Z hlediska zvládání zátěže (coping) lze diferencovat rozumové zpracování a citové vyrovnání s problémem, který zde představuje nemoc.

Volba copingové strategie závisí na hodnocení situace, která nemusí vždycky odpovídat realitě. (44)

### **5.10.1 Strategie zvládání nemoci a utrpení**

#### **1. Zvládání zaměřené na řešení problémů**

Aktivní přístup vyplývá z jeho přesvědčení, že s nemocí je třeba bojovat a bývá spojen s tendencí:

**Hledat konkrétní řešení** – bývá spojeno s potřebou získat o problému co nejvíce informací.

**Hledat pomoc** – potřeba získat odborníky schopné přispět ke zvládnutí jeho problému.

**Usilovat o emoční podporu** – tzn. pozitivní zpětná vazba a potvrzení účelnosti svého jednání. Nemocný si potřebuje potvrdit, že situace není beznadějná a tato odezva posiluje jeho sebedůvěru a víru v pozitivní výsledek a novou naději. (25)

## **2. Zvládání zaměřené na obranu vlastních pocitů**

Je zvládání zaměřené na redukci negativních zážitků a udržení přijatelného emočního ladění. Cílem této strategie je zmírnění dopadu choroby v situaci, kdy se problém jeví jako nezvládnutelný. V této době se už neusiluje o změnu situace, ale o změnu přístupu k jejímu hodnocení.

Paliativní coping je typ obranné strategie, která se objevuje v těžko řešitelných a silně stresujících situacích. Míra úspěšnosti této strategie bývá různá, ale nelze ji zcela zavrhnout, a za určitých okolností může nemocnému přinést úlevu. (25)

### **5.10.2 Taktiky a styly zvládání nemoci a utrpení**

Na rozdíl od strategií se jedná o drobnější kroky, menší dílčí úseky boje: relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, hudba, beletrie, humor a poskytování sociální opory. (12)

Autorská dvojice Bohuslav Blažek a Jiřina Olmerová vytypovala sedm stylů jednání lidí v těžkých situacích a jejich zvládání:

**Autismus** – vnitřní emigrace, zaměření k vlastní osobě. Jsou situace, na které člověk sám nestačí, a vnitřní emigrace není vhodnou formou jejich zvládání.

**Robinsonovství** – v člověku se ve střetu s nepřízní až mezních situacích mohou uvolnit hlubší tvořivé existenciální možnosti.

**Kompenzace** – náhrada, vyrovnání dluhu, způsob zvládání těžké situace, kdy se místo původního cíle zvolí cíl náhradní z důvodu znovunastolení rovnováhy.

**Překompenzování ztráty** – ve snaze po vyrovnání ztráty dochází k nadměrné aktivitě.

**Dobrovolné podstupování rizika a utrpení** – situace, kdy se pacient rozhodne vstoupit do rizika, které je obecně tíživější a bolestnější než stav, ve kterém se dosud nacházel.

**Směna** – vyrovnání účtů, poskytnutí opory, vzájemné povzbuzování a utěšování za morální a duchovní uspokojení.

**Dialog** – zvládání zdravotních těžkostí prostřednictvím např. svépomocných skupin pacientů poskytujících si vzájemně oporu. (12)

### 5.10.3 Neuvědomované obranné reakce

Jsou reakce, které slouží k udržení psychické rovnováhy a z dlouhodobého hlediska jsou některé méně přínosné.

Jako obrannou reakci můžeme chápat bagatelizaci nemoci, popírání její závažnosti, tendence k úniku, který může poskytnout práce i alkohol, ale i potřebou vyhledat a potrestat viníka.

Těžce a nevléčitelně nemocný často ztrácí smysl života. Najít za této obtížné situace nový a přijatelný smysl života není snadné. Frankl (1994) považuje i utrpení za smysluplné, protože nemocnému může pomoci ujasnit význam skutečných hodnot. Utrpení může podpořit jeho citlivost a pomůže i v osobnostním rozvoji. Nemoc mění pohled na svět i na sebe sama. Dovoluje nemocnému pochopit i jiné dimenze života, kterým by dříve nerozuměl nebo by o ně ani nestál.  
(4)

I ve zvládnání choroby a utrpení s ní spojeného se může potvrdit kvalita osobnosti nemocného člověka, přestože je to často poslední projev jeho sebepotvrzení.

### 5.10.4 Problematické způsoby zvládnání zdravotních těžkostí

Obranné mechanismy jsou charakterizovány jako klamné, iluzorní, fantastické a realitu nerespektující formy zvládnání životních těžkostí.

**Represe** – vytěsnění toho, co se děje.

**Suprese** – záměrné a vědomé vytěsnění toho, co by mělo být ve vědomí.

**Regrese** – sestup pacienta na vývojově nižší úroveň.

**Inverze** – převrácené chování.

**Popírání** – pacient uzavírá sám vstup informací.

**Introjekce** – promítání starostí druhých lidí do vlastního života.

**Racionalizace a intelektualizace** – hledání rádooby moudrých důvodů pro nemoudré věci a intelektuální důvody pro nesmyslnosti.

**Sebeobviňování** – nadměrné obviňování za svůj špatný zdravotní stav.

**Externalizace viny** – obviňování druhých lidí z toho, co se děje.

**Identifikace** – ztotožnění (např. se stavem jiného pacienta).

**Projekce** – promítání vlastních záměrů do jednání druhých lidí. (12)

## 5.11 Osobnost onkologického pacienta

V 60. a 70. letech 20. století se spolu se vznikem nového medicínského odvětví, kterým je psychosomatická medicína, začíná mluvit o tom, že lidé s jistou příbuznou osobnostní strukturou jsou disponováni k tomu, že onemocní stejnou chorobou.

Nejnovější výzkumy na poli experimentální psychologie a mnohé praktické zkušenosti ukazují, že osobnostní charakteristiky onkologického pacienta jsou složitě strukturovány.

Podle typologie C. C. Junga jsou to lidé introvertně orientováni v prožívání emocí. Emoce prožívají ve svém nitru, v mysli, protože nechtějí svými problémy obtěžovat okolí. (6)

Onkologičtí pacienti jsou velmi pracovití lidé, kteří plní své životní poslání pracovat pro druhé a nestěžovat si na nepřízeň osudu. Jsou spolehliví i úzkostní a slzy bolesti a zklamání pláčou do sebe, cítí se nepochopení a všechny negativní emoce v sobě dusí. (38)

Osobnost typu C (Cancer-prone personality) je výrazně racionální, která nereaguje na změněné životní situace příliš emocionálními projevy. Lidé s touto osobnostní charakteristikou své obavy a strachy potlačují a nevyjadřují zlobu ani vztek. (12)

S touto osobnostní charakteristikou souvisí i přítomnost alexithymie – tj. neschopnost vyjádřit své city a emoční pohnutky. Přesto, že se svému okolí může zdát necitlivý a nevšímavý, je to dobře ošetřovaná maska, která chrání před zklamáním a zesměšněním. (38)

Další významnou osobnostní charakteristikou onkologického pacienta je nižší hladina nezdolnosti (hardiness). Míra nezdolnosti má význam ve schopnosti odpovídat na výzvy, jakými jsou překážky, nemoci, šance. Je to také schopnost odevzdat se, přijímat odpovědnost za své činy a i určitá míra sebekontroly, která umožní překonání obtíží. (38)

V poslední době se psychologie intenzivně zabývá fenoménem zvaným bojový duch (fighting spirit). Ten je součástí osobnostní struktury některých onkologických pacientů a stává se předmětem zájmu psychoonkologů jako velmi prospěšný fenomén při léčbě onkologických onemocnění. Tito lidé mají ve své osobnostní výbavě sílu vůle, dostatek naděje a víry ve své schopnosti, spolu

s velkou mírou racionálního uvažování. Hlavní onkologická centra světa již mají erudované týmy podporující pacienty a jejich blízké, motivující jejich sílu vůle a ochotu aktivně se spolupodílet na léčbě i péči. Podporují jejich naději, pomáhají redukovat strach a úzkost a poskytují jim přístup ke zdrojům informací o jejich nemoci a léčbě. (35)

Ukazuje se, že dobrým východiskem a pomocníkem při podpoře bojového ducha je práce podpůrného týmu, ve kterém úzce spolupracují ošetřující lékař, psycholog a zdravotní sestra, ke které má pacient důvěru, všichni v úzké součinnosti s blízkými nemocného. (35)

## 5.12 Kvalita života

Kvalita života se v odborné literatuře užívá ve všech oborech jako cíl terapeutické intervence, při zavádění nových léčiv, při rozhodování o typu terapie, při zřizování nových terapeutických zařízení.

Pozornost je třeba věnovat nejen šanci na vyléčení, ale i kvalitě pacientova dalšího života. To se týká zejména dětí, jakožto bývalých onkologických pacientů, u kterých se vyskytuje zvýšené riziko nejen nádorových, ale i kardiovaskulárních a duševních chorob v dospělosti, je zde důležitá primární i sekundární prevence. (33)

Do psychologie uvedl pojem kvalita života Thorndike koncem 30. let a do medicíny vstoupil koncem roku 1972.

Kvalita života (QOL) je to, jak člověk subjektivně hodnotí svou životní situaci.

Vztahová definice říká, že kvalita života se týká velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními.

Měřitelná definice říká, že kvalita života měří fyzické, psychické, sociální a duchovní zdraví. (38)

Kvalita života v ošetrovatelství (dle Ferrell) je rozdělena do čtyř až pěti domén:

- Tělesná pohoda
- Psychická pohoda
- Sociální vztahy
- Somatické aspekty související s onemocněním a léčbou

- Spiritualita

Ferransová modifikovala svůj ošetrovatelský model pro pacienty s onkologickými chorobami, který obsahuje čtyři hlavní domény globální kvality života:

- Zdraví a funkční kapacita
- Socioekonomická doména
- Psycho-spirituální doména
- Rodina (5)

### **5.12.1 Kvalita života hematoonkologických pacientů**

Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby. (12)

Donedávna byla hlavním kritériem hodnocení léčebných výsledků v hematoonkologii léčebná odpověď a hodnotila se pouze kvantita. Zcela se při rozhodování a hodnocení vytratil samotný pacient. (50)

Současným trendem je hodnotit úspěšnost léčby včetně transplantace krvetvorných buněk komplexně, tj. prostřednictvím somatických, laboratorních a zobrazovacích markerů včetně subjektivního hodnocení samotným pacientem. Jedině sám pacient je schopen posoudit, do jaké míry má jeho onemocnění a jeho léčba dopad na jeho fyzické a psychické zdraví, jeho sociální stav včetně ekonomického zajištění, společenské uplatnění včetně spirituálních aspektů. (60)

Zkušenosti v zahraničí jsou s tzv. „Quality of Life team“ personálně obsazeným ošetřujícím lékařem (hematolog-transplantolog), středním zdravotnickým personálem edukovaným v problematice kvality života nemocných, klinickým psychologem, psychoterapeutem, sociálním pracovníkem a datamanagerem. Důvodem, proč zřizovat tyto speciální týmy je, že péči o nemocného a jeho rodinu je připravováno prostředí, do kterého se nemocný vrací po proběhlé transplantaci krvetvorných buněk a které ovlivňuje jeho adaptaci. (60)

Podstatný vliv na kvalitu života hematoonkologicky nemocných je informovanost nemocného a jeho rodiny o povaze onemocnění, postupu léčení, prognóze a možnostech spolupráce s ošetřujícím personálem. (43)

Základní důvody, proč se zabývat kvalitou života: přináší informaci o pohledu pacienta na zdraví v souvislosti s terapií, pomáhá při volbě léčebného

postupu, ovlivňuje spolupráci nemocného a je součástí hodnocení kvality péče a spokojenosti. (34)

Obecným předpokladem k příznivému ovlivňování kvality života je ošetrovatelský proces vycházející z individuálních potřeb pacienta. Zjištění těchto potřeb předpokládá otevřenou komunikaci s nemocným a jeho blízkými. Klíčově důležitou součástí onkologické léčby je pravidelné a systematické hodnocení symptomů a jejich účinná léčba. Rozhoduje pacientova perspektiva, jeho úhel pohledu, význam a hodnota, jakou pro něho symptomy a události mají. Důležité také systémové kroky podporující zkvalitnění péče o psychosociální a duchovní potřeby nemocných. (58)

### **5.13 Psychoonkologie**

Současný bio-psycho-sociální pohled na lidské zdraví s sebou přináší mimo fyzické stránky i stránky emoční a sociální. Psychosociální složka stojí v centru zájmu samotného pacienta a vedle nežádoucích fyzických symptomů je často zásadní, protože je tím, co sám pacient dokáže posoudit, tím, co ovlivňuje kvalitu jeho života. Tak se také sám pacient (nejen nemoc) dostává do středu léčebného procesu.

Kvalita života je subjektivní a individuální, charakterizovaná mnohorozměrností a její důležitost roste zejména v oblasti paliativní medicíny. (40)

Mnohorozměrnost a sledované oblasti:

- Oblast tělesných obtíží (bolest, nevolnost, únava)
- Funkční zdatnost (schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž)
- Oblast psychologická/emocionální (nálada, úzkost, deprese)
- Oblast sociální (vliv nemoci na vztahy v rodině, s přáteli, sociální postavení, oblast finančních potíží)
- Oblast existenciální a duchovní (otázky smyslu života, naděje, smíření, odpuštění). (52)

Za posledních 20 let došlo i v naší zemi k výrazným změnám v psychoonkologii. Tyto změny jsou patrné hlavně v posledních několika letech se soustředěním komplexní péče do center komplexní onkologické péče. Kmenoví kliničtí psychologové založili sekci psychoonkologie při České onkologické

společnosti. Na pomoc pacientům a jejich blízkým pracuje i poradna, která je hojně navštěvovaná uživateli internetu ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)) (38)

Další novinka v péči o onkologické pacienty je projekt Onkoportal.cz, který přináší všem onkologickým pacientům a jejich blízkým rodinným příslušníkům a veřejnosti ověřené informace na jednom místě a zároveň poskytuje bezpečný prostor pro výměnu zkušeností, pomoc při vyhledávání vhodného lůžkového zařízení a praktické informace z českých onkologických a hematooonkologických zdravotnických zařízení. Pro ty, kdo nemají internetové připojení nebo upřednostňují telefonický kontakt, je k dispozici bezplatná linka 800 100 259. (48)

Psychoonkologie má před sebou dlouhodobý úkol přibližovat všem zdravotníkům zásadní poznatky a pravidla psychické rezonance pacientů na jejich zdravotní stav. Je třeba zdokonalovat lékaře a sestry v empatické komunikaci, v zásadách otevřeného, rovného dialogu s pacientem po celou dobu péče o jeho zdraví. Neměli bychom zapomínat, že stejně důležitá je každá profesionálně zvládnutá léčebná metoda, chirurgická, chemoterapeutická, radioterapeutická i psychoterapeutická. (37)

### **5.13.1 Psychoterapie**

Obecně se psychoterapie vymezuje jako léčba psychologickými prostředky (např. rozhovor, učení, sugesce, vytvoření psychoterapeutického vztahu), kdy úkolem léčby je zbavit nemocného obtíží. (10)

Psychoterapie u hematooonkologicky nemocných má svou zvláštnost. Aby mohla být účinně prováděna, je pro psychologa, sestru nebo lékaře, kteří prošli vhodným psychoterapeutickým výcvikem, nezbytné získat správný pohled na maligní onemocnění. Znat široké spektrum názorů na toto onemocnění, seznámit se s osobností pacienta i s neobvyklými reakcemi pacientů na toto onemocnění. Důležité je si uvědomit cíle, možnosti a meze psychoterapie. (37)

Požadavky hematooonkologicky nemocných na psychoterapii jsou zcela specifické. Tito pacienti jsou často z plného zdraví, ze dne na den, postaveni před fakt závažného onemocnění, se všemi jeho riziky a omezeními. Pacient najednou není schopný vykonávat povolání, musí změnit plány do budoucna a smířit se s dlouhodobým pobytem v nemocnici. Nejen před ním, ale často i před celou jeho



rodinou vyvstává řada problémů a otázek, které musí řešit a ne vždy na ně stačí sám. (37)

Hlavní cíle psychoterapie v hematologii:

**Přijetí faktu nemoci** – je podmínka spolupráce s lékaři, přijetí léčby i jejího omezení

**Vytvoření přiměřeného náhledu** – podmínkou je dostatečná informovanost o nemoci

**Zvládnutí vedlejších účinků léčby** – zde je nemocného potřeba ujistit o dočasnosti těchto projevů a seznámit ho s možnostmi jejich minimalizace

**Změna životního stylu** – nejhůře s nemocí vyrovnávají lidé aktivní a společenší

**Změna hodnotové orientace** – hodnoty jako zdraví a rodina lidé často docení až v době nemoci

**Zvládnutí dlouhodobé hospitalizace** – odloučení od rodiny a omezení soukromí jsou řadou nemocných špatně snášeny

**Zvládnutí strachu z návratu nemoci** – pocity strachu bývají nemocnými trvale potlačovány a někdy můžeme pozorovat tzv. paradoxní reakci, tzn. nemocní, kteří byli v průběhu onemocnění psychicky odolní, se po vyléčení psychicky zhroutí. Tento jev se dá vysvětlit zaujetím pro léčbu a uzdravení v době nemoci. Po skončení terapie dojde k uvolnění a nemocný si zpětně uvědomuje rizika, která mu hrozila. Proto je třeba už v průběhu nemoci pomoci pacientovi plánovat cíle, které jsou reálné a v rámci jeho možností.

**Srovnání se se smrtí** – bohužel ne vždy končí léčba úspěšně a přes všechnu snahu zdravotníků nemocný umírá. Pokud je to možné, měli bychom mu dopřát soukromí v rodinném kruhu, případně zajistit i přítomnost duchovního. (37)

Zdravotní sestra u lůžka pacienta, jemuž byla ukončena neúspěšná protinádorová léčba, je extrémně vystavena negativním psychickým tlakům. Účelně jim může čelit trvalým sebevzděláváním v oblasti komunikace a získáváním odborných poznatků. Velkou pozornost musí věnovat vztahovým relacím s pacienty, jejich rodinami, lékaři a ostatními sestrami. Profesionálně dobře připravená sestra nezaručuje vždy, že je profesionál, a naopak být profesionální sestra ještě neznamena, že bude empatická. Největší devizou onkologické sestry je její osobnost. (39)

Na závěr uvádím „mapu na cestě lepším životem“, kterou Ivan Beneš, autor knihy *„Jak jinak na leukémii – pro všechny, kteří hledají cestu ode dna“*, trpící sám chronickou leukémií, našel v praktické životní filozofii pojmenované Principy života od autorky Dr. Heleny Vertelmanové.

**Šest základních východisek, na kterých filozofie Principy života staví:**

1. Nehody nejsou náhody, protože každý je svého štěstí strůjcem.
2. Objevení chyby je vylepšení vlastního obrazu světa.
3. Každý je postradatelný, jen musí přijít na to, kdy a kde.
4. Plný potenciál člověka je možný dosáhnout jen spoluprací muže a ženy.
5. Každý člověk dělá vždy to, co ze svého úhlu pohledu považuje za nejlepší.
6. Žít znamená měnit se. (3)

To, čím se v životě trápíme, co nám působí trýzeň a utrpení, nejsou fakta nebo nějaké objektivní skutečnosti, jsou to naše představy, významy, jaké faktům dáváme, a očekávání, která jsou s fakty spojena. Není to sama bolest nebo konkrétní omezení, ale strach z bolesti a přesvědčení o tom, že okolnosti jsou omezující, vědomí toho, co by bylo jinak, nebýt nemoci apod. A právě tady je obrovské pole působnosti pro psychoterapii, která pomáhá nemocným netrápit se zbytečně, zorientovat se v nové životní situaci a žít i přes nepříznivou prognózu smysluplný a naplněný život. Ať to zní jakkoli paradoxně. (59)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU

Zjistit psychologické aspekty nemocných s hematoonkologickým onemocněním a jejich bio-psycho-sociální potřeby v časových rovinách před a po transplantaci kostní dřeně.

### Výzkumný problém

Klasická medicína se zaměřuje převážně na somatickou a biologickou stránku nemocí a nebere v úvahu psychosociální fenomény a faktory, které jsou v přímé interakci s prožívaným onemocněním.

### Dílčí cíle

- 1 Zmapovat problémy provázející hematoonkologická onemocnění a představující velkou psychickou zátěž pro nemocné.
- 2 Zjistit faktory ovlivňující prožívání nemoci.
- 3 Porovnat rozdíl psychické zátěže nemocných před a po transplantaci kostní dřeně.
- 4 Zjistit zdroje psychické podpory pro nemocné.

### Výzkumné otázky

- 1 Co představuje největší psychickou zátěž pro hematoonkologicky nemocné?
- 2 Jaké jsou faktory ovlivňující prožívání nemoci?
- 3 Prožívají nemocní negativní emoce především v období před transplantací kostní dřeně?
- 4 Představuje pro nemocné největší zdroj psychické podpory fungující rodina?

## 7 METODIKA

Kvalitativní výzkum byl zahájen pilotní studií, která ověřovala zvolené otázky z hlediska obsahu. Po vyhodnocení bylo nutno upravit některé příliš odborné termíny v otázkách rozhovoru z důvodu obsahové nesrozumitelnosti.

Samotný výzkum probíhal po schválení na hematologickém oddělení (HOO) Fakultní nemocnice (FN) Plzeň v měsících červenec až říjen 2012.

Pro kvalitativní druh výzkumu byly zvoleny dvě výzkumné techniky: polostandardizovaný rozhovor s nemocnými a současně nepřímé pozorování.

Rozhovor patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější techniky pro získávání kvalitativních dat. Při jeho zvládnutí nejde jen o získání potřebných sociálních dovedností, citlivosti a empatie, ale také o kultivaci schopností pozorovat a o umění obě metody zkombinovat a vytěžit pro výzkum maximum. (13)

Rozhovory byly realizovány podle předem definované struktury, ale doplněné množstvím doplňujících otázek, proto je uvádím jako polostandardizovaný. Struktura rozhovoru byla členěna na část se základními anamnestickými údaji a psychologickým profilem nemocného a dvě časová období: před a po transplantaci krevetvorných buněk. Rozhovor se zaměřoval na psychické prožívání transplantačního období bez ohledu na typ transplantace. Ve struktuře rozhovoru převažuje otevřený typ otázek, kdy byla ponechána respondentovi volnost v odpovědi, ale v určité míře se vyskytují i otázky projekční a kontrolní. Formulace otázek je zaměřena na zjištění způsobu sdělení diagnózy a její přijetí, na vztah k nemoci a k léčbě, zdroje obtíží a psychické pohody nemocných i míru jejich naděje, kterou diagnostikuje poslední otázka týkající se cílů a plánů do budoucna.

Metoda rozhovoru byla doplněna o techniku nepřímého pozorování z důvodu neverbálních projevů nemocných a diagnostiky fáze přijetí diagnózy.

### **Vzorek respondentů**

Vzorek respondentů tvořilo 7 hospitalizovaných pacientů na transplantační jednotce intenzivní péče a standardním oddělení s diagnózou hematologické

malignity, kteří svoji diagnózu znali v časovém rozmezí od jednoho týdne do přibližně jednoho roku. Časový rozestup obou rozhovorů byl přibližně od jednoho do čtyř měsíců.

Podmínkou provedení kvalitativního výzkumu byl písemný souhlas s výzkumem poskytnutý vedením HOO FN Plzeň a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči (viz Příloha 5), a zároveň ústní souhlas vybraných nemocných s realizací rozhovoru. Tento souhlas nám byl poskytnut, k mému velkému překvapení, všemi oslovenými.

Jeden rozhovor byl zrealizován pouze v předtransplantačním období, protože klientka se bohužel své léčby ve formě transplantace nedožila a zemřela v souvislosti s komplikacemi akutní myeloidní leukémie.

Pro metodu interpretace dat byl zvolen kvalitativní popis a analýza zkoumaných faktů, jevů, procesů a vzájemných vztahů a souvislostí v narativní podobě.

## 8 ROZHOVORY - ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 8.1 Klient 1

#### 1. Psychologický profil nemocného

Žena na mateřské dovolené (MD), ročník 1980, vdaná, 1 dítě (2roky). Žije s manželem a synem v rodinném domku v Kadani. Dříve pracovala jako úřednice na Úřadu práce a v současné době si doplňuje pedagogické vzdělání pro učitelství na prvním stupni základní školy.

Na hematologickém oddělení je hospitalizovaná s diagnózou akutní lymfoblastické leukémie, léčená vysokodávkovanou chemoterapií a transplantace kostní dřeně je plánovaná za 12 dní.

V minulosti nikdy vážněji nestonala, svoji diagnózu zná od dubna 2012 a od té doby je s přestávkami stále hospitalizovaná.

Zajímá se zejména o rodinu, své manželství označuje za velmi šťastné a velkou hodnotu pro ni představuje rodinné zázemí. Vztahy v rámci široké rodiny označuje také za velmi dobré. V době hospitalizace manželovi pomáhají se synem prarodiče a sestra klientky. Mezi další zájmy patří hra na klavír a kynologie. Obojí považuje za velmi účinnou relaxaci.

Na otázku víry odpovídá, že je ateista věřící na „něco mezi nebem a zemí“, zároveň však věří i v sebe a ve vědu a její pokrok. Léčba, především transplantace kostní dřeně, pro ni představuje obrovskou naději na vyléčení.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sama?***

Jak kdy. Jsem sice raději sama, ale bez lidí to nejde. Někdy i vyhledávám společnost. V době hospitalizace jsem hodně sama a velmi oceňuji návštěvy. Manžel dojížděl z Kadaně každý den, jen poslední týden je nachlazený, tak návštěvy omezil. Moc mi chybí...

Využili jsme i možnost ubytování zde v Plzni při Nadaci pro transplantaci kostní dřeně a moc si té možnosti vážím.

### ***Jste spíše uzavřený člověk nebo otevřeně projevujete emoce?***

Záleží na situaci, ale emoce umím dát najevo.

### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Vzhledem k tomu, že jsem cholerik, velmi často vybuchnu, ale zase to rychle odezní. Jako ventil také často funguje pláč. V poslední době často pláču a to mi pomáhá ventilovat negativní emoce a uvolnit tak duševní napětí.

Překážky v životě mi pomáhá překonat kvalitní rodinné zázemí. Když máte pochopení a pocit, že vám doma rozumí, překonáte všechny překážky. Nechci, aby to znělo jako klišé, ale všechno se to točí kolem rodiny...

### ***Jak snášíte změny v životě?***

Změny nemám moc ráda. Špatně se s nimi vyrovnávám. Pro příklad uvádím, že pro mě znamenal stres i překlad z HOO sem na transplantační oddělení. Cítím vždy nejistotu, když nevím do čeho jdu, přestože vím, že jsem tady zase o krůček blíže k uzdravení.

### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od dubna letošního roku.

### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Jednoznačně můj malý syn, být zase s celou rodinou...(pláč)

### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Jsem na mateřské dovolené, žádnou ztrátu v tomto ohledu naštěstí nepociťuji. Dokonce je zde na oddělení klavír, tak si mohu zahrát pro radost.

## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Bylo to v dubnu v Chomutově, kde vyslovili poprvé podezření a s tím mě poslali do Plzně, kde podezření potvrdili. Diagnózu mi sdělil lékař v soukromí velmi citlivým způsobem a paradoxně po týdnech nejistoty se mi ulevilo. Nejistota pro mě byla horší než skutečná diagnóza. Také se mi velmi ulevilo v Plzni, protože místní nemocnice je známa špičkovými odborníky v daném oboru.

Lékař mi podával informace o nemoci průběžně a srozumitelnou formou a na otázky mi odpovídaly sestry na oddělení. Měla jsem snahu si další informace i dohledávat na internetu, ale potom, co jsem četla jen samé negativní informace a zkušenosti, jsem přestala pátrat a momentálně jsem to zakázala i manželovi.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

V první chvíli asi lékař. Byl velmi citlivý a zároveň s diagnózou vyslovil i naději na uzdravení. Současně mi vysvětlil způsob a délku léčby. To bylo pro mne velmi důležité. Později se velkou oporou stával manžel a celá široká rodina. Velmi oceňuji jejich přístup a smysl pro humor. Nechci, aby vypadali tragicky a tvářili se soucitně.

### ***Z čeho jste měla největší strach po sdělení diagnózy?***

Určitě to nebyla diagnóza sama. Závažnost jsem si v první chvíli vůbec neuvědomovala. Byla jsem v šoku spíše z délky léčení. Jsem velmi fixovaná na rodinu, která je nyní 90 km vzdálená, dojíždění není snadné...největší strach jsem měla z odloučení od rodiny.

Po krátké chvíli popírání jsem si začala uvědomovat závažnost diagnózy, ale místní zdravotníci mně vždycky včas dávali novou naději na uzdravení a já začala věřit jejich zkušenostem. Nyní pevně věřím ve své uzdravení. Hlavně díky lékařům a sestřám v Plzni...

### ***Svěřila jste se svému okolí?***

Svěřila jsem se své nejbližší rodině a kamarádce. Zase musím říct, jak mně pomáhá jejich přístup založený na smyslu pro humor. V době, kdy mně opět začaly vyrůstat vlasy, mi řekla kamarádka, že vypadám jako angrešt. Potřebuji takto pozitivní přístup.

Obecně mi nedělá problém o nemoci hovořit, spíše naopak zjišťuji, že to má schopnost snižovat duševní napětí.

### ***Jak se v současné době cítíte?***

V současné době, po aplikaci chemoterapie, se cítím výborně, ve srovnání s tím, jak jsem se cítila před zahájením léčby. Měla jsem spoustu nepříjemných příznaků – dušnost, bolesti velkých kloubů, horečky, úpornou únavu a krvácení, které se obtížně ovlivňovalo.



Po zahájení léčby postupně příznaky vymizely a kromě drobné poruchy koordinace pohybů (dané zřejmě dlouhodobým upoutání na lůžko) se cítím za celé to období nejlépe. Nezaznamenala jsem ani výrazné vedlejší účinky léčby. Dokonce ani ztráta vlasů po několika cyklech terapie pro mne nebyla psychicky náročná. Těším se na transplantaci...

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Po psychické stránce je nejobtížnější nezvladatelná únava. Největší psychické strádání mi přinesl fakt, že už nezvládám péči o svého malého syna (několikrát jsem usnula během dne) a musím být hospitalizovaná ve vzdálenosti 90 km od svého bydliště.

Kromě únavy vnímám jako největší zátěž sociální izolaci a odloučení od rodiny a také dojíždění na velkou vzdálenost.

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Vnímám ji jako zlo, se kterým je nutné bojovat. Trochu mne trápí otázka, zda té situaci nešlo nějak předejít. Ale netrápím se pocity viny.

*Lze vnímat nemoc i jako přínos?*

Ano, i tak ji lze chápat. Jen si to člověk neuvědomí hned, ale až s odstupem času. Jedná se o úplné přehodnocení priorit v životě. Důležité jsou jiné věci, než jsem si myslela. A taky jsem si začala všeho více a vědomě vážit. Třeba, když přeji někomu k narozeninám hodně zdraví...(rozhovor zde přerušily slzy).

### ***Co pro vás představuje léčba?***

Velmi špatně snáším centrální žilní katétr (CŽK), protože nemám ráda cizí tělesa v těle a je nepohodlný při sprchování. Vnímám ho jako nutné zlo, ale ostatní léčbu jako prostředek k přežití. Na transplantaci se dokonce těším, to pro mne představuje obrovskou naději.

### ***Přijímáte návštěvy v nemocnici?***

Ráda a jsou pro mne zdrojem velké radosti. Kontakt se synem si vynahrazuji komunikací přes skype a telefonickými hovory. Poslední dobou si ale jen telefonujeme, protože skype duševně nezvládám....(pláč)

### ***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Naštěstí vůbec nic. Naopak vím, že je o syna dobře postaráno, rodina i přátelé fungují jako opora a já se mohu v klidu soustředit na uzdravení. Jsem za to všem vděčná...

### ***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Pozitivní zprávy! Nejen z domova. Největší radost jsem měla, když se pro mne objevil vhodný dárce kostní dřeně.

Ráda si představuji, co budu dělat příští rok, a jak si vynahradím toto období.

### ***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Ano, obrovskou. Mám důvěru k lékařům i sestřám, ale pouze tady v Plzni. Jsou milí a ochotní poskytnout odpovědi na mé všetečné otázky. Také cítím, že pro mne mají pochopení a zájem o to, jak se cítím.

### ***Jaký je váš nejbližší cíl?***

(Smích) Především úspěšně zvládnout transplantaci a rychle se vrátit domů!

## **3. Potransplantační období**

Druhá část rozhovoru měla být realizována druhý měsíc po transplantaci kostní dřeně, ale termín se posunul o dva týdny později z důvodu rozsáhlé mukozitidy dutiny ústní způsobené vedlejšími účinky vysokodávkované chemoterapie.

### ***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Žádné. Soustředím se na svůj cíl a těším se na propuštění.

### ***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Momentálně mne nejvíc trápí mukozitida dutiny ústní, ale už je to na ústupu, tak je mi mnohem lépe, než před dvěma týdny. Nemohla jsem jíst ani mluvit....

### ***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

S vedlejšími účinky léčby už teď počítám, tak je nevnímám tak negativně, jako na začátku léčby, kdy jsem neměla informace ani tyto zkušenosti. Projevy nemoci byly horší. Nejhůř jsem nesla únavu....

### ***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Určitě jsem na nich závislejší.

### ***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Odborná psychologická pomoc ne, ale sestřičky skvěle suplují psychologa.

### ***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

Určitě. Zdravotníci se ptají nejen na můj zdravotní stav, ale zajímá je i jak se cítím duševně. Velmi mne dojíká empatický a laskavý přístup některých sester. Samozřejmě i lékařů, ale se sestrami trávím víc času.

### ***Co jste dříve považovala v životě za nejdůležitější?***

To je těžké, už si ani nepamatuji. Ale teď rozhodně nepovažuji zdraví za samozřejmost. Zdravý člověk zdraví nedovede docenit....

### ***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Přesně v tom, jak jsem hovořila. Když jste zdravá, považujete spoustu věcí za samozřejmost. Teď vím, že už nikdy nebudu stejná jako dřív. Víc si všeho vážím. Oceňuji i úplné maličkosti....

### ***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Můj malý syn...(pláč), ale vím, že je to nereálné. Takže mi zpříjemňuje hospitalizaci vědomí, že už se blíží finále a snad mě brzy propustí domů, kde se setkám se svými nejbližšími. To znamená, že největší radost mi teď dělá samotné plynutí času. Už se moc těším....

### ***Získala jste dostatek informací o svém zdravotním stavu?***

Získala. Ne najednou, ale velmi často jsem se vyptávala a postupně mi všechno vysvětlili a zjednodušili, abych tomu rozuměla.

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

Svým nejbližším. Velmi mne uklidňuje, že se na ně mohu spolehnout, a že jsou doma v pořádku. Samozřejmě věřím i sobě, že to zvládnou.

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

Mám teď větší strach než na počátku nemoci. Mám strach, aby se hospitalizace neprodloužila. Stres mi způsobuje strach z toho, aby se nemoc nevrátila – už vím, co by mne čekalo....

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout nebo máte problém s vytyčováním cílů?***

Mám nejbližší cíl, abych se vrátila domů. Doma se chci věnovat rodině a všechno jim vrátit. Ztratila jsem spoustu času. Časem bych si chtěla dodělat školu, ale to už pro mne není tak důležité. (Před onemocněním klientka studovala učitelství na prvním stupni základní školy na pedagogické fakultě).

## Diskuse – Klient 1

Tabulka 1 Klient 1

Oblast prožívání	Časové období	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	dušnost bolesti kloubů únava	mukozitida dutiny ústní únava
Emocionální	strach ze sociální izolace	strach z recidivy a z komplikací radost z empatického přístupu sester
Sociální	kvalitní rodinné zázemí i širší sociální vztahy	závislejší vztah k rodině
Kognitivní	nemoc vnímá zároveň jako zlo i jako příležitost k přehodnocení priorit	zaměřená ne na nemoc, ale na cíl - propuštění
Spirituální	ateista věřící na „něco mezi nebem a zemí“	víra v sebe i v nejbližší rodinné příslušníky

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 1 je mladá žena s velmi pozitivním přístupem k životu, u které je dominantní tzv. bojový duch.

Má velmi dobře osvojené účinné strategie zvládání náročné životní situace s nasazením vlastních psychických zdrojů. Je z ní cítit sebejistota a víra nejen v příznivé okolnosti, v podporu blízkých, ale i v sebe a zároveň v „něco mezi nebem a zemí“. Je to typ osobnosti, který i přes momentálně nepříznivé životní okolnosti je schopný předávat a zprostředkovat druhým lidem naději a současně racionálně zpracovat celou svoji situaci.

Její verbální i neverbální projevy byly v souladu, to znamená, že přesně to, o čem klientka hovořila, vyjadřovala i celou svojí bytostí.

Základem takového nastavení je jistě psychosociální a prožitková oblast nemocné, kterou tvoří dobré rodinné zázemí, tvořené kvalitním manželským vztahem, ale i širšími sociálními vztahy. Žena cítí obrovskou naději ve svém dítěti, kterému chce být zase fungujícím rodičem. Nepřipouští si negativní myšlenky, ale zároveň umí negativní emoce (strach, smutek) přijmout, nepotlačovat a účinně vyjadřovat. Jak ve formě komunikace, tak i humorem a jiným tvořivým způsobem (rozmanité zájmy).

Problémy, které jí způsobují největší zátěž, vycházejí právě z jejího silného vztahu k rodině. V minulosti to byla únava, se kterou nebylo možné se postarat o malé dítě, a nyní je to především sociální izolace v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací.

Faktory, které ovlivňují prožívání nemoci, jsou nejen psychosociální, ale i faktory osobnostní, faktory spojené s léčbou, především jejími vedlejšími účinky, a v neposlední řadě je to faktor související s výběrem zdravotnického zařízení. Jak klientka udává, zpočátku cítila velkou nejistotu (před stanovením diagnózy) a velmi se jí ulevilo nejen stanovením diagnózy, ale i převedením její léčby do FN Plzeň, která je známá, jak sama udává, špičkovými odborníky v péči o hematoonkologicky nemocné.

Psychická zátěž v období před a po transplantaci krvetvorných buněk se lišila, ale ne intenzitou negativních emocí, ale svým druhem. Zatímco v předtransplantačním období ji nejvíce trápil strach ze sociální izolace a fyzické potíže spojené s nemocí i léčbou a v období po transplantaci kostní dřeně pro ni největší zátěž znamenala komplikace ve formě mukozitidy a strach z recidivy onemocnění a dalšího prodloužení hospitalizace. V každém období však dominovala snaha vykompenzovat si negativní emoce pozitivním přístupem.

Největším zdrojem psychické pohody klientky byla fungující rodina, zájmy přinášející radost a pohodu a hlavně osobnostní potenciál tvořený pevnou vůlí, emocionálním zvládnutím s velkou mírou naděje a dobrým racionálním zpracováním celé situace.

## 8.2 Klient 2

### 1. Psychologický profil nemocného

Muž, ročník 1971, vyučený jako strojní mechanik. Pracuje ve skladu prodejny Elektro v Ústí nad Labem, ženatý, 2 děti (17 a 18 let), 1 vnučka (3 měsíce). Žije se ženou a synem v rodinném domku v obci za městem.

Na HOO JIP hospitalizovaný s diagnózou mnohočetný myelom a léčený chemoterapií. Transplantace kostní dřeně od příbuzenského dárce (sestra) je plánována za 7 dní.

Zájem má o práci na zahradě, kolem domu a výlety s rodinou.

Považuje se za nevěřícího člověka, ale věří pokroku v medicíně a lékařům, kteří mají moc vyléčit.

Předtím nikdy vážně nestonal a nebyl nikdy hospitalizovaný.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

Mám moc rád lidi, jsem společenský a jsem nerad sám.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Nejsem uzavřený a nemám problém otevřeně projevit emoce.

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

(Smích) Nemám stres!

*Co vám pomáhá překonat překážky v životě?*

Sdílení problému s rodinnými příslušníky. Jsme zvyklí řešit všechny problémy společně. Ale v životě jsem neměl žádný zásadní problém....

*Jak ventilujete negativní pocity?*

Já si žádné negativní pocity nepřipouštím....

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Změny patří k životu. Záleží na tom, jestli je ta změna pozitivní nebo negativní. Lépe snáším pozitivní změny...(smích)

### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od července loňského roku, takže více jak rok. (od té doby je v pracovní neschopnosti a s přestávkami mezi cykly chemoterapií hospitalizován téměř nepřetržitě)

### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Moje malá vnučka. Přece ji neopustím...musím ji vidět vyrůstat (pláč)

### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Určitě kontakt s lidmi!

*Finanční ztrátu nepocítujete?*

Ale ano, také, ale horší je ztráta kontaktu s lidmi.

## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Po prvotním podezření v Ústí nad Labem mně definitivní diagnózu sdělila lékařka tady v Plzni. Probíhalo to v pokoji za přítomnosti dalšího pacienta.

*Nevadila vám přítomnost další osoby v této situaci?*

Ne, vůbec..(smích)...ten pán na tom byl stejně jako já. Naopak jsem cítil, že jsme na jedné lodi a můžeme se podporovat.

*Jak jste se cítil po sdělení diagnózy?*

Měl jsem obrovské bolesti páteře a velkých kloubů, takže jsem spíše cítil úlevu od nejistoty a věděl jsem, že se situace začne vyvíjet směrem k vyléčení. O diagnóze jsem před tím nikdy neslyšel, takže jsem si vůbec neuvědomoval závažnost onemocnění. Vyděsila mne až manželka, která si něco přečetla na internetu. Tak jsem se začal ptát lékařů a sester a ti mne uklidnili.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Určitě rodina. Ale potom, co manželce v nemocnici v Ústí nad Labem sdělili, že se dožiji maximálně 36 měsíců, jsem byl spíše já oporou jí. Lékaři v Plzni nás oba však ujistili, že by si u nikoho netroufli říci, jakým způsobem se bude nemoc vyvíjet. Od té doby se můj zdravotní stav stále zlepšuje.

### ***Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?***

O nemoci jsem nic nevěděl a strach jsem z ničeho neměl.



### ***Svěřil jste se svému okolí?***

Ano, řekl jsem to úplně všem. Nemám co tajit. Nedělá mi problém o čemkoliv hovořit. Přátelé mne velmi podpořili pozitivními telefonáty.

### ***Jak se v současné době cítíte?***

Dříve jsem měl obrovské bolesti páteře, kloubů a neměl na nic náladu. Po zahájení chemoterapie tyto bolesti ustoupily a trápí mne jen občas nevolnost a nechutenství.

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Nepříjemné je nechutenství. Ztratil jsem několik kilogramů své původní váhy a cítím se velmi slabý. Dříve jsem mohl jíst všechno, dnes nemám chuť téměř na nic.

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Já si vůbec nepřipouštím, že bych byl nemocný. Vnímám ji tak, že jak přišla, tak i odejde.

### ***Co pro vás představuje léčba?***

Léčbu vnímám jako nutnost k uzdravení. Udělám cokoli, abych se uzdravil. V transplantaci vidím prodloužení života.

### ***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

Návštěvy přijímám rád, problémem je velká vzdálenost. Řešíme to spíše telefonem. Voláme si denně. Příští týden přijede sestra (darovat kostní dřen).

### ***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Jen to, že manželka převzala veškerou starost o dům, zahradu, hlídá malou vnučku a zároveň má náročné zaměstnání. Zvládá to statečně.

### ***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Vize, že budu zase zdravý a užiju si svou malou vnučku.

### ***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Tady v Plzni určitě. V Ústí jsem neměl. Věřím lékařům i sestřím. Tady vědí, co dělají. Fakultní nemocnice v Plzni má dobrou reputaci.

### ***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Dřív jsem chtěl postavit dům, teď bych se chtěl co nejdříve dostat zdravý z nemocnice. To je můj nejbližší cíl.

### **3. Potransplantační období**

Transplantace kostní dřeně proběhla před necelým měsícem.

### ***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Bojím se komplikací spojených s transplantací. Už mám všeho dost...

### ***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Únava a nechutenství. Jsem z toho podrážděný....

### ***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

Vedlejší účinky (nevolnost, nechutenství) vnímám hůř, než jaké byly projevy nemoci.

### ***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Samozřejmě. Manželka je ve stresu, je toho na ni moc. Je stále v práci, nemá čas za mnou přijet na návštěvu. V kontaktu jsme po telefonu. Rád bych jí pomohl....

### ***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Nepotřebuji psychologa, chtěl bych jít domů!

### ***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

Nevím, asi ano. Nic nepotřebuji...(pláč)

### ***Co jste dřív považoval v životě za nejdůležitější?***

Spoustu nedůležitých věcí. Dům, peníze. Teď chci jen zdraví. To je nejdůležitější!

### ***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Právě jsem to řekl.

### ***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Propuštění. (pokus o úsměv)

***Získal jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

Já se na nic neptám, ale zdravotníci mluví o každém kroku v léčbě, takže mám dost informací.

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

Snažím se věřit, že vše dopadne dobře. Někdy, ale propadám beznaději.

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

Že už nikdy nevidím svoji malou vnučku....(pláč)

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout, nebo máte problém s vytyčováním cílů?***

Momentálně mám problém něco plánovat. Radši se k ničemu neupínám...

## Diskuse – Klient 2

Tabulka 2 Klient 2

Oblast prožívání	Časové období	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	nevolnost nechutenství	únava nechutenství
Emocionální	naděje a radost z budoucího vyléčení	depresivní pocity podrážděnost
Sociální	dobré rodinné zázemí i sociální vztahy	stres z přetížení manželky
Kognitivní	nemoc si nepřipouští závažnost onemocnění si neuvědomuje	zpracovává informace od zdravotníků
Spirituální	ateista, věří pokroku v medicíně	snaha o víru v uzdravení

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 2 je muž, jehož snaha je působit velmi pozitivním a vyrovnaným dojmem. V první fázi rozhovoru zná svoji diagnózu více než rok a stejně dlouhou dobu je s přestávkami hospitalizovaný. Přestože jej střídavě trápí fyzické bolesti a jiné potíže, jakékoliv negativní potíže popírá. Neverbálně vyjadřuje však velkou nejistotu až nervozitu a v závěru rozhovoru se rozpláče nad vzpomínkou na svoji malou vnučku. Přes finanční potíže své rodiny udává z profesního hlediska jako větší ztrátu – ztrátu sociálních kontaktů.

Rodinné zázemí považuje za dobré, přesto, že je momentálně vystresované manželce větší oporou, než ona jemu. Z neverbálních projevů lze vyčíst vzájemné přenášení úzkosti.

Pod vlivem poměrně dlouhé doby, po kterou zná svoji diagnózu, hovoří i o přehodnocení životních priorit. V první fázi rozhovoru vyjadřuje velké přání a zároveň i naději na uzdravení.

Svoji nemoc si nepřipouští, snaží se přijímat život se vším, co přinese, a léčbu vnímá jako prostředek k uzdravení. Svého dárce kostní dřeně už zná a je jím jeho sestra.

Z fyzických potíží vnímá jako největší zátěž nevolnost, zvracení a nechutenství související s vedlejšími účinky léčby. Stres a psychické strádání mu zřejmě přináší starost o manželku, která jeho onemocnění nese velmi těžce, přestože o ní říká, že je statečná. Sám se dokonce vzdal osobního kontaktu, aby ji nezatěžoval ještě dojížděním do Plzně, a omezili se na telefonický kontakt.

Faktory ovlivňující prožívání nemoci souvisejí s psychosociální pozicí, dlouhodobou hospitalizací a tím i s lokalitou, do které byla léčba nemocného přeložena. Vzhledem ke vzdálenosti FN Plzeň a jeho bydliště, jsou sice kontakty s rodinou omezeny, ale zároveň udává, že cítí větší důvěru ke zdravotníkům v Plzni než v Chomutově.

Velký rozdíl v prožívání nemoci byl u nemocného ve dvou sledovaných časových obdobích. Zatímco v první fázi rozhovoru měl snahu verbálně vyjadřovat optimismus a naději, v období po transplantaci byl rozhovor silně pod vlivem aktuální deprese. Vyjadřuje obavy o manželku v souvislosti s vlivem stresu, podrážděnost pod vlivem dlouhotrvající hospitalizace a malou míru naděje s nechutí plánovat budoucnost. Zdá se, že se tyto pocity snaží kompenzovat aktivním pátráním po informacích o svém onemocnění v řadách zdravotníků, ale i v knihách a internetových zdrojích.

Míru beznaděje vyjadřuje i pláčem způsobeným strachem, že už nikdy neuvidí svoji malou vnučku.

Přesto, že popírá jakoukoliv potřebu psychologické pomoci, psychickým zdrojem zůstává naděje a víra v lepší budoucnost. Nebo alespoň snaha tuto naději nalézt.

## 8.3 Klient 3

### 1. Psychologický profil nemocného

Muž, ročník 1965, ženatý, 2 děti (21 a 13 let), podniká jako malíř a natěrač, bydlí s manželkou a dcerou v rodinném domku ve Strakonících.

Hospitalizovaný na HOO s diagnózou akutní leukemie, léčený chemoterapií s plánovanou alogenní transplantací kostní dřeně v příštích týdnech. Nikdy nebyl vážněji nemocný ani hospitalizovaný.

Náboženskou víru nevyznává, věří v dobro v životě a v medicínu, která udělala za posledních pár let velké pokroky v péči o hematologicky nemocné.

Se zájmem zasvěceně hovoří o sportu, má rád cyklistiku, plavání, turistiku s rodinou i četbu.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

Za normálních okolností jsem společenský člověk, ale teď, v době nemoci, jsem moc rád, že jsem na pokoji sám a mám klid.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Nevím, jestli jsem uzavřený, ale rozhodně nemám potřebu o některých věcech hovořit. Vlastně si toho spoustu nechám pro sebe...ale když se mě zeptáte, tak vám odpovím.

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Nemám stres, vyhýbám se mu.

*Co vám v životě pomáhá překonat překážky?*

Manželka.

*Jak ventilujete negativní pocity?*

Negativním pocitům se snažím aktivně bránit. Vždy se dá něco dělat, každý problém má řešení.

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Přijímám život takový, jaký je, a změny patří k životu. Něco můžete změnit a něco ne, a nezbyvá vám nic jiného, než tu skutečnost přijmout.

Musím být připravený i na případné komplikace...

### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od března letošního roku.

### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Největší motivací je pro mne návrat do normálního života. Žít a pracovat – co víc si člověk může přát. Jsem optimista, věřím, že to bude brzy. Jen si dám teď pauzu...

### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Samozřejmě finanční ztráta.

## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Přijel jsem ze Strakonice do Plzně, kde mně lékařka řekla šetrně a v soukromí o mé diagnóze.

*Co jste cítil po sdělení diagnózy?*

Nic, vůbec nic, jsme zvyklý brát život tak, jak jde.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Určitě manželka. Zachovala se skvěle. Vždycky jsme měli dobrý vztah a doufám, že to tak zůstane.

### ***Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?***

Neměl jsem strach z ničeho.

### ***Svěřil jste se svému okolí?***

Nemám potřebu se svěřovat. Nepotřebuji to. Ale protože špatné zprávy se šíří rychle a Strakonice jsou malé město, za chvíli to věděli všichni.

### ***Jak se v současné době cítíte?***

Nejvíce mne trápí únava, pořád spím a v noci se potím. Nemám moc velkou chuť k jídlu, ale nevolnost a zvracení nemám. Zpočátku jsem často krvácel z nosu, ale to už je lepší.

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Únava a slabost.

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Vnímám to tak, že je to můj osud. Asi to tak mělo být a můj úkol teď je se uzdravit.

### ***Co pro vás představuje léčba?***

Prostředek k přežití i naději.

### ***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

Návštěvy jsou samozřejmě zdroj radosti. Těším se na manželku, na dcery i na kamarády.

### ***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Jsou to drobnosti. Když někdo zavolá a nelituje mne, když vidím, že mají o mne zájem, když je mi dobře.

### ***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Starosti mi způsobuje fakt, že je manželka teď na všechno doma sama.

### ***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Samozřejmě. Vždyť plzeňské transplantační pracoviště patří ke špičce. Jsem v Plzni naprosto klidný. Do lepší nemocnice jsem se nemohl dostat.

### ***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Abych nepolevil ve víře v uzdravení.

## **3. Potransplantační období**

Transplantace kostní dřeně od nepříbuzenského dárce proběhla před 25 dny.

### ***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Je to výzva, musím bojovat.

### ***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Je to nechutenství. Měl jsem rád polévky, teď se nemohu ne jídlo ani podívat



***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

Je to srovnatelné. Z vedlejších účinků jsem cítil nevolnost a z projevů nemoci únavu. Nepříjemné je obojí.

***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Vztah nám to určitě posílilo. Ale i před onemocněním byl pevný.

***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Ne, ani bych ji nevyužil, nepotřebuji ji.

***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

Nevím, cítím se psychicky dobře. Největší impuls byla transplantace kostní dřeně. Od té doby věřím ještě víc, že to bude dobré.

***Co jste dřív považoval v životě za nejdůležitější?***

Nejdůležitější pro mne bylo vždycky zdraví, ale možná jsem si ho málo vážil.

***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Změnil sem náhled na určité věci. Dřív mne rozčilovaly nepodstatné maličkosti, ale já to neviděl. Teď vím, že to byly ve srovnání s tím, co se může v životě stát, hlouposti.

Také už na sebe budu vždycky opatrnější...

***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Když se sestřička usměje....to mi udělá radost....

***Získal jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

Určitě, co jsem potřeboval, s tím mne seznámili. Ze začátku bylo informací až dost, vůbec jsem je nestíhal zpracovávat. A tak mi museli některé věci asi opakovat.

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

V podporu blízkých a v dobro.

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

Nic mi nezpůsobuje stres, ani nemám z ničeho momentálně strach.

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout, nebo máte problém s vytyčováním cílů?***

Nemám s tím problém, ale cíl mám jediný. Žít, jak jsem žil, a pracovat, jak jsem pracoval. Nic víc, nic míň.

**Diskuse – Klient 3**

**Tabulka 3 Klient 3**

<b>Oblast prožívání</b>	<b>Časové období</b>	
	<b>Před transplantací kostní dřeně</b>	<b>Po transplantaci kostní dřeně</b>
<b>Biologická</b>	únava slabost	nechutenství
<b>Emocionální</b>	neprožívá negativní emoce	radost z maličností
<b>Sociální</b>	výborné rodinné zázemí	posílení rodinných vztahů
<b>Kognitivní</b>	nemoc vnímá jako osud	nemoc jako výzva
<b>Spirituální</b>	nevěřící, věří v dobro, v medicínu a v uzdravení	víra v podporu blízkých a v dobro

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 3 je muž, ze kterého vyzařuje láska k životu i vůle poprat se s osudem. Jak sám říká, má výborné rodinné zázemí, tvořené nejen pevným manželským svazkem, ale i zdravými vztahy s dětmi. Na první pohled je to muž odhodlaný bojovat pevnou vůlí i vírou v lékaře a v pokrok medicíny, ale i v sebe, který nepochybuje o tom, že dosáhne svého cíle.

Má osvojené strategie boje s nepřízní osudu ve formě radosti z maličností, vděčnosti, racionálního zpracování a dobré orientace v situaci.

Trápí ho únava a nechutenství, ale jedním slovem dodává, že nechce, aby ho někdo litoval. Z toho samého důvodu nemá ani potřebu se někomu svěřovat se svojí situací. Nemoc vnímá jako úkol, který je potřeba zvládnout, a léčbu jako naději, kterou potřebuje ke zvládnutí tohoto úkolu.

Prožívání nemoci pozitivně ovlivňuje, kromě jeho psychosociálního zázemí, i značná důvěra ve zdravotníky ve FN Plzeň, které řadí ke špičce ve svém oboru.

Velkou psychickou zátěž nepociťoval v ani jednom ze sledovaných období. Naopak ještě větší silou osobnosti disponoval po transplantaci kostní dřeně. Přehodnotil své životní priority, ujasnil si některé hodnoty a nepřestával překvapovat svým duševním potenciálem plným víry v dobro, ve šťastný konec i ve své zdroje, ke kterým patří především podpora blízkých, naděje na návrat ke svému původnímu životu, práci i koníčkům.

## 8.4 Klient 4

### **1. Psychologický profil nemocného**

Muž, ročník 1951, pracuje jako truhlář, v invalidním důchodu, rozvedený, 2 syny (29 a 32 let), se kterými se nestýká. Žije sám několik let. Přes zimu bydlí v bytě a přes léto na chalupě v zahrádkářské kolonii.

Nejvíce ho baví práce se dřevem a zahrádka. Jezdí pravidelně na kole, auto nemá. Kromě cyklistiky se věnuje tenisu, procházkám, na pravidelný pohyb je od dětství zvyklý.

Je nevěřící a nevěří ani v podporu svých blízkých. Věří jen sám v sebe a pouze na sebe se může spolehnout.

Na HOO FN Plzeň je opakovaně hospitalizovaný (37x), trpí chronickou lymfocytární leukémií a se svojí nemocí bojuje přes 8 let. Po několika letech léčby chemoterapií je nalezen vhodný dárce kostní dřeně a transplantace je plánována za 14 dní.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

V poslední době jsem raději sám, ale byly doby, kdy jsem byl rád středem pozornosti.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Umím otevřeně projevit emoce, zvláště ty negativní, a také je často projevuji.

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Práce, práce, práce, musím něco dělat.

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Já žádné velké změny v životě nezaznamenávám. Jsem dlouho sám...

#### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od března 2004.

#### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Musím bojovat, abych přežil...

### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Mně chybí nejvíce práce samotná. Ani peníze mně tolik nechybějí.

## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Nejprve v Ostrově nad Ohří v roce 2004 vyslovili podezření na diagnózu leukémie a v Plzni mi diagnózu potvrdili.

Nebylo mi nejlépe, tak jsem to ani nevnímal.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Žádnou oporu jsem neměl, musím se spolehnout sám na sebe.

### ***Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?***

Aby se neroznesly „drby“.

### ***Svěřil jste se svému okolí?***

Ne, já se nikomu nesvěřuji. Každý má svých starostí dost.

*Nevěděl to ani nikdo z rodiny?*

Ale ano, ale oni nemají čas na moje problémy.

### ***Jak se v současné době cítíte?***

Jsem unavený a překvapený, jak rychle postupuje úbytek svalů.

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Právě únava a slabost. Stýská se mi po práci se dřevem...

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Snáším ji dobře, ale budu na sebe dávat větší pozor.

### ***Co pro vás představuje léčba?***

To jsou jedy do těla. Ani nemám chuť k jídlu. Ale transplantace mi snad pomůže, dárkyně prý bude mladá žena...(žertuje)

### ***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

S návštěvami jsou jen starosti. Přijdou jen, když potřebují peníze....

***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Právě to, že všichni chtějí jen peníze....

Také se bojím, aby mně neuschla zahrádka.

***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Když myslím na svou zahrádku...(pláč)

***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

To určitě. Jsou skvělí! Doktoři i sestry...ale jen tady v Plzni.

***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Přežít transplantaci.

**3. Potransplantační období**

Transplantace kostní dřeně od nepříbuzenského dárce proběhla před 37 dny. Mezitím se dostavily komplikace ve formě bronchopneumonie s pleurálním výpotkem a pacient byl 7 dní hospitalizován na Metabolické jednotce intenzivní péče (M JIP). Rozhovor probíhal 2. den po přeložení zpátky na HOO.

***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Teď to bylo hrozné (pacient hovoří pod vlivem emocí o překladu na M JIP), musel jsem jenom ležet a vůbec se mi tam nelíbilo.

***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Upoutání na lůžko a nedostatek pohybu.

***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

Vedlejší účinky léčby jsou pro mě horší. Nevolnost a zvracení. Příznaky nemoci nebyly tak nepříjemné.

***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Pořád všichni chtějí peníze. Ale návštěvy mi nechybí.

***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Ne, jsem na tom dobře psychicky.

***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

Oni nevědí, v jakém jsem duševním stavu. Já se bráním tím, že pořád povídám, i sám se sebou.

***Co jste dřív považoval v životě za nejdůležitější?***

Práce, ale tu budu mít pořád rád (zasvěceně a s láskou hovoří o své zahrádce a práci se dřevem).

***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Víc se starám sám o sebe.

***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Kdybych se mohl proběhnout po chodbě. (Krátce po realizaci tohoto rozhovoru pacient přes zákaz ošetřujícího personálu, 1. den po zrušení hrudní drenáže, s centrálním žilním katétrem, „utekl“ k rotopedu, kde několik minut intenzivně cvičil)

***Získal jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

Ano a dokonce srozumitelně a dříve, než jsem se sám zeptal.

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

Že se dostanu brzy domů.

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

Mám strach z toho, aby se nemoc nevrátila.

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout, nebo máte problém s vytyčováním cílů?***

Musím dodělat chalupu a altán. Také bych rád cestoval po Čechách.

## Diskuse – Klient 4

Tabulka 4 Klient 4

Oblast prožívání	Časové období	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	únava slabost	komplikace – bronchopneumonie s pleurálním výpotkem
Emocionální	emoce verbálně popírá, ale pláče nad ztrátou zahradky	deprese pod vlivem komplikace strach z recidivy
Sociální	nemá žádné rodinné zázemí ani sociální kontakty	nekvalitní sociální prostředí
Kognitivní	léčbu vnímá jako jed do těla	nemoc vnímá jako fyzické omezení
Spirituální	nevěří v Boha ani v podporu blízkých věří sám v sebe	víra v brzké propuštění

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 4 je muž, který 8 let trpí chronickou lymfocytární leukémií a po stejnou dobu je opakovaně hospitalizovaný. Žije sám a je zvyklý sám na sebe i spoléhat. Na první pohled vypadá sebejistě, ale po chvíli překvapuje svým nejistým a přecitlivělým až úzkostným projevem. Přesto působí jako člověk s prostou, ale čistou duší, kterého osud po dlouhá léta nešetří.

Kromě fyzických potíží, jako je únava a slabost, mu trápení způsobují příbuzní, kteří přijdou na návštěvu jen, když potřebují peníze. V druhé fázi rozhovoru, po transplantaci kostní dřeně, se objevily vážné komplikace související s oslabením imunitního systému ve formě bronchopneumonie a musel být na pár



dní hospitalizován na M JIP FN Plzeň. Toto období nesl velmi těžce vzhledem k fyzickému omezení v režimu jednotky intenzivní péče. Hůře také snášel vedlejší účinky léčby chemoterapií.

Faktory, které ovlivňují prožívání nemoci, vycházejí zejména z fyzického omezení bývalého sportovce a tím i omezené možnosti vykonávat své koníčky. Dlouhou dobu je odkázán sám na sebe a udává, že se netrápí tím, že o něj rodina nejeví zájem.

Psychická zátěž v období před a po transplantaci kostní dřeně zde nelze jednoznačně porovnat, protože období od stanovení diagnózy k transplantaci tvoří dlouhou dobu. Klient však pod vlivem komplikací a následné hospitalizace na M JIP prožívá období po transplantaci aktuálně hůře, než dlouhé období hledání dárce.

Zdroje psychické podpory tvoří nejen naděje na uzdravení a propuštění, víra v sebe, ale také vizualizace plánů do života (cestování, altán na zahrádce).

## 8.5 Klient 5

### **1. Psychologický profil nemocného**

Muž, ročník 1953, rozvedený, původem Řek, od dětství vyrůstá v Čechách. Hovoří s lehkým přízvukem, žije v rodinném domku v Plzni se svojí přítelkyní a pracuje jako autoklempíř. Vztah s přítelkyní považuje za šťastný na rozdíl od jeho původního manželství, ze kterého má dceru (27let).

Ze zájmů upřednostňuje sportovní aktivity, především cyklistiku, tenis a squash a velmi se zajímá také o historická auta.

Na HOO je hospitalizovaný poprvé s diagnózou akutní leukémie, léčený chemoterapií, v brzké době plánovanou transplantací kostní dřeně.

Dříve byl nevěřící, teď udává, že se začal modlit, a díky tomu věří, že vše dobře dopadne.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

Jsem stoprocentně společenský člověk, lidi ke svému životu potřebuji.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Jsem otevřený člověk – co na srdci to na jazyku. Nemám rád, když se chodí kolem horké kaše.

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Dosud jsem nikdy nebyl nemocný a kromě rozvodu nemusel překonávat žádné velké překážky.

*Jak ventilujete negativní pocity?*

(smích) To si nechám pro sebe....!

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Mám rád změny.

#### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od října letošního roku.

### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Rád bych se vrátil ke svému původnímu životu. Krásný obyčejný život...(slzy)

### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Největší ztráta je nemožnost vykonávat povolání, které je i mým koníčkem. A samozřejmě finance,...ale ty nejsou nejdůležitější. Mám moc rád veterány a dělal bych na nich i zadarmo....(smutek)

## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Sděлил mi ji můj kamarád lékař. Tvářil se velmi vážně a já jsem myslel, že žertuje.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Samozřejmě on, můj kamarád lékař. Řekl mi, že to není legrace, ale zároveň vyjádřil naději, že to nedopadne jinak než dobře. Byl jsem klidný.

### ***Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?***

Neměl jsem strach, nic jsem o diagnóze nevěděl. Měl jsem jen trochu obavy, aby mi našli vhodného dárce.

Nechci vědět do dnešní doby nic o této nemoci, nesháním si žádné informace.

### ***Svěřil jste se svému okolí?***

Ne, vůbec, neobtěžuji tím nikoho. Ví to jen přítelkyně a dcera. Máme v rodině dobré vztahy. Myslím, že o tomhle se nemá mluvit. Několik mých přátel si dokonce myslí, že jsem na dovolené v Řecku.

*Nesnížilo by vám to duševní napětí?*

Rozhodně ne, je to jen můj problém!

### ***Jak se v současné době cítíte?***

Mám neustále teploty, bolesti a otoky kloubů. Hlavně mám problémy s bolestí kolen. Cítím se díky tomu unavený, kvůli bolesti také hůř spím, což únavu ještě umocňuje.

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Únava a bolesti kolen. A také, když si představím tu dlouhou hospitalizaci. Na druhou stranu mi vůbec nevádí padání vlasů. Třeba ještě narostou...

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Vnímám svoji nemoc, jako něco, co musím ustát.

### ***Co pro vás představuje léčba?***

Léčbu vnímám jako nutné zlo. Nejhorší jsou vedlejší účinky chemoterapie – zvracení, nevolnost a hlavně nechutenství. Býval jsem velký jedlík, teď se nemohu na jídlo ani podívat....

### ***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

Zpočátku se těším, ale když mi neustále dávají rady do života a moudra, tak už je po čase nechci poslouchat. Nechci vědět o nemoci nic!

### ***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Starosti mi způsobují jejich starosti o mne. Spíš je uklidňuji já, než oni mne. Jsme tu jen jednou na světě...a zemřít musí každý. To jim pořád opakuji.

### ***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Těším se, že mi brzy najdou dárce a budu mít rychle za sebou transplantaci kostní dřeně. Je to zase krok kupředu.

### ***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Tady v Plzni stoprocentně věřím lékařům i sestřím. Špičková nemocnice....jsou milí a pozorní. (Následně oceňuje drobné pozornosti od sestřiček)

### ***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Zvládnout transplantaci....tedy, jestli se najde dárce.

## **3. Potransplantační období**

Transplantace krevtvočných buněk od nepříbuzenského dárce proběhla před 33 dny.

***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Momentálně se cítím tak dobře, že žádnou nemoc nevnímám.

***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Trápí mne stále jen nechutenství.

***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

Vedlejší účinky jsou horší než projevy nemoci. Hůř je zvládnout, ale naštěstí jsou přechodné.

***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Určitě vztahy v rodině nemoc posílila. Se sestrou jsme žili každý svůj život a moc jsme se nevidali. Teď se vidíme mnohem častěji a jsem rád, když přijde na návštěvu. Říkáme si, že je škoda, že jsme se dřív také neviděli častěji.

***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Ne.

*Využil byste pomoc psychologa, kdyby vám ji nabídli?*

Ne, to nepotřebuji, baví se o svých starostech s cizími lidmi.

***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

To nevím, cítím se duševně dobře.

***Co jste dřív považoval v životě za nejdůležitější?***

Chtěl jsem mít svobodu, spoustu peněz, práci a zdraví jsem si nevážil.

***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Měl jsem v nemocnici čas si vše promyslet. Určitě uberu plyn, život mi visí na vlásku....už nechci vydělávat velké peníze. Chci se uzdravit a vrátit se do života. Do svého života, který jsem měl rád!

***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Propuštění domů. (smích)

***Získal jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

Něco mi řekli v nemocnici, ale na víc jsem se neptal. Víc vědět opravdu nechci!

**Čemu v životě věříte nejvíce?**

Věřím nejvíc sám sobě,.....že to zvládnou.

**Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?**

Nemám stres, ani se ničeho nebojím.

**Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout, nebo máte problém s vytyčováním cílů?**

Budu si život víc užívat! Jinak nemám žádné cíle...

**Diskuse – Klient 5**

Tabulka 5 Klient 5

Oblast prožívání	Časové období	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	únava bolesti kloubů nespavost	nechutenství
Emocionální	smutek z nemožnosti vykonávat své zaměstnání	naděje
Sociální	dobré rodinné vztahy	posílení vztahů v rodině (hlavně se sestrou)
Kognitivní	nemoc přijal jako výzvu léčbu jako nutné zlo	přehodnocení životních priorit
Spirituální	nevěřící, ale momentálně víra v modlitby	víra v sebe sama

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 5 je muž působící velmi vyrovnaným a klidným dojmem. Je otevřený, o všem rád a dlouze vypráví a nebrání se ani slzám smutku nebo dojetí. Z jeho

projevu vyzařuje láska k práci, která je mu i koníčkem, k rodině se silným zázemím i k životu vůbec.

Mezi jeho největší problémy patří otoky a bolesti kloubů, kvůli kterým trpí i nespavostí. Informace o nemoci sám nevyhledává a trochu jej obtěžuje, když mu dává rodina „rady do života“. Finanční problémy nepociťuje, více ho trápí, že se nemůže věnovat práci, kterou má rád.

Toto omezení považuje za nejdůležitější faktor ovlivňující prožívání nemoci. Důležité je pro něj samozřejmě rodinné zázemí. Radost mu dělá posílení vztahu se sestrou, ke kterému došlo v důsledku jeho onemocnění.

Rozdíl v psychické zátěži v období před a po transplantaci kostní dřeně nebyl nijak výrazný díky klientově vyrovnanosti. V období před transplantací vyjadřoval důvěru zdravotníkům i celému zdravotnickému zařízení a po transplantaci měl tendenci přehodnotit své životní priority.

Zdrojem psychické podpory je mu nejen fungující rodina, ale i naděje na navrácení do normálního života, který si chce užívat. Důležitý zdroj tvoří také modlitby, ke kterým upíná v poslední době svoji pozornost.

## 8.6 Klient 6

### **1. Psychologický profil nemocného**

Žena, ročník 1947, starobní důchodce, vyučená kuchařka-servírka, dříve vykonávala různé povolání, zejména pomocné práce. Vdaná, žije s manželem v Hartmanicích, 2 dospělé děti. Vztah považuje za velmi pěkný.

Je věřící, vyznává katolickou víru, která ji pomáhá překonávat v životě překážky.

Zajímá se o práci na zahradě a má ráda procházky s manželem.

Hospitalizovaná je opakovaně, v minulosti už měla onkologické onemocnění (karcinom prsu).

V současnosti je hospitalizovaná na HOO s akutní leukémií, léčená chemoterapií s plánovanou transplantací kostní dřeně.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

Jsem ráda mezi lidmi, ale když jsem sama, tak mi to nevadí.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Jsem zvyklá mluvit o všem otevřeně. Někdy se i rozčílím...

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Uklidňuje mě práce na zahradě. Chodíme s manželem a kamarádkou na dlouhé procházky po Šumavě.

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Dobře. Změny mi nevadí.

#### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Od února 2012.

#### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Abych se uzdravila a vrátila domů.

#### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Největší ztráta je, že nemůžu pracovat na zahradě a chodit na procházky.



## **2. Předtransplantační období**

### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

Volala jsem do Plzně a řekli mi to do telefonu.

### ***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Celá rodina.

### ***Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?***

Strach nemám. Nemám jedinou pochybnost o tom, že bych to nezvládla. Jsem zvyklá myslet pozitivně. Vybírám si zajímavé časopisy.

### ***Svěřil jste se svému okolí?***

Ano, téměř všem ze svého okolí. Pomáhá mi sdílet své problémy s ostatními.

### ***Jak se v současné době cítíte?***

Jsem velmi unavená a dušná. (obtížné dýchání lze pozorovat i objektivně)  
Špatně se soustředím.

### ***Co vám způsobuje největší strádání?***

Únava a dlouhá hospitalizace s odloučením od svých blízkých.

### ***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Jako změnu, které musím všechno podřídit. Nevnímám ji jako zlo. Všechno v životě má svůj smysl.

### ***Co pro vás představuje léčba?***

Prostředek k uzdravení.

### ***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

Návštěvy přijímám velmi ráda a jsou pro mne jen zdrojem radosti.

### ***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Teď ne. Starosti jsem měla s nemocnými rodiči, ale ti už zemřeli.

### ***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Naděje ve formě transplantace kostní dřeně.

***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Ano, ale jen tady v Plzni. Jinam bych se bála.

***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Přežít transplantaci.

**3. Potransplantační období**

Transplantace kostní dřeně proběhla v pořádku, dárce byl syn. (50. den po transplantaci)

***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

Teď ani nevím, že jsem nemocná.

***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

Jen vedlejší účinky chemoterapie. To je nechutenství. Ale před 15 lety (karcinom prsu) to bylo horší.

***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevy nemoci?***

Projevy nemoci nejsou tak hrozné, jako vedlejší účinky léčby.

***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

Ne, vždy jsme měli dobré vztahy a to se nezměnilo.

***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

Ne, nechtěla bych psychologa. Na nemoc vůbec nemyslím.

***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

Nevím, neptali se, jak se cítím, ale jsou moc milí.

***Co jste dřív považovala v životě za nejdůležitější?***

Zdraví.

***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

Nezměnila mi systém hodnot. Stále za nejdůležitější v životě považuji zdraví.

***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

Kdybych už mohla domů. Alespoň na chvíli.

***Získala jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

Určitě. Zdravotníci mne vždy připravili na to, co bude následovat.

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

Věřím, že Bůh mi pomůže k uzdravení.

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

Měla jsem strach, že se nenajde vhodný dárce. Teď cítím jen vděčnost.

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout, nebo máte problém s vytyčováním cílů?***

Nemám problém s vytýčením cílů, ale nekladu si žádné velké cíle. Chci být zase zdravá a radovat se z maličkostí.

## Diskuse – Klient 6

Tabulka 6 Klient 6

Oblast prožívání	Časové období	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	únava dušnost porucha koncentrace pozornosti	nechutenství (vedlejší účinky chemoterapie)
Emocionální	strach odmítá snaha o pozitivní emoce	vděčnost
Sociální	dobré rodinné i sociální zázemí	nezměněné dobré vztahy v rodině
Kognitivní	nemoc vnímá jako změnu, které se musí podřídit	nemoc má dobře racionálně zpracovanou (dostatek informací i vlastních zkušeností)
Spirituální	věřící, katolické vyznání	posílená víra v Boha

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 6 je žena, z níž na první pohled vyzařuje pokora, skromnost a současně vděčnost za všechno, čeho se jí v životě dostalo, přestože její život nebyl jednoduchý. Hovoří sice otevřeně, ale své odpovědi příliš nerozvádí. I přesto, je z jejího projevu cítit radost, že o svých pocitech může promluvit. Svůj manželský vztah považuje za podařený, vztahy v širší rodině za pevné. V minulosti proděla již jedno onkologické onemocnění a nyní je klidná, protože „už ví, co ji čeká“.

Z problémů, které vnímá jako nejhorší, trpí únavou a těžkou dušností. Tyto problémy i objektivně ovlivňovaly průběh rozhovoru a zřejmě byly i příčinou kratších a věcných odpovědí. V druhé části rozhovoru, po transplantaci, udává

jako obtěžující vedlejší účinky chemoterapie, ale současně dodává, že při prvním onkologickém onemocnění, je snášela mnohem hůře.

Mezi faktory ovlivňující prožívání nemoci patří především vlastní zkušenost s onkologickým onemocněním v minulosti a poměrně velká informovanost v souvislosti s nynějším onemocněním. Klientka disponuje též osobnostními charakteristikami, které ji nedovolují příliš zabřednout do negativního myšlení a podléhat emocím. Snaží se více vnímat pozitivní stránky života a dívat se na svět reálně. Spolu s dobrým rodinným a sociálním zázemím její prožívání ovlivňuje i katolická víra. Dominantní je u ní sebedůvěra a absence pochybností o dosažení cíle ve formě uzdravení.

Srovnání psychické zátěže před a po transplantaci je u klientky velmi obtížné, protože pokaždé působila stejně klidným a vyrovnaným dojmem. V období po transplantaci ji trápilo nechutenství, ale zároveň pociťuje velkou vděčnost směřovanou ke svému dárci i k Bohu.

Zdroje psychické podpory jsou tvořeny kombinací silné náboženské víry, pevného rodinného zázemí i vlastního duševního potenciálu charakterizovaného silnou vůlí, bojovným duchem a velkou mírou naděje.

## 8.7 Klient 7

### **1. Psychologický profil nemocného**

Žena, ročník 1950, 8 let ve starobním důchodu, rozvedená a žije sama v Ústí nad Labem, 2 dospělí synové. V minulosti pracovala jako laborantka.

Zajímá se o divadlo, kulturu a cestování. Je nevěřící.

Hospitalizovaná je poprvé s diagnózou akutní myeloidní leukémie.

#### ***Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?***

Jak kdy. Zvládám obojí, ale samotu lépe.

#### ***Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?***

Ráda si otevřeně ulevím. Emoce jsem nejvíce projevovala, když jsem se rozváděla. (smích)

#### ***Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?***

Nejčastěji pláču a tím si ulevím. Také chodím ráda do přírody.

#### ***Jak snášíte změny v životě?***

Změny moc ráda nemám, dlouho se s nimi vyrovnávám.

#### ***Jak dlouho znáte svoji diagnózu?***

Týden. (ve skutečnosti je to 5 dní)

#### ***Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?***

Rodina!

#### ***Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?***

Jsem v důchodu, o peníze nejde. Ale největší ztráta je kontakt s rodinou.

### **2. Předtransplantační období**

#### ***Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?***

V Ústí nad Labem po několika týdnech nejistoty. Když mi nabídli hospitalizaci v Plzni, tak se mi výrazně ulevilo. Nechtěla jsem zůstat v Ústí.

***Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?***

Moji nejbližší z rodiny. Mám velkou oporu ve svých synech.

***Z čeho jste měla největší strach po sdělení diagnózy?***

Byla jsem v takovém šoku, že strach jsem ještě neměla. Ten mám teď. Z toho, jestli se uzdravím. Ze smrti...(pláč)

***Svěřila jste se svému okolí?***

Nejdřív jsem to potřebovala vstřebat sama, ale pak jsem se svěřila dvěma kamarádkám. To mi pomáhá.

***Jak se v současné době cítíte?***

Mám bolesti hlavy a neustále zvýšenou teplotu. Cítím se dost unavená.

***Co vám způsobuje největší strádání?***

Největší strádání mi způsobovala nejistota, kterou jsem cítila před stanovením diagnózy. Teď mi paradoxně nezpůsobuje strádání nic. Jen to odloučení od rodiny...je to daleko.

***Jak vnímáte svoji nemoc?***

Vnímám ji jako hrozbu. Vím o leukémii jen z televize, je to hodně démonizované téma. Každá nemoc vám změní hodnoty.

***Co pro vás představuje léčba?***

Je to pro mne naděje.

***Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici - jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?***

Vítám návštěvy, přijímám telefony. Jsem s nimi velmi ráda.

***Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?***

Nemám o ně starost. Umí se o sebe postarat. Jen mají o mne strach.

***Co vám přináší v době nemoci radost?***

Rodinné telefonáty a návštěvy.

***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

Mám, ale věřím jim jen v Plzni. V Ústí se snaží, ale tady jsou odborníci.

### ***Jaký je váš nejbližší cíl?***

Dostat se zase domů ke své rodině a k normálnímu životu.

Klientka se bohužel léčby ve formě transplantace kostní dřeně nedožila. Zemřela v předtransplantačním období na závažné komplikace spojené s akutní myeloidní leukémií.

### **Diskuse – Klient 7**

**Tabulka 7 Klient 7**

<b>Oblast prožívání</b>	<b>Časové období</b>	
	Před transplantací kostní dřeně	Po transplantaci kostní dřeně
Biologická	subfebrilie bolesti hlavy	X
Emocionální	strach ze smrti	X
Sociální	dobré rodinné zázemí	X
Kognitivní	vnímá nemoc jako hrozbu (pod vlivem médií)	X
Spirituální	nevěřící	X

Zdroj: vlastní výzkum

Klient 7 je žena, která jako jediná znala svoji diagnózu teprve 5 dní, a proto byla zastižena ve fázi šoku, která se prolínala s fází popírání. Klientka byla velmi nejistá a plačtivá, ale zároveň otevřeně hovořila o svých pocitech.

Kromě vleklých potíží ve formě zvýšené teploty a bolestí hlavy, ji v posledních týdnech nejvíce trápila nejistota ve vztahu k příčině potíží. Paradoxní úlevu ji přinesl fakt diagnostikování choroby a hlavně převoz do jiného zdravotnického zařízení. Jak sama uvádí ve FN Plzeň má větší důvěru ke zdravotníkům než v Ústí nad Labem. Vzhledem k tomu, že klientka neměla velké subjektivní potíže, byla u ní mnohem více vyjádřená fáze popírání skutečnosti.



Výrazná byla i značná dezorientace a nedostatečná informovanost, spolu s verbálním podceňováním závažnosti onemocnění, které však není v souladu s neverbálními projevy smutku a beznaděje. V rozhovoru velmi vyžaduje potvrzení zpětnou vazbou, že její situace nemůže být tak vážná, když nekoresponduje se stejně závažnými projevy nemoci. Současně naznačuje dominantní emoci a tou je strach ze smrti.

Faktory ovlivňující prožívání nemoci v této první fázi přijetí diagnózy vycházejí zejména z psychosociální podpory a komunikace s nemocným. Pozitivním krokem byla i změna zdravotnického zařízení a tím získání větší důvěry ve zdravotníky, která vede ke snížení duševního napětí.

Největším zdrojem psychické podpory byla pro klientku fungující rodina a zdravotníci, kterým důvěřovala.

Klientka umírá necelý měsíc po stanovení diagnózy, bohužel bez nalezení vhodného dárce.

## 9 DISKUSE

V rámci zpracování empirické části této diplomové práce jsem se zaměřila na oblasti nejčastějších problémů provázejících hematooonkologická onemocnění, faktorů ovlivňujících prožívání nemoci a zdroje psychické podpory nemocných. Zároveň byla snaha o porovnání psychické zátěže dvou časových období: před a po transplantaci kostní dřeně. Prožívání nemoci je zkoumáno z hlediska holistické filozofie o člověku v jeho celostním pojetí.

### Výzkumné otázky:

#### **Jaké jsou faktory ovlivňující prožívání nemoci?**

Výsledky výzkumu ukázaly význam faktoru, který byl v psychoonkologii dlouhodobě přehlížen a podceňován. Stejně jako uvádí Tschuschke (Psychoonkologie) je to především psychosociální a prožitková oblast postižené osoby.

*„ V psychoonkologii musí jít především o kvalitu života, a ne o přežití za každou cenu. Nakonec se musí každý sám za sebe rozhodnout, jestli pro něj má jeho život v současné kvalitě takový smysl, že aktivuje veškeré zdroje, aby svůj život prodloužil. Pokud potom vidí v dalším žití smysl, nikdo nemá právo jeho vůli a přání zpochybňovat.“ (24)*

Z toho možná vyplývá, že fenomén tzv. bojového ducha, vyskytující se u některých pacientů, nemusí mít původ ve vrozené osobnostní výbavě, ale že je výsledkem získaného životního postoje. Lze jej tedy cíleně podporovat a posilovat, ale jen za předpokladu, že je respektováno rozhodnutí samotného člověka. Faktory této osobnostní výbavy vidím jako nejdůležitější z hlediska vlivu na prožívání nemoci. Tito lidé disponují pevnou vůlí, sebejistotou, zaměřením na cíl – uzdravení, absencí jakékoliv překážky, která by jim tento cíl znemožnila, a velmi vysokou mírou naděje.

Stejně jako pohled na člověka nelze redukovat pouze na jednu oblast, nestojí ani osobnost vybavená tímto fenoménem osamoceně. Úzce s ní souvisí sociální prostředí nemocného, který tuto osobnostní složku může posilovat, ale i

oslabovat. Do sociálního prostředí nezahrnujeme jen rodinné zázemí, ale i vliv širšího sociálního okolí. To tvoří prostředí široké rodiny, přátel, sousedů, ale i pracovního kolektivu.

V době nemoci se toto prostředí dále rozšiřuje na zdravotníky, kteří svým přístupem mají také velkou moc ovlivňovat prožívání nemoci. Velmi zajímavým výsledkem se stal fakt, že důvěru ve zdravotníky značně ovlivňuje i výběr zdravotnického zařízení. Pro téměř všechny oslovené respondenty znamená výběr zdravotnického zařízení, konkrétně FN Plzeň se svojí dobrou pověstí v péči o hematoonkologické pacienty, za stěžejní v získání důvěry ve zdejší zdravotníky, bez ohledu na to, zda se jedná o lékaře nebo sestry. Velká důvěra v odborníky ve FN v Plzni, která má schopnost snižovat duševní napětí pacientů a výrazně ovlivnit prožívání nemoci, se stala společným jmenovatelem všech rozhovorů.

Ke stejnému závěru došel i Jaro Křivohlavý ve svém článku „Víra a zdraví“: *„Důvěra pacienta v to či ono zdravotnické zařízení ovlivňuje i jeho postoj k danému zdravotnímu zařízení a jeho rozhodování v situacích, kdy jedno z nich si vybírá a svěřuje se do jeho péče. Nedostatek víry a důvěry např. v možnost uzdravení se na druhé straně projevuje někdy až radikální změnou zdravotního stavu pacienta k horšímu“.* (65)

### **Co představuje největší psychickou zátěž pro hematoonkologicky nemocné?**

Nejčastější problémy provázející hematoonkologická onemocnění zahrnují kombinaci tělesných i duševních potíží. Nad tělesnými potížemi dominuje nejčastěji únava se svým negativním dopadem na psychický stav nemocných. Největší duševní strádání pak pacientům přináší sociální izolace způsobena dlouhodobou hospitalizací a zvláštním režimem imunosuprimovaných nemocných. Tento problém zase ovlivňuje jednak oblast biologickou, ale i sociální. I zde je vše vzájemně propojené. Mezi další problémy nemocných ovlivňujících jejich psychiku patří bolesti, krvácivé projevy a hlavně vedlejší účinky chemoterapie, jako je nevolnost, zvracení a nechutenství. Ty jsou často vnímány pacienty daleko hůře než samotné projevy onemocnění. Velmi často vnímají pacienti léčbu jako nutné zlo, prostředek k přežití, jed apod.

Překvapivým zjištěním byl fakt, že v ani jednom případě jsem se nesetkala s negativním vnímáním ostatních nežádoucích účinků chemoterapie, jako je např.

alopecie. Zřejmě zde funguje i fakt informovanosti o tomto problému a tím i připravenosti.

Negativně vnímaným faktorem téměř všech nemocných je nejistota, zejména v souvislosti s obdobím před stanovením diagnózy.

### ***Prožívají nemocní negativní emoce především v období před transplantací kostní dřeně?***

Z výsledků vyplývá, že porovnání psychické zátěže u pacientů v období před a po transplantaci kostní dřeně souvisí spíše s individuálními rozdíly v osobnosti nemocných a s fází přijetí diagnózy, než s časovým obdobím. Může být ovlivněna aktuálním psychickým stavem nebo komplikacemi souvisejícími s onemocněním a s léčbou. Kromě fyzických potíží a sociální izolace, je nejčastěji prožívanou emoci v období před transplantací kostní dřeně strach. Zpočátku z toho, zda se najde vhodný dárce, později z toho, aby transplantace dobře dopadla.

V období po transplantaci kostní dřeně se nejčastěji objevují nejen komplikace spojené s léčbou a vedlejšími účinky chemoterapie, ale i strach z recidivy onemocnění. V jednom případě se pacient nacházel v depresivní fázi přijetí diagnózy. Současně s tím se vyskytuje také určitá vděčnost za dárce a vyšší míra naděje spojená s překlenutím podstatné doby hospitalizace.

### ***Představuje pro nemocné největší zdroj psychické podpory fungující rodina?***

Nejdůležitějším výsledkem bylo zmapování zdrojů psychické podpory těžce nemocných, které vycházejí nejen z vnějších zdrojů, ale i z překvapivě obrovského vnitřního potenciálu, kterým většina nemocných disponovala. Podle očekávání se nejčastějším zdrojem psychické podpory stala fungující rodina. Svou roli zde sehrává i široké sociální okolí tvořené přáteli, sousedy i spolupracovníky. Největší motivací k uzdravení zde tvoří především děti a vnoučata, které jsou součástí zdravého rodinného zázemí. Důležitou součástí podpory nemocných tvoří zdravotníci a jejich empatický a laskavý přístup. Předpokladem však zůstává už zmiňovaná důvěra ve zdravotnické zařízení a kladné očekávání ze strany pacientů. S tímto souvisí i víra v medicínu a její pokroky, ale i ve zkušenosti lékařů, jakožto „špičkových odborníků“. Zde už se prolínají vnější zdroje

s vnitřními. Víra uzdravení zůstává nejdůležitějším zdrojem psychické opory. Ať už je směřovaná k Bohu a k náboženské instituci, v sebe a svoje schopnosti nebo v podporu blízkých. Je součástí naděje, kterou disponují především nemocní s tzv. bojovým duchem. Dalšími vnitřními zdroji naděje jsou speciální způsoby zvládnání životních problémů nebo osobní přístupy k životu.

Mezi nejzajímavější způsoby a přístupy, kterými by se mohli, nechat zdraví inspirovat nemocnými, patří hledání smysluplnosti života, humor, vnímání kladných aspektů situace a příležitostí k osobnímu růstu, pokora a hlavně autenticita. Nemocní nemají moc prostoru na hraní falešných rolí a na předstírání. Je z nich cítit opravdovost, což bylo velmi zajímavým poznatkem. K důležitým zdrojům psychické podpory patří také silné příběhy jiných pacientů a podpůrné skupiny nemocných. (viz Příloha 2).

S velmi silným příběhem přichází Ivan Beneš, který ve své knize *Jak jinak na leukémii* velmi emotivně líčí svůj boj s vážnou nemocí a předává tím velkou naději na úplné vyléčení pro ostatní nemocné. Za jeho úspěchem stojí totiž kromě spolupráce s lékaři i jeho změna pohledu na život. Jak říká, především je nutné přijmout odpovědnost za svůj stav a začít hledat, jak nemoc souvisí se životními postoji, s chováním a jednáním, zkrátka s tím, jak žijete. (64)

Zajímavým zjištěním byl i fakt, že u téměř všech nemocných dojde vlivem náročné životní situace k přehodnocení životních priorit. Výsledkem nejsou zdrcené osobnosti, ale lidé, kteří se umějí nejen radovat z maličkostí a vážít si důležitých věcí v životě, ale i lépe rozeznávat podstatné od nepodstatných aspektů života.

Ke stejným závěrům došla i Bc. Zuzana Kantorová ve své diplomové práci: *„Někteří pacienti/klienti zdůrazňují negativní aspekty své nemoci, avšak existují i případy, kdy pacienti/klienti nacházejí ve své nemoci pozitivní význam. Zejména v oblasti mezilidských vztahů může dojít k pozitivní změně. Během nemoci dochází u většiny jedinců také k přehodnocení žebříčku lidských hodnot. Na první místo hodnotového žebříčku pak nemocní umísťují zdraví spolu se zachováním a udržením soběstačnosti.“* (66)

## 9.1 Přínos pro praxi

Při zpracování diplomové práce jsem získala některé cenné zkušenosti a poznatky. Fakt, že v ani jednom případě nedošlo k odmítnutí možnosti rozhovoru ze strany pacientů, mě vede k závěru, že lidé, a zejména nemocní, většinou vítají možnost komunikace. Empaticky vedený rozhovor vede k ujasnění cílů, pojmenování problémů, k sebepoznání i k rozpoznání a uvolnění emocí. Jako velmi příznivé zde vidím zařadit do péče o pacienta a komunikace s ním, prvky pozitivní psychologie z knihy Jaro Křivohlavého. Kniha zdůrazňuje, že negativní psychologické jevy jsou jen jedním pólem celku. Vedle nich existují jevy pozitivní, které mají schopnost vyrovnávat nerovnováhu a udržovat i posilovat zdraví. (viz Příloha 3)

Klasická medicína se převážně zaměřuje na somatickou a biologickou stránku nemocí a nebere v úvahu psychosociální fenomény a faktory, které jsou v přímé interakci s prožívaným onemocněním. Psychologie nemoci se pak především soustředí na prevenci a projevy negativních emocí. Význam pozitivní psychologie je ve vyrovnání obou pólů a jejím pojetím může být budování nejlepších kvalit života. Prvky pozitivní psychologie by mohly najít využití jak u pacientů, tak i u ošetrujícího personálu, poskytující péči pacientům. Pozitivní psychologie nabízí péči o zdravý psychický vývoj a zrání osobnosti, kvalitní sociální život a vedení smysluplného života (viz Příloha 3).

Vzhledem k tomu, že je vše vzájemně propojené, pouze spokojený ošetrvatelský tým je jednou z cest ke spokojenému pacientovi. (11)

Fenomén naděje s posilováním nadějného snažení (viz Příloha 4) a podpora bojovného ducha u pacientů s maligním onemocněním vidím jako největší přínos z oblasti pozitivní psychologie do péče o pacienty.

Luxus disponovat v ošetrvatelském týmu péčí klinického psychologa si bohužel nemůže dovolit každá zdravotnická instituce a tak odpovědnost v dané problematice leží na lékařském i nelékařském personálu (viz Příloha 1).

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit psychologické aspekty nemocných s hematoonkologickým onemocněním a jejich bio-psycho-sociální potřeby v časových rovinách před a po transplantaci kostní dřeně.

Každá nemoc představuje pro nemocného náročnou životní situaci a k úspěšnému zvládnutí choroby je nutná nejen efektivní léčba, ale je i potřeba využít všech podpůrných metod, které vedou ke znovunabytí sebekontroly nemocných, aktivizace jejich potenciálu a přijetí situace. Psychologická intervence je ve zdravotní péči souborem zásahů, které nemocným pomáhají řešit nebo pojmenovávat otázky úzce související se smyslem života a další existence.

Základní myšlenkou je pohled na člověka v širokých souvislostech jeho života. Výzkumem bylo potvrzeno, že jedna oblast života ovlivňuje další a vše se vzájemně prolíná.

Po zmapování problémů provázející hematoonkologická onemocnění byl zjištěn fakt, že sociální izolace významně ovlivňuje fyzickou i psychickou oblast prožívání a současně se dotýká i sociálních vztahů.

Za zmínku stojí i schopnost důvěry a empatické komunikace snižovat duševní napětí nemocných a tím i pozitivně ovlivňovat prožívání nemoci.

Rozdíl v prožívání psychické zátěže nemocných v časových rovinách před a po transplantaci kostní dřeně nebyl velký a vychází spíše z individuálních rozdílů osobností pacientů a z fáze přijetí diagnózy než z časové roviny.

Nejdůležitějším zdrojem psychické podpory nemocných tvoří zdravé rodinné zázemí a vnitřní nastavení charakterizované pevnou vůlí a velkou mírou naděje.

Schopnost najít svůj vnitřní potenciál k boji s osudem a jeho přijetí je výsledkem kombinace vnitřních postojů, osvojených strategií a vnější pomoci a podpory.

# SEZNAM LITERATURY

## MONOGRAFIE:

- 1 ADAM, Zdeněk. *Mnohočetný myelom: informace pro pacienty a jejich blízké*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně pro Českou myelomovou skupinu, nadační fond, 2002. 73 s. ISBN 80-210-2859-9.
- 2 ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jana KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, [Kap.] 32, Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné, s. 685-704. ISBN 80-247-0677-6.
- 3 BENEŠ, Ivan. *Jak jinak na leukémii: pro všechny, kteří hledají cestu ode dna*. 1. vyd. Praha: Ivan Beneš, 2009. 237 s. ISBN 978-80-254-4654-6.
- 4 FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Překlad Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-729-5085-1.
- 5 GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-802-4736-259.
- 6 HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 7 JAKOUBKOVÁ, Jaroslava. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 125 s. Trendy soudobé onkologie, sv. 1. ISBN 80-858-2478-7.
- 8 KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2002, [Kap.] 17, KLENER, P. Posuzování kvality života u onkologicky nemocných, s. 283-285 ISBN 80-7262-151-3.
- 9 KLENER, Pavel aj. *Vnitřní lékařství*, svazek VIII. Hematologie. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 117 s. ISBN 80-7262-210-2.
- 10 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-736-7122-0.



- 11 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 195 s. Psychologie. ISBN 978-80-7367-726-8.
- 12 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 13 KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
- 14 O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 15 MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 302 s. ISBN 978-802-4715-216.
- 16 NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
- 17 PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 18 PROTIVÁNKOVÁ, Markéta a Jiří VORLÍČEK. *Akutní leukemie: informace pro pacienty a jejich blízké*. 2., dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 27 s. ISBN 80-210-2807-6.
- 19 ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, [Kap.] 2, s. 21-25. ISBN 978-802-4730-127.
- 20 SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902-0494-5.
- 21 ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1.vyd.. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
- 22 ŠVOJGROVÁ, Mája, Vladimír KOZA a Alice HAMPLOVÁ. *Transplantace kostní dřeně: průvodce Vaší léčbou*. 2. vyd. Plzeň: Apexart (F. S. Publishing) nákladem Nadace pro transplantace kostní dřeně, 2011. 126 s. ISBN 978-80-903560-6-1.
- 23 TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

- 24 TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládní rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-947-X.
- 25 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 26 VOKURKA, Samuel. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-726-2299-4.
- 27 VOKURKA, Samuel. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 89 s. ISBN 978-807-2625-536.
- 28 VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- 29 VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 978-809-0160-132.

#### **ČLÁNKY V ODBORNÝCH PERIODIKÁCH:**

- 30 ANDRLOVÁ, Lia a Alexandra ŠKROBÁNKOVÁ. Hematoonkologičtí nemocní pohledem klinického psychologa. *Zdravotnické noviny*. 1998, roč. 47, č. 51/52, s. 10. ISSN 1214-7664.
- 31 ANDRLOVÁ, Lia, Alexandra ŠKROBÁNKOVÁ a Silvie CAPOUŠKOVÁ. Možnosti a meze psychoterapie v hematoonkologii. *Lékařské listy*. 2001, roč. 50, č. 4, s. 19-21.
- 32 BYSTRICKÁ, Eva. Sesterský výzkum v hematologii a v hematoonkologii v ČR a v Evropě. *Onkologická péče*. 2001, roč. 5, č. 4, s. 13-14. ISSN 1214-5602.
- 33 HRSTKOVÁ ET AL., Hana. Kvalita života bývalých onkologických pacientů. *Československá pediatrie*. 2002, roč. 57, č. 11, s. 649-650. ISSN 0069-2328.
- 34 KAJABA, Václav, Jitka VÍTKOVÁ a Edgar FABER. Hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví po autologní transplantaci krevetvorných buněk u hematologicky nemocných. *Onkologická péče*. 2005, roč. 9, č. 4, s. 19-22. ISSN 1214-5602.

- 35 KALVODOVÁ, Libuše. Bojový duch jako psychologický fenomén onkologických pacientů: Interní hematologická klinika FN, Brno-Bohunice. *Onkologická péče*. 2006, roč. 10, č. 1. ISSN 1214-5602.
- 36 KALVODOVÁ, Libuše. Komunikace - tolik potřebný lék. *Lékařské listy*. 2001, roč. 50, č. 26, s. 29.
- 37 KALVODOVÁ, Libuše. Psychologické aspekty nádorových onemocnění (Onkologie pro praktické lékaře - vybrané kapitoly). *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 6, s. 50-60. ISSN 1212-4184.
- 38 KALVODOVÁ, Libuše, Jiří VORLÍČEK, Zdeněk ADAM a Petr SVAČINA. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 6, s. 570-581. ISSN 0042-773X.
- 39 KALVODOVÁ, Libuše. Sestra jako součást týmu, který rozhoduje o ukončení neúspěšné protinádorové léčby: Interní hematologická klinika, FN Brno. *Onkologická péče*. 2004, roč. 8, č. 4, s. 19-20. ISSN 1214-5602.
- 40 KAMELANDER, Jan. Postřehy z 16. mezinárodního symposia Supportive Care in Cancer (24. - 27. 6. 2004): Interní hematologická klinika FN Brno. *Klinická onkologie*. 2005, roč. 18, č. 1, s. 33-36. ISSN 1802-5307.
- 41 KOZA, Vladimír. Říkáme pacientům pravdu, ale dáváme jim naději ([rozhovor]). *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 9, s. 24-27. ISSN 0044-1996.
- 42 KOZA, Vladimír. Trocha historie předcházející transplantacím krvetvorných buněk. *Onkologická péče*. 2005, roč. 9, č. 4, s. 1-2. ISSN 1214-5602.
- 43 KUBEŠOVÁ, Hana. Vztah nemocných k hospitalizaci či ambulantnímu způsobu léčby a některé další psychologické aspekty hematologicko-onkologických onemocnění. *Praktický lékař*. 1994, roč. 74, č. 1, s. 11-14. ISSN 0032-6739.
- 44 FRIEDMAN, Howard S., ed. *Personality and disease*. [1st ed.]. New York: Wiley & Sons, ©1990. xvi, 315 s. Wiley series on health

psychology/behavioral medicine; Wiley series on health psychology/behavioral medicine. ISBN 0-471-61805-5.

- 45 MITCHELL, Alex J. et al. Prevalence of Depression, Anxiety and Adjustment Disorder in Oncological, Haematological, and Palliative-care Settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*. February 2011, vol. 12, no. 2, s. 160-174. (12. 2. 2011) ISSN 1470-2045.
- 46 PRISCILLA, Das et al. Assessment of Depression and Anxiety in Haematological Cancer Patients and their Relationship with Quality of Life. *East Asian Archive of Psychiatry*. September 2011, vol. 21, no. 3, s. 108-114. ISSN 2078-9947.
- 47 NOVÁK, Ivan. Komplexní péče o hematologické pacienty v kritickém stavu. *Posgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 6, s. 726-730. ISSN 1212-4184.
- 48 PELIKÁNOVÁ, Martina. Onkoportál.cz: Nová služba pro onkologické pacienty, jejich blízké a veřejnost. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 6. ISSN 1210-0404.
- 49 PROCHÁZKA, Vít, Peter ROHOŇ, Edgar FABER a Karel INDRÁK. Diferenciální diagnostika a léčba komplikací u chronických leukémií v ordinaci praktického lékaře. *Lékařské listy*. 2009, roč. 58, č. 19, s. 13-18.
- 50 SALAJKA, František. Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče. *Klinická onkologie*, 2001, roč. 14, zvláštní číslo, s. 27- 29.
- 51 SLÁMA, Ondřej. Bolest spojená s mnohočetným myelomem. *Onkologická péče*. 2006, roč. 10, č. 1, s. 19-20. ISSN 1214-5602.
- 52 SLÁMA, Ondřej a Jiří VORLÍČEK. Co víme o kvalitě života onkologicky nemocných a jak ji můžeme ovlivnit. *Onkologická péče*. 2004, roč. 8, č. 3, s. 16-18. ISSN 1214-5602.
- 53 SLÁMA, Ondřej a Jiří VORLÍČEK. Inkurabilní onkologický pacient?: Interní hematologická klinika FN, Brno. *Vnitřní lékařství*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 588-590. ISSN 1801-7592.
- 54 VODVÁŘKA, Pavel. Únava při onemocnění zhoubnými nádory. *Onkologická péče*. 2004, roč. 8, č. 3, s. 10-16. ISSN 1214-5602.

- 55 VOKURKA ET AL., Samuel. Dárcovství štěpů kmenových buněk krvetvorby - zdroje, výhody, rizika, trendy. *Postgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 6, s. 731-734. ISSN 1212-4184.
- 56 VOKURKA, Samuel. Koordinace vyhledávání dárce krvetvorných buněk. *Onkologická péče*. 2005, roč. 9, č. 4, s. 6-7. ISSN 1214-5602.

### **STATI:**

- 57 DVOŘÁKOVÁ, Pavla a Pavla HOLEŠINSKÁ. Práva pacientů s okolností týkající se sdělování onkologické diagnózy (Konference sester): Interní hematoonkologická klinika, FN, Brno-Bohunice. In: *XXV. Brněnské onkologické dny a XV. konference SZP s tématikou Medicína založená na důkazech, Ošetrovatelská péče založená na potřebách onkologicky nemocných*. 2001, s. 201. ISBN 80-238-6935-3.
- 58 MUNZAROVÁ, M. Kvalita života onkologicky nemocných – etická problematika. In: ŽALOU DÍK, Jan a VYZULA, Rostislav, eds. In: Masarykův onkologický ústav. *Edukační sborník: XXVI. Brněnské onkologické dny a XVI. konference pro sestry a laboranty: Brno, 29. května - 31. května 2002* Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002, s. 132. ISBN 80-238-8452-2.
- 59 KUNERTO VÁ, O. Psychoterapie pro onkologicky nemocné. In: ŽALOU DÍK, Jan a VYZULA, Rostislav, eds. In: *Edukační sborník: 31. Brněnské onkologické dny s 21. Konferencí pro sestry a laboranty v roce 2007, 23. – 25. dubna 2007*. Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně při příležitosti konání 31. Brněnských onkologických dnů s 21. Konferencí pro sestry a laboranty v roce 2007, s. 27 ISBN 978-9780-86793-09-2. [Abstrakt]
- 60 SLOVÁČEK, Ladislav, Brigita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ a Martin BLAŽEK. *Globální kvalita života nemocných po transplantaci krvetvorných buněk na Oddělení klinické hematologie II. interní kliniky FN Hradec Králové: Katedra válečného vnitřního lékařství, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové*. In: ŽALOU DÍK, Jan, ed. a VYZULA, Rostislav, ed. *XXIX. Brněnské onkologické dny s XIX. Konferencí pro sestry a laboranty: edukační sborník*. 1. vyd. Brno:

Masarykův onkologický ústav, 2005. ISBN 80-86793-05-2. Dostupné také na:

<http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/538/>

- 61 TOMÍŠKA, Miroslav a VORLÍČEK, Jiří. Nutriční podpora onkologicky nemocných. In: 7. *Ostravské dny podpůrné léčby v onkologii: sborník*. Ostrava – Mariánské hory: Dům techniky Ostrava, 2003. 141 s. ISBN 80-02-01542-8.
- 62 VORLÍČEK, Jiří, Ondřej SLÁMA a Libuše KALVODOVÁ. Sdělování onkologické diagnózy (Konference sester). In: *XXV. Brněnské onkologické dny a XV. konference SZP s tematikou Medicína založená na důkazech, Ošetrovatelská péče založená na potřebách onkologicky nemocných*. 2001, s. 210-211. ISBN 80-238-6935-3.
- 63 ZÍTKOVÁ, M. a D. ŠTRAJTOVÁ. *Lidská tvář nemocnice: Interní hematoonkologická klinika, FN Brno*. Edukační sborník, 2005.

#### **ELEKRONICKÉ ZDROJE:**

- 64 HOZOVÁ, H. *Pokud má člověk vůli, může zvládnout i velmi vážnou chorobu*. In: *Novinky.cz* [online]. [Praha]: Borgis, © 2003 - 2010. Vloženo 25. 11.2009 [cit. 2012-12- 17]. Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/185148-pokud-ma-clovek-vuli-muze-zvladnout-i-velmi-vaznou-chorobu.html>.
- 65 KŘIVOHLAVÝ, J. *Víra a zdraví* [online]. [Praha]: Jaro Křivohlavý. Vloženo 16. 3. 2009 [cit. 2012-12-07]. Přednáška. Dostupné na WWW: <http://jaro.krivohlavy.cz/node/98>

#### **AKADEMICKÉ PRÁCE**

- 66 KANTOROVÁ, Zuzana. *Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné také na: <http://theses.cz/id/zr3u1g/83664-970106325.pdf>

## SEZNAM ZKRATEK

pH	potenciál vodíku
O <sub>2</sub>	kyslík
CO <sub>2</sub>	oxid uhličitý
AML	akutní myeloblastická leukémie
ALL	akutní lymfoblastická leukémie
CML	chronická myeloidní leukémie
CLL	chronická lymfocytární leukémie
PV	polycythaemia vera
ET	esenciální trombocytémie
MDS	myelodysplastický syndrom
GvHD	reakce štěpu proti hostiteli
CNS	centrální nervový systém
DM	diabetes mellitus
WHO	Světová zdravotnická organizace
GIT	gastrointestinální trakt
TKD	transplantace kostní dřeně
FN	Fakultní nemocnice
ČR	Česká republika
CMV	cytomegalovirus
HLA	lidský leukocytární antigen
JIP	jednotka intenzivní péče
MOS	multiorgánové selhání
QOL	kvalita života
HOO	hematoonkologické oddělení
MD	mateřská dovolená
CŽK	centrální žilní katétr
M JIP	metabolická jednotka intenzivní péče

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Klient 1
Tabulka 2	Klient 2
Tabulka 3	Klient 3
Tabulka 4	Klient 4
Tabulka 5	Klient 5
Tabulka 6	Klient 6
Tabulka 7	Klient 7



## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Podpůrná expresivní skupinová psychoterapie dle Spiegela
- Příloha 2 Deset kroků ke zdraví
- Příloha 3 Dvanáct pohledů do tematiky pozitivní psychologie
- Příloha 4 Přehled základních principů péče o zlepšování naděje
- Příloha 5 Žádost o povolení k výzkumu
- Příloha 6 Rozhovor

## **Příloha 1 – Podpůrná expresivní skupinová psychoterapie dle Spiegel a et al.**

Manuál Spiegel a Classena se zaměřuje na sedm principů podpůrné expresivní skupinové psychoterapie u onkologických pacientů.

### **1. Navázat spojení („Building Bonds“)**

Člověk jako živočišný druh přežil v evolučním vývoji, protože je schopen budovat sociální kontakty a vzájemně se podporovat. Zvláště sociální podpora je určujícím faktorem, který pomáhá lépe se vyrovnávat se stresujícími životními událostmi. Existují důkazy, že sociální kontakty nemají pouze psychicky příznivé emociální účinky, ale mají také vliv na snižování úmrtnosti. Pouze ve skupině lze dosáhnout této úrovně pomoci.

### **2. Vyjadřování emocí („Expressing Emotions“)**

Vyjadřování pocitů je velmi důležité, protože se tím zmírňuje sociální izolace a dochází ke zlepšení zvládnutí. Potlačování a vyhýbání se pocitům je spojováno s horším zvládnutím a se ztrátou blízkosti v rámci rodiny, což vede k omezení příležitosti k přímému vyjádření pocitů a k rozpakům.

Otevřenost a vyjádření emocí je hlavním cílem podpůrné expresivní skupinové terapie. Ve skutečnosti je právě tento cíl důvodem pro používání slova *expresivní*. Pacienti se často cítí být pod tlakem z toho, že musí být silní a chovají se silněji, než jak se ve skutečnosti cítí, chovají se tak, jako by byli schopni se svou situací vyrovnat. Tyto pokusy potlačit své skutečné pocity a zachovat si pozitivní postoj jsou velmi neefektivní a vyžadují velkou emocionální energii.

### **3. Odděmonizování smrti a umírání („Detoxifying Death and Dying“)**

Konfrontovat se s tématem smrti je důležité pro každého pacienta s onkologickým onemocněním, protože rozdíl mezi konfrontací a vyhýbáním je obrovský. Vyhýbání a pozornost odvádějící strategie vedou k řetězci nepříjemných událostí, jejichž důsledky jsou nepříznivé. Zabraňují tomu, aby mohlo dojít ke skutečné konfrontaci s onemocněním, se vzniklou situací a s jejími následky. Za

vyhýbání a popření je nutno zaplatit velkou „daň“ v podobě velkého strachu a izolace. Konfrontace pacienta s aspekty, které ohrožují jeho život, může nemocnému pomoci k tomu, aby se posunul od zvládání zaměřeného na emoce ke zvládání zaměřenému na problém. Proces umírání většinou působí hrozivěji než smrt samotná. Přímé zpracování strachu ze smrti může vést k rozdělení obav ze smrti do jednotlivých problémů (ztráta kontroly nad rozhodnutími o léčbě, obavy z odloučení od svých blízkých, strach z bolesti) a rozhovor o těchto obavách může vést k pozitivním životním změnám nebo dokonce k úplnému vymizení obav.

#### **4. Přehodnocení životních priorit („Redefining Life Priorities“)**

Onkologická onemocnění vyvolávají pocit nejasné budoucnosti a skutečnost, že člověk bude žít kratší dobu, má paradoxně za následek odvedení pozornosti k důležitým záležitostem. Cílem by mělo být pacientovi pomoci navrhnout nový životní plán, který mu umožní ujasnit si hodnoty a cíle, aby mohl co nejlépe využít čas a energii, která mu ještě zbývá.

#### **5. Zlepšení opory prostřednictvím přátel a rodinných příslušníků**

Většina pacientů a jejich rodinných příslušníků se bohužel těžkým tématům vyhýbá, a to zrovna v době, kdy by pacient potřeboval pomoci o těchto tématech hovořit. Proto je důležité zlepšit komunikaci mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky a přáteli. Tento cíl v sobě zahrnuje nácvik schopnosti vyjádřit strach, přání a obavy, bez strachu z toho, jakou zátěž to pro rodinu bude představovat.

Cenou za nepřiměřený optimismus je ztráta času, který by se jinak dal využít k realizaci životních cílů, k otevřené komunikaci se členy rodiny a přáteli a k vyřízení důležitých záležitostí. Konfrontace se smrtí může dokonce vést k tomu, že člověk zažije to nejlepší ve svém životě.

#### **6. Zlepšení vztahu lékař – pacient**

Pacient by neměl být závislým příjemcem terapie, ale lékařovým partnerem. Častý pasivní postoj pacienta vůči lékařům by se měl změnit na aktivní. Podpůrné skupiny mohou být užitečné v souvislosti komunikací mezi pacienty a lékařem, popř. dalším ošetřujícím personálem. Skupiny nabízejí vzájemné povzbuzení, odpovědi na otázky, možnost aktivně se podílet na rozhodování týkající se léčby či možnost zvážit alternativní léčebné postupy.

## 7. Zlepšení strategií zvládání

Literatura popisuje tři základní typy zvládání:

- Zvládání zaměřené na informace
- Zvládání zaměřené na emoce
- Zvládání orientované na problém

Dle Spiegela a Classena je většina intervencí zaměřena pouze na první typ zvládání – informovat pacienta o diagnóze a následné léčbě jeho onemocnění. Tento postup nebere v úvahu silnou emocionální reakci pacienta na získanou informaci.

Psychoonkologické studie ukazují, že pacienti s vyšším rozsahem bojového nasazení mají signifikantně lepší šanci na přežití. (24)

## **Příloha 2 – Deset kroků ke zdraví**

Vhled do duše pacienta přináší klinický psycholog Fiore, který sám bojoval s onkologickým onemocněním a naznačil tak deset nadějných kroků, které vyzoroval sám u sebe v procesu zvládnání.

1. Kognitivní očista – zbavení se falešných představ (např. o zázračném léku) a uznání vlastní smrtelnosti.
2. Rozlišování dvou druhů skutečnosti: co se změnit nedá a co změnit mohu.
3. Soustředit se na to, co se změnit dá a vytipovat si realistický a dosažitelný cíl a k němu se zaměřit.
4. Rozčlenit si cestu ke vzdálenému cíli na řadu dílčích cílů a etap.
5. Upřesnit první etapu cesty k cíli, přesně definovat kritéria úspěšného zvládnutí prvního kroku a udělat první krok. Poté se odměnit za splnění.
6. Vydržet ještě další krok a potom se zaměřit vždy jen na jediný další krok a ten zrealizovat.
7. Zvládat vnitřní dialog.
8. Učit se žít se zdravotním postižením.
9. Žít v přítomnosti a neutápět se v minulosti, ani ve fantastické budoucnosti.
10. Mít život rád, i když je těžký a radovat se z maličností. (12)

## **Příloha 3 – Dvanáct pohledů do tematiky pozitivní psychologie**

1. Empatie a altruismus
2. Láska
3. Přátelství
4. Moudrost
5. Morální motivace
6. Nezdolnost
7. Sebeocení
8. Emoce pomáhají zvládat těžkosti
9. Vrcholné zážitky – flow
10. Vděčnost
11. Spiritualita
12. Duševní pohoda – well-being (11)

## **Příloha 4 – Přehled základních principů péče o zlepšování naděje**

1. Pojetí naděje musí respektovat tři základní principy nadějného snažení – cílesměrnost našeho jednání, myšlení o způsobech a cestách k vytčenému cíli a energizující působení (energii dodávající motivaci jednající osobně). Zároveň musí brát ohled na situaci, v níž se daná osoba nachází (na vliv situačních faktorů), na dispozice a stav daného člověka (jeho osobnosti).
2. Úkolem péče o zlepšování naděje je zaměřit se na ujasnění cíle, o který dané osobě v dané situaci jde, a na dosažení tohoto cíle. Při tom je třeba poznat sílu, způsob využití a posilování naděje při řešení problémů touto osobou v minulosti i kognitivní, emocionální a motivační změny, k nimž do té doby došlo.
3. Je třeba brát v úvahu, že to jsou v první řadě pozitivní momenty nadějných snažení v dosavadním životě daného člověka (spíše než momenty zklamání naděje a selhání), co lze efektivně využít při posilování naděje v současné situaci.
4. Přátelský vztah k druhému člověku (tzv. terapeutická aliance), jehož nadějně snažení chceme povzbudit, je významným pozitivním faktorem pomoci.
5. Ve snaze druhému člověku pomoci v posilování jeho naděje je třeba uvědomit si, že on sám je expertem na řešení vlastních problémů. Na druhé straně obtížnost situace, do které se tento člověk dostal, vede pomáhajícího k tomu, aby člověk v nouzi aktivně (direktivně) pomohl vytvářet nadějný rámec dalšího postupu.
6. Péče o zlepšování naděje je výchovný druh aktivity. Jde o to učit a naučit druhého člověka způsobům nadějného řešení problémů, kde naděje je podstatným faktorem řešení.

7. Průběh aktivity typu pomoci druhému člověku posílit naději v dané (pro něho) těžké situaci sleduje krok za krokem základní principy psychologické teorie naděje – práci s cíli snažení, hledání cest k dosažení cíle (případně hledání alternativních cest, kdy původní cesta je zablokována) a vytváření energetizujících zdrojů (motivace) naděje.
8. Prvním krokem na cestě posilování naděje je kognitivní oblast – nastolení změny v myšlení dané osoby. Nejde však často ani tak o prověrku (změny) cíle, k němuž se daná osoba upíná, ale o zvažování vhodnosti zvolených cest (zvláště při jejich zablokování), hledání alternativních cest (způsobů řešení) a hledání energetizujících motivačních zdrojů (jejich posilování).
9. Pomoc typu posilování naděje využívá poznatků jiných (psychoterapeutických) forem pomoci, např. narativní terapie – vypravěčskému umění (vyprávění příběhů, v nichž naděje hrála důležitou pomocnou a tvořivou roli), nebo kognitivně-behaviorální terapie. Navzdory tomu terapie naděje je dnes považována za relativně samostatnou terapeutickou metodu. (11)



## Příloha 5 – Žádost o povolení k výzkumu



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín • tel. 377 103 111, fax 377 103 959

Vážená paní  
Bursíková Jaroslava  
studentka ZČU v Plzni  
Fakulta zdravotnických studií

VÁŠ DOPIS ZNAČKY/DNE: 2. 8. 2012  
NAŠE ZNAČKA: VYŘIZUJE LINKA: 377 103 204  
V PLZNI: 3. 8. 2012  
POČET PŘÍLOH: 0  
VĚC: Žádost o provedení výzkumného šetření a realizaci rozhovorů

Vážená paní Bursíková,

na základě Vaší žádosti a v souladu se souhlasným stanoviskem vedení HOO FN Plzeň, Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření na Hematologicko-onkologickém oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „Psychologické aspekty hematoonkologicky nemocných“.

Přeji Vám hodně úspěchů ve Vašem studiu

Světluše Chabrová  
Manažerka pro vzdělávání NELZP FN Plzeň

**Fakultní nemocnice Plzeň**  
Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
ul. Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň

Provozní instrukce ke sběru dat na pracovištích FN Plzeň jste obdržela elektronicky.

## **Příloha 6 – Rozhovor - struktura**

### **1. Psychologický profil nemocného**

*Považujete se spíše za společenského člověka nebo jste raději sám?*

*Jste spíše uzavřený nebo otevřeně projevujete emoce?*

*Jakým způsobem se vyrovnáváte se stresem?*

*Jak snášíte změny v životě?*

*Jak dlouho znáte svoji diagnózu?*

*Co je pro vás největší motivací v boji s nemocí?*

*Co považujete z profesního hlediska za největší ztrátu?*

### **2. Předtransplantační období**

*Jakým způsobem a za jakých okolností vám byla sdělena diagnóza?*

*Kdo byl pro vás největší opora po sdělení diagnózy?*

*Z čeho jste měl největší strach po sdělení diagnózy?*

*Svěřil jste se svému okolí?*

*Jak se v současné době cítíte?*

*Co vám způsobuje největší strádání?*

*Jak vnímáte svoji nemoc?*

*Co pro vás představuje léčba?*

*Pokud přijímáte návštěvy v nemocnici, jsou pro vás zdrojem radosti x starostí?*

*Co vám způsobuje největší starosti z vašeho sociálního okolí?*

***Co vám přináší v době nemoci radost?***

***Máte důvěru ke zdravotníkům?***

***Jaký je váš nejbližší cíl?***

### **3. Potransplantační období**

***Jaké pocity ve vás nemoc vyvolává?***

***Co je pro vás největší zdroj potíží?***

***Jak vnímáte vedlejší účinky léčby ve srovnání s projevem nemoci?***

***Ovlivňuje vám nemoc vztah k rodině a naopak?***

***Byla vám nabídnuta psychologická pomoc?***

***Myslíte si, že je v nemocnici zohledněn váš duševní stav?***

***Co jste dřív považoval v životě za nejdůležitější?***

***V čem vám nemoc změnila systém hodnot?***

***Co by vám udělalo radost a nejvíce zpříjemnilo hospitalizaci?***

***Získal jste dostatek informací o vašem zdravotním stavu?***

***Čemu v životě věříte nejvíce?***

***Co vám způsobuje největší stres, popř. z čeho máte největší strach?***

***Máte důležité cíle, kterých chcete v následujících letech dosáhnout nebo máte problém s vytyčováním cílů?***