

ONKOLOGICKÁ NEMOC – PROŽÍVÁNÍ A MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE
DIPLOMOVÁ PRÁCE 2006, Mgr. ROMAN PEŠEK

OBSAH

ÚVOD	6
1. SOUČASNÝ STAV	
1. 1. Onkologická nemoc – základní charakteristiky	8
1. 2. Tělesná oblast onkologicky nemocného	9
1. 2. 1. Varovné projevy	9
1. 2. 2. Medicínské druhy onkologické léčby	10
1. 2. 3. Podpůrná léčba, bolest a únava	11
1. 3. Psychická oblast onkologicky nemocného	13
1. 3. 1. Fáze vyrovnávání se s onkologickou nemocí podle Shontze	13
1. 3. 2. Psychické reakce podle Kübler-Rossové a Horowitze	14
1. 3. 3. Bojovník a poražený, sociální zisky a hraný optimismus	20
1. 3. 4. Psychoonkologie	21
1. 4. Sociální oblast onkologicky nemocného	22
1. 4. 1. Kladní sociální činitelé	22
1. 4. 2. Rizikové sociální činitelé	22
1. 4. 3. Blízcí onkologicky nemocného	22
1. 5. Možnosti zvládnání psychosociálních problémů	25
1. 5. 1. Strategie zvládnání těžkostí spojených s vážnou nemocí	25
1. 5. 2. Psychoterapie onkologicky nemocných – význam a metody	27
1. 5. 3. Doporučení podle Fioreho	32
1. 5. 4. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)	33
1. 5. 5. Logoterapie	34
1. 5. 6. Skupinová psychoterapie	35
1. 5. 7. Svépomocná sdružení – ARCUS – ŽIVOT České Budějovice	36

1. 5. 8. Psychofarmakoterapie a pověry s ní spojené	36
1. 5. 9. Problémové způsoby zvládání onkologické nemoci	37
1. 6. Vybrané otázky z thanatologie	39
1. 6. 1. Strach z umírání a ze smrti	39
1. 6. 2. Reakce člověka na fakt přibližující se smrti	40
1. 6. 3. Teorie zvládání strachu ze smrti podle Beckera	40
1. 6. 4. Názory filozofů na fenomén strachu ze smrti	41
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	43
2. 1. Východiska, cíle a výzkumné otázky	43
3. METODIKA	44
3. 1. Zkoumaný soubor	44
3. 2. Techniky sběru dat	45
4. VÝSLEDKY	47
4. 1. Deskripce a analýza osobních dokumentů	47
4. 2. Deskripce a analýza výpovědí onkologicky nemocných	51
4. 3. Deskripce a analýza výpovědí informátorů	64
4. 4. Deskripce a analýza vlastního pozorování	68
4. 5. Deskripce a analýza vlastní sebereflexe	68
5. DISKUSE	70
6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	77
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78

ÚVOD

Diplomová práce tématicky navazuje na ročníkovou práci „Potenciální účinnost metody sokratického zpochybňování u psychických problémů spojených s těžkým zdravotním postižením, umíráním a smrtí“ (Pešek 2004), která se z více obecného hlediska věnovala možnostem zvládnání psychických, resp. psychosociálních problémů spojených s těžkým zdravotním postižením. Do skupiny těžce zdravotně postižených jsem tehdy zařadil i onkologické pacienty a tak se zmíněná ročníková práce z určité části dotýkala též psychosociálních problémů spojených s touto nemocí. Především tedy teoretická část této diplomové práce vychází v některých oblastech z informací uvedených ve výše uvedené ročníkové práci.

Podle mého názoru, který jsem si utvářel studiem tematizovaných informací jak z odborné literatury, tak z beletrie (např. autobiografie onkologicky nemocných) a na základě osobních zkušeností, které jsem získal během realizace výzkumné části, mám za to, že daná problematika u nás není dlouhodobě a systematicky zkoumaná a význam podpůrné léčby zaměřené právě na zvládnání psychosociálních problémů onkologických pacientů je často zlehčován, někdy až opomíjený. Tento stav mohou způsobovat různé faktory, např. soudobá preference biologického pohledu na povahu nemoci a s tím související tzv. doktorocentrismus, emocionálně náročná práce s onkologicky nemocnými aj. I přesto se v současnosti objevují indicie, že se „blýská na lepší časy“. Dokladem toho jsou dále v textu zmiňované práce českých autorů jako jsou např. J. Křivohlavý, R. Honzák, H. Haškovcová, K. Krtičková, I. Pálková a další.

Stěžejním cílem teoretické části diplomové práce bylo zmapovat a přehledně uspořádat současný stav relevantních informací z dané oblasti. Na život onkologicky nemocných jsem se pokusil podívat z komplexního, konkordantního, bio-psycho-sociálního hlediska, i když dále v textu jsou vzhledem k předmětu mého zájmu akcentovány hlavně oblasti psychická a sociální. Zaměřoval jsem se na informace, které by mohly být užitečné pro nemocné i jejich blízké a alespoň v něčem inspirativní pro zdravotníky, sociální pracovníky a další, kteří se o onkologicky nemocné starají.

S ohledem na předmět zkoumané problematiky, která je v mnoha momentech velmi

citlivá, osobní a individuálně subjektivní, jsem zvolil kvalitativní přístup. Způsoby, jak člověk prožívá a zvládá skutečnost svého onkologické onemocnění, lze jen obtížně objektivizovat kvantitativními výzkumnými metodami, nehledě na neosobnost a nízkou výtěžnost kvantitativních výsledků pro poradenskou a terapeutickou praxi. Budu potěšen, pokud výsledky výzkumné části diplomové práce zkoumanou oblast dané problematiky obohatí.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1. Onkologická nemoc – základní charakteristiky

Pod obecným názvem rakovina je zahrnuto přes 200 různých onemocnění. Často se používají různá pojmenování pro tuto nemoc, hovoří se o nádorech, novotvarech, tumorech, o onkologické nemoci. Tato onemocnění mohou vznikat v kterékoliv tkáni (orgánu) člověka. Jednotlivé druhy zhoubných nádorů se někdy velmi podstatně vzájemně liší. Jedno ze základních rozlišení je na nádory benigní a maligní. Benigní nádory zůstávají pravidelně na stálém místě, kdežto maligní se rozsévají ve formě metastáz. Společné pro zhoubné nádory je nekontrolovatelný, autonomní a neúčelný růst, při kterém se množení buněk vymklo všem regulačním vlivům zdravého organismu a řídí se vlastními mechanismy (Křivohlavý 2002, Zámečník 2002).

Příčiny vzniku nádorové buňky se snaží vysvětlovat několik teorií. I když se ví, že vznik nádorové buňky mohou způsobit určité faktory, např. viry, fyzikální a chemické vlivy, mohou zde být i vlivy dědičné. Často daleko závažnější než dědičné dispozice jsou rizika zvyklostí a návyků, např. kouření, požívání lihovin a nesprávné stravování (Zámečník 2002). Jiné teorie hovoří též o různých psychogenních vlivech pro vznik tohoto onemocnění (Tschuschke 2004).

Co se týče prevalence a incidence nádorových onemocnění v ČR, data o novotvarech z Národního onkologického registru z r. 2002 uvádějí u mužů 32 551 zhoubných novotvarů a novotvarů in situ, tj. 655,7 na 100 000 mužů, u žen 31 974 (610,6 na 100 000 žen). Ve srovnání s r. 2001 se počet hlášených novotvarů celkově zvýšil o 5,2 %. Ve výskytu zhoubného novotvaru kolorekta zaujímá ČR přední místo v Evropě. Nepočítáme-li jiný zhoubný nádor kůže, nejčastějším zhoubným novotvarem u mužů je nádor průdušky a plic. Nejčastějším onemocněním u žen je zhoubný nádor prsu (5 378 hlášených nových onemocnění v r. 2002). Pozitivním jevem je, že počet zemřelých se od r. 1990 téměř nemění, pohybuje se mezi 36 až 38 na 100 000 žen. U žen s maligním nádorem pohlavního ústrojí zaujímá významné místo novotvar těla děložního (Ajmová 2004).

1. 2. Tělesná oblast onkologicky nemocného

1. 2. 1. Varovné projevy

Níže uvedené příznaky (viz. tab. 1) nemusí být vždy projevem zhoubného nádoru. Mohou být způsobeny např. infekcí, nezhoubným nádorem, chronickým zánětem aj. Nicméně, když se tyto příznaky objeví je výhodné vyhledat lékaře a poradit se s ním (Zámečník 2002).

Změna ve vyprazdňování (častější stolice, střídavě průjmy a zácpa, nucení na stolicí bez vyprázdnění, stolice je tmavá až černá, jsou přítomny žilky krve nebo krev, stolice je tužkovitá).

Změny při močení (častější močení, zejména v noci, nucení na močení a vymočení jen malého množství, pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře, tmavší až tmavá moč, přítomnost žilek krve nebo krevních sraženin, bolestivé močení, pocit tlaku v malé pánvi).

Změny na kůži (bulka, déle trvající bolavé místo, nehojící se mokravé ložisko, "bradavice", která se začala zvětšovat a mění svůj tvar a barvu, vyrážka, která přetrvává, mateřská znaménka a pihy, které mění svoji barvu nebo se zvětšují).

Neobvyklé krvácení nebo výtok z rodidel.

Zbytnění nebo bulka v prsu, výtok z bradavky.

Bulka v podkoží, zejména v podpaží, na krku, v tříselech.

Špatné zažívání nebo potíže s polykáním.

Přetrvávající kašel nebo chrapot.

Celkové příznaky (únava, nechutenství (nechuť hlavně k masitým pokrmům), hubnutí, bledost).

Tab. 1. Varovné projevy maligního onemocnění podle J. Zámečníka (2002).

1. 2. 2. Medicínské druhy onkologické léčby

Chirurgická léčba

Chirurgický zákrok se používá jak v rámci primární prevence (např. operace kryptorchického varlete, které po narození nesestoupilo do šourku a zůstalo v dutině břišní a na tomto atypickém místě představuje velké riziko vzniku rakoviny), tak v rámci sekundární a terciální prevence (odstranění vlastního nádoru, amputace prsu, odstranění hrtanu) (Zámečník 2002).

Radioterapie

Jedná se o léčbu ionizujícím zářením. Radioterapie je samostatná metoda léčby, ale často se také kombinuje s léčbou chirurgickou. Je to cílená léčebná metoda směrem k postiženému místu a existuje mnoho činitelů, které určují nastavení ionizujícího záření. Radioterapie má nepříznivé vedlejší účinky jako např. zčervenání, olupování, mokvání a svědění kůže, větší slinění, sucho v ústech, zhoršené polykání, zvracení, nechutenství, únava, podrážděnost, depresivní nálada, bolest (Zámečník 2002).

Chemoterapie

Jde o podávání léků a hormonů (cytostatika) v různé formě. Chemoterapie v některých případech zvyšuje účinek radioterapie. Cytostatika destruktivně působí na proliferující buňky, ale působí stejně na nádorové buňky jako na zdravé buňky. Chemoterapie má nepříznivé vedlejší účinky jako např. nevolnost a zvracení, obtížné žvýkání a polykání, průjmy a zácpy, vypadávání vlasů, ochlupení, obočí a řas, ztmavění kůže, poruchy srdečního rytmu, sexuální dysfunkce, poruchy krvevotvorby a srážení krve, pokles počtu neutrofilů, což se mj. projevuje únavou a vyšším rizikem vzniku infekčního onemocnění (Zámečník 2002).

Bioterapie

Bioterapie čili biologická terapie je postavená na různých druzích biotechnologií, které se v současné době rychle rozvíjí. Asi nejznámější bioterapeutickou metodou je

imunoterapie, která působí, resp. zesiluje protinádorové obranné mechanismy lidského organismu. Tyto mechanismy jsou podporovány aktivní imunizací, nebo se využívá přirozených savčích substancí k imunizaci pasivní (Zámečník 2002).

Léčba neionizujícím zářením

Jedná se o poměrně mladou metodu léčby. Patří sem hypertermie (léčba ohřevem), při které se cíleně ohřívá nádorové ložisko na teplotu 42° - 43°C po určitou dobu. Hypertermie vhodně doplňuje radioterapii a chemoterapii. Fotodynamická terapie využívá vzájemného působení určitých látek (fotosenzibilizátory), které se selektivně hromadí v nádorových buňkách a při průchodu laserovým paprskem se uvolňuje agresivní molekulární kyslík, který ničí nádorové buňky a nepoškozuje zdravé buňky v okolí (Zámečník 2002).

1. 2. 3. Podpůrná léčba, bolest a únava

Podpůrná (suportivní) terapie se dotýká mnoha různých aspektů, které souvisí s onkologickou léčbou. Jedná se např. o nutriční podporu onkologicky nemocných, o léčbu bolesti, o léčbu infekčních komplikací a poruch krvetvorby během onkologické léčby, o zvládání únavy, o léčbu paliativní. Do oblasti podpůrné léčby patří rovněž oblast psychosociální podpory (Vodvářka 2004). Podle J. Zámečníka (2002) má podpůrná léčba odstranit nebo podstatně zmírnit vedlejší nežádoucí účinky onkologické léčby, zlepšit celkový stav nemocného, zvýšit jeho přirozenou obranyschopnost a zlepšit jeho kvalitu života. Zásadně má suportivní léčbu ordinovat lékař, nejlépe ošetřující, který je dokonale seznámen nejen s diagnózou, ale i se způsobem léčby, stavem a osobností pacienta.

Bolest provází onemocnění rakovinou ve 30–40% případů v začátečních fázích onemocnění a v 60–90% případů v terminálním stadiu nemoci. Existují rozdíly v zážitcích bolesti podle druhu rakoviny. K bolestem, které pramení ze změněné funkce organismu, se přidávají i další bolesti, které mohou působit některé léčebné procedury (Křivohlavý 2002). Léčba bolesti patří do kompetence na tuto oblast specializovaných odborníků. Terapie bolesti je založena na mezioborovém přístupu, využívá se různým

metod, které se často mezi sebou kombinují. Obvykle se pro léčbu bolesti používají léky typu opioidních a neopiodiních analgetik. Do skupiny nefarmakologických metod léčení bolesti patří chirurgické způsoby tlumení bolesti, elektrická stimulace nervů, akupunktura, modulace dolního prahu bolesti, placebo, hypnóza, relaxace, biofeedback, kognitivně-behaviorální terapie (KBT) (Křivohlavý 2002, Zámečník 2002).

Onkologicky nemocní si nejčastěji stěžují na únavu, bolest a depresi. Především únava je jeden z hlavních problémů (Kocinová 2003). Únava je, kromě bolesti, nutkání na zvracení, zvracení, snížení chuti k jídlu a váhového úbytku, jedním z charakteristických příznaků u nemocných s nádorovým onemocněním plic (Pálková 2001). Všechny postupy pro ovlivňování únavy jsou zatím ve stadiu výzkumu. Nicméně je možné tvrdit, že pro léčbu únavy je důležitá psychologická a sociální opora a existuje řada léčebných programů, které se snaží míru únavy příznivě ovlivňovat, např. přiměřená tělesná tělesná aktivita, správná výživa aj. (Pálková 2001).

1. 3. Psychická oblast onkologicky nemocného

1. 3. 1. Fáze vyrovnávání se s onkologickou nemocí podle Shontze

V období, kdy pacient prožívá svůj zdravotní problém (v tomto případě onkologickou nemoc), bylo sledováno několik etap. Zjištění F. C. Shontze (1975, viz. tab. 2) je do určité míry obdobné tomu, které už dříve popsala E. Kübler-Rossová pro terminální fázi nemoci (Křivohlavý 2002).

1. Šok
<i>Psychické ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Z psychologického hlediska jde o psychické odpoutání se od reality (duchanepřítomnost).</i>
2. Usebrání
<i>Návrat zpět do skutečnosti, nicméně nejde o zcela normální psychický stav. Často neuspořádané myšlení, objevují se výrazně negativní emoce (strach, smutek, zlost, bezmoc). Celkově je pacient mimořádně vzrušený.</i>
3. Stažení se ze hry
<i>Vědomý únik do psychického osamění a popření všeho co souvisí s onemocněním, z toho plyne dočasná úleva od duševní tíhy. Pacient se postupně snaží o náhled a orientaci v dané situaci a pokouší si vypracovat program zvládnutí.</i>
4. Tvorba programu k řešení krize
<i>Pacient řeší problémy v oblasti biologické (např. zvládnutí bolesti, únavy, vypadávání vlasů), psychické (např. udržení si vyrovnaného citového stavu a důstojného obrazu vlastní osobnosti) a sociální (např. udržení si opory nejbližších lidí, zvládnutí pracovních úkolů při současném léčení, příprava řešení problémů, které pravděpodobně budou před pacientem stát v dalším průběhu léčení, popř. i po odchodu).</i>

Tab. 2. Fáze prožívání vážného zdravotního problému podle F. C. Shontze (1975).

1. 3. 2. Psychické reakce podle Kübler-Rossové a Horowitze

E. Kübler-Rossová (1969) popsala šest základních stádií prožívání (viz. tab. 3), kterými zpravidla prochází lidé těžce zdravotně postižení (včetně nemocných maligním onemocnění) a lidé v terminálním stádiu nemoci. Tyto psychické reakce obvykle prožívají také lidé blízcí nemocnému člověku. H. Haškovcová (1991) hovoří ještě o předcházející tzv. nulové (nulitní) fázi. Zjednodušeně lze říci, že uvedená stadia probíhají v níže popsaném pořadí. Nicméně v praxi se tyto fáze mohou objevovat zpřeházeně, mohou se opakovat, nemocný může během jednoho dne projít i několika fázemi najednou, popř. některé psychické reakce se v prožívání nemusí objevit vůbec.

M. J. Horowitz uvádí model pěti fází, který je podobný schématu Kübler-Rossové. Fázi smíření Horowitz charakterizuje jako „*postavení se nad věc*“. Nemocný je schopen na těžkou situaci myslet, když na ni myslet chce a nemyslet na ni, když na ni myslet nechce (Křivohlavý a Kaczmarczyk 1995). Intruze vyjadřuje vtíravé nutkání neustále myslet na to, co pacienta potkalo a ten o tom chce často s někým mluvit. Pro zvládnutí fáze intruze je užitečné, aby pacient měl „svědka“, kterému může o svých myšlenkách, představách a pocitech opakovaně povídat: „*Když se vykládá takový příběh po třicáté, stává se z něj v plném slova smyslu již „příběh“ – je totiž integrován, verbalizován, je zpracován*“ (Honzák a Kurzová 2003 (3)).

<i>E. Kübler-Rossová</i>	<i>M. J. Horowitz</i>
<i>Nulitní (nulová) fáze</i>	
<i>Šok</i>	<i>Výkřik</i>
<i>Popření (negace)</i>	<i>Popření</i>
<i>Smlouvání (vyjednávání)</i>	<i>Intruze, vyrovnávání</i>
<i>Agrese (zlost, hněv, vzpoura)</i>	<i>Intruze, vyrovnávání</i>
<i>Deprese (smutek)</i>	<i>Intruze, vyrovnávání</i>
<i>Smíření (přijetí) a/nebo rezignace</i>	<i>Smíření</i>

Tab. 3. Srovnání psychických reakcí u onkologicky nemocných podle schémat E. Kübler-Rossové a M. J. Horowitze.

Nulitní čili nulová fáze není dosud dostatečně odborně zmapovaným stádiem, i když se jedná o etapu významnou (Haškovcová 1991). Znalosti o této fázi lze zatím čerpat více ze životopisných románů, např. „*Nikdo mě nemá rád*“ od E. Trioletové (1947). Nulitní fáze je stádiem tápání, kdy člověk pociťuje, že s ním „není něco v pořádku“, že „není ve své kůži“. V případě rakoviny se jedná o některé varovné příznaky (viz. tab. 1). V tomto období část nemocných své příznaky nepřiměřeně zlehčuje. Druhou skupinu pak mohou tvořit hypochondři, kteří naopak závažnost svých příznaků přehánějí, výběrově si všímají některých příznaků a ty potom katastrofizují („*Bolí mě hlava... Mám nádor na mozku...*“). Část skutečně nemocných pomýšlí na existenci rakoviny, což v nich zpravidla vyvolává intenzivní úzkost a tak raději nepříjemné myšlenky popřou nebo vytěsní. Někdy jde jejich obranná reakce tak daleko, že nechtějí nic vědět a provádějí tzv. pštosí politiku ve smyslu „lepší je nic nevědět“ (Dostálová 1989). H. Haškovcová (1991) uvádí, že v nulitní fázi může proběhnout šok z evidentního nálezu (např. bulky v prsu), střídaný popřením, které se protáhne na dlouhý čas a šance na záchranu se pak logicky snižuje.

Šok nebo „výkřik“ je obvykle bezprostřední reakcí na zjištění zhoubného nádoru. Šoková reakce může proběhnout pod obrazem pohybové „bouře“ nebo „mrtvolného“ ztuhnutí, někdy je pozorovaná regrese k dětskému chování (Honzák a Kurzová 2001 (1), Křivohlavý 1989). Podle H. Haškovcové (1991) se u pacienta jedná o hraniční stav spojený s neklidem, beznadějí, úzkostí a strachem. J. Křivohlavý (1989) mluví o panice v podobě myšlenkového trysku a pohybové zbrklosti. U pacientů se mohou objevovat myšlenky jako např.: „*Proč se mi to stalo?*“, „*Proč právě teď?*“, „*Co se bude dít dál?*“, „*Vydržím to?*“. Hlavní potřebou pacienta je mít s kým rozmlouvat. Pacient se může opakovaně ptát, jak bude vypadat jeho příští život změněný nemocí, jaký bude mít smysl. Pacient by neměl zůstat sám. Lékař by si měl udělat čas a společně s pacientem, pokud je v daném okamžiku schopný alespoň částečně racionálně myslet a vnímat sdělované informace, pojmenovat klíčový problém a naplánovat konkrétní postup pro nejbližší období (např. zapojení členů rodiny, řešení otázek kolem zaměstnání, objednání k lékaři na další vyšetření). Ohledně použití zklidňujících léků se doporučuje „zlatá střední cesta“, tedy pacienta ani moc netlumit, ani ho zbytečně nevystavovat

nadmíru silnému stresu (Honzák a Kurzová 2001 (1)). V souvislosti s fází šoku lze uvést následující Epiktétova slova: „*Jestliže někomu zemřelo dítě nebo žena, každý řekne, tak už to mezi lidmi chodí. Když však někomu zemře jeho vlastní dítě, hned nařká, já ubohý. Bylo by však dobré vzpomenout si v takové chvíli, co si myslíme, když slyšíme, že se totéž stalo někomu jinému*“ (Bahník 1997).

Popření čili negace je dočasné a nevědomé zkreslení reality do neohrožující podoby, jakou by si pacient přál (Honzák a Kurzová 2001 (1)). Jedná se o obranný psychologický mechanismus, který vytlačuje nepříjemné informace mimo vědomí a tak ochraňuje pacientův „program“ orientovaný, zjednodušeně řečeno na naplánovaný, ještě dlouhý život bez větších potíží. Popírání lze chápat i jako protrahovaný šok, který se může projevat např. nesoustředěností, poruchami paměti, zkratovitým jednáním. Negaci lze v kognitivní rovině charakterizovat myšlenkami např.: „*Ne, není to pravda, to je určitě omyl. Určitě se zaměnily laboratorní výsledky. To se vysvětlí.*“ (Haškovcová 1989, Honzák 1989, Svatošová 1999). Popírání se objevuje asi u 10-20% nemocných, kteří byli obeznámeni se závažnou diagnózou maligního onemocnění (Honzák 1989). R. Honzák a H. Kurzová (2001 (1)) zmiňují americkou studii, jejíž výsledky prokázaly, že 6 týdnů po seznámení nemocných s diagnózou karcinomu, jich 25% uvedlo, že jim nikdo nic takového neřekl. Pro tuto fázi pacienta by měl být lékař trpělivý a volit vhodnou strategii sdělování pravdy. Vhodná je např. strategie sdělování pravdy tzv. po kapkách. Častou námitkou lékařů je, že nemocnému pravdu sdělili, ale on ji nechtěl slyšet. Prostě ji vytěsnil. Je třeba s nemocným mluvit opakovaně, jednou obvykle nestačí (Svatošová 2003). Na pacienta je třeba v tomto stádiu pozorně dohlížet, konkrétně s ním plánovat bezprostřední budoucnost, pomáhat mu se zvládnutím některých záležitostí běžného života, případně tyto věci dělat za něj (Honzák 1989).

Agrese, hněv, zlost či vzpoura jsou emocionální reakce zaměřené proti „zlému osudu“, který nemocného potkal. Nepříznivá realita však není nic hmatatelného a konkrétního, a proto pacient může směřovat svůj hněv na zástupné, více konkrétní cíle jako jsou např. ošetřující lékař, příbuzní, ostatní lidé, popř. se zlobí sám na sebe. Agrese se může projevat v kognitivní rovině myšlenkami: „*Proč zrovna já, co jsem komu udělal, proč se to stalo zrovna mě a teď, proč se to nestalo vám, co jste jako zdravotníci*

*zanedbali, proč jste neudělali více. Čí je to vina?“ (Honzák 1989, Svatošová 1999). Pocit hněvu je přiměřenou emocionální reakcí na skutečnost nádorového onemocnění (a to jak u vlastní osoby, tak u člověka blízkého) už z toho důvodu, že onkologická nemoc může někdy významným způsobem narušit realizaci důležitých životních cílů, které si pacient stanovil. V této souvislosti lze také logicky předpokládat, že čím mladší a ambicióznější pacient, tím více ho může trápit intenzivnější a děletrvající pocit zloby, potažmo i deprese. Emoce zlosti nevzniká jako bezprostřední důsledek zevní události, ale tím, jak si dotyčný danou skutečnost pro sebe vysvětluje (Dentemarová a Kranzová 1996). Pocit zlosti není dobré zbrkle a otevřeně ventilovat, ani není dobré tuto emoci příliš potlačovat. J. Praško a H. Prašková (1996) v souvislosti s prožíváním emoce zlosti uvádí: „*Svůj hněv si někdy vůbec nemusíte uvědomovat. Můžete si dokonce hrát sami před sebou na to, že jste ledově klidní. Řada lidí je od dětství trénována v tom, že hněv, agresi a vzdor pokládá za emoce, které kultivovaný člověk nemá. To je pověra.*“ Pacient by měl svou zlost překonat a propracovat se do vyššího stádia smutku, který působí realistické uvědomění ztrát, jež jeho onemocnění způsobilo nebo způsobit může. Jenom tehdy, když si člověk plně uvědomí a emocionálně odžije vzniklé ztráty, může se prožít do fáze plnohodnotného přijetí své situace. Jak bylo řečeno výše, hněv pacienta může být zástupně obrácen na osobu pomáhajícího nebo blízkého člověka. Ten by měl o možnosti této projekce vědět, nechápat zlost pacienta osobně, ale naopak jeho zlostné reakce rozumně podporovat a vysvětlovat. Pro zvládnutí fáze zlosti lze vedle psychofarmakoterapie využít i psychoterapeutické metody jako jsou např. kognitivní restrukturalizace, relaxace, vypovídání se ze zlostných myšlenek. Princip odreagování se ve formě „ventilace“ se uplatňuje v řadě běžných pohovorů pacienta s lékařem. V důvěrné atmosféře za přítomnosti člověka, který s pochopením naslouchá, se řada pacientů spontánně vyhoví a vypláče ze svých minulých i současných těžkostí a pocítí pak úlevu, aniž by terapeut cokoliv interpretoval, doporučil nebo předepsal. Využití tohoto principu vyžaduje vhodné prostředí a od terapeuta schopnost s empatií a porozuměním naslouchat. V některých případech však tato situace k účinnému odreagování podstatných traumat nestačí a potom se nabízí využití různých abreaktivních technik (Kratochvíl 1997). Abreakce je sdělení emočně nabitého zážitku*

doprovázeného vyjádřením s ním spojených silných emocí jako je zlost, vina, bezmoc a dalších projevů jako bolest, křeče, obranné pohyby. (Možný a Praško 1999).

Smlouvání čili vyjednávání je období, které představuje regresi k magickému myšlení. Pacient se obrací na „nejlepší“ lékaře v oboru, na Boha apod. Chce si zajistit, popř. si vymodlit přežití do doby než syn dokončí vysokou školu, dcera porodí aj. Současně hledá ve svém předešlém životě viny, které mají být příčinou jeho současného onemocnění a snaží se je symbolickým nebo realistickým způsobem odčinit či napravit, např.: *„Jestli se uzdravím, tak už nikdy nevezmu do pusy cigaretu a neřeknu svému manželovi, že je padouch, Pane Bože, já ti dám postavit kapličku, když mě necháš žít.“* Období smlouvání je též obdobím vyhledávání různých alternativních léčebných postupů (Honzák a Kurzová 2001, Svatošová 1999). M. Svatošová (1999) doporučuje maximální trpělivost ze strany ošetřujících a věnování pozornosti snahám pacienta vyhledávat různé podvodníky a šarlatány. Nebezpečími jsou především prodlení pro zahájení adekvátní onkologické léčby nebo rizika plynoucí z přerušení standardního onkologického léčení. P. Lemež (2001) uvádí, že někteří léčitelé doporučují onkologicky nemocným, aby omezili nebo přestali užívat onkologem předepsanou léčbu.

I. Paclt a V. Kebza (1999) uvádějí, že až u 25% nemocných s maligním onemocněním se rozvine deprese. Podle J. Rabocha (1988) čtyři z pěti žen, kterým byl amputován prs, vede vědomí změny jejich tělesného vzhledu ke stavům úzkosti, dvě třetiny žen se stává depresivními, jedna čtvrtina žen se už nikdy psychicky ani sexuálně nezotaví. Většina takto postižených již nikdy nepožádá o pomoc psychologa ani sexuologa. A. Filiberti a C. Ripamonti (2002) uvádějí, že existuje mnoho činitelů, které zesilují tendence onkologicky nemocných ke spáchání sebevraždy. Jedná se především o nekontrolovanou bolest, psychický stres a existenciální utrpení. Deprese bývá často nejvýraznější a časově nejdelší psychickou reakcí. Nemocný se zhoubným nádorem si uvědomuje skutečnost, jaká oprava je. Reálně vidí problémy, které jsou, nebo mohou být důsledkem jeho onemocnění, uvědomuje si hrozící ztráty, je smutný z nemožnosti realizovat některé své životní plány, má strach ze své nejbližší budoucnosti. Zrovna tak ale může ve svém škarohlídství přehánět. Myšlenky spojené s fází deprese mohou mít

podobu např.: *"Jsem a budu všem už jenom na obtíž., co když se odsud už nedostanu a na těch kapačkách budu závislý už trvale"* (Svatošová 1999).

Onkologicky nemocný ve fázi deprese většinou nespoupracuje, může narušovat snahy lékařů a dalších osob ve svém okolí, které se mu snaží pomoci. (Honzák a Kurzová 2001 (1)). M. Svatošová (1999) pro tuto etapu doporučuje trpělivě naslouchat, nenásilně pomáhat pacientovi urovnávat jeho vztahy, pomáhat mu hledat vhodná řešení jeho problémů. Důležité je, aby se pacient chtěl a uměl motivovat do zbývajících života, aby našel někoho nebo něco, pro co má ještě smysl kvalitně žít. V tomto období má rovněž velký význam podpora rodiny. J. Křivohlavý (1989) doporučuje *„vyplakat se na rameni“* z pocitů životních ztrát důvěryhodné osobě v nerušené místnosti po dobu minimálně dvou hodin. Blahodárný efekt pláče zmiňuje také Z. Eis (1995), význam pláče vidí v jeho osvobozujících účincích: *„Slzami se v nás něco uvolní. Pláčeme-li, pak po chvíli pocítíme, jakoby z nás někdo sejmul nesnesitelné vnitřní pnutí. Napětí opadne natolik, že se nám lépe dýchá, i když jsme ještě v bolesti plně ponořeni.“* Pacientovi lze také doporučit individuální nebo skupinovou psychoterapii. Vhodné jsou syntetizující racionální psychotherapeutické směry. V případě těžší formy deprese je relevantní psychofarmakoterapie.

Přijetí, smíření, souhlas, vyrovnání, pokora představují konečnou a ideální formu psychického rozpoložení onkologicky nemocného. Jde o realistické uvědomění si všech okolností a možností řešení vlastní situace. To může být předpokladem pro rozumné uchopení dalšího života založeného např. na prožitkových a postojových hodnotách. U onkologicky nemocného bývá často přítomná naděje, kterou pomáhající nesmí nemocnému nikdy vzít (Honzák a Kurzová 2001, Svatošová 1999). J. Křivohlavý a S. Kaczmarczyk (1995) obrazně charakterizují stádium přijetí jako otevření dveří k audienci, nechání hosta (onkologické nemoci – pozn. aut.) vstoupit a nabídnout mu místo, nebo adoptovat daného hosta jako dítě, přijmout ho za své a starat se odpovědně o ně. Psychoanalytička J. Kocourková říká, že obecným cílem psychoterapie je *„přivést člověka k tomu, že se umí těšit ze života a přitom nemusí popírat nevyhnutelné životní těžkosti, které ho doprovázejí“* (Hučín 2001). Prožije-li se onkologický pacient do stádia smíření, je důležitá přiměřená psychická, citová a sociální podpora. M. Svatošová

(1999) upozorňuje na skutečnost, že v dané situaci někdy potřebuje více pomoc rodina nemocného než sám pacient.

Stádium rezignace se nechá v kognitivní rovině charakterizovat myšlenkou: „*Vzdávám to, nic už nemá cenu ani smysl.*“ Jedná se o protrahované stádium deprese a podle E. Kübler-Rossové (Haškovcová 1991) je to častější způsob vyrovnávání se s faktem závažné nemoci, včetně onkologické. E. Kübler-Rossová považuje přijetí pravdy, důstojný klid a vnitřní smír za méně častou reakci a dodává, že tento stav se vyskytuje zejména u lidí věřících. Nicméně H. Haškovcová (1991) se domnívá, že mnozí onkologičtí pacienti umějí úspěšně přijmout a zvládat vzniklou nepříjemnou situaci i bez víry v Boha.

1. 3. 3. Bojovník a poražený, sociální zisky a hraný optimismus

Podle R. Honzáka a H. Kurzové (2001) se po určité době těžce zdravotně postižení pacienti (včetně onkologicky nemocných) vyprofilují do jednoho ze dvou typů. Kritériem pro zařazení do té či oné schématicky a zjednodušeně určené kategorie je skutečnost, jak pacient své onemocnění vnímá a zvládá. Pro pacienta „bojovníka“ představuje jeho nemoc výzvu. Jeho onemocnění je něco, s čím je třeba bojovat, proti čemu je třeba hledat nejúčinnější metody. Pro takové pacienty je charakteristické především to, že aktivně hledají konstruktivní řešení různých problémů, které jsou s jejich nemocí spojené. Pacient „poražený a zlomený“ dlouhodobě vnímá své onemocnění jako zásadní omezení, nespravedlnost osudu, katastrofu, je depresivní, agresivní a často se u něj objevují znaky magického myšlení. Mnozí pacienti jsou pasivní, trpělivě odevzdaní a rádi manifestují svou bezmoc.

Pokud je člověk uznán „úředně“ nemocným (pacientem), znamená to pro něj, že nemusí dělat mnohé, co by jinak dělat měl nebo musel. Nemusí (třeba dočasně) chodit do práce, do školy, nemusí se účastnit různých schůzí a porad, nemusí se doma starat o děti, uklízet, chodit na nákupy, získává si větší pozornost od dříve netečného partnera apod. Tomu se říká sekundární emocionální a sociální zisky z nemoci a těchto výhod často zneužívají především „poražení“ pacienti. Úřední uznání nemocného člověka pacientem ho na jedné straně zbavuje určitých povinností.

Na straně druhé to však na něj v naší kultuře (zaměřené na výkon, úspěch, produktivní zdraví) klade řadu jiných požadavků. Pacient se například má chovat optimisticky, snažit se být vzdor všemu veselý, plný naděje a odvahy bojovat s nemocí. Rozhodně se má bránit depresím a truchlivé sebelítosti. Takový postoj pacienta k jeho nemoci je v naší kultuře dosti běžný, i když v mnoha případech je nefér, protože nutí pacienta, kterému není dobře, aby předstíral, že mu dobře je a zabraňuje mu, aby o tom, co ho trápí, s někým otevřeně hovořil (Křivohlavý 2002).

1. 3. 4. Psychoonkologie

Psychoonkologie je poměrně mladý interdisciplinární obor, který je z odborného pohledu průsečíkem onkologie, imunologie, endokrinologie, psychologie a sociologie. Jedním z hlavních cílů tohoto vědního oboru je zjistit, v jakých oblastech lze pacientům pomoci při překonávání potíží spojených s onemocněním. Jde při tom o všechny duševní faktory, které s nádorovým onemocněním mohou souviset, především o ty, které mohou napomoci zdárnému překonání choroby (Hučín 2004).

V. Tschuschke (2004) uvádí, že existuje dostatek studií, které prokazují, že negativní stres ovlivňuje fungování endokrinního systému a imunity, a proto se lze domnívat, že stres může být i jednou z příčin vzniku onkologického onemocnění. Je známo, že ten, kdo má chuť žít a boj s rakovinou nevzdává, má větší šanci se uzdravit. Ale ne všichni pacienti mají zdroj síly k takovému boji v sobě. Často musí pomoci psycholog. Jedná-li se o nejdůležitější vlastnost pro boj s rakovinou, Tschuschke ji označuje jako „chuť žít“, nebo „touha žít“, jako schopnost mít v životě ještě nějaký další cíl, jehož chce dosáhnout. Tento postoj se objevuje ve všech typech studií. Druhý naopak podporuje rozvoj nemoci, znamená rezignaci a odevzdanost osudu.

1. 4. Sociální oblast onkologicky nemocného

1. 4. 1. Kladní sociální činitelé

J. Křivohlavý (1989) uvádí sociální činitele, které mohou příznivě ovlivňovat spokojenost onkologicky nemocného člověka. Jedná se o existenci pevných partnerských pout, pevné začlenění nemocného člověka do rodiny, existence přátelského pracovního kolektivu a pevné společenské zázemí (přátelé, návštěvy kulturních a společenských akcí). J. S. Goodwin a kol. (1987) sledovali vliv sociální opory u pacientů, u nichž byla diagnostikována rakovina a zjistili, že pacienti, kteří měli pevnější rodinné zázemí, žili kvalitnějším životem a žili déle. Naznačili důvody kladného působení sociální podpory a došli mj. k závěru, že pacienti, kteří žijí v rodině, jsou častěji druhými lidmi donuceni navštívit lékaře. Jsou včasěji diagnostikováni a dříve se dostávají do léčebného procesu, v němž platí, že ten kdo přijde dříve, má větší naději na přežití.

1. 4. 2. Rizikové sociální činitelé

J. Křivohlavý (1989) připomíná, že je třeba, aby se nemocný soustředil na konstruktivní a dostupná řešení sociálních problémů, se kterými se může setkat. Jedná se o ztrátu důležitého sociálního kontaktu, narušení důležitého sociálního kontaktu (např. nevěra manžela, když je manželka hospitalizovaná), negativní vliv ochuzené perspektivy (např. snížená atraktivita ženy po amputaci prsu, omezené rodičovské kompetence, snížený výkon v zaměstnání, v realizaci koníčků apod.), neomalenost až hrubost v sociálním styku (např. neúmyslně nešetrné narážky na onkologicky nemocného) a negativní vliv předsudků.

1. 4. 3. Blízcí onkologicky nemocného

Nejčastějšími pocity v rodině onkologicky nemocného jsou úzkost a strach, významné bývají i pocity viny. V rodinné interakci získává onkologická nemoc svůj význam. V závažném onemocnění je často obsažen potenciál, který umožňuje, že se otvírají a smysluplně řeší léta neřešené konflikty. Poskytování psychoterapeutické péče

rodině nemocného je považováno za stejně důležité a oprávněné jako její poskytování pacientům samotným (Krtičková 2005).

Co pacienti s nádorovým onemocněním od svých rodin potřebují a co naopak nechtějí zjišťovala psycholožka K. Krtičková (2005) (viz. tab. 4).

<i>Onkologičtí pacienti potřebují</i>	<i>Tito pacienti nepotřebují</i>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Přirozenost v komunikaci: shodu mezi výrazem tváře a obsahem slov, zvýšená bývá potřeba dotyků – ta je individuální, některým pacientům není častější dotýkání příjemné.</i> - <i>Povzbuzení, oporu a bezpečí.</i> - <i>Toleranci, úctu a adekvátní pomoc.</i> - <i>Pozitivní zprávy z okolí.</i> - <i>Respekt k novému dennímu režimu a dalším změnám v důsledku nemoci.</i> - <i>Soucítění.</i> - <i>Porozumění, zejména k přechodné emoční labilitě.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nepřirozenost v komunikaci: šuškáání a významné výměny pohledů mezi ostatními rodinnými příslušníky, nepřirozené množství taktilních podnětů..</i> - <i>Nechtějí slyšet: „šetři se“, „musíš jíst“, „nesmíš se poddat“, taková slova jim stále připomínají, že jsou nemocní a regredují je.</i> - <i>Nedělat z nemoci tabu, ale také o ní často nehovořit.</i> - <i>Lítost: odmítají převzít roli chudáka.</i>

Tab. 4. Co onkologičtí pacienti potřebují od svých rodinných příslušníků podle K. Krtičkové (2005).

Dále uvedené *Desatero zásad při návštěvě onkologického pacienta v nemocnici* (viz. tab. 5) je určeno příbuzným pacientů. Může sloužit pro orientaci i zdravotním sestřám, které by měly v daných konkrétních podmínkách iniciativně a tvořivě spoluvytvářet reálný obsah denních návštěv (Haškovcová 1996).

1. *Na návštěvu se řádně připravte, udělejte si především potřebný čas.*
2. *Mějte na mysli zdravotní stav nemocného a zvolte přiměřenou dobu i délku návštěvy. Důležitá je kvalita návštěvy, nikoliv její délka. Zvažte počet návštěvníků (nejvýše dvě osoby najednou).*
3. *Přijďte vhodně oblečení, příjemně naladěni a buďte vstřícní a ochotní vyslechnout i obavy a starosti nemocného.*
4. *Pacienta trvale povzbuzujte a uklidňujte. Posilujte v něm zdravé sebevědomí a vůli k uzdravení nebo alespoň ke zlepšení stavu. Nejednejte s ním jako s malým dítětem a respektujte jeho osobnost.*
5. *Nesnažte se o tzv. radostný rozhovor za každou cenu. O velkých starostech a vážných rodinných problémech mlčte nebo nemocného stručně informujte.*
6. *Když konverzace vážne, snažte se být iniciativní, ale nebuďte za každou cenu mnohomluvní. Nezapomínejte, že i mlčení má svůj půvab a že může být terapeuticky přínosné.*
7. *Pamatujte na to, že zejména těžce nemocný člověk má právo nejen vyjádřit své obavy a strach, ale také zármutek a žal. Přijměte i tyto obávané rozhovory.*
8. *Vždy berte ohled na spolupacienty. Respektujte jejich zdravotní stav a přání, popř. vyhovte jejich drobným prosbám.*
9. *Pokud chcete nemocnému něco přinést, buďte rozumní a pamatujte na přiměřenost.*
10. *Při loučení sdělte, zda a kdy přijдете. Slíbený termín rozhodně dodržte.*

Tab. 5. Desatero zásad při návštěvě onkologického pacienta v nemocnici.

1. 5. Možnosti zvládání psychosociálních problémů

1. 5. 1. Strategie zvládání těžkostí spojených s vážnou nemocí

J. Křivohlavý (2001) uvádí, že existují základní dva druhy strategií, které člověk používá, aby zvládal stres působící z těžké životní situace, kterou může představovat i onkologická nemoc:

a) Cílem *strategie zaměřené na řešení problému* je konstruktivně řešit danou situaci, např. odstranit příčinu obav a stresu, tj. uzdravit se z onkologické nemoci. Součástí této strategie může být např. plánovité hledání řešení problému, vyhledávání a zkoušení různých léčebných metod.

b) Cílem *strategie uklidňování nálady* je regulace negativních emocí vzniklých v souvislosti se stresem, jako snížení míry strachu a zlosti. Tato strategie je více indikovaná pro zvládání stresu ve spojení se závažným maligním onemocněním a umíráním, protože tyto stresory zpravidla nelze odstranit. Součástí strategie je hledání sociální opory, sebeovládání, distancování se od dění, hledání pozitivních stránek dění.

Obě strategie se obvykle objevují u dospělých lidí vedle sebe. Zhruba 30% té či oné strategie je vrozená. Příklon k jedné či druhé strategii je dán především rodinnou výchovou, společenským prostředím a kulturou, ve které člověk vyrůstal a žije (Křivohlavý 2001). Jsou popsány i další strategie zvládání stresu jako je snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní.

Podle F. Cohena a R. S. Lazaruse (Křivohlavý 2001, 2002) existuje šest základních cílů, kterých se snaží člověk v těžké životní situaci dosáhnout:

- *Snížit úroveň toho, co člověka ve stresu ohrožuje, např. vyléčit se nebo zpomalit progresi onkologické nemoci.*
- *Tolerovat, unést "to" nepříjemné, co se děje.*
- *Zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe.*
- *Zachovat si emocionální klid, zvládat negativní myšlenky a emoce.*
- *Zlepšit podmínky, za kterých by bylo možno se po zážitku stresu zregenerovat, např. zlepšit kvalitu partnerského vztahu.*
- *Pokračovat v sociální interakci, v životě s druhými lidmi.*

Úspěšnost zvládnání stresu lze posoudit základními čtyřmi kritérii (Křivohlavý 2001):

- *mírou snížení psychického vzrušení, které působí negativní emoce, např. strach*
- *úrovní navrácení se k normální činnosti a pokračování v započatém díle*
- *mírou navrácení se k normální interakci s druhými lidmi*
- *mírou zralejšího postoje k realitě*

Styl zvládnání onkologické nemoci je definován jako obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem. Každý člověk se v dané situaci obvykle chová tak, jak jsme u něho již dříve několikrát viděli (Křivohlavý 2002). B. Blažek a J. Olmerová (1985) uvádí sedm stylů zvládnání životních těžkostí lidí zdravotně postižených. Danými styly lze charakterizovat i onkologické pacienty:

Autismus – vnitřní emigrace

Pacient se stáhne do sebe a v nitru si vytváří jakýsi druhý, náhradní svět, zůstává sám se svými problémy, těžkostmi a obavami.

Robinsonovství

V pacientovi se uvolní nové, dříve nepoznané, hlubší a tvořivé schopnosti pro zvládnání nemoci. Pacient si již nekonfrontuje jen s překážkami v souvislosti s jeho nemocí, ale i se sebou samým a se smyslem života.

Kompenzace

Pacient zvolí náhradní životní cíle, protože původní životní záměry nemůže realizovat z důvodu omezení, která vyplývají z jeho nemoci.

Překompenzování ztráty

Pacient se stává nadměrně aktivní, jako by chtěl ještě dodělat a užít si všeho podstatného, než mu to možná progrese jeho choroby znemožní. To ho může vyčerpat a dostat na dno sil. Nicméně existuje mnoho nemocných, kteří jsou zvýšeně aktivní po dlouhou dobu a jejich energie jim neubývá.

Dobrovolné podstupování rizika a utrpení

Pacient podstupuje nepříjemné, často bolestivé lékařské úkony, i když nejsou nezbytně nutné. Má naději, že podstoupením rizika se jeho stav zlepší.

Směna

Jedná se o výměnu „něco za něco“. J. Křivohlavý (2002) uvádí příklad směny, kdy si např. pacienti vzájemně vyměňují rady, jak zvládat bolest, jaký lék nebo léčebnou metodu použít..

Dialog

Jedná se o důvěrné otevírání se druhému člověku s tím, že oběma to bude ku prospěchu. Nejde o kalkul "co za to". Příkladem otevřeného dialogu mohou být také svépomocné skupiny onkologických pacientů.

1. 5. 2. Psychoterapie onkologicky nemocných – význam a metody

Podle M. Bendové a R. Honzáka (2001) účinnost psychoterapie u onkologicky nemocných závisí významně na možnosti poskytovat přímou, systematickou a pokud možno nepřetržitou psychoterapeutickou péči. Taková péče je technicky snadná a dobře uskutečnitelná během hospitalizace, po odchodu z nemocnice však přímý psychoterapeutický kontakt vážne a po nějaké době často zaniká. Tato skutečnost negativně ovlivňuje další průběh onemocnění, zejména pokud jde o psychopatologické projevy a kvalitu života.

J. Křivohlavý (2002) uvádí osm metod, které mohou pacientovi pomoci zvládat těžkosti spojené s jeho onkologickou nemocí:

Relaxace - pomocí uvolnění těla dochází k uvolnění psychické tenze.

Dechová cvičení - jedná se o podobný mechanismus jako u relaxace, např. jóga.

Imaginace - soustředění se na určitou uklidňující představu.

Meditace - zamýšlení se nad hlubší myšlenkou (tzv. moudrem).

Hudba - příjemná hudba má kladný vliv na emoce a myšlenky.

Beletrie - čtení nebo naslouchání předčítání, existuje obor tzv. biblioterapie.

Humor - existují různé druhy smyslu pro humor (např. černý, situační, intelektuální).

Poskytování sociální opory – udělat radost, třeba i drobnou, někomu druhému.

Výše uvedené metody se pokusím doplnit a rozšířit o další používané nebo použitelné podpůrné metody, se kterými se lze setkat jak v odborné literatuře, tak v beletrii (např. autobiografie onkologicky nemocných):

Podpůrné myšlenky

E. Berne (1997) tvrdil, že osud každého člověka je určen tím, co se děje uvnitř jeho hlavy ve chvílích, kdy je konfrontován se skutečností vně jeho hlavy. Každý člověk si vlastní život plánuje sám. Podle J. Křivohlavého (1989) podporují a udržují psychickou pohodu pozitivní myšlenky, představy a ideje. Písemné zaznamenávání podpůrných myšlenek a jejich postupné fixování do paměti je v podstatě modifikací kognitivně behaviorální metody kognitivní restrukturalizace s tím rozdílem, že podpůrná myšlenka není konkrétní odpovědí na konkrétní automatickou negativní myšlenku.

Příklad: „*Umění žít není uměním hrát s dobrou kartou, ale uměním sehrát se špatnou kartou dobrou hru.*“, „*Jsem rád, že jsem se narodil jako člověk, který umí abstraktně myslet, plánovat a mluvit, a mohu svůj krátký život žít v civilizované demokratické společnosti a v poměrně bezpečné době.*“

Expozice v katastrofické představě

Pacient si na papír napíše konkrétní katastrofickou představu, jak nejhůře může obávaná situace dopadnout. Bojí se např. vedlejších účinků chemoterapie, má strach, že bude depresivní, unavený, nebude moci nic dělat, vyhodí ho z práce, jeho rodina začne existenčně strádat. Přehnaně hrůznou představu pacient popisuje v první osobě a používá krátké věty. Katastrofický scénář musí mít rychlý spád a končit v nejhorších obrazech. Potom si pacient zapsanou představu opakovaně předčítá nebo si ji nahranou na magnetofonové pásce přehrává. Čím častější je reprodukce daného scénáře, tím více se postupem času snižuje úzkost, která danou představu provází. Tímto zvědoměním negativní představy si lépe uvědomuje možnosti racionální řešitelnosti některých obávaných momentů, které mohou, ale nemusí nastat.

Řízené truchlení a strastiplné křeslo

Jedná se o variantu expozice v představách. Metoda je zaměřená na zmírnění nadměrného smutku tím, že terapeut vede pacienta k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na to, jaké by to mohlo být, kdyby neonemocněl. V případě pozůstalých se jedná o kontakt s podněty, které vyvolávají vzpomínky na zemřelého v představách (společné zážitky zaznamenané v paměti, na fotografiích, kontakt s předměty, které patřily zesnulému apod.).

Podobnou metodou je „strastiplné křeslo“. Nemocný si udělá každý den nebo obden na půl hodiny čas, posadí se doma nikým a ničím nerušen do pohodlného křesla a v plné intenzitě a rozsahu si vybavuje nepříjemné myšlenky a představy, které se dotýkají jeho různých životních ztrát, pocitů viny apod. Mysl se v důsledku náporu těchto psychických obsahů obvykle brzy přesytlí a unaví, zároveň klesá úzkost a pacient se může opět vrátit k běžným a příjemnějším denním činnostem.

Příklad: 68letá žena onemocněla depresí asi půl roku po smrti svého manžela nemocného rakovinou. V posledních letech ji vedla ke značné izolaci, prožívala vše prostupující smutek, byla plně zaujata pocity viny a bezmoci. Prvním cílem terapie byla pomoc pacientce prožít dostatečně silně ztrátu, protože proces smutku byl blokován hněvem, který k manželovi cítila. Druhým krokem bylo pomoci jí znovu vytvořit zájmy a vztahy, které by substituovaly dříve ztracené (Praško, Kyralová a kol. 1998).

Pozitivní konfrontace

Žijeme v komparativní společnosti. Lidé se mezi sebou srovnávají v různých oblastech. Předmětem srovnávání mohou být výkon, úspěch, chytrost, vychytralost nebo IQ, vzdělání, finanční příjem, velikost bytu, auto, postava, ženská ňadra, délka života a také kvalita zdraví. Lze si vybavit často humorné hovory pacientů v čekárně u lékaře, jak se předhánějí, kdo má horší zdravotní problém, kdo má více zdravotních potíží, kdo to má v životě lehčí a kdo těžší. Metoda pozitivní konfrontace je způsob, kdy se nemocný člověk nesrovnává s lidmi, kteří jsou na tom podle jeho názoru lépe, ale naopak si snaží více všimnout konkrétních osob, které ve srovnání s ním trpěli nebo trpí subjektivně či objektivně více. Podobně je pacient veden k tomu, aby přemýšlel o svém

životě ve srovnání s kvalitou života lidí v různých jiných geografických oblastech a historických obdobích. Dále si může více všímat a využívat všech rozumných psychosociálních kladů a výhod, jež mu jeho situace může přinést (např. sociální dávky, v případě omezení pracovní schopnosti více času na rodinu, koníčky apod.).

Příklad pozitivně konfrontačních myšlenek pro meditaci: „*Viděno statistikovýmá očima, byl celé dějiny lidský život „v průměru“ ohyzdný, krutý a krátký. Vždy a všude nejvíce trpěly děti, ženy, lidé staří, chudí a bezmocní. Životy hltali apokalyptičtí jezdci a je těžké říci, který z nich žnul lidské klasy rychleji, zda hlad, infekční nemoci, nebo války. Kdo si tu připustí, když zahlédne u popelnice kus chleba, že v našem světě denně umírá hladem asi 30 tisíc dětí*“ (Koukolík 1998).

Pozitivní a negativní externalizace

Metoda externalizace patří do repertoáru systemické terapie. Metoda je založená na tom, že si pacient svůj zdravotní problém označí za něco, co je vně jeho a nepatří to k jeho osobnosti (Kratochvíl 1997). Svůj zdravotní problém nebere tak vážně, stává se z něj pozorovatel, který se svým problémem lépe komunikuje. Pokud si udělá od svého problému větší odstup, odpoutá se od něj, případně problém personifikuje.

Příklad: *T. Leary (1998) hovoří s humornou nadsázkou o tom, jak se na jeho prostatě zabydlel „zdravý, prosperující a nepochybně velmi ambiciózní zhoubný nádor“. R. Mýlek (2003) si svou rakovinu pozorovatelsky externalizoval a pojmenoval jí jako Bes (bestie). P. Dostál (2005), stejně tak jako H. Růžičková, mluvili o své nemoci jako o „svini“.*

Humor

Humor může vyjadřovat postojovou hodnotu k vlastnímu onemocnění. Jedna z teorií humoru předpokládá, že zdrojem legrace je porušení takových očekávání, jako jsou ta, která ztělesňuje princip racionální spolupráce. Podle této teorie je podstata vtipu postavena na očekáváních. Je-li pointa očekávána, není legrační. Není-li očekávána, ale a přesto ještě dává smysl, pak legrační je. Je-li neočekávaná a navíc nedává smysl, pak je pouze matoucí (Cumminsová 1998).

Příklad: Jistý psychoterapeut vyprávěl, jak se celá skupina pobavila, když jistý pacient hovořil o svém katastrofickém scénáři budoucího života s rakovinou. Terapeut pacienta vyslechl a zeptal se ostatních pacientů ve skupině, jestli si někdo dovede představit ještě horší průběh života, než jak vykreslil tento pacient. Začala "soutěž", kdo vymyslí nejděsivější verzi dalšího života dotyčného pacienta. Všichni se náramně bavili různými fantaziemi hrůzyplných představ budoucnosti a pesimistickému pacientovi se ulevilo, protože si uvědomil, jak jsou jeho představy o budoucím dění nadsazené přebujelou fantazií.

Filozof R. A. Wilson vzpomíná na onkologicky nemocného T. Learyho (1998): „Tim dokázal, že i na smrtelné posteli se můžeme smát a bavit a touto cestou jsem se rozhodl jít i já. Asi za měsíc po smrti Learyho mi přišel email s následujícím textem: Roberte, jak to jde? Pozdravuji tě z druhého břehu. Není to úplně podle mých představ. Mají to tu pěkný, ale je tu trochu narváno. Doufám, že se máš dobře. Zdraví Timothy.“

Naděje

V současné době se studuje proces změn síly naděje, k nimž dochází při setkání s nepříznivými životními vlivy, „překážkami na cestě k cíli“. Někteří odborníci, kteří se zabývají studiem role naděje v psychoterapii, dokonce tvrdí, že práce s nadějí a zvláště posilování naděje je podstatným momentem každého působení psychoterapeuta v praxi (Křivohlavý 2002).

H. Haškovcová (2000) se o fenoménu naděje vyjadřuje následovně: „Většina lidí v každé, tedy i beznadějně situaci doufá a věří, že „bude lépe“. Problematický je však obsah pojmu „lépe“. Někteří asociují pojem „lépe“ s příznivým zvratem svého zdravotního stavu, jiní pojem „lépe“ vnímají jako osvobození od útrap a přicházející smrt přijímají s úlevou. Kategorie naděje je odvozena z kategorie možností. Možnosti mohou být více či méně reálné. V naději hraje ústřední roli očekávaná pravděpodobnost, s jakou jsou možnosti reálné. Lze rozlišit naději reálnou, částečně reálnou a iracionální. Naději reálnou lze poskytovat u všech tzv. kurativních stavů. Částečně reálnou naději lze poskytovat všude tam, kde je možné dosáhnout remise nebo alespoň částečného zlepšení zdravotního stavu. Jestliže nastalo finále a smrt nelze

odvrátit, ponechme prostor iracionální naději. Je výhradně v kompetenci umírajícího, jakou formu naděje si zvolí. Vhodné je účastné a tiché naslouchání, krajně nevhodné jsou neopodstatněné argumenty z kategorie reálné nebo částečně reálné naděje.“

Náboženská víra

Mnohé výzkumy potvrzují, že lidé, kteří se hlásí k tzv. intrinsické „zvnitřněné“ víře vycházející z hloubi nitra, vykazují vyšší životní spokojenost a lépe zvládají stres (Křivohlavý 2001). Lze předpokládat, že věřící lidé mohou lépe zvládat své problémy spojené se svým onkologickým onemocněním a mohou se lépe vyrovnávat i s vědomím vlastní konečnosti. V souvislosti s chorobou u věřících lze předpokládat převažující myšlenky typu: „*Bůh to tak chce, moje nemoc je výzvou, má hlubší význam, má smysl, je to třeba znamení, že s mým duchovním životem není něco v pořádku.*“ Na druhou stranu může víra i život zkracovat. Známý jsou příklady, kdy lidé, kteří byli vážněji nemocní a věřili v čínský astrologický horoskop, který jim právě určoval zlověstný rok, umírali „odevzdání osudu“ dříve než lidé, kteří byli nemocní stejně, ale v čínský horoskop nevěřili (Koukolík a Drtilová 2002).

1. 5. 3. Doporučení podle Fioreho

Psycholog N. A. Fiore musel sám bojovat s nádorovým onemocněním. Po tomto zápase naznačil deset kroků, které mu pomohly nemoc zvládat (Křivohlavý 2002):

- *Kognitivní očista, zbavování se falešných myšlenek a představ o tom, že existuje zázračný lék a uznání, že člověk je smrtelný a já jsem člověk.*
- *Rozlišování dvou druhů skutečností: Toho, co se změnit za žádnou cenu nedá a toho, co se změnit dá.*
- *Soustředit se na to, co se změnit dá a vytipovat si realistický, žádoucí a dosažitelný cíl a na něj se zaměřit.*
- *Rozčlenit si cestu ke vzdálenému cíli na řadu po sobě následujících dílčích, postupných cílů (etap).*

- *Upřesnit si první etapu cesty k cíli, přesně si předem definovat kritéria úspěšného zvládnutí prvního kroku a udělat první krok. Poté se odměnit za splnění prvního kroku.*
- *Vydržet ještě jeden další krok a potom se zase zaměřit vždy jen na jeden jediný další krok a ten realizovat.*
- *Zvládat vnitřní dialog, když si říkám na jedné straně „to nezvládnou“ a na straně druhé „to musím zvládnout“.*
- *Učit se žít se zdravotním postižením, i když je to těžké.*
- *Žít cele v přítomnosti, tj. neutápět se ani v minulosti ani ve fantastické budoucnosti.*
- *Mít život rád, i když je to život někdy dost těžký, a radovat se na každém kroku i z každé maličkosti vzdor všemu, co člověka potkalo.*

1. 5. 4. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivní terapie patří mezi účinné psychoterapeutické přístupy, které se používají v rámci podpůrné léčby onkologicky nemocných pacientů. J. Křivohlavý (2002) zmiňuje studii z r. 1985, která se zaměřovala na onkologické pacientky, které se účastnily skupinové KBT. O využití kognitivní terapie pro tyto nemocné se ve svém článku zmiňuje také I. Gulášová (2004). Autorka uvádí, že kognitivní terapie je vhodná pro podpůrnou léčbu emočních poruch (stádium šoku, po oznámení diagnózy), deprese a úzkostných stavů.

KBT vznikla jako psychoterapeutický směr integrací kognitivní a behaviorální terapie ve 2. polovině 20. století. Zaměřuje se na terapeutickou práci s kognicemi (myšlenky, představy). Základním východiskem kognitivní terapie je prokázané vzájemné ovlivňování se mezi myšlenkami a emocemi. Člověk cítí tak, jak myslí a myslí tak, jak se cítí. Behaviorální terapie se orientuje na pozorovatelné chování a pracuje s poznatky, které vyplývají mj. z klasického a operantního podmiňování (systém odměn a trestů).

Pro terapii psychických problémů onkologickým pacientů se zdá být vhodnou metoda kognitivní restrukturalizace. Pacient se učí rozpoznávat tzv. automatické negativní myšlenky (ANM), které u něho způsobují nepříjemnou emoční odezvu (strach, úzkost, smutek, zlost). Poté společně s terapeutem hledají tzv. racionální

odpovědi na dané konkrétní ANM. Tyto odpovědi postupně zmírňují negativní odezvu ANM, pacient se cítí stále lépe, zvyšuje se kvalita jeho života.

1. 5. 5. Logoterapie

Vážná nemoc je v intencích logoterapie chápána jako příležitost zastavit se na cestě života a pokusit se najít její individuální smysl a realizovat lidské hodnoty prožitku a postoje (Lehovcová 2004).

Logoterapie je psychoterapeutický přístup, který založil vídeňský neurolog a psychiatr V. E. Frankl. Ten postavil vedle Freudovy touhy po slasti, Adlerovy touhy po moci třetí základní lidskou potřebu, touhu po smyslu života. Když člověk pochybuje o svém životním smyslu, dochází podle Frankla ke vzniku existenciální frustrace, která se může dále progredovat do existenciální neurózy nebo deprese se suicidálními tendencemi. Frankl zdůrazňuje, že pocit štěstí se snáze dostaví jako vedlejší účinek plnění úkolu, než usiluje-li člověk jen o štěstí samo (Kratochvíl 1997). Jinak řečeno, lidské štěstí se nachází na cestě za tímto štěstím. Ohledně otázky: „*Co ještě mohu čekat od života?*“, která se často objevuje u lidí zdravotně postižených, obrací Frankl v duchu svého pojetí v otázku, „*Co ještě život čeká ode mne?*“. V této souvislosti se cituje Nietzscheho výrok: „*Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé, jak žít.*“

Frankl rozděluje životní hodnoty na tvůrčí, zážitkové a postojové. Zážitkové a postojové hodnoty nabývají zvláštního významu u lidí se zdravotním postižením, kteří jsou v důsledku své nemoci nebo úrazu zbaveni možností i naděje realizovat hodnoty tvůrčí, jsou to lidé odsouzení k utrpení. Postojové hodnoty potom vyjadřují pacientův postoj k utrpení, způsob, jakým utrpení přijímá. Pacient uskutečňuje tyto hodnoty tím, že bere osudové utrpení na sebe, nachází v něm smysl, příkladně a úctyhodně je nese (Kratochvíl 1997).

Logoterapeutka E. Lukasová (v Křivohlavý 1994) uvádí možnosti rozhodování mezi kladnou a zápornou postojovou hodnotou v případě těžké životní události, která může být způsobena i onkologickým onemocněním.

Uvedme si např.:

*Bud'...Mobilizovat vnitřní síly ke zvládnutí překážek,
nebo...Litovat se, jaký jsem to chudák,
bud'...Usilovat o zachování úcty a vážnosti sama k sobě,
nebo...Ztrácet veškerou úctu sama k sobě.*

1. 5. 6. Skupinová psychoterapie

J. Křivohlavý (1989) doporučuje paralelní skupinovou práci se třemi cílovými skupinami: s onkologicky nemocnými, s jejich rodinnými příslušníky, popř. i se spolupracovníky na pracovišti, kde nemocný pracuje. H. Haškovcová (1989) má za to, že je vhodné diferencovat jednotlivé skupiny nemocných podle specifických onkologických diagnóz. Co se týče metodiky pro skupinovou psychoterapii, zpravidla doporučují racionální, kognitivní a syntetické přístupy.

H. Haškovcová (1989) a O. Dostálová (1989) uvádějí, že skupina by měla být spíše otevřená, protože u nemocných se tak nezmenšuje počet jejich členů při eventuálním úmrtí. Náročnost skupinové práce by se měla přizpůsobit druhu onkologického onemocnění a typu léčby (náročnější skupinová práce může průběh některých onemocnění zhoršovat). Konkrétní terapeutické cíle mají směřovat k vyrovnání se s faktem vlastního onemocnění a ztrát z něho vyplývajících, k přijetí léčby, k vyjasnění si vhodné životní filozofie, k uvědomění si zbylých možností a jejich využití, k nácvičku pozitivního konstruktivního myšlení, k vyjasnění si vztahu ke zdravotníkům a k rodině. Podstatná je podpora pro ventilování obav a hněvu. Velkým přínosem je účast "zvládajícího" pacienta, který vystupuje jako model inspirativního chování pro ostatní. Aktivní účast pacientů není vyžadovaná, protože úlevu může přinést jenom pouhá přítomnost ve skupině. Pro onkologické pacienty, kteří se nacházejí ve stádiu deprese, lze využít metodiku skupinové KBT depresí podle doporučení J. Praška, I. Kyrálové a kol. (1998).

Zajímavý projekt představili M. Bendová a R. Honzák (2001). Jedná se o tzv. telekonferenci mezi onkologickými pacientkami. Nemocné ženy z nemocničního a domácího prostředí a jejich rodinní příslušníci hovořili mezi sebou pomocí telefonu

jedenkrát týdně. Mezi první frekventovaná témata telekonference patřily např. stížnosti na nedostupnost lékařů, nedostatečnou informovanost o nemoci, nezájem sester, nepořádky na nemocničním oddělení apod. Později se začala probírat osobní problematika, zdravotní problémy, sexuální otázky související s onkologickým onemocněním apod. Patientky hodnotily celý projekt velmi pozitivně.

1. 5. 7. Svépomocná sdružení - ARCUS - ŽIVOT České Budějovice

V České republice organizuje sdružování a setkávání onkologicky nemocných Liga proti rakovině. Tato sdružení, obvykle svépomocně zaměřená, poskytují různé psychosociální služby pro onkologické pacienty.

ARCUS – ŽIVOT je sdružení onkologických pacientů v Jižních Čechách se sídlem v Českých Budějovicích. Sdružení funguje od r. 1992 a jeho patronem je Liga proti rakovině. Členská základna sdružení zahrnuje onkologické pacienty, resp. pacientky, jejich rodinné příslušníky a přátele. Převažují ženy, které se scházejí vždy dvakrát do měsíce v českobudějovické Sokolovně. Sdružení pořádá různé preventivní přednášky a mezi jeho hlavní cíle patří vzájemná psychická podpora. Členky sdružení říkají: *„Při každém setkání si dvacet minut zacvičíme. Sportujeme tak, jak nám to zdraví dovolí. Jezdíme na kole, chodíme plavat a hlavně žijeme tak, abychom se mohly těšit z každého dne. Nikdo nemůže vědět, kolik času máme ještě před sebou. Snažíme se, jak se říká, být v pohodě. Nechceme se trápit nemocí, která nás postihla. Jedna druhé pomáháme překonávat těžké chvíle. Kamarádství nám všem dodává psychickou pohodu pro celý život. Ten, kdo si jednou sáhne na dno, má za cíl udržet si zdraví a hlavně pomoci ostatním. Z našeho středu odešlo během jednoho roku 9 žen. S něčím podobným musíme počítat, ale i tak nám naše sdružení udržuje pevnou mysl“* (Tomanová 2003).

1. 5. 8. Psychofarmakoterapie a pověry s ní spojené

Cílem psychofarmakoterapie je pomoci vytvořit v mozku neurohormonální rovnováhu. Tyto léky mohou zmírnit nebo odstranit nadměrně rušivé emoce a tak skrze emocionální složku mohou příznivě ovlivnit i myšlenkovou oblast lidské psychiky. Člověk se potom může lépe soustředit, může jasněji myslet, je více uvolněný, zvyšuje

se jeho emoční pohoda a tím i kvalita jeho života.

V souvislosti s onkologickým onemocněním lze uvažovat o použití léků ve spojitosti s fázemi šoku, zlosti, deprese, popř. rezignace. Výhodné je také spojení psychofarmakoterapie s psychoterapií. Žádaný účinek léčby se tak dostavuje rychleji a je trvalejší. Bohužel, někdy se pacienti brání i třeba dočasnému užívání léků a tak si své utrpení zbytečně zesilují a prodlužují. Důvodem nepřiměřeného jednání mohou být pověry v souvislosti s užíváním psychofarmak, např. *"pokud budu užívat tyto léky, nebudu to opravdu já, budu jednat a vypadat nepřirozeně", "nechci brát žádná psychofarmaka, protože bych měl pocit, že jsem blázen, léky jsou zdraví škodlivé, a proto nebezpečné"* (Praško 1998).

1. 5. 9. Problémové způsoby zvládnání onkologické nemoci

J. Křivohlavý (1989) uvádí čtyři neúčinné přístupy k těžkostem, které vyplývají z vážné nemoci :

Hyperreflexe

Jedná se o „nadměrné trápení se vlastním trápením“. Jde o příliš dlouhotrvající a k ničemu nadějnému vedoucí neustálé myšlení na to, co se člověku stalo.

Sebelitování

Jde o dlouhodobé naříkání nad osudem, nad tím, co se člověku přihodilo.

Přehlušování utrpení

Jedná se o snahu zahnat myšlenky na nemoc a možné negativní důsledky z ní pomocí anxiolytik, sedativ, hypnotik, analgetik, alkoholu apod. V této souvislosti se hovoří o tzv. Schopenhauerově nirváně.

Propadání panice

Jedná se o situace, kdy utrpení přesáhne únosnou míru, nebo kdy nejistota trvá příliš dlouhou dobu a člověk se dostává do zoufalé situace. V kognitivní rovině se mohou objevovat myšlenky typu, je to hrozné, nic už se nedá dělat, všechno je ztracené.

Mezi problematické způsoby zvládnání psychosociálních problémů spojených s onkologickým onemocněním patří tzv. obranné mechanismy (viz. tab. 6).

<p><i>Represe</i></p> <p>Vytěsnění z vědomí toho, co se ve skutečnosti děje. Existence nemoci je z vědomí vytěsněna vnitřní cenzurou.</p>
<p><i>Popírání</i></p> <p>Pacient si zakazuje na svou nemoc myslet, hovořit a slyšet o ní.</p>
<p><i>Regrese</i></p> <p>Pacient sestupuje na vývojově nižší úroveň, může se začít chovat jako malé dítě - rozpláče se, stáhne se do sebe, truceje.</p>
<p><i>Suprese</i></p> <p>Záměrné a vědomé potlačování nepříjemné skutečnosti vlastní nemoci z vědomí. Pacient se silou vůle snaží na nemoc nemyslet.</p>
<p><i>Inverze</i></p> <p>Pacient se chová „převráceně“. Místo toho, aby vyjádřil svou bolest si hraje na hrdinu, kterého nic nebolí.</p>
<p><i>Introjekce</i></p> <p>Pacient si přisvojuje problémy jiných, podobně nemocných lidí, a dělá si s nimi starosti.</p>
<p><i>Racionalizace a intelektualizace</i></p> <p>Pacient, který dělá nesmyslnosti v souvislosti s jeho nemocí, si tyto nepřiměřenosti snaží racionálně zdůvodňovat a intelektuálně vysvětlovat.</p>
<p><i>Sebeobviňování</i></p> <p>Pacient se nadměrně obviňuje za to, co se s ním po zdravotní stránce děje. Hledá příčiny svého onemocnění (často neprávem) ve svém dřívějším životě.</p>
<p><i>Externalizace viny</i></p> <p>Pacient se snaží obviňovat druhé (např. rodinné příslušníky, zdravotníky).</p>

Tab. 6. Obranné mechanismy

1. 6. Vybrané otázky z thanatologie

1. 6. 1. Strach z umírání a ze smrti

Je málo jistot v lidském životě. Jistá je skutečnost, že každý jeden jednou umře. Strach z umírání je společný většině lidí. Jedná se o složitý fenomén, který se skládá z několika oblastí (Křivohlavý a Kaczmarczyk 1995):

- *Strach z bolesti a z dalšího fyzického utrpení (Bude to moc bolet, dechové obtíže budou nadměrné).*
- *Strach ze změny vzezření (Bolesti, operace a nemoc mě změní v obličeji, na těle, že sám sebe nepoznám).*
- *Strach ze selhání (Nezvládnou to, v nejtěžší zkoušce neobstojím, budu vypadat jako zbabělec).*
- *Strach ze ztráty samostatnosti (Nebudu moci dělat to, co chci, budu muset dělat to, co mi přikáže ten či onen).*
- *Strach z regrese a ze ztráty důstojnosti (Vinou bolesti a těžkostí ztratím úroveň zralého člověka, budu se chovat jako dítě).*
- *Strach z opuštěnosti (Všichni mě opustí a já budu ve chvílích pro mě nejtěžších zcela sám).*

Strach ze smrti může být jednou ze složek strachu z umírání a je možné ho rozdělit na strach ze smrti ve vztahu k životu, např. strach z nenaplnění naplánovaných životních cílů, z nedokončení životního díla, ze smutku pozůstalých, z existenčního strádání rodiny, která bude ponechána v životě a na strach ze smrti ve vztahu k neznámému dění po faktické smrti, kdy se člověk může ptát, co bude po smrti: „Existuje posmrtný život?“, „Pokud ano, co se bude po smrti se mnou dít?“, „Pokud posmrtný život neexistuje, jaké to je nebýt a lze to vůbec poznat?“ Ještě lze zmínit zážitek blízkosti smrti (NDE – Near Death Experience), což může být objektivně krátkodobá, avšak subjektivně různě časově dlouhá fáze mezi etapou umírání a událostí faktické smrti člověka a příslušné otázky budící strach v souvislosti s NDE mohou být typu např.: „Zažiji zkušenost blízkosti smrti?“, „A pakliže ano, jaký ten zážitek bude?“

1. 6. 2. Reakce člověka na fakt přibližující se smrti

J. Křivohlavý (2002) zmiňuje M. Bouchala, podle kterého mohou lidé reagovat na skutečnost blížící se smrti některým z následujících způsobů: smířením a vyrovnáním, pasivní rezignací ve formě netečnosti a nezájmu, únikem do vzpomínek, jaké to kdysi bylo, únikem do fantazie a úvahami o nesmrtelnosti, pozitivní kompenzací v podobě snahy dokončit rozdělané dílo, negativní kompenzací ve smyslu propadnutí alkoholu, drogám, přejídání či sexuálním výstřelkům. Model E. Kübler-Rossově popisuje pět psychologických stavů, kterými lidé mohou reagovat na fakt přibližujícího se konce života. Jedná se o šok, popření, hněv, smlouvání, depresi, přijetí nebo rezignaci.

J. Hučín (2000) uvádí, že snadněji přijímá vlastní smrt ten, kdo je se svým životem spokojený. Takový názor se zdá logický. Spokojený člověk může očekávat vlastní smrt klidně a vyrovnaně, protože naplnil své podstatné životní cíle, ať už byly jakékoliv. Stejně pochopitelně se ale jeví i předpoklad, že snadněji přijímá smrt člověk, který se svým životem spokojený není. Člověk, který dlouhodobě žije v nedostatku, může považovat svou smrt za vysvobození od všech svých životních útrap. C. G. Jung (1994) tvrdil, že „*existuje nemálo těch, jimž život provedl nepěkný kousek, nebo jimž se vlastní existence oškliví natolik, že se jim absolutní konec jeví jako lepší, než další pokračování v pozemském nebo posmrtném životě*“. A naopak člověk, který se těší dobrému zdraví, žije si v dostatku, je spokojený se svým životem, má naplněny všechny své důležité životní cíle se může smrti bránit o to více, protože si chce ještě co nejvíce a co nejdéle užívat všech příjemností života.

1. 6. 3. Teorie zvládání strachu ze smrti podle Beckera

E. Becker (1985) v knize *The Denial of Death* (Popření smrti) představil svou teorii zvládání strachu ze smrti. Náboženství je podle Beckera jedním z nástrojů, které člověku od pradávna pomáhá vyrovnat se s faktem vlastní smrtelnosti, protože významnou, ne-li nejpodstatnější součástí každého náboženství je víra v posmrtný život. Další lidskou oporou pro zvládání strachu ze smrti může být identifikace se skupinou (rodinou, kulturou, celou historií lidstva), protože lidé mohou věřit, že jejich život bude pokračovat v podobě jejich potomků (geny), anebo v podobě kulturního dědictví

(memy), které po sobě zanechají.

Někteří kritici Beckerově teorii vytýkají, že zaměňuje následek a příčinu. Původně jsme prý znali, stejně jako jiní živočichové, pouze pud sebezáchovy a dlouhodobé obavy z konce života v nás zakořenila až kultura, včetně náboženství – strach z posmrtné odplaty, např. poslední soud, peklo, nižší forma inkarnace v příštím životě byl, je a bude často účelově používán k tomu, aby věřící byli poslušní církvi a společenskému systému. Jiní oponenti tvrdí, že vědomě prožívaný strach ze smrti je jenom jeden z evolučních psychických činitelů, které člověka nutí k předávání jeho genů a memů.

1. 6. 4. Názory filozofů na fenomén strachu ze smrti

Autorem myšlenky „*strach ze smrti je horší než smrt sama*“ je Publilius Syrus (Pavlatová 2001). P. Syrus se zřejmě domníval, že po smrti není nic. Nejsou tedy ani nepříjemné pocity jako například strach. Člověk se totiž může něčeho bát jenom tehdy, když je živý. Když člověk neexistuje, logicky se ničeho obávat nemůže.

Podobně uvažoval Marcus Aurelius Antoninus (1969), římský císař a stoický filozof: „*Proč se bát smrti, není-li nic, nejsou ani nepříjemné myšlenky a emoce, které člověka trápí. Kdo se bojí smrti, ten se bojí buď ztráty svého cítění, nebo změny cítění. Ale nebude-li po smrti už vůbec žádné cítění, nebude ani pocit něčeho zlého. A jestli se člověku dostane jiného cítění, stane se jinou bytostí a nepřestane žít.*“

S podobnými myšlenkami přišel i materialistický filozof Epikúros (Borecký 1975): „*Zvykni si na představu, že smrt se nás netýká. Neboť všechno, co je dobré a zlé, se zakládá na smyslovém vnímání, a smrt nás smyslového vnímání zbavuje. A tak správné poznání, že smrt se nás nijak netýká, nám dává plný požitek ze smrtelného života, protože neprodlužuje jeho dobu do nekonečna. Neboť není nic hrozného v žití pro toho, kdo opravdu pochopil, že není nic hrozného v nežití. Pročež je pošetilý, kdo říká, že se bojí smrti ne proto, že mu způsobí bolest, až se dostaví, ale proto, že mu působí bolest očekávat ji. Jestliže na nás nějaká věc nedoléhá těžce svou přítomností, pak je zbytečné rmoutit se jejím očekáváním. Nejobávanější ze všech neštěstí, smrt, se nás tedy nijak netýká, protože pokud jsme my, není tu smrt, a když je tu smrt, nejsme již my. Nic proto*

neznamená ani pro živé, ani pro mrtvé, protože prvních se netýká, druzí již neexistují. Lidé však před smrtí prchají jako před největším neštěstím, jindy ji zas volí jako východisko z neštěstí v životě. Moudrý člověk se ani nezřká života, ani se nebojí nežít, neboť se mu ani neprotiví žít, ani se mu nezdá, že nežít je něco zlého.“

Od předchozího se neliší ani uvažování Sókrata, který o smrti smýšlel následovně (Kessidy 1980): *„Bát se smrti není nic jiného než domnění moudrosti bez moudrosti skutečné. Je to totiž domnělé vědění o věcech, o kterých člověk neví. Neboť nikdo neví o smrti ani to, zdali snad není pro člověka ze všeho největší dobro, a bojí se jí, jako by dobře věděl, že to je největší zlo. Já se právě tím a po té stránce snad liším od většiny lidí. Zřejmě nesoudíme správně, že zemřít je něco zlého. Uvažme však i takto, že je velká naděje, že to je něco dobrého. Avšak naděje není ještě důvod. Smrt je totiž jedno z dvojího: buď je to totiž jako nebytí a mrtvý nemá o ničem žádného pocitu, nebo to je podle toho, co se vypravuje, pro duši jakýsi přechod a přestěhování z tohoto místa na místo jiné. A jestliže není žádného vnímání, nýbrž je to jako spánek, když spící člověk nemá ani žádného snu, byla by smrt podivuhodným ziskem. Jestliže je tedy smrt něco takového, pokládám ji já za zisk.“* Sókratés zemřel se slovy: *„Už je čas, abychom odešli, já na smrt, vy k životu. Kdo z nás jde k lepší věci, není známo nikomu, leda Bohu.“*

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2. 1. Východiska, cíle a výzkumné otázky

Problematika řešená v diplomové práci je v mnoha momentech citlivá, osobní a v neposlední řadě i individuálně velmi subjektivní. Způsoby, jak člověk prožívá a zvládá onkologickou nemoc, lze jen obtížně objektivizovat kvantitativními výzkumnými metodami, nehledě na neosobnost a nízkou výtěžnost kvantitativních výsledků pro terapeutickou praxi.

Cílem výzkumné části bylo ověřit, popř. doplnit informace zmiňované v teoretické části práce. Kvalitativní výzkum je postavený především na otevřených výzkumných otázkách. Získané odpovědi jsou podle standardní metodiky kvalitativního výzkumu zpracovány a vyhodnoceny. Následné závěry vyplývající z kvalitativní studie mohou být podkladem pro kvantitativní výzkum.

Pro kvalitativní výzkum byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky:

- 1. Jak jste svou nemoc prožíval/a nebo prožíváte? Co vás nejvíce trápilo/trápí?***
- 2. Jak jste řešil/a psychické, vztahové a jiné problémy, které se objevil v souvislosti s vaší nemocí? Co vám pomohlo/ pomáhá, nepomohlo/ nepomáhá?***

3. METODIKA

3. 1. Zkoumaný soubor

V kvalitativním výzkumu výběr respondentů určuje rozhodnutí, se kterým jedincem budeme hovořit nejdříve, nebo studiem jakého osobního dokumentu začneme atd. Rozhodnout o tom, jaký případ budeme studovat jako další, můžeme tehdy, když jsme interpretovali první případ. Výsledky první analýzy nám pomohou se rozhodnout, na jaký úsek dat, na jakého jedince, instituci, dokument atd. bychom se měli zaměřit v druhém kroku. Teoretická saturace vzorku se v kvalitativním výzkumu netýká jedinců. Vzorek je nasycen tehdy, když další data nepřinášejí nic nového k poznání zkoumaného problému (Disman 2002, Barker 1999).

Techniky pro výběr respondentů:

Účelový výběr

Záměrně byli vyhledáni respondenti, kteří v písemné (literární) nebo filmové podobě zanechali záznam o své zkušenosti s prožíváním a zvládáním psychických a sociálních problémů spojených s onkologickým onemocněním. Jednalo se o autobiografie, výpovědi v denících, časopisech a filmových dokumentech.

Účelově byli vybíráni i informátoři. Jednalo se především o příbuzné a blízké onkologicky nemocných. Informátorem se stala psycholožka Onkologického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích Mgr. Jana Kliková. Na základě jejího doporučení byla oslovena zdravotní sestra z téhož oddělení a paní Edita Šrámková, členka svépomocného sdružení onkologických pacientů ARCUS-ŽIVOT v Českých Budějovicích.

Namátkový výběr

Psycholožka Onkologického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích identifikovala na základě dosažitelnosti a ochoty participovat na výzkumu vhodné

respondenty (hospitalizované onkologické pacienty) pro hloubkový rozhovor. Ti byli osloveni a předem informováni o povaze a podmínkách výzkumu. Současně vyjádřili písemně souhlas s účastí na výzkumu.

Snowball sampling

Do výzkumu se prostřednictvím paní Edity Šrámkové zapojily další členky sdružení ARCUS-ŽIVOT.

3. 2. Techniky sběru dat

Analýza osobních dokumentů

V první fázi výzkumu probíhal sběr dat a byly analyzovány tematizované písemné materiály s výpověďmi onkologických pacientů. Ke studiu dokumentů byly získány dvě ucelené autobiografie - R. Mýlek (2003) a Z. Vojáčková (2003).

Analýza výpovědí onkologických pacientů na základě částečných nebo úplných hloubkových rozhovorů

Ve druhé fázi výzkumu byly analyzovány tři kategorie výpovědí onkologických pacientů:

- *účelově vybrané novinové a časopisecké články, v nichž byly uvedeny rozhovory s onkologicky nemocnými*
- *videonahrávka filmových dokumentů „Květinové dny“ a „Setkání uprostřed lesa“*
- *hloubkové rozhovory (interwiev) s onkologickými pacienty*

Interwiev s respondenty probíhal podle připraveného scénáře v klidném a příjemném prostředí. Byl zahájen představením a předáním informací o průběhu a podmínkách výzkumu. Respondenti byli ujištěni, že zůstanou v anonymitě a získané údaje budou použity jen k výzkumným účelům. Rozhovor byl flexibilní, respondentům byly kladeny otázky typu: „*Jak to bylo, co si o tom myslíte, proč si to myslíte?*“ Výpovědi respondentů, včetně osobních údajů (věk, vzdělání, základní údaje o nemoci, délka

trvání, současný stav) se staly součástí osobní dokumentace respondentů

Analýza výpovědí informátorů

Výpovědi informátorů, tj. osob poskytujících informace o zkoumané osobě, pocházely ze dvou kategorií. První výpovědi byly publikovány v denících nebo časopisech. Druhé výpovědi poskytovali vybraní informátoři. Rozhovor s nimi byl méně osobní a méně komplikovaný než hloubkový rozhovor s onkologickými pacienty. Zajímalo nás, jak oni vnímali a prožívali onkologické onemocnění u blízkého člověka, resp. u svých pacientů. Individuální rozhovory s informátory byly postaveny na hlavních výzkumných otázkách.

Pozorování

V rámci realizace všech uvedených technik kvalitativního výzkumu byly sledovány nonverbální reakce respondentů a informátorů během jejich výpovědí. Na základě nesouladu mezi verbálním a neverbálním projevem bylo možné usuzovat na to, že některé tematické momenty zasáhly respondenta nebo informátora emočně více, než se podle jeho verbálního projevu mohlo zdát. Součástí výzkumu bylo pozorování atmosféry a klimatu na českobudějovickém onkologickém oddělení.

Vlastní participace, sebereflexe výzkumníka

Ve výsledkové části je uvedeno, jak dané výpovědi respondentů a informátorů emocionálně působily na výzkumníka, jak se daná sdělení odrážela v jeho myšlenkách.

4. VÝSLEDKY

4. 1. Deskripce a analýza osobních dokumentů

Rudolf Mýlek

Dva a čtyřicetiletý R. Mýlek (2003) v deníkové formě popisuje prožívání a zvládání psychických a sociálních (vztahových) problémů spojených s jeho nemocí, rakovinou varlete. Text je psaný jakoby dvěma autory, Mýlkem a „paní Rakovinou“, kterou si autor pozitivně externalizoval a pojmenoval jako Bes (bestie). Mýlek ke každému momentu, kdy popisuje vlastní prožívání, odděleně přidává i to, jak si myslí, že danou situaci vnímá Bes. Příklad:

„Jenom klid. S takovou informací jsem vůbec nepočítal. Ale chtěl jsem ji radši slyšet naplno, než to z doktora tahat půl hodiny.“ (Mýlek) „Důležité informace musíš vstřebávat pěkně pomalu a hlavně v klidu.“ (Bes)

Výpověď k první výzkumné otázce:

Autor se kvůli velkým bolestem v podbříšku rozhodl jít na onkologické vyšetření, ale obává se, že v případě diagnostikované rakoviny, bude muset být delší dobu hospitalizovaný a „ta jeho rachota by se bez něj zhroutila“. Tento katastrofický scénář se ale nenaplnil: „Ha, ha, časem jsem zjistil, že se má práce nezbořila nejen kvůli pár dnům nemocenské, ale dokonce ani po mém „hrdinském“ odchodu do invalidního důchodu.“

Když lékař oznamoval pozitivní výsledek, pacient prožíval šok: „Ten doktor prostě drmolil samé uklidňující věty. Ale já v tu chvíli slyšel jen samé bla, bla, bla. Ale nezazlíval jsem mu to. Ve své profesi musí přinášet lidem Jobovy zvěsti. A nepochybuji o tom, že reakce jsou velmi různorodé. Někdo propadne panice a strachu, jiný zpitomí jako já.“

Zmiňováno je nepříjemné setkání s jistým lékařem onkologem: „Jednou mi sdělil závažnou zprávu o mém zdravotním stavu dosti neomaleně a ještě v poklusu na chodbě. Pak mi velmi dlouho nevěřil, když jsem mu popisoval své pocity z chemoterapie. Asi se u

jiných pacientů s podobnými potížemi nesetkal.“ Nepříjemně také působila určitá netečnost ze strany dalšího lékaře: „Postěžuji si lékaři na určité nežádoucí účinky chemoterapie. Reaguje klidně. Vysvětlí mi, že jde o průvodní projev léčby a odkáže mne na brožurky v čekárně. Brožurky tam jsou, ale alespoň pěti minutový rozhovor s lékařem by mě asi uklidnil víc.“ Upozornění na neprofesionální chování lékaře je uvedeno také na jiném místě v textu: „Na co nezapomenu dodnes, byla poznámka "mého" odborníka. Když jsem seděl s matkou na chodbě, procházející utrousil: "Á, pan Černý. Víte o tom, že jsme vám vybili kostní dřev? Dávejte na sebe pozor. Nemáte skoro žádný imunitní systém. Žádné obranné krvinky. Rozumíte?“

Pacient špatně snášel nesouměrné a nekontrolovatelné padání vlasů v důsledku chemoterapie: *„Derou se mi slzy do očí. Ale překonám to. Budu lebkoun.“*

Výpověď ke druhé výzkumné otázce:

Jak už bylo částečně řečeno výše, z textu autobiografie je zřejmé, že autor pro úlevné zvládnání své nemoci využívá pozitivní externalizaci své nemoci (rakovina jako Bes) a určitou humornou nadsázku, se kterou se snaží vnímat strasti spojené s onemocněním.

Při hospitalizaci autorovi pomáhá kontakt s blízkými: *„Střídají se u mne návštěvy. Rodina. Hlavně matka, ta je u mne skoro pořád. Hodně mi to psychicky pomáhá.“*

Pozitivní vliv má odreagování pozornosti od nemoci prostřednictvím intenzivní životní události: *„Ten první den potopy žijeme v jednom velikém vytržení. Pořád u okna a s kamerou v ruce. Nemáme hlad, nemáme žízeň. Dokonce zapomenu na své problémy s nemocí a mám klid.“*

Mýlkova autobiografie končí následující slovy:

„Co říct závěrem? Už nic moc. Mým cílem nebylo dělat si ze všeho legraci. Naopak. Místy jsem měl dost nahnáno. Nejsem žádný hrdina, nebo naopak cynik. Ale chtěl jsem celé téma boje o život nějak odlehčit. A dodat trochu odvahy a optimismu všem s podobnými problémy, kteří to čtou. Není vše ztraceno, i když to vypadá beznadějně.“

„I já se loučím a slibuji, že „páníčka“ hned tak neudolám a budeme zde oba dva vegetovat ještě aspoň sto let. Vaše Bes.“

Zdeňka Vojáčková

Z. Vojáčková (2003) rovněž v deníkové formě popisuje prožívání a řešení psychických a sociálních (vztahových) problémů spojených s jejím onemocněním, rakovinou prsu.

Výpověď k první výzkumné otázce:

Co se týče nulitní fáze, pacientka se ihned po nahmatání bulky v prsu rozhodla, že vyhledá onkologa: *„Zařekla jsem se, že nepromarním ani den a hned navštívím onkologa.“* Po rozhodnutí jít na vyšetření dlouho přemýšlí o tom, komu z rodiny a jak to sdělí, kdyby výsledky byly pozitivní: *„Vlastíkovi, mému manželovi, se svěřím, kdo jiný by to měl být? Za ty roky, co jsme spolu, jsme už toho zvládli tolik, že zvládneme i tohle.“* Dceři Hance to říci nechce: *„Měla by být ušetřena stresu a mít klid na učení.“*

Paní se objedná na vyšetření a po pár dnech se dostavuje pro výsledky. Přichází fáze šoku: *„Dnes je den „D“. Celou noc jsem nespala, ale přesto se snažím být klidná, ještě si pořád můžu dělat naděje. „Honzo (syn autorky), prosím tě, mohl bys mě odvézt, bojím se, že v případě fatální diagnózy nezvládnou sama cestu zpátky...“* V čekárně moje nervozita stoupá... *Lékař citlivě oznamuje pozitivní výsledek. Čekárnu jenom probíhám, v hlavě mám strašný zmatek. Tolik jsem se na tuto možnost připravovala a stejně jsem situaci nezvládla. Sedím na gauči a ani nevím, na co myslím, jestli vůbec myslím.“*

Pacientka se obává možných negativních důsledků nemoci a zatěžující léčby, vybavuje se jí katastrofický scénář, který automaticky a výběrově doplňují nepříjemné tematizované vzpomínky: *„Když není práce, nejsou ani peníze, ani pohoda.“* Vzpomíná na svého syna Pavla, který trpěl vážnými kardiologickými potížemi: *„Pavel ihned po skončení nemocenské, přišel o práci. Když se o jeho srdečních potížích dozvěděl zaměstnavatel, dal mu hodinovou výpověď...“*

V době hospitalizace pacientka pozoruje chování jiných pacientů a zdravotníků. *„Od prvního setkání jsem věděla, že Marie (pacientka) je na tom psychicky velmi špatně. Když jsem to poznala já, tak to měli poznat i lékaři. I to je součástí léčby, člověk má nejen tělo, ale i duši.“* Všimá si momentálního hněvu zdravotní sestry: *„Jenom si*

nemyslete, že spolu (na pokoji se spolupacientkou) budete pořád“, skoro odsekne setra. Proč ta zloba...“

Své depresivní prožívání pacientka vyjadřuje ve verších: *„To ďábel sám, na víčka tlačí, snad radost má, že budím se v pláči...“* Všimá si vlivu naladění jiných pacientů na své prožívání: *„Paní ale svou nemoc psychicky nezvládá a přenáší depresi i na mě. Paní si totiž pořád jenom stěžuje.“* Má strach ze ztráty své ženské atraktivity: *„Vezmou mi také vaječníky a dělohu, takže jako ženská budu obrána ze všech stran. Budu ještě vůbec ženská?“*

Závěr knihy je prodchnut nadějí do budoucnosti: *„Zatím se mi daří a věřím, že už to tak zůstane. Dlouho, ještě tolik let, že se jako babička dočkám obličeje plného vrásek a důchodu ne invalidního, ale starobního. Teď už mám před sebou je jeden velký úkol, dožít se toho. Přežít!“*

Výpověď ke druhé výzkumné otázce:

V celém textu opakovaně a intenzivně zaznívá fenomén naděje. V rámci nulitní fáze myslí pacientka také na to, že by to nádor nemusel být: *„...je tu i možnost, že půjde o něco banálnějšího...“* Dále se v textu objevují tyto nadějeplné myšlenky: *„Naděje v člověku umírá poslední, naděje člověku přece tak krásně zní, s nadějí usínám, s nadějí vstávám, pro lásku k životu, co mám to dávám.“*, *„Drží mě jen představa, že už brzy pojedou na poslední dávku (chemoterapie) a potom snad budu mít dlouho klid.“*

Ve fázi vyrovnávání pomáhá hledání a nacházení smyslu života v nemoci, negativní externalizace nemoci (rakovina je vnímaná jako „mrcha“), podpora rodiny a úlevné vyplakání se: *„Rodina se sešla doma. Všichni společně se teď snažíme zvládat emoce..., nechci se svou nemocí příliš zatěžovat. Nakonec by to neprospělo ani mě samotné... Kde hledat smysl bytí, kde hledat svou šanci, snad děti, manžel, rodina, jsou života velvyslanci..., víno nás uvolnilo a my říkáme nahlas to, na co celou dobu myslíme. Pláčeme a spolu se ptáme proč... Ve 44 letech. Taky mohla, mrcha, nějaký ten rok ještě počkat..., má pravdu můj miláček, nesmím si svou situaci příliš připouštět.“*

Se soucitem pacientka svou situaci srovnává s přítelkyní Jarkou, která je na tom momentálně ještě hůře: *„Přišla nejen o druhu, ale i o syna. Se synem Pétou zůstali*

sami. A teď rakovina. Jako by toho bylo na jednoho málo.“

V textu jsou dále uváděny tyto způsoby zvládnání obtížné životní situace:

Humor a vzájemná sociální podpora mezi pacienty: *„Vrací se mi humor a to je dobré znamení, ...brzy zjišťujeme, že máme obě smysl pro černý humor. Děláme si legraci hlavně samy ze sebe. Na pokoji je nás pět a až na jednu notorickou stěžovatelku se dá říct, že náš smích prospívá všem..., snažíme se mít pořád dobrou náladu...“*

Pevné citové pouto k partnerovi: *„Bud' se mnou ve chvílích dobrých i zlých, v náladách pochmurných vykouzli smích...“*, *„Vlastík je na mě moc hodný. Některé ženy si stěžují, že jejich manžel pro ně nemá pochopení a nemůže se smířit s tím, že má doma ženskou bez prsu. Jsem ráda, že moje situace je úplně opačná.“*

Pozitivní a konstruktivní vnímání reality: *„Snažím se i na špatných věcech vidět něco dobrého, potom se nezdají tak tragické a lépe se snáší...“*

Soustředění se na prožitkové hodnoty: *„Jak těžké je žítí, kolik v něm bolesti, jak v pavoučí síti, prosíváš o štěstí, radosti maličké, barevné kvítí, mozaika z kamínků, a lesem jít, stačí se dívat, mít oči dokořán, ti krásu vnímat, a hlavně nebýt sám.“*

Pacientka přiznává, že v některých momentech jí nepomáhá hraný optimismus a nepřímo zmiňuje možný terapeutický přínos zooterapie, resp. canisterapie: *„Snažím se tvářit jako hrdinka, ale stoprocentně mi to nejde. Občas propadám lítosti a obtížně se jí bráním. Nějakou tu slzu obvykle uroním. Vždycky mě napadne, jak je asi Jarce. Říká, že pejsci její splín pokaždé poznají a zalehnou ji... Aspoň vyžadují pozornost a Jarka se nemůže věnovat jenom sobě...“*

4. 2. Deskripce a analýza výpovědí onkologicky nemocných

1. Novinové a časopisecké články

Helena Štáchová

Co se týče prožívání, ředitelka Divadla Spejbla a Hurvínka upozorňuje na obtížné období čekání na výsledky laboratorních testů a na fázi šoku ve spojitosti s nepřipraveností člověka na závažnou nemoc. Potom přichází strach z konce života a

následuje uvědomění si naděje a chuti s nemocí bojovat. V závěru své výpovědi poukazuje na obohacení zkušeností z nemoci ve smyslu zvýšení náhledu na život.

Ohledně zvládnání nemoci zmiňuje pozitivní vliv psaní vlastní autobiografie se zaměřením se na hezké stránky svého života a také mluví o kladném účinku víry a naděje.

„Když mi řekli o nemoci..., nechtěla bych to znovu zažít. V tu chvíli jste úplně v šoku, protože když je člověk zdravý, vůbec neuvažuje o konci života. Najednou jste ale postaveni před hotovou věc a dostanete strach, že vše vidíte naposled. Pak přichází další fáze, kdy začnete bojovat, protože se chytne možnosti, že máte alespoň nějakou šanci. Chut' bojovat s nemocí je důležitá. Věřím, že v mnoha případech právě chut' bojovat výrazně pomohla.

Během léčby na tom nejste moc dobře, ať už po fyzické nebo psychické stránce. Hodně těžké bylo ale především čekání na výsledky, jak se váš zdravotní stav vyvíjí. Než je dostanete, nějakou dobu to trvá a čekání je opravdu těžké.

Pomohlo mi ale také, že jsem během nemoci začala psát knihu. Vlastně je to deník, ve kterém vzpomínám na nejhezčí okamžiky života. Byla to taková životní terapie. Člověk by v takové chvíli měl vzpomínat na vše krásné, co prožil. I Pavel Dostál, když jsem s ním mluvila naposledy, řekl, že se smrti nebojí, protože prožil hezký život.

Každá překážka vás posiluje. Člověk prostě přehodnotí své životní hodnoty a začne věci vnímat jinak. Určitě je třeba klidnější, bere vše prostě s nadhledem. Dřív bych se kvůli některým věcem probouzela za spánku, dnes se jim směji.

Já jsem svou knihu zakončila citátem: „Neměj strach ze stínů, znamenají, že nablízku je světlo“, člověk prostě musí věřit, protože naději má vždy“ (Vaca 2005).

Eva Pilarová

Co se týče prožívání onkologické nemoci, z níže uvedeného textu je zřejmé, že zpěvačka Eva Pilarová myšlenky na svou nemoc rázně vytěsňovala. Tento obranný mechanismus začala uplatňovat již od momentu diagnostikování své nemoci. Pro vytěsňování je charakteristické vyhýbavé chování směrem ke všem podnětům, které mohou vyvolat negativní myšlenky. Nicméně spouštěčem nepříjemných myšlenek a

následně nelibých emocí u zpěvačky byla zmínka v televizi o nemoci Pavla Dostála.

Co do zvládnání nemoci, Evu Pilarovou podporoval hlavně její manžel. Společně se snažili k nemoci přistupovat s humorem. Po určité době přišla i odvaha s nemocí bojovat.

„Televizní dokument o Pavlu Dostálovi, který se vysílal v den jeho smrti, hodně lidí dojal, ale zpěvačku Evu Pilarovou rozladil: „Všem nemocným, kteří se dívali, mohl vzít naději“, říká zpěvačka, která sama rakovinou trpěla. „Kdybych ten pořad viděla, když jsem byla nemocná, zdeptal by mě. Ti nemocní si teď možná říkají: Když nebylo pomoci člověku tak známému a vlivnému, je jasné, že my obyčejní lidé nemáme šanci.“ Sama už na roky, kdy byla nemocná, vůbec nemyslí. Ještě loni, kdyby se jí někdo vyptával, mávla by rukou: Dejte pokoj. "Až když jsem sledovala, jak se vyvíjí stav Pavla Dostála, všechno se mi zase vracelo.“

Paní Pilarová, máte nádor, oznámil jí tenkrát lékař. „Ne, dál už nic neříkejte! Nechci vědět, kde to mám, nechci vědět vůbec nic!“ Brečela, byla zděšená. Rovnou od lékaře šla do kostela. „Kdyby mě manžel nepovzbuzoval a nestaral se o mě, tak nevím... Nedokázala bych o život tak bojovat.“ Manžel Jan Kolomazník s ní chodil na všechna ozařování. „Snažili jsme se to brát s humorem. Nikdy u nás nepadlo, že jdeme na ozařování, vždycky jen: Pojd' mámo, jdeme na výsluní.“ Jak se nemoc horšila, připadala si odstrčená. Tehdy dostala nabídku vystoupit v jednom zábavním pořadu. „Tak jsem si řekla, že zkusím zazlobit a uvidím, co to udělá. Svolala jsem kapelu, kluci se divili, protože věděli, jak na tom jsem, ale dohodli jsme se.“ Vystoupení dopadlo výborně“ (Wilková a Karásková 2005).

2. Filmové dokumenty

Květinové dny

Jedná se o filmový dokument, ve kterém vypovídá několik onkologických pacientek, včetně členek českobudějovického svépomocného sdružení ARCUS-ŽIVOT. Dokument se vysílal na ČT2, 14. 10. 1999, vyrobilo FEBIO.

Ve vztahu k první výzkumné otázce skrze prožívání onkologické nemoci lze uvést výpovědi, které se vztahují ke stádiu šoku po oznámení diagnózy, k předoperačnímu strachu, k pocitu nelibosti k vlastní osobě po ztrátě prsu a k fázi deprese, popř. zlosti vyvolané intrapsychickou otázkou „Proč zrovna já?“. Uváděn je také strach o partnera v případě, že by pacientka zemřela:

„První pocit po sdělení diagnózy je nejhorší. To snad není ani žádný pocit, to je vzduchoprázdno, temno, trvá to pár minut, než si člověk uvědomí, co to je za hrůzu co slyšel, protože tomu nechce věřit vůbec...“

„Nejtěžší pro mě byl okamžik před druhou transplantací kostní dřeně. Lékaři řekli, že jsou tři možnosti, jak operace dopadne... Přežiji nebo budou nějaké následky, individuálně různé, nebo to nedopadne...“

„Dostala jsem se do fáze, že jsem po amputaci prsu neměla ráda své tělo, rozdělila jsem se na tělo a duši...“

„Přijdou chvílky, kdy si říkáte „Proč zrovna já?“ a přijde přítelkyně z Arcusu a řekne vám „Vždyť já jsem v tom stejně jako ty“ a podrží vás...“

„Je to v rukou Božích, buď to přežiji nebo ne. Nejvíc jsem se bála o svého muže, co tady bude dělat beze mě...“

Zmiňován je významný protektivní faktor podpory životního partnera. Uváděn je také poměrně častý negativní jev, kdy muž opouští ženu, které byl amputovaný prs:

Onkologicky nemocná žena: *„Bez muže si nedovedu představit, že bych to přežila. Důležité je mít někoho, kdo s vámi žije každý den a ví o vás, co potřebujete. Zpočátku mé léčby to u nás vůbec nefungovalo, když jsem z úplně normálního života přepadla do úplně invalidního. Po chemoterapii jste bez energie a vůbec nic doma neuděláte. Partner mi také pomáhal rozmělnoval strach z toho, co bude dál...“*

Její partner: *„Spadla na mě domácnost, nakupování masa, vaření... Předtím jsem se tomu chtěl svatbou vyhnout, ale naopak to na mě dopadlo plnou vahou, byl to záhul. Také se poznali dobří kamarádi, kteří přišli s kytkou či zákusky na návštěvu, i když stáli ve dveřích s děsem v očích a nevěděli, co říci...“*

Jiná pacientka říká: *„Znám spoustu pacientek, kterým se u toho rozpadl vztah. Hodně těžko to nesly a taky to nepřežily...“*

Prof. Z Dienstbier, prezident Ligy proti rakovině, se k odchodu mužů od jejich onkologicky nemocných žen vyjadřuje následovně: „*Muži často opouštějí nemocné ženy. Je to neuvěřitelné, ale skutečně v tomto jsou muži nepochopitelní...*“

Další pacientky sdělují, jaké jsou pro ně hlavní činitelé pro uzdravení z onkologické choroby, co je může motivovat k úspěšnému boji s nemocí, jak je pro ně důležité zvládat negativní emoce a jak je potřebné pozitivní naladění mysli:

„*Co se týče uzdravení, 10% je na přírodě, 10% na lékaři a 80% na pacientovi...*“, „*Chci tu svou holčičku vychovávat sama, nikdo to lépe neudělá...*“, „*Důležité je nepodlehnout té depresi z toho strachu, to pozitivní myšlení je hrozně důležité...*“, „*To naše onemocnění souvisí s naším duševním stavem, to jestli dovedeme být veselí, plní naděje, to nám pomáhá...*“

Setkání uprostřed lesa

Jde o televizní reportáž, která představuje činnost sdružení ARCUS-ŽIVOT v Českých Budějovicích k 10. výročí jeho založení. V dokumentu hovoří některé členky zmíněné organizace. Reportáž byla vysílána na ČT1, 16. 7. 2000 v rámci televizního cyklu Cesty víry, vyrobila ČT 2000.

Výpovědi v dokumentu se vztahovaly hlavně ke druhé výzkumné otázce a směřovaly především k pozitivnímu vlivu víry. Členky Arcusu vypovídaly mj. takto:

„*Arcus je pro nás psychická podpora, chodíme plavat, jezdíme na kole, na nemoc nemyslíme...*“, „*Většina z nás v klubu jsme věřící, křesťanky, i to nás stmeluje dohromady...*“, „*Motlitba mě drží...*“, „*Víra mi určitě pomáhá, kdybych ji neměla, tak tady asi už nejsem...*“, „*Víra v Boha je dar, který vždycky podrží...*“, „*Bůh vás zkouší a vy ho nesmíte zklamat...*“

3. Osobní hloubkové rozhovory

Žena, 47 let, VŠ, nádorové onemocnění nechtěla specifikovat, po léčbě

Pacientka říká, že v počátku nemoci nevěděla, co s ní je a v objasnění příčiny jejich příznaků ji nepomohli ani lékaři: „*Tři měsíce jsem trpěla únavou a nechutenstvím.*

Nevěděla jsem, co mi je. Moje obvodní lékařka mi říkala, že to rakovina není, že je to jenom v mé hlavě, že mám depresi. Lékaři si mě různě přehazovali. Po vánocích jsem omdlela, manžel mě odvezl do nemocnice na Onko v Českých Budějovicích a okamžitě jsem šla na operaci. Bylo to tak rychlé, že jsem neměla šanci se bát, byla jsem před operací klidná. Říkala jsem si, že to může skončit i špatně, řekla jsem manželovi, jaký chci pohřeb, dětem jsem řekla, co mají udělat, kdyby se operace nepovedla.“

Operace se ale naštěstí povedla. Pacientka začíná hovořit o strachu: „Potom se ale sešel onkotým a bylo mi řečeno, že mám možná metastázy. Měla jsem velký strach, který mě složil. Potom přišla další pecka, oznámili mi, že moje 88letá maminka onemocněla leukémií. Byly to dvě rány během jednoho dne. Hlavně mě mrzelo, že já jsem v nemocnici a nemohu pomoci mamince, která mě teď potřebuje. Také mám velký strach z ozařovacích přístrojů, jsem na ně velmi citlivá, nebojím se tolik bolesti, ale jiných nepříjemných reakcí těla.“

Co se týče zvládnání výše popisovaného strachu pacientka uvádí: „Jsem věřící, ale strach přerostl víru, trvalo to jeden týden, než mi začala víra opět pomáhat. Řekla jsem si „děj se vůle Boží“. Také mi moc pomohla paní magistra Kliková, která mě naučila se uvolňovat pomocí relaxace, moc mi to pomáhá.“

Pacientky jsem se ptal, jestli by mohla podle důležitosti seřadit činitele, které jí pomáhaly a pomáhají ve zvládnání její nemoci. Paní říká: „Na prvním místě je to víra, potom podpora rodiny a blízkých a nakonec bych řekla, že to je kontakt se zaměstnáním.“

Mluvíme o víře: „Věřím v karmu a reinkarnaci. Mám za to, že rakovina je karmická záležitost. Myslím si, že jsem si ji nějak zasloužila a že to má tak být, za svou nemoc jsem poděkovala.“

Následuje téma rodina a přátelé: „Nesmírně mi pomohli mí synové. Kdyby nepřišla nemoc, ani bych se nedozvěděla, jaké mám skvělé děti. Říkali mi: „Mami jsi skvělá, zvládneš to.“ Vůbec o mě nepochybovali. Potom mi jeden syn říkal: „Mami, já jsem tě tak obdivoval, když jsi šla na operaci a vůbec jsi se nebála.“ Tím mě pěkně rozesmál a vy určitě víte, že smích uvolňuje. U mnoha lidí jsem zjistila, že to jsou mí skuteční přátelé. Třeba mi zavolali, když se dozvěděli, že jsem onemocněla, od některých jsem

to vůbec nečekala.“

Potom jsme mluvili o zaměstnání: *„Víte, já jsem učitelka a vždycky mě potěší, když mi moje nadřízená zavolá a řekne mi, co je nového v práci, když se mnou třeba něco konzultuje. Moc mi to pomáhá, že se mnou ještě počítají.“*

Na závěr rozhovoru paní ještě připomíná, že si váží úžasné péče na onkologickém oddělení od primáře až po uklízečku, mluví hlavně o trpělivosti a láskyplnosti personálu. Na úplný konec říká: *„Víte, já se učím na všem špatném hledat něco dobrého, třeba teď jsem ráda, že už nemusím na chemoterapii.“*

Žena, 68 let, SEŠ, nádor žaludku, nemoc trvá 15 let, po léčbě

Pacientka ve stručnosti popisuje, jak jí šokovalo oznámení onkologického nálezu, potažmo doporučená léčba s předpokládanými následky: *„Po operaci žaludku v r. 1990 mi lékaři sdělili, že bylo nutné odebrat 2/3 žaludku z důvodu onkologického nálezu. Bylo mi doporučeno léčení na onkologii, nejdříve ozařování a poté chemoterapie, aby se nemoc dále nerozšiřovala. Toto sdělení mě velmi překvapilo a úplně zdrtilo moji psychiku. Osobně jsem se cítila velmi slabá jak fyzicky, tak psychicky, neboť jsem šla s váhou velmi dolů. Z těchto důvodů jsem byla nucena ležet v nemocnici, nebylo mi umožněno docházet na ambulantní léčbu.“*

Dále vypovídá o svém prožívání a vyrovnávání se s důsledky onkologické léčby: *„Několik roků po operaci a shora uvedené léčbě jsem byla velmi slabá i proto, že jsem mohla jíst pouze malé množství a to navíc jen některých jídel častěji. Trvalo to velmi dlouho, než si žaludek zvykl na tento režim. Nyní se cítím dobře, jím již větší porce, ale musím jíst vícekrát denně. Pakliže se něčeho dobrého přejím, cítím se moc špatně.“*

Zmiňován je význam psychosociální podpory partnera, psycholožky a svépomocného sdružení. Nepřímo pacientka mluví také o terapeutickém významu pomáhání druhým lidem, kteří mají podobný problém: *„Naštěstí moje nemoc neovlivnila rodinné vztahy, naopak manžel mě navštěvoval v nemocnici každý den a posiloval moji sebedůvěru. Byla to pro mě velká vzpruha a jistota pro další léčení. Psychické problémy mi pomohla velkou měrou řešit tehdejší klinická psycholožka na oddělení dr. Zdeňka Chovancová, která se odstěhovala a nyní pracuje v Praze. Velkou*

měrou mi pomohla organizace ARCUS sdružující v Českých Budějovicích onkologické pacienty. Nemoc mě naučila pomáhat podporovat psychiku jiných lidí, kteří se ocitli ve stejné situaci jako já. Naopak nemusela jsem řešit vůbec vztahové a jiné problémy jak v rodině, tak mimo, manžel mi v tom pomáhal, což se projevilo na dnešním mém zdravotním stavu.“

Na otázku, co jí nepomohlo, uvádí, že to byly především nešetné výroky lékaře: *„Nepomohly mi však pro upevnění psychiky výroky doktora, které se později ukázaly být nepravdivé.“*

Žena, 62 let, SOŠ, nádor v lymfatických uzlinách od r. 1982, v r. 1990 recidiva, po léčbě

Pacientka popisuje své velké obavy a beznaděj po oznámení diagnózy, protože ještě před 20ti lety bylo slovo rakovina zatěžkáno stigmatem rychlého a neodvratného konce. Její beznaděj byla umocňována nemožností konzultovat své obavy s kompetentním odborníkem, její stav zhoršovala i přítomnost zdrcených spolupacientek: *„Svou diagnózu, nádor v lymfatické uzlině, jsem vyslechla dva dny po chirurgickém odstranění s tím, že během 3-4 týdnů nastoupím léčbu na onkologii. Situace byla pro mě i pro mého manžela a rodiče velice tíživá. Bylo to v r. 1982, kdy slovo rakovina bylo spojené s tragickým koncem pacienta. Nebylo pro mě jako pacientku ani pro mé okolí vůbec kam se obrátit o jakoukoliv psychickou poradu, podporu, pro rozebrání vzniklé situace. Nejhorší na mě působilo prostředí onkologie. První dny jsem prožívala snad nejhorší dny z celé doby léčby. Pacientky v nesmírně skličujícím fyzickém i psychickém stavu procházející právě chemoterapií, ale i ozařováním, na které jsme dojížděly z civilní do vojenské nemocnice.“*

Pacientka nerezignovala a řešila svou nepříznivou situaci jako „bojovnice“. Pomáhala jí seberealizace (orientace na tvůrčí hodnoty), intenzivní podpora rodiny a přátel, pomáhání druhým a pozitivní nastavení mysli: *„Co se týče řešení různých problémů, musím přiznat, že řešení těchto vztahů a okolností je velice individuální. Já osobně se počítám k lidem, které v momentě, kdy problém nastane, začnu řešit a jednat s určitou nepochopitelnou silou a rozhodností. Sama nevím, odkud ta síla přijde, ale také zrovna tak po nějaké době se vytratí a musím hodně energie vydat pro udržení své*

energie a vyrovnanosti. Celkově jsem povaha, které je vlastní seberealizace, pomoc druhým a jsem spíš extrovert, který je rád mezi lidmi. Možná i tato okolnost mi pomáhá velice v těžších životních situacích. Ale přesto všechno mi nejvíce ze všeho pomáhá příjemné rodinné prostředí i partnerské zázemí a tolerance a důvěra a víra, že pozitivní myšlení je velice důležité pro duši a tím i pro tělo a zdraví. Pokud jde o vztahy v rodině, bylo to pro mě nejintenzivnější místo, které jsem potřebovala a kde jsem mohla projevit veškeré emoce, zážitky, které mi léčba připravila. Neoddělitelnou součástí tohoto zázemí byli moji rodiče, i když sami nevěděli, jak si v této situaci poradit, ale vzájemná podpora a pochopení z nás oboustranně vycházela navzájem. Pokud jde o vztahy mimo rodinu, bylo pro mne velice důležité pochopení dvou kolegů, kteří mě navštěvovali, dodávali energii a udržovali ve spojení s vnějším prostředím mimo rodinu.“

Žena, 62 let, SŠ, onkologické onemocnění prsu od r. 1988, v r. 2004 metastázy, po léčbě

Respondentka mluví o strachu ze své budoucnosti ve spojitosti s uvědoměním si nepříznivé rodinné anamnézy: *„Rodinná anamnéza je neúprosná, rakoviny prsu – a to z matčiny i otcovy větve. Moje jediná sestra, starší o devět let, se kterou jsme si byly velmi blízké, zemřela na rakovinu prsu ve 44 letech a prožila jsem její léčbu, naděje, bolesti a utrpení. Původně nezhoubný nález jsem ve svých 44 letech zjistila i já. Dcera v té době začínala studovat lékařskou fakultu v Praze a naléhala na mě, abych nález ještě nechala ověřit v Praze a určením včasné diagnózy mi zřejmě zachránila život. V Praze jsem byla operována v listopadu 1988, na původní kontrolu jsem byla objednána až koncem února roku následujícího. O tyto mé zkušenosti byla má úzkost větší, ale moje první myšlenky po operaci patřily mým dcerám a dceři mé sestry, o ty jsem se bála a strachuji se dodnes, ty bych si přála ušetřit bolesti těla i duše.“*

Uvádí problémy se smiřováním se ze ztrátou prsu: *„Odoperování prsu, atributu mého ženství, jsem nesla těžce, ale věděla jsem, že já už jsem v životě chybovala a tak jsem se neptala, proč právě já, pro sebe jsem skutečnost musela přijmout, zcela smířit jsem se ale dlouho nedokázala.“*

Paní zmiňuje určité zisky ze své nemoci – uvědomění si lásky a plné podpory blízkých, získání více času pro sebe, rozpoznání a užívání si zážitkových hodnot a

příznivé přehodnocení vlastních životních priorit: „Vždycky jsme žili ve velké rodině, rozdávala jsem doma, rodičům, rodině, přátelům. Když to hodnotím zpětně, byla jsem vždycky maximalistka, úzkostlivá matka svázaná tradiční výchovou, stále v napětí, neměl jsem na sebe čas. A najednou bylo času dost, nebylo kam chvátat. Po operaci jsem byla zahrnuta pozorností, láskou všech, rodiny i přátel. Snažila jsem si nestěžovat, následnou léčbu chemoterapií a radioterapií jsem za podpory hlavně manžela zvládla fyzicky celkem dobře. Chodila jsem denně na procházky, vnímala mnohem intenzivněji slunce, vítr, kytky, stromy, děti v kočárku, objevila jsem krásu a nezbytnost zastavení a nadechnutí. Teď je hodně pořadů v televizi nebo v rádiu s onkologickými pacienty, kteří používají výraz „zastavení“, „přehodnocení žebříčku životních hodnot“ – to nejsou jen slova, slovy se skutečnost nepostihne, to se musí prožít do dna.“

Zmiňuje manželovu "zevní" nešikovnost, nicméně „vnitřní“ dobrou vůli ji po psychické stránce pomoci, oceňuje jeho schopnost postarat se o rodinu v oblasti ekonomické: „Rodina mne podporovala, ale já jsem také podporovala je. Manžela má nemoc velmi zasáhla a já jsem to viděla. Byl ochotný, jistě mě miloval, ale byl nešikovný a neuměl se mé raněné duši přiblížit. Byl vždy citlivý, ale uzavřený v sobě a tak přehrál starost více na zajištění potřebných věcí, nemoc přeci zásadně zasáhne i do budoucna, do ekonomiky rodiny. Možná to bylo dobře, protože jeho realita měla vliv i na můj postoj k nemoci.“

Pacientka popisuje obtížnost adaptace na nový životní styl v nemoci, upozorňuje na výkyvy nálad, na kontraproduktivní hledání příčin současného stavu v minulosti („obviňující kolotoč myšlenek“), na postupné smiřování se s tělesným handicapem: „Těžké pro mě bylo vybočení ze zaběhnutého životního rytmu. Těsně po operaci jsem byla zcela vyvedená z rovnováhy, zdá se i vyšinutá, bez informací. Až později jsem si uvědomila, že do práce nepůjdu za týden, ani za tři týdny, že se musím uklidnit, netěkat, vyjít ven. Prožila jsem fáze, kdy jsem se litovala, plakala, hledala, kde se stala chyba, vždyť jsem přišla k lékaři včas, nádor nebyl ještě maligní, byl to takový obviňující kolotoč myšlenek. Když jsem pochopila, že stejně nic nezměním, že se nesmím vracet zpátky, stala se důležitější následná léčba, péče o tělo, vlastně jsem dlouze to tělo přijímala, sebe samu. Překonávala jsem, dá se říci nedůvěru k tělu, které mě zradilo a

jen s dobrou vůlí a dlouhodobým pochopením mého muže jsem pomalu, postupně, se začala vnímat, pociťovat a žít jako žena.“

Respondentka uvádí, že se sice střídaly a kolísaly její emocionální stavy, ale stále více si uvědomovala, že na své nemoci nic nezmění, že život jde dál bez ohledu na její trápení. To jí pomohlo se s nemocí lépe vyrovnat, více se soustředit na dění kolem, nechtěla být šetřena jako „chudáček“. Zmiňuje vznik nové polohy vztahu matka – dcera: *„Tím nemohu říci, že by bylo vždy vše v pořádku. Zase přišlo období únavy, skepse, deprese. Postupem doby jsem si uvědomila, že sice všichni mou nemoc akceptují, ale život jde dál, a oni žijí své životy vedle mě, mají své problémy, lásky, pády a nikdy jsem si nepřála být ušetřována slovy „mamce nic neřekneme, ona teď nemůže“. Myslím, že mé dospívající dcery musely rychleji dozrát a že musely překonat také strach, ostych, jisté změny chování. Už tam nebyl jen vztah matka a dcera, staly se z nás přítelkyně. Starší dcera přejímala nade mnou během léčby jakýsi generační ochranný dohled, jako jsem kdysi já držela nad mými rodiči. Já jsem se stala tou slabší. Má nemoc byla pochopitelně psychickým zatížením pro všechny, pro celou rodinu.“*

Zdůrazňovaná je obava z nezdaru skrze znovuzačlenění do pracovního kolektivu („přijmou mě, nebudu na obtíž“) a strach z omezení výkonu a pracovní nedostačivosti („zvládnou to?“): *„Díky pokrokům v medicíně i včasnosti zásahu byla léčba úspěšná, čekal mě po roce návrat do zaměstnání. Tehdy jsem opět prožívala období velké úzkosti, nejistoty, obav, zda ještě dokážu zapadnout mezi kolegy, měla jsem strach, zda v práci obstojím, nechtěla jsem být jen trpěná a šetřená. Byl mi přiznán částečný invalidní důchod, pracovala jsem na částečný úvazek. I tuto krizi jsem překonala díky pochopení spolupracovníků a získala jsem větší jistotu i poztrácenou víru ve své vlastní schopnosti. Po roce 1989 však došlo k rozpadu původního podniku a ještě jsem dvakrát změnila pracoviště. Dnes jsem za tyto změny vděčná, obsáhla jsem v životě ještě jiné oblasti, musela jsem se hodně nového naučit, těšilo mě pracovat a pomáhat lidem.“*

V závěru první části výpovědi paní bilancuje svůj život, se kterým je spokojená: *„V roce 2004, 16 let po prvním onemocnění, došlo k regresi nemoci a byla jsem znovu intenzívně léčena. Co říci. Každý den je dar, za který děkuji Bohu. Dar byl a je to, že jsem prošla návratem k víře, že jsem prožila tolik let bez problémů. Bylo to štěstí, které*

nebylo dopřáno každému, mohla jsem pracovat, milovat, sportovat, chodit po horách, dočkala jsem se radosti z dětí a vnoučat, přes všechny nemoci, vedle sebe s manželem, navštěvuji Univerzitu třetího věku, ještě jsem si zaběhla letos na běžkách, smíruji se snadněji s realitou. Vždy si řeknu: dá-li Bůh...“

Pacientka vzpomíná na chování lékařů, kteří umějí lidskou duši zranit i potěšit: *„Tělo bylo léčeno, ale velmi strádala má duše. Věděla jsem, že musím začít sama, že musím chtít. Dodnes, 18 let po operaci, vzpomínám na lékaře v Praze. Jeden z nich mi nevybíravě krátce po operaci řekl, co tam vlastně hledám, že zabírám v Praze místo. Psal se totiž teprve rok 1988. Druhý lékař mě vzal lehce za rameno a jemně mě tlačil do polštáře. Toto malé, uklidňující a všechápající gesto, to cítím na svém rameni dodnes. Jak málo stačí rozbolavěnému člověku.“*

Zmiňován je protektivní činitel víry: *„Můj návrat k víře, to nebylo hned, až později, když jsem nemoc překonala. Vracela jsem se mezi lidi jiná a nechtěla jsem ztratit nic z nově nabytého cítění. Tehdy jsem začala vnímat, že mi k životu něco chybí, měla jsem potřebu odevzdat vše bolavé a přijmout naději v širším smyslu. Pomohla mi má věřící kamarádka, protože jsem cítila ostych, bývala jsem po těch letech bezradná, pomohl mi věřící lékař a psycholog. Život ve víře je dnes neoddělitelnou částí mého já, základní posilou v mé další léčbě.“*

Respondentka pomáhá druhým, kteří mají podobný problém: *„Zažívala jsem občasný pocit osamělosti z vlastnění specifického problému, kterému druzí, jež nejsou takto postižení, nemusejí dobře rozumět. Stala jsem se spoluzakladatelkou Klubu onkologických pacientů. Navázala jsem nová pevná přátelství, bohužel některé z mých spolubojovnic už nežijí. To bylo těžké, myslím na ně s láskou. V klubu se snažíme společnými silami dát životu odvalu, oporu, naději, podělit se o radosti, starosti, bolesti, povzbuzovat se a pomáhat si. Já mám širší domácí zázemí, ale některé ženy jsou ve své nemoci zcela samy. Ale i já se cítím občas opuštěná, nepochopená, každý musí jít za svým, já to chápu, a tak rád, ačkoliv nepravidelně, chodím na společná setkání, případně jedu zhruba jednou za rok na rekondiční pobyt k doplnění sil a obnovení rovnováhy. Je důležité nezůstat osamělá. Čtu pozitivně laděnou a psychoonkologicky zaměřenou literaturu a orientuji se na zážitkové životní hodnoty. V době léčení mi velmi*

pomohl výběr pozitivní četby, po roce 1989 i větší informovanost a vydávání knih zabývajících se různými problémy onkologických pacientů. Stále vyhledávám krásu na výstavách, poslouchám hudbu, vybírám si koncerty, které mě nabíjejí a já pak radost a sílu předávám dál. Za každého počasí chodíme na vycházky, jsme turistická rodina.“

Respondentka mluví o pozitivním vlivu péče o vnoučata: *„Velmi jsem si užila radosti z vnoučat, hned od peřinky, neměla jsem ani čas na negativní myšlenky. Vím, že brzy budou jinde, ale štěstí, které jsem s nimi prožila, se nedá vzít. Zatím mě stále ještě potřebují, nejvíce ten poslední čtvrtý vnuk. Neměli jsme nikdy příliš peněz, tak jsem jim rozdala sebe, své srdce i ruce a myslím, že už i ty malé děti to dobře chápou.“*

Respondentku těší tvůrčí seberealizace prostřednictvím drobných ručních prací: *„Ráda tvořím rukama a učím se dříve nepoznané techniky. Jedny vánoce upeču třeba dvacet andílků z nejdleho těsta, pak zase z drobných květináčků vykouzlim zvonečky, vystřihuji spoustu večerů z papíru drobné pozornosti, s vnoučaty batikujeme. Baví mě to, dělá mi to potěšení a udiví mě při návštěvách, že si přátelé mé drobnosti ponechávají řadu let a říkají, tak tohle jsi dělala ty! A já to už ani nevím.“*

V závěru rozhovoru připomíná pokoru a úctu k životu a důležitost vyjádření podpory ze strany druhého člověka: *„Co mi nepomohlo, to nevím. V životě jsem musela přijmout i to, proti čemu jsem se bouřila, naučila jsem se větší pokoře a úctě k životu. Nevím, a to nevíme nikdo, co mě ještě v životě zaskočí, kde jsou pak hranice mé tělesné i duševní síly, jak se zachovám. Často si opakuji a připomínám: pokoru, děvče, pokoru. Držím se etiopského přísloví: Slovo, které ti pomůže, nemůžeš si říci sám.“*

4. 3. Deskripce a analýza výpovědí informátorů

1. *Novinové a časopisecké články*

Přátelé Pavla Dostála

Z níže uvedeného textu je patrné, že Pavel Dostál, bývalý ministr kultury, zvládal svou nemoc s určitým racionálním nadhledem. Využíval negativní externalizaci (rakovina jako „sviňa“), humor a vzpomínky na šťastně prožitý život.

„Přátele Pavla Dostála překvapilo, jak se dokázal prát se „sviňou“, jak nemoci říkal. Nesnesl lítost, nesnesl otázky typu: Neříkáte si někdy, proč právě vy? Když se ho novinářka Renata Kalenská zeptala, odpověděl: A proč ne zrovna já, měl jsem krásný život. Pavel Dostál byl člověk absolutně bez jakýchkoliv papalášských manýrů, skromný. Při bolestných zákrocích povzbuzoval šibeničním humorem personál, vypráví režisér Břetislav Rychlík“ (Dolejší 2005).

Dana Hybšová

Paní Dana Hybšová, vedoucí Klubu žen po ablaci prsu, mluví u zkušenosti častého odchodu mužů od žen, kterým byl amputován prs. Rozchod vždy u ženy významně sníží schopnost dobře zvládat životní situaci.

„Nejhorší je, že dřív jsme byly spolek šedesátiletých a teď k nám chodí už i třicetileté, jenže nejhorší je, že právě mladší ženy nejčastěji přijdou spolu s prsem i o partnera. Čím je totiž chlap mladší, tím hůř se srovnává s tím, že jeho žena už není celá. O to hůř pak žena nemoc zvládá. Je na ni sama“ (Petrašová 2005).

MUDr. Kateřina Petráková

Primářka Masarykova onkologického ústavu přirovnává boj pacientů s rakovinou k válce, do které vstupují pěšáci. Mluví o důležitosti přijetí nemoci pacientem pro další příznivou prognózu a uvádí dva postoje pacientů k nemoci, paniku nebo odhodlaný boj:

„Boj s rakovinou lze podle onkologů přirovnat válce. U nás do ní každoročně vstupuje zhruba 65 tisíc pěšáků, 28 tisíc jich zahyne. Když nemocný diagnózu přijme a

lékaři věří, obvykle také dobře spolupracuje. Tahle diagnóza je těžkou zkouškou i pro věřícího. Jak se s ní vyrovná, to je spíš v jeho povaze. Někteří lidé panikaří od počátku až do konce, ale nemůžou za to. Jiní odhodlaně vytáhnou do boje, souhlasí s každou léčbou, která nabízí šanci“ (Wilková a Karásková 2005).

2. Osobní hloubkové rozhovory

Zdravotní sestra s desetiletou praxí v péči o onkologické pacienty

Informátorka v úvodu rozhovoru uvádí, že ji prožívání onkologických pacientů velmi zajímá. Po večerech si doma dělá zápisky, zaznamenává osudy pacientů a vlastní reflexe, píše si deník s názvem „*Myšlenky pozdě v noci*“.

Zdravotní sestra říká, že pozorováním došla k obecnému závěru, že čím prostší člověk, tím lépe svou nemoc zvládá: „*Tito lidé do toho moc nevidí, mají prostě nějakou nemoc a hotovo. Kdežto vzdělaní lidé do různých aspektů nemoci a léčby více šťourají, více se tím trápí. Ze vzdělavců asi nejhůře tuto nemoc přijímají lékaři a učitelky. Naopak nejděčnější pacienti jsou bezdomovci, ti jsou vděční za všechno a v podstatě na nic si nestěžují.*“

Na otázku, zda-li pozoruje o nemocných některé fáze popsané E. Kübler-Rossovou jako jsou např. šok, popírání, smlouvání, agrese, se informátorka rozpovídává o fázi agrese: „*Agrese je poměrně častá, když lidé s nádorem, který jim ještě nezpůsobuje větší problémy, musí nastoupit chemoterapii se spoustou vedlejších negativních účinků. Těmto lidem vlastně ještě nic není, nemají ještě bolesti, ale už musí na chemoterapii, po které je jim blbě. Jsou pak na nás někdy naštvaní až agresivní, proč jim to děláme.*“

Podle informátorky „*vážná nemoc, v tomto případě onkologická, ukáže, jaký člověk doopravdy je. Například lidé, kteří během života potlačovali svůj vztek směrem k ostatním lidem, se zlostně začnou otevřeně projevovat, když vážně onemocní.*“

Mnozí pacienti ani jejich rodiny nechtějí vědět pravdu o prognóze své nemoci. K otázce chování příbuzných onkologického pacienta, který umírá, říká: „*Příbuzní často nechtějí být při umírání svého člena rodiny, bojí se toho, do hospice také nechtějí své blízké umísťovat, protože je to jednak drahé, jednak je to už spojené se smrtí, kdežto*

nemocnici pořád spojují s léčbou...“

K tématu faktorů usnadňujících nebo ztěžujících zvládnání onkologické nemoci sděluje: *„Není žádný podstatný rozdíl mezi muži a ženami. Lépe ale zvládají onkologickou nemoc lidé, kteří prožili svůj život spokojeně, mají děti v pořádku, byli úspěšní ve svém zaměstnání. Důležitá je rodina, v nemoci poznáte kvalitu rodinných vztahů, když to nebylo pevné, tak se to rozpadne. Velký vliv má vůle, vnitřní síla, motivace ještě pro něco žít. Pacientům pomáhá také humor, víra v Boha a v posmrtný život. Mám zkušenost, že mnoho pacientů potřebuje ze strany zdravotní sestry sdílení svých obav a starostí, ale my na to nemáme bohužel tolik potřebného času.“*

Psycholožka s dlouholetou praxí v psychologické péči o onkologické pacienty

Do péče psychologa se dostávají pacienti v různém průběhu onkologické léčby, doporučování jsou lékaři, zdravotními sestrami, nebo pacienti přicházejí sami. Odhadem asi ¾ pacientů má v anamnéze alespoň zmínku o dlouhodobější depresivní nebo zvýšeně úzkostné epizodě, velmi častá je psychofarmakoterapie v osobní historii pacienta. Větší emoční nevyrovnanost může být jedním z rizikových faktorů pro vznik onkologického onemocnění: *„Emoce ovlivňují imunitní systém v pozitivním i v negativním smyslu a u lidí, kteří mají ve své minulosti vážnější a dlouhodobější citové problémy, mohou ovlivnit jejich náchylnost ke vzniku onkologické nemoci.“*

Hůře prožívají a zvládají onkologickou nemoc uzavření pacienti, kteří nejsou zvyklí mluvit o svých starostech a pocitech: *„Co se týče prožívání nemoci u onkologických pacientů mohu říci, že ji špatně zvládají uzavřené typy, tedy lidé, kteří nejsou zvyklí o svých problémech otevřeně mluvit a nechtějí moc mluvit ani o tom, co se s nimi děje, když onemocní touto chorobou. Platí to pro celé rodiny. Pokud rodina nebyla zvyklá autenticky mluvit o problémech v minulosti, nemluví ani o nemoci jejího člena, často různě mlží, bojí se zeptat přímo a uvnitř rodinného systému se dějí pěkné zmatky.“*

Prožívání onkologických pacientů je různé, často se objevují strategie stažení se do ústraní a hraný optimismus: *„Různí lidé prožívají svou nemoc různě. Někteří se stáhnou a nechtějí kontakt s nikým, prostě se odmlčí všem blízkým lidem. Někteří mají strach z toho, co bude dál, ale nemluví o tom, aby příbuzným nepřidělávali starosti. Mnoho*

pacientů se bojí, ale hlídají se, aby vypadali dobře, svůj optimismus hrají. Nedávno jsem pracovala s pánem, který byl mohutný jako hora, na první pohled působil velmi sebevědomě a sebejistě, ale nakonec se zhroutil. Mohu říci, že hůře prožívají svou nemoc lidé, kteří jsou se svým životem nespokojení.“

Nemocní se liší v tom, co všechno chtějí slyšet o své nemoci a o léčbě, ale obvykle se „tvrdým“ informacím moc vystavovat nechtějí: *„Naši lékaři se snaží citlivě vytipovat, co kdo, kolik a jaké informace unese a potom volí způsob komunikace. Ptáte-li se, jestli si pacienti chtějí povídat o tématech umírání a smrti, mohu říci, že se tomu vyhýbají.“*

Častý se strach z návratu nemoci: *„Po ukončení léčby někteří pacienti docházejí ke mě ambulantně. Mnozí přicházejí s různými statistikami, např. že u 80% vyléčených se nemoc vátí. Mají často obavy, že se rakovina vrátí. Někteří na ni myslí až obsedantně. Není dobré na nemoc příliš myslet, stres snižuje emoční pohodu. Na druhou stranu není dobré nepřijemné myšlenky vytěsňovat. Ideální je myšlenky a představy racionálně a konstruktivně zpracovat.“*

Po zdárné léčbě mnozí lidé zásadně mění svůj život a preferenci životních hodnot: *„Mám vypozerováno, že když se onkologická léčba povede, lidé pak mění svůj život. Neberou některé věci v životě tak vážně jako předtím, ženy se více posazují ve své rodině atd.“*

Pacientům obvykle pomáhá spokojenost s životem, motivuje je dosažitelný cíl, který si stanovili, filozofie založená na pozitivním myšlení, psychofarmakoterapie a empatictí zdravotníci: *„Lidem pomáhá ve zvládnutí nemoci spokojenost s životem. S pacienty, hlavně těmi více škarohlídky, hledáme něco hezkého v jejich životě a zpravidla vždycky něco nacházíme. Pak se jim zlepší nálada a zvýší optimismus.“*

Všimla jsem si, že mnoho pacientů čte během hospitalizace a během ambulantní docházky knihy s duchovní tematikou jako je např. new age, etikoterapie apod.

Někdy pomáhá na první pohled banalita. Vzpomínám si na jednu paní, jak se jí nelíbilo na nemocničním pokoji a stále se chtěla stěhovat do jiných pokojů. Velmi svým kverulantstvím štvála personál. Když se jednou chtěla přestěhovat, přišla jsem k ní a říkám jí: *Kdy to Vaše stěhování skončí? Až po léčbě? Tato paní se najednou zarazila a*

uvědomila si, že její pobyt v nemocnici fakt skončí, až bude po léčbě, až se uzdraví. Nejspíše s tím dříve nepočítala, iracionálně si myslela, že tady asi dožije, že tady umře. Poté se zklidnila a její léčba také dopadla dobře.

Při zvládání nepřiměřeného a rušivého psychického napětí, úzkosti a strachu, hlavně v počátečních fázích nemoci, je dobré doporučit některým pacientům medikaci, kterou jim předepíše lékař na oddělení nebo ambulanti psychiater. Přinese jim to klid a lépe se s nimi pak terapeuticky pracuje. V minulosti se psychofarmakoterapie v onkologii moc nevyužívala, situace nyní je již příznivější.

Také musím říci, že ve zvládání starostí kolem nemoci pomáhají pacientům zdravotní sestry a ošetřovatelky, které pracují na našem oddělení.“

4. 4. Deskripce a analýza vlastního pozorování

Hodnotím-li jako tazatel rozhovory s onkologickými pacienty, musím ocenit jejich vstřícnost a odvalu o daném tématu otevřeně a upřímně hovořit. Někteří pacienti mluvili o své nemoci s určitým napětím a naléhavostí, jako by si vypovídáním ze svých nepříjemných zážitků a starostí ulevovali. Často se mě ptali, jestli jejich výpovědi a mnou zpracovávaná studie pomůže jiným onkologicky nemocným.

U informátorky, zdravotní sestry onkologického oddělení jsem zaregistroval určité projevy psychické "utahanosti", plynoucí z velkého osobního nasazení, touhy zajímat se o osudy pacientů na oddělení a pomáhat jim. Tato empatická zdravotní sestra říkala, že je na oddělení mnoho lidí, se kterými by si ráda povídala, ale nemá mnoho času, protože má i jiné povinnosti technického a administrativního rázu. Zaujaly mě její postřehy, záznamy o osudech a pocitech onkologicky nemocných lidí.

Na Onkologickém oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích vládne klid, mezi pacienty navzájem i mezi pacienty a ošetřujícím personálem jsou vztahy velmi korektní.

4. 5. Deskripce a analýza vlastní sebereflexe

Onkologicky nemocný nejsem a tudíž si nemohu plně představit, jak bych takové onemocnění prožíval a zvládal. Mohu se jen domnívat, mohu pouze spekulovat. Záleželo by na mnoha faktorech: na věku, na míře závažnosti onemocnění, na míře

stability mé momentální socioekonomické situace, na aktuální kvalitě mých psycho-
emocionálních vztahů a vazeb, na stávající spokojenosti s životem atd. Každopádně si
dovedu představit, že první období prožívání a zvládání by nebylo vůbec jednoduché,
protože bych musel překonávat mnoho tíživých problémů a adaptovat se na změněnou
životní situaci. Určitě bych ale lépe poznal sám sebe, plně bych si uvědomil (třeba
zpětně), jaké strategie zvládání obtížných situací bych (v počátku zřejmě více
podvědomě a automaticky) volil. Každopádně musím říci, že velmi obdivuji sílu mnoha
pacientů konstruktivním a tvůrčím způsobem bojovat s nepřízní osudu v podobě této
zákeřné nemoci.

5. DISKUSE

Kvalitativní výzkum byl postaven na výpovědích sedmnácti respondentů, včetně vlastního pozorování a sebereflexe. Výpovědi poskytlo patnáct žen a dva muži. Hypoteticky lze uvažovat, že ženy budou v tomto ohledu více komunikativní, nedělá jim tolik potíží o prožívání onkologické nemoci hovořit, mají vyšší potřebou vlastní starosti a radosti sdílet. Muži budou pravděpodobně více uzavření, své prožitky si budou uchovávat více sami pro sebe, víc se budou stylizovali a "hrdinsky" předstírat optimismus. Z tohoto hlediska jsou cenné výpovědi R. Mýlka (2003) a zprostředkované informace o životě v nemoci u P. Dostála (2005).

Vzdělání respondentů, druh nebo fáze jejich onkologického onemocnění či léčby, nebyly v získaných výpovědích respondentů výrazně rozdílné. Všichni prožívali podobné momenty svého onemocnění ve všech jeho fázích, v nulitní fázi, před oznámením výsledků laboratorního vyšetření, během léčby i po ní.

Nicméně jsem si plně vědom toho, že mé postřehy se zakládají na pozorování a mohou být do určité míry i spekulativní. Existující vztahy mezi uvedenými kvalitativními jevy a různými proměnnými může potvrdit nebo vyvrátit pouze kvantitativní výzkum realizovaný na reprezentativním souboru respondentů.

První výzkumná otázka zněla:

„Jak jste svou nemoc prožíval/a nebo prožíváte? Co vás nejvíce trápilo/ trápí?“

Co se týče nulitní (nulové) fáze, tak na základě objevení varovného příznaku se často a logicky u respondentů vyskytuje obava z identifikace onkologického onemocnění. V této fázi se obvykle rychle rozvíjí intrapsychický katastrofický scénář ve spojení se silnou negativní emocí, především strachem. Začnou se automaticky vybavovat hrůzostrašné představy, jak to „určitě“ dopadne, kdyby se jednalo o rakovinu. Imaginární důsledky mají podobu např. ztráty zaměstnání a dalších velkých existenčních problémů. Tyto scénáře jsou umocňovány výběrovými vzpomínkami na příbuzné a známé, kteří byli nebo jsou rovněž vážně nemocní a měli či mají větší

problémy různého druhu. V dalších částech výpovědí respondentů se předpovídané „hororové“ scénáře v takové míře nenaplnují, např. *„Ha, ha, časem jsem zjistila, že se má práce nezbořila kvůli pár dnům nemocenské, ale dokonce ani po mém „hrdinském“ odchodu do invalidního důchodu.“*

Ve výpovědích nebyl zaznamenán moment, kdy někdo z respondentů použil obranný mechanismus popření nebo vytěsnění a výrazně tak odložil návštěvu lékaře, nebyl ani zmíněn fenomén tzv. pštrosí politiky podle O. Dostálové (1989). V této spojitosti se ale několikrát objevil činitel chybné diagnostiky, která může mít za následek někdy až fatální zpoždění aplikace onkologické léčby.

Někteří respondenti zdůrazňovali vzpomínku na velmi nepříjemné období mezi onkologickým vyšetřením a vyzvednutím si výsledků. V té době byla jejich mysl zahlcována katastrofickými scénáři, které se střídaly s uklidňujícími myšlenkami, že může jít o něco „banálního“. Takové prožívání smíšených pocitů jistě způsobuje intenzivní psychoemocionální diskomfort.

Opakovaně byl zmiňován šok po oznámení diagnózy. Objevily se zmínky o panice v myšlení i pozorovatelném chování, např. *„První pocit po sdělení diagnózy je nejhorší. To snad není ani žádný pocit, to je vzduchoprázdno, temno, trvá pár minut, než si člověk uvědomí, co to je to za hrůzu, u co slyšel, protože tomu nechce věřit vůbec...“* Různými formulacemi respondenti popisují sníženou schopnost jasně vnímat informace a racionálně myslet, např. *„Ale já v tu chvíli slyšela jen samé bla, bla, bla...“* Projevy šoku jsou shodné s poznatky F. C. Shontze (1975), E. Kübler-Rossovové (1969). M. J. Horowitz dokonce nazývá šok výkřikem (Křivohlavý a Kaczmarczyk 1995).

Vysoce individuální jsou způsoby, jakými lidé prožívají průběh nemoci. Záleží na mnoha faktorech, některé schematické modely prožívání byly již v teoretické části této diplomové práce zmíněny.

Z výpovědí lze vyzorovat prožívání panické (fáze usebrání podle F.C. Shontze (1975)), prožívání „bojovníka“, který má chuť s nemocí soupeřit a který hledá konstruktivní řešení své situace (Honzák a Kurzová 2001). Objevují se projevy hraného optimismu (Křivohlavý 2002), kdy se pacienti „hlídají“, aby vypadali navenek dobře, ale také strategie celkového stažení se ze sociálního života (fáze stažení se ze hry podle

F.C. Shontze (1975)) .

Pocity strachu, které respondenti ve výpovědích zmínili, lze rozdělit do několika kategorií:

- *strach z možnosti onkologického onemocnění v době nulitní fáze*
- *strach z pozitivních výsledků po prvním laboratorním vyšetření*
- *předoperační strach, že se operace nezdaří*
- *strach z nežádoucích účinků léčby (chemoterapie, radioterapie)*
- *strach ze ztráty ženské atraktivity po amputaci prsu (strach z odchodu partnera)*
- *strach o partnera v případě, že pacient v důsledku nemoci zemře*
- *strach z neúspěchu poléčebného začleňování se do pracovního kolektivu*
- *strach z poléčebného omezení pracovního výkonu, z pracovní nedostačivosti*
- *strach z návratu nemoci*

Další prožívanou emocí byl pocit osamělosti z vlastnění specifického problému, kterému nemohou druzí, kteří nejsou takto nemocní, porozumět. S tím souvisí pocit smutku, popř. zlosti. Na negativně emocionálně sycenou otázku „Proč zrovna já?“ upozornila již E. Kübler-Rossová (1969). Respondenti ve výpovědích zmiňují rovněž pocity agrese, např. ve spojitosti s prožíváním nežádoucích účinků onkologické léčby, kdy svůj stav srovnávají se stavem před léčbou. Z textů i výpovědí bylo zřejmé, že různé emocionální stavy a nálady se střídají a prolínají, a to i po několika letech po zjištění onemocnění.

Závažnou informací se ukázala skutečnost, že se respondenti a jejich rodiny často brání podrobnějším informacím o stavu a další prognóze onemocnění. Mají obavu z toho, co by se dál dělo, jak by jednali v případě sdělení nepříznivé předpovědi, jak by čelili intenzivnímu psychickému stresu. Nevýhodou strategie „pštosí politiky“, kterou volí, může být ztráta času pro uspořádání si posledních věcí, pokud by byla prognóza nepříznivá.

V této souvislosti lze uvést výrok T. Learyho (1998), který břitkými a ostrými slovy postihuje vztah soudobé západní kultury k fenoménu utrpení: Většina lidí je vycvičena,

aby čelila utrpení stejně jako životu. V roli oběti, bezmocně, ustrašeně, rezignovaně. Naše slovná západní kultura je pomatená. Všichni vědí, že trpíte, ale přitom hovoří o novém autě, jako byste se najednou stali idiotem a vyžadovali neškodné rozptýlení. Ale nikdo s vámi už nechce moc probírat kvalitu vašeho života.

Druhá výzkumná otázka zněla:

„Jak jste řešil/a psychické, vztahové a jiné problémy, které se objevily v souvislosti s vaší nemocí? Co vám pomohlo/pomáhá, nepomohlo/nepomáhá?“

V teoretické části diplomové práce byly uvedeny různorodé způsoby zvládnání a řešení psychosociálních problémů spojených s onkologickým onemocněním (Hučín 2000, Křivohlavý 2001 a 2002, Tschuschke 2004). Výsledky kvalitativního výzkumu tyto již publikované poznatky potvrdily. Respondenti navíc zmiňovali následující čtyři způsoby, které nejsou v odborné literatuře zaznamenány, nebo jim je věnována pouze okrajová pozornost:

- *negativní a pozitivní externalizace onkologické nemoci*
- *psaní autobiografie se zaměřením na hezké stránky svého života*
- *zážitek intenzivní události (jedná se spíše o sociální okolnost než o způsob)*
- *zooterapie, resp. canisterapie*

Respondenti ve svých výpovědích nejčastěji uváděli následujících dvanáct protektivních činitelů nebo způsobů, které jim pomáhaly zvládat jejich nemoc:

1. Podpora rodiny a blízkých, pevné citové pouto k partnerovi

Téměř každý respondent dával tento ochranný faktor na přední místo. Daný psychosociální činitel je v podstatě těžko nahraditelný. Intimní a důvěrné prostředí vyvolává pocit bezpečí, ventiluje a eliminuje pocity beznaděje a smutku (možnost vypovídat se a vyplakat), dává nemocnému motivaci a smysl se svou nemocí bojovat.

2. Pochopení, podpora ze strany odborníka (lékaře, psychologa, zdravotní sestry)

Zmiňována byla láskyplnost, trpělivost a empatie. Z mnoha výpovědí bylo zřejmé, že „slovo, které pomůže, nemůžeš si říci sám“. Očekávána byla i podpora ze strany zaměstnavatele - zájem o nemocného, komunikace s ním, dávání najevo, že se s ním stále „počítá“.

3. Spokojenost s životem

Významným protektivním faktorem byla spokojenost s životem. Spokojený člověk, který dosáhl v životě cílů, jež si stanovil, se vážnou nemocí tolik netrápí a snáze se s ní smíruje, protože „*má už uděláno*“.

4. Životní cíle, kterých chtějí nemocní ještě dosáhnout

Životní cíl respondentů zvyšoval jejich motivaci s nemocí bojovat. Obsah cíle může být značně individuální. Může se jednat o odmaturování vnučky, dostavění domu, dopsání encyklopedie aj.

5. Víra ve smyslu náboženském a ve smyslu naděje do budoucna

Respondent (vnitřně věřící pacient) není ve svém utrpení sám, je s ním Bůh. Chrání ho, dává jeho utrpení smysl, zvyšuje motivaci s nemocí bojovat a dává mu naději do dalšího života - „*Bůh vás zkouší a vy ho nesmíte zklamat*“. V této souvislosti respondenti často mluvili o menším strachu ze smrti (pomáhá úlevná představa posmrtného života, ať už v jakékoliv podobě).

6. Pozitivní vnímání reality a hledání výhod z nemoci

Respondenti často hledají něco pěkného ve svém stávajícím životě, co mohou ještě prožít. Nalézání pozitivních věcí a činností zvyšuje jejich motivaci bojovat s nemocí, snižuje míru prožívaného utrpení, dává to jejich životu v nemoci smysl – „*Snažím se i na špatných věcech vidět něco dobrého, aby nebyly tak tragické a lépe se snášely*.“ Pozitivní inspiraci získávají četbou literatury, v zájmových činnostech, prožitkových aktivitách, všude, kde mají přátele a blízké. Onemocnění jim pomáhá vytvořit si nový

náhled na život, uvědomit si hloubku lidských kvalit přátel a blízkých.

7. Pomoc druhým, sdílení starostí s podobně nemocnými

V tomto směru je potřebné vyzdvihnout užitečnost a potřebnost svépomocných společenství. Pacienti si uvnitř takových organizací uvědomují pocit užitečnosti. Pomoc druhým dává jejich životu v nemoci velký smysl. Jsou „mezi svými“, zažívají pocit sounáležitosti, porozumění a podpory. Mohou neskrytě ventilovat a sdílet své specifické problémy.

8. Pozitivní a negativní externalizace onkologické nemoci

V rámci pozitivní externalizace byla rakovina vnímaná jako Bes (bestie). R. Mýlek (2003) ji přijal jako „hosta“ a tak mohl urychlit příchod fáze smíření. V rámci negativní externalizace byla rakovina pojímaná jako „nevítaný host“, jako „mrcha“ a „svině“, se kterou je třeba nekompromisně bojovat.

9. Humor

Humor zvyšuje náhled na nepříznivou životní situaci. Humorné zpracování nepříjemné reality ulevuje od psychického napětí a dodává životní energii. Ve výpovědích respondentů se objevovala nejen lehká humorná nadsázka, ale i humor černý až šibeniční.

10. Psaní autobiografie

V autobiografiích byly obsaženy vedle prožitků souvisejících s nemocí i autentické výpovědi respondentů o životě, jeho smyslu a hodnotách. Obsahovaly vzpomínky na vše hezké v uplynulém čase, objevovaly se rady blízkým.

11. Zážitek intenzivní události

Prožití intenzivní události odvádí pozornost od negativních myšlenek spojených s nemocí, nutí respondenta soustředit se něco jiného. Konkrétně byly zmiňovány tehdejší události kolem záplav. Představa, že někteří lidé jsou na tom ještě hůře, protože ztratili

střechu nad hlavou, přinášela respondentům alespoň na chvíli úlevu, ale také zvyšovala jejich pocit sounáležitosti a empatii s postiženými lidmi.

12. Zooterapie, resp. canisterapie

Rovněž starosti a radosti respondentů s domácími zvířátky často odvádí jejich pozornost od negativních myšlenek, zvyšují pocit užitečnosti, smysluplnosti života a vzájemné blízkosti.

Z výpovědí respondentů o překážkách při zvládnání psychosociálních problémů spojených s jejich nemocí, lze zmínit pět informací, které potvrzující poznatky J. Křivohlavého (1989, 2002):

- *Nepříjemné zážitky se zdravotníky, netečnost, netaktnost a zlost zvyšující úzkost, strach a beznaděj.*
- *Ztráta zdravého partnera nebo jeho "nešikovnost" ve smyslu nepochopení prožívání partnera nemocného.*
- *Očividný neutěšený stav a beznaděj spolupacientů ("přenáší depresi na mě...").*
- *Předstíraný optimismus ("Snažím se tvářit jako hrdinka, ale stoprocentně mi to nejde, občas propadám lítosti a obtížně se jí bráním.").*
- *Emocionální uzavřenost jako osobnostní charakteristika a s tím související rizikový faktor obranného mechanismu intenzivního vytěsňování nepříjemných myšlenek spojených s nemocí.*

6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky výše uvedeného kvalitativního výzkumu podporují a v některých momentech doplňují nebo rozšiřují informace uvedené v teoretické části práce. Bude užitečné ve výzkumu, ať už kvalitativním nebo kvantitativním pokračovat a získané výsledky převést do praxe. Zvýšení psychosociální pohody u onkologicky nemocných determinuje zvýšení kvality jejich života.

Získané výsledky dokládají důležitost individuálního přístupu k onkologicky nemocným. Každý pacient je jiný a každému z nich pomáhá něco jiného.

Ve výsledcích výzkumu se také odráží účinnost skupinové psychoterapeutické práce, zřejmý je efekt svépomocných sdružení, jejichž vznik a existence by měla být finančně, prostorově a profesně podporovaná. Tyto společenství by měly být pojímány ve smyslu doplňujících a podpůrných spolupráce, pak je jejich význam evidentní.

Diplomová práce bude nabídnuta k nahlédnutí, diskusi a případnému využití lékařům, psychologům a zdravotním sestřám Onkologického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích a členkám sdružení onkologických pacientů ARCUS-ŽIVOT.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AJMOVÁ, J. Novotvary v České republice – rok 2002. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR*. Praha: 2004, č. 80, s. 1.
- AURELIUS, M. *Hovory k sobě*. Praha: Svoboda, 1969.
- BAHNÍK, V. *O lásce, přátelství a štěstí (Antické sentence)*. Praha: Mladá fronta, 1997.
- BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: ALBERT, 1999.
- BECKER, E. *The Denial of Death*. New York: Simon & Schuster, 1985.
- BENDOVÁ, M., HONZÁK, R. Telekonference s onkologickými pacientkami (Předběžné sdělení). *Praktický lékař*. Praha: 2001, roč. 81, č.9 s. 531-532.
- BERNE, E. *Co řeknete až pozdravíte*. Praha: Lidové noviny, 1997.
- BLAŽEK, B., OLMEROVÁ, J. *Krása a bolest*. Praha: Panorama (Pyramida), 1985.
- BORECKÝ, B. *Píši ti, příteli*. Praha: Odeon, 1975.
- CUMMINSOVÁ, D. *Záhady experimentální psychologie*. Praha: Portál, 1998.
- DENTEMAROVÁ, CH., KRANZOVÁ, R. *O hněvu*. Praha: Lidové noviny, 1996.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2002.
- DOLEJŠÍ, V. Bolesti čelil šibeničním humorem, pořád byl vtipný. *MF Dnes*. Praha: 2001, 26. 7., s. A/10.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Skupinová psychoterapie u zhoubného nádorového onemocnění*. Uvedeno v: Syřišťová, E. a kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989.
- EIS, Z. *Starost a starosti*. Praha: JEŽEK, 1995.
- FILIBERTI, A., RIPAMONTI, C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients (abstract). *Tumori*, 2002, roč. 88, č. 3, s. 193-199.
- GOODWIN, J., S., HUNT, W., O., KEY, C., R., SAMET, J., M. The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients (abstract). *Journal of the American Medical Association*, 1987, roč. 258, s. 3125 – 3130.

- GULÁŠOVÁ I. Psychologický přístup a komunikácia sestry s onkologicky chorým pacientom. *Kontakt*. České Budějovice: 2004, č. 2, roč. 6, s. 79-86.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Možnosti individuální a skupinové psychoterapie u nemocných se závažnými krevními chorobami, se zvláštním zřetelem k nemocným akutní leukémií*. Uvedeno v: Syřišťová, E. a kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK, 1991.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000.
- HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum, 1989.
- HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. První pomoc při psychických traumatech. *Praktický lékař*. Praha: 2001, roč. 81, č. 4, s. 221 – 223. (1)
- HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. První pomoc při psychických traumatech (část II.). Péče o rodinu pacienta. *Praktický lékař*. Praha: 2001, roč. 81, č. 5, s. 288 – 292. (2)
- HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. První pomoc při psychických traumatech (3. část). *Praktický lékař*. Praha: 2001, roč. 81, č. 9, s. 524 – 526. (3)
- HUČÍN, J. *Hovory o psychoterapii*. Praha: Portál, 2001.
- HUČÍN, J. Spokojený člověk se smrtí nebojí. *Psychologie Dnes*. Praha: 2000, č. 11. Dostupné z: <http://psychologie.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=649>.
- HUČÍN, J. Uzdraví se jen ten, kdo se uzdravit chce. *Psychologie Dnes*. Praha: 2004, č. 11. Dostupné z: <http://psychologie.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=4333>.
- JUNG, C., G. *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis, 1994.
- KESSIDI, F., CH. *Sókratés*. Praha: Svoboda, 1980.
- KOCINOVÁ, S. Rozhovor pro Český rozhlas I – Radiožurnál. Praha: 2003, 22. 4.
- KOUKOLÍK, F. *Možek a jeho duše*. Praha: Makropulos, 1995.
- KOUKOLÍK, F. *O nemocech a lidech*. Praha: Makropulos, 1998.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Základy stupidologie. Život s deprivanty II*. Praha: Galén, 2002.

- KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997.
- KRTIČKOVÁ, K. Onkologicky nemocný v rodině. *Psychologie Dnes*. Praha: 2005, č. 2, roč. 11, s. 22-23.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994.
- KŘIVOHLAVÝ J. Neztrácejte naději. *Psychologie Dnes*. Praha: 2003, č. 4, roč. 9, s. 20–21.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002.
- KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Skupinová psychoterapie a resocializace u tělesně vážně postižených osob*. Uvedeno v: Syřišťová, E. a kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995.
- KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying. What the dyings have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Mcmillan Publ. Comp., 1969.
- Uvedeno v: Haškovcová, H. *Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK, 1991.
- LEARY, T. *Plán umírání*. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 1998.
- LEHOVCOVÁ, M. Jaký může mít lidské utrpení smysl? *Psychologie Dnes*. Praha: 2004, č. 2, roč. 10, s. 26–27.
- LEMEŽ, P. Vzestup léčitelství v onkologii v ČR během posledního desetiletí. *Zpravodaj SISYFOS*. Praha: 2001, č. 3, roč. 7, s. 7-8.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999.
- MÝLEK, R. *Já a Bes*. Praha: Triton, 2003.
- PACLT, I., KEBZA, V. *Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba*. Praha: SZÚ, 1999.
- PAVLATOVÁ, E. *Bojíte se smrti?* Praha: Olympia, 2001.

- PÁLKOVÁ, I. Komplexní onkologická péče o nemocné s nádorovým onemocněním plic se zaměřením na léčbu podpůrnou. *Klinická onkologie*. Praha: 2001, zvláštní číslo 1, s. 7–9.
- PEŠEK, R. *Potenciální účinnost metody sokratického zpochybňování u psychických problémů spojených s těžkým zdravotním postižením, umíráním a smrtí*. České Budějovice, 2004. Ročníková práce na ZSF JU, Katedra psychiatrie a psychologie. Vedoucí ročníkové práce: V. Chodura.
- PETRÁŠOVÁ, L. Přišla jsem o prs, ale žiji. A ráda. *MF Dnes*. Praha: 2005, 10. 10., s. A/7.
- PRAŠKO, J. A KOL. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Praha: PCP a Janssen-Cilag, 1998.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing, 1996.
- PRAŠKO, J., KYRALOVÁ, I. A KOL. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. Praha: PCP, 1998.
- RABOCH, J. *Očima sexuologa*. Praha: Avicenum, 1988.
- SHONTZ, F., C. *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: McMillan, 1975. Uvedeno v: Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1999.
- SVATOŠOVÁ, M. Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. *Kontakt*. České Budějovice: 2003, č. 3, roč. 5, s. 117 – 121.
- TRIOLETOVÁ, E. *Nikdo mě nemá rád*. Praha: ELK, 1947. Uvedeno v: Haškovcová, H. *Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK, 1991.
- TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004.
- TOMANOVÁ, M. Zhoubné nemoci čelí ženy díky přátelství a sportu. *Českobudějovické listy*. České Budějovice: 2003, 8. 2.
- VACA, J. Sama měla rakovinu, Dostál jí pomáhal. *MF Dnes*. Praha: 2005, 26. 6., s. A/11.
- VODVÁŘKA, P. *Sociální práce na onkologii – úvod do problematiky*. Uvedeno ve sborníku: *Podpůrná léčba v onkologii 2003*. Ostrava FNŠP: 2003, s. 179–182.

VOJÁČKOVÁ Z. *Kromě prsu mi nic nechybí*. Praha: Triton, 2003.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Geriatrická thanatologie*. Uvedeno v: Baštecký, J. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994.

WEINGARTEN, G. *Rádce hypochondra od kolébky po rakev*. Praha: METRAMEDIA, 2000.

WILKOVÁ, S., KARÁSKOVÁ, I. Závod o život. *Magazín DNES*. Praha: 2005, č. 31, s. 16–21.

ZÁMEČNÍK, J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. České Budějovice: ZSF JU, 2002.