UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

FENOMÉN NADĚJE V ONKOLOGICKÉM ONEMOCNĚNÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Debelková**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc**.

2021

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE

FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE

DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

THE PHENOMEN OF HOPE DURING AN ONCOLOGY DISEASE

Bachelor's Thesis

Author: **Martina Debelková**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2021

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne ……

Martina Debelková

Poděkování

Na prvním místě mé velké díky patří doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc za vedení, neuvěřitelnou trpělivost, pohotovost a dobré rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla během těžkých chvil oporou. Jmenovitě pak mé díky věnuji A. Ovčarikovi, za technické poradenství a MUDr. T. Rýznarovi za psychickou podporu.

Obsah

1 Úvod 8
2 Nádorová onemocnění 10
2.1 Nádorová onemocnění úvodem 10
2.2 Základní dělení nádorů 10
2.3 Etiologie nádorů 11
2.3.1 Vnější vlivy 11
2.3.2 Vnitřní vlivy 13
2.4 Léčba nádorových onemocnění 13
2.4.1 Možné způsoby onkologické léčby 14
2.5 Účinnost léčby nádorů 15
3 Potřeby člověka 16
3.1 Dělení lidských potřeb 16
3.2 Maslowova hierarchie potřeb 18
3.2.1 Fyziologické potřeby 19
3.2.2 Potřeby jistoty a bezpečí 19
3.2.3 Potřeby sounáležitosti a lásky 19
3.2.4 Potřeby uznání a sebeúcty 20
3.2.5 Potřeby seberealizace 20
3.3 Další teorie motivace lidských potřeb 20
3.3.1 Teorie Viktora Emanuela Frankla 20
3.3.2 Teorie Stephena Coveya 21
3.3.3 Vroomova teorie očekávání 22
3.3.4 McClellandova teorie získaných potřeb 22
3.3.5 Murrayho teorie 22
3.3.6 Frommova teorie 23
3.4 Potřeby nemocného člověka 23
3.4.1 Faktory ovlivňující saturaci potřeb nemocného 24
3.5 Ošetřovatelský proces naplnění potřeb v nemoci 25
4 Sdělování diagnózy a její prožívání 27
4.1 Sdělování onkologických diagnóz 27
4.2 Fáze umírání dle Kübler-Rossové 29
4.2.1 Fáze šoku 30
4.2.2 Fáze zloby a vzteku 30
4.2.3 Fáze uklidnění a smlouvání 31

4.2.4 Fáze deprese 32
4.2.5 Fáze odevzdanosti a smíření 33
4.3 Komunikace s nemocným v jednotlivých fázích umírání 34
4.3.1 Komunikace ve fázi šoku 34
4.3.2 Komunikace ve fázi zloby a vzteku 34
4.3.3 Komunikace ve fázi uklidnění a smlouvání 35
4.3.4 Komunikace ve fázi deprese 35
4.3.5 Komunikace ve fázi odevzdanosti a smíření 36
4.4 Profesionální přístup sestry k onkologickým pacientům 36
4.5 Nádorová bolest 36
4.5.1 Konceptuální model bolesti 37
4.5.2 Bolest v ošetřovatelském procesu 38
4.5.3 Dělení bolesti 38
4.6 Některé ošetřovatelské diagnózy NANDA vztahující se k onkologii a naději 39
5 Naděje 42
5.1 Co je to naděje 42
5.2 Snyderovo pojetí psychologie naděje 42
5.3 Komplexní pojetí naděje 43
5.3.1 Reálná naděje 43
5.3.2 Částečně reálná naděje 43
5.3.3 Iracionální naděje 44
5.4 Pozitivní vliv naděje 45
5.5 Naděje v nemoci 46
5.5.1 Význam naděje pro nevyléčitelně nemocné 48
5.6 Naděje v pandemii 49
6 Paliativní péče 51
6.1 Naděje v paliativní péči 51
6.2 Jak měřit naději 52
7 Metodika výzkumu 54
7.1 Výzkumné otázky 54
7.2 Zpracování získaných dat 55
7.3 Přehled identifikačních údajů 55
8 Analýza a interpretace získaných dat 57
8.1 Dílčí výzkumná otázka č.1 57
8.2 Dílčí výzkumná otázka č.2 65
8.3 Dílčí výzkumná otázka č.3 70

8.4 Dílčí výzkumná otázka č.4 76
8.5 Dílčí výzkumná otázka č.5 85
9 Diskuze 92
10 Závěr 101
Abstrakt 103
Seznam bibliografických zdrojů 105
Seznam použitých zkratek 107
Seznam obrázků 108
Seznam tabulek 109
Seznam grafů 111
Přílohy 112

1 Úvod

Každým dnem všichni z nás v něco doufají. Dalo by se tedy říct, že naděje je nedílnou součástí našich životů. Touto nadějí nemusíme myslet jen *obsáhlé naděje*, které se vztahují na významné situace či problémy. I přes to, že tato naděje je každodenní složkou nás všech, do povědomí medicíny se ale převážně nedostala. Kolik lékařů za svoji praxi předepíše pacientům naději?

V 80. letech 20. století jsme mohli často slýchat, že nemocným nikdy nelze vzít naději. Ačkoliv tato naděje nebyla blíže popisována ani specifikována, mohli bychom odvodit, že z ní prakticky vyvěrá tzv. *pia fraus* neboli milosrdná lež. Dnes tomu tak již není, protože každý pacient má nyní právo na ucelené a pravdivé informace, ačkoliv mohou být velmi neblahé.

Klinická zkoumání odvozená od životních osudů onkologických pacientů poukazují na obrovský fyziologický, psychologický, behaviorální i filozofický význam naděje ve vztahu ke zdravotnické péči. Naděje je také jedním z nejpodstatnějších aspektů kvality života nemocných, a to hlavně v období závažné nemoci. Dokonce je i prokázaný její vliv na proces uzdravení. Je tedy velmi přínosné si pocit naděje zejména při nemoci udržet *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

Proč jsem se tedy rozhodla tématem *fenomén naděje v onkologickém onemocnění* zabývat? Ze své osobní zkušenosti vím, že nadějí jako takovou se zabývá málokdo, kdo zrovna nemá žádný problém. Většina lidí si totiž význam a potřebu naděje uvědomí až ve chvíli, kdy se dostane do nestandardní a obtížně řešitelné situace. A tou bezesporu onkologické onemocnění je. Sama jsem se s tím setkala na praxích v nemocnici, kdy jsem se laicky snažila pacientům naději podpořit, někdy úspěšně, někdy nikoliv. V tu chvíli, jsem se o dané téma začala více zajímat a rozhodla se, že si sama pro sebe chci nastudovat něco víc z tohoto odvětví. Bohužel jsem zjistila, že na téma *naděje v nemoci,* nebo konkrétně *naděje v onkologickém onemocnění* příliš publikací není. A to byl také důvod, proč jsem se rozhodla na toto téma psát svou bakalářskou práci a formou rozhovoru zjistit další poznatky toho, jak vlastně onkologicky nemocný pacient naději vnímá. V neposlední řadě bych byla ráda, kdyby má práce nakonec sloužila i zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.

Teoretická část práce je rozdělena do několika kapitol. V první se zabýváme nádorovým onemocněním, základním dělením, etiologií, léčbou nádorů a účinností léčby nádorů. Ve druhé pak potřebami člověka, dělením lidských potřeb, Maslowovou hierarchií lidských potřeb a dalšími teoriemi, potřebami nemocného člověka a ošetřovatelského procesu naplnění potřeb v nemoci. Třetí kapitola je zaměřená na sdělování diagnózy a její prožívání, konkrétně sdělováním onkologických diagnóz, fázemi umírání dle Kübler-Rossové a komunikací v těchto jednotlivých fázích, profesionálním přístupem všeobecných sester k onkologicky nemocným pacientům, nádorovou bolestí a také je v této kapitole seznam vybraných ošetřovatelských diagnóz NANDA vztahujících se k onkologii a naději. Celá čtvrtá kapitola je zaměřená na naději jako takovou. Je zde rozebráno, co to vlastně naděje je, jak pojal psychologii naděje Snyder, dále zde probíráme komplexní pojetí naděje a její pozitivní vliv, naději v nemoci a také v období pandemie. Pátá a zároveň poslední kapitola teoretické části se zabývá paliativní péčí, nadějí v paliativní péči a také jak ji měřit.

V empirické části analyzujeme výsledky kvalitativního výzkumu, který se týká právě vnímání naděje onkologicky nemocným pacientem. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru opírajícího se o dotazník, který neměly respondenti k dispozici. Odpovědi nemocných jsou kolikrát velmi emotivní a specifické, tudíž jsou zaznamenávány převážně do tabulek, kde jsou zapsány v přímé řeči tak, jak je pacient opravdu uvedl.

2 Nádorová onemocnění

2.1 Nádorová onemocnění úvodem

Nádorová onemocnění se v dnešní době řadí na druhé místo v příčinách úmrtí a také jsou významným důvodem, kvůli kterému jsou lidé invalidní, nebo pracovně neschopní.

U onkologických pacientů je vyžadována mnohostranná spolupráce, jelikož tito pacienti netrpí jen fyzicky, ale také jsou často psychicky traumatizováni a mají problémy v sociální sféře. Pro pacienty s nádorovým onemocněním jsou určeny speciální onkologické jednotky. Mnohdy jsou však hospitalizovaní i na jiných nemocničních jednotkách počínaje například jednotkami intenzivní péče přes interní či chirurgické jednotky až po léčebny dlouhodobě nemocných. Vzhledem k psychickému stavu pacientů je velmi důležité, aby nemocniční personál spolupracoval nejen s pacientem, ale také s jeho rodinou a přáteli *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

2.2 Základní dělení nádorů

Nádory dělíme na základě biologické povahy na **nádory benigní** a **maligní**. Dále pak víme o typech nádorů, které se neřadí ani do jedné skupiny, nýbrž stojí někde uprostřed, a to jsou **nádory s nejistým biologickým potenciálem** a **karcinomy in situ** *(Tomáš Büchler a kol., 2019).*

- **Benigní tumory** většinou nerostou rychle, mají pomalou mitózu a polymorfie jader bývají malé. Podle Tomáše Büchlera a kolektivu (2019) se benigní tumory *„… vyznačují expanzivním typem růstu s útlakem okolních struktur, ty často podléhají tlakové atrofii. V případě nepříznivé lokalizace (intrakraniálně, intraspinálně) však mohou být fatální.“* Tyto nádory (ač jsou původně benigní) se mohou časem stát maligními.
- **Maligní nádory** oproti tomu mají tzv. dysplazii, což je mikromorfologická změna. Tyto nádory jsou typické velmi invazivním růstem. Mitotické dělení je u nich mnohem rychlejší a rozdíl oproti benigním nádorům je hlavně ten, že infiltrují a následně ničí okolní struktury. Typickým znakem maligního nádoru je také schopnost metastazovat nejčastěji do predilekčních míst. Nejčastějším příkladem maligního nádoru a jeho metastázy by mohl být karcinom plic s metastází v nadledvinách. Základní srovnání benigních a maligních nádorů je zaznamenáno v tabulce č. 1.

	Benigní	Maligní
Růst, ohraničení	• roste expanzivně • ohraničený pouzdrem	• infiltrativní růst • bez opouzdření
Jádra, mitotický index	• okrouhlé, pravidelné jádro • nižší mitotická aktivita	• nepravidelná hyperchromní jádra • někdy prominující nukleolus • vyšší mitotická aktivita
Metastazování	• ne	• ano

Tabulka č.1: Základní rozdíly benigních a maligních nádorů
(Zdroj: Büchler a kol., 2019)

- **Nádory nejistého biologického chování** jsou typické tím, že u nich v podstatě z žádného vyšetření nejde předpovídat jejich budoucí chování. Není tedy jasné, jestli budou metastazovat, či se budou chovat neagresivně a nepřinášet tudíž pro pacienta žádné nebezpečí.
- **Karcinom in situ** je dalším typem nádorů. Typický je tím, že není útočný a také není schopen metastazovat. Tomáš Büchler a kolektiv (2019) ve své knize uvádí: *„Dle stupně dysplazie (a s tím související i narůstající počet mutací) dělíme neinvazivní léze na dysplazie low-grade (LG) a high-grade (HG). Pokročilé dysplazie typu HG a karcinom in situ (CIS) (...) se od invazivního karcinomu liší pouze přítomností neporušené bazální membrány, na které afekce leží“ (Tomáše Büchler a kol., 2019).*

2.3 Etiologie nádorů

Lidé, které postihne nádorové onemocnění, se často dotazují na příčinu vzniku této nemoci. Mnohdy si ale i známé odpovědi nepřipouštějí, potlačují je a nechtějí si připustit možnosti, jak skutečně riziko vzniku malignity snížit.

Příčiny vzniku malignit by se daly shrnout na tzv. komplexní příčiny, které bychom dále mohli rozdělit na *faktory zevní* a *faktory vnitřní* neboli *genetické (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

2.3.1 Vnější vlivy

Podle epidemiologických studií je známo, že zevní vlivy mají na vznik nádorového onemocnění nemalý vliv. Tyto vlivy bychom neměli podceňovat. Naopak, bylo by dobré je v každodenním životě zmírnit, co nejvíce nám to jde. Mezi nejdůležitější vnější faktory ovlivňující vznik nádorového onemocnění a s nimi spojenou i mortalitu, patří kouření

tabákových výrobků, pohybová aktivita, výživové faktory a infekce. Dále to pak může být profesionální expozice, sexuální chování, ionizující a UV záření, znečištění životního prostředí, geografické vlivy, přírodní fyzikální vlivy, nebo potravinářská aditiva *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

Mortalita v souvislosti s kouřením tabákových výrobků se pohybuje velmi vysoko. Ze všech úmrtí na karcinom plic je u mužů 90 % z nich způsobeno právě zmiňovaným kouřením. U žen se pak toto číslo pohybuje okolo 75-80 %. Ale bohužel, to u karcinomu plic nekončí. S kouřením se zvyšuje také incidence nádorů močového měchýře, děložního čípku, slinivky břišní, či ledvin. Velkému riziku jsou taktéž vystavení i pasivní kuřáci, což jsou primárně nekuřáci, kteří jsou však nuceni vdechovat cigaretový kouř např. v uzavřených prostorech. Příkladem by mohli být děti kuřáků inhalující kouř v osobních automobilech *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

Co se týče pohybové aktivity, je dobře známo, že cvičení (spolu s kalorickým deficitem) vede k snížení hmotnosti, což je dobrý vliv na prevenci před vznikem nádorů. Podle studií však pozitivní vliv fyzické aktivity nezávisí na hodnotě Body Mass index. Je tedy možné dodat, že tato pozitiva pohybu tkví v povzbuzování imunitního systému. Ne každé cvičení ale tento efekt má. Potenciál snížit riziko vzniku nádorů má aktivita o délce trvání alespoň půl hodiny denně. Cvičením se výrazně snižuje riziko vzniku karcinomu tlustého střeva, konečníku a u žen také prsu *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

Když se zaměříme na výživové faktory, i drobné změny ve stravování mohou výrazně zlepšit náš zdravotní stav. Lidé často říkají, že jídlo se dá považovat jako lék, ale taky jako jed. To, co jíme, ovlivňuje jak naše zdraví, tak i celkovou kvalitu našeho života a v neposlední řadě i jeho délku. Výživa neboli nutrice, se může podílet na boji nejen s maligním onemocněním, ale také s chorobami kardiovaskulárního systému, artritidou, nebo dokonce i se stresem, nespavostí atd. *(Arens, 1998)* Nutrice má na celkové mortalitě způsobené rakovinou podíl až 35 %. Nadměrný kalorický příjem nevykompenzovaný dostatečnou aktivitou, vede k přibírání a následně až k obezitě, která má negativní vliv na lidské zdraví a je odpovědná za velký podíl malignit. Ideálně by strava měla být pestrá a většina konzumovaného jídla by měla být rostlinného původu *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

Další podstatný vnější faktor ovlivňující vznik nádorového onemocnění je infekce. Prvotní zkušenost s DNA i RNA viry způsobujícími typické choroby byla se zvířaty, a pak až teprve s lidmi. Mezi viry, které mají nejzávažnější vliv na vznik malignit v Evropě, patří virus hepatitidy B (souvislost se vznikem karcinomu jater), Helicobacter pylori (vysoká prevalence infekce spjata s karcinomem žaludku) a lidský papilomavirus (nejčastěji způsobuje rakovinu děložního čípku). Existují i další viry, které patří v oblastech mimo Evropu k důležitým faktorům pro vznik malignit. K těmto virům se řadí: EB virus, humánní herpes virus 8 a virus humánní T-buněčné leukemie *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

2.3.2 Vnitřní vlivy

Nádorová onemocnění jsou zapříčiněna genetickými změnami v rámci buněk, které mohou být způsobeny již zmiňovanými vnějšími vlivy. Vyjma vnějších faktorů však existují také vrozené mutace, vyskytující se ve všech organických buňkách, které pak mají sklon ke vzniku konkrétního nádoru, nebo i více typů nádorů. Dědičně vzniklé nádory však tvoří jen malou skupinu ve srovnání s nádory vzniklými vlivem vnějších faktorů. O dědičně vzniklých nádorech odborně hovoříme jako o tzv. familiárně vzniklých. Pojmenováním „familiární výskyt“ pak označujeme fakt, že se určitý typ nádoru objevil v jedné rodině opakovaně. Když se pak v nějaké rodině zjistí tento familiární výskyt, doporučuje se zahájení, popř. zvýšení frekvence preventivních kontrol. U mladších osob postižených nádorem je důležité se aktivně zajímat o nádory dalších členů rodiny. Je tomu tak z důvodu toho, že tato onemocnění s familiárním výskytem postihují osoby v mladším věku než nádory s výskytem nefamiliárním. Příkladem by mohl být karcinom prsu, obvykle vznikající po 50. roce života. Dědičný neboli hereditární karcinom pak bude vznikat již o 10 let dříve, tudíž kolem 40. roku života. Za jeden rok si diagnózu „nádorové onemocnění“ v ČR vyslechne na 40 000 lidí, z čehož až 10 % může být dědičných. Mezi nejčastější nádory hereditárního původu řadíme: hamartomatózní polypózní syndromy, familiární adenomatózní polypózu, hereditární nepolypózní kolorektální karcinom nebo hereditární typ nádorů prsu či vaječníků *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

2.4 Léčba nádorových onemocnění

U každého pacienta s nádorovým onemocněním se uplatňuje jiná strategie terapie. Tyto strategie se odvíjejí od celkového zdravotního stavu pacienta – subjektivních a objektivních potíží, dále od typu nádoru, a v neposlední řadě je důležitým faktorem také stadium nemoci, ve které se pacient nachází. Jelikož je každý pacient jiný a my volíme v terapii různé

strategie, je důležité si před zahájením samotné léčby nádorových onemocnění vytyčit jasný a splnitelný cíl, kterým se budou zdravotníci řídit, a se kterým by se měl ztotožnit samozřejmě i pacient. Díky tomu pak bude nemocný obeznámen s tím, jak bude léčba probíhat, a co od ní má případně očekávat *(Tomáš Büchler a kol., 2019).*

Tomáše Büchler a kolektiv (2019) dělí ve své knize onkologickou léčbu podle cíle na:

- *„**Kurativní** – snahou je kompletní vyléčení nemoci*
- ***Potenciálně kurativní** – snahou je kompletní vyléčení nemoci, avšak s nejistým výsledkem (např. snaha o dosažení resekability)*
- ***Paliativní** – snahou je zmírnění symptomů nemoci, zlepšení kvality a prodloužení života pacienta“*

2.4.1 Možné způsoby onkologické léčby

Způsoby, kterými se lze řešit nádorové onemocnění jsou **chirurgická léčba**, **radioterapie** a **systémová léčba**. Do systémové léčby pak spadá např. chemoterapie nebo imunoterapie. Systémová léčba by se dala rozdělit ještě dále na terapii adjuvantní a neoadjuvantní *(Tomáš Büchler a kol., 2019).*

Tomáš Büchler a kolektiv (2019) také uvádějí, že *„radikální chirurgický výkon může být kombinován s adjuvantní nebo neoadjuvantní léčbou systémovou (chemoterapií, hormonální a/nebo cílenou léčbou) nebo radioterapií, případně kombinací v podobě chemo-radioterapie. Další možností kombinace léčby chirurgické a systémové je perioperační chemoterapie.“*

- **Adjuvantní terapie** – je terapie, která nastává až po chirurgickém výkonu či radioterapii. Cílem této terapie je co největší snížení rizika znovuvzplanutí již v minulosti radikálně vymýcených mikrometastáz. Nejtypičtější nádory podléhající adjuvantní terapii jsou např. karcinomy plic, či prsu. Do této terapie patří chemoterapie, radioterapie nebo jejich kombinace, dále hormonální nebo přímo cílená léčba.
- **Neoadjuvantní terapie** – je terapie, která nastává již před chirurgickým výkonem či radioterapií. Cíl této terapie tkví hlavně ve zmenšování nádoru před léčbou radikální. Nejtypičtějšími nádory podléhající neoadjuvantní terapii jsou např. karcinomy rekta, či prsu. Do této terapie spadá chemoterapie, radioterapie a jejich kombinace, popřípadě cílená terapie.

- **Perioperační chemoterapie** – je terapie, která přichází na řadu před i po chirurgickém zákroku. Cílem je pak u pacienta zmenšit nádor před operací ale i již zmiňovaná brzká eradikace mikrometastáz *(Tomáš Büchler a kol., 2019).*

2.5 Účinnost léčby nádorů

Jak jsme již jednou zmiňovali, na počátku veškeré léčby stojí vhodné vytyčení reálného cíle. Tímto cílem by pak podle Tomáše Büchlera a kolektivu (2019) mohlo být *„... snížení rizika recidivy u léčby adjuvantní, dosažení operability u nálezů lokálně pokročilých, kdy je podávána neoadjuvantní léčba, případě prodloužení přežití a zmírnění symptomů u léčby paliativní.“* U onkologicky nemocných pacientů se také často provádí klinické studie srovnávající různé způsoby léčby nádorů a jejich výsledky. Výsledky terapie, které se vyhodnocují nejčastěji, jsou např. **celkové přežití**, **přežití bez recidivy** či **přežití bez progrese** *(Tomáš Büchler a kol., 2019).*

3 Potřeby člověka

3.1 Dělení lidských potřeb

Potřeby člověka obecně by se daly popsat jako dynamické síly vznikající z vjemu nadbytku nebo nedostatku a z touhy docílit něčeho v bio-psycho-sociální nebo duchovní sféře. Saturace neboli dosažení těchto potřeb pak vede ke srovnání a obnovení homeostázy – stálosti vnitřního prostředí. Aby byla udržena dobrá kvalita našeho života, je saturace potřeb nutná. Typy potřeb, jejich obšírnost a celkové množství samozřejmě závisí na individuálních vlastnostech člověka, jako jsou například pohlaví, věk, prostředí, v jakém jedinec dospívá, žije či pracuje, na celkových rozumových vlastnostech, ale i na kulturní a společenské úrovni *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

Podle Šamánkové a kolektivu (2011) dělíme potřeby podle lidské podstaty na:

- ***„Biologické** (fyziologické) **potřeby** – vyplývají z podstaty člověka jako živé bytosti (potřeba potravy, tekutin, oděvu, spánku)*
- ***Psychické potřeby** – jsou odvozovány a vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů, vycházejí z individuálního prožívání a vnímání světa, dále z potřeby rozvíjení osobnosti (pocit psychické vyrovnanosti, pocit psychického bezpečí)*
- ***Estetické potřeby** – odvíjí se od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásno, estetický soulad, prostředí aj.*
- ***Sociální potřeby** – společenské potřeby (závisí na společnosti, ve které jedinec žije a kam směřují jeho sociální snahy, jaké touží mít sociální zázemí a postavení)*
- ***Sociální a kulturní potřeby** – jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti (potřeba vzdělání, společenského a kulturního využití)*
- ***Sebevyjádření** – touha pochopení, schopnost pojmenovat svá přání, své názory, prezentovat se svým životem*
- ***Duchovní potřeby** – jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince, religiózním, filozofickým, psychologickým zaměřením a cítěním“*

Dělení podle lidské podstaty však není jediné dělení potřeb. Dále bychom je mohli rozdělit např. podle počtu jedinců, kteří tyto potřeby vyžadují na individuální a kolektivní, kde individuální si saturují lidé jako samostatní jedinci. Příkladem by mohla být potřeba

seberealizace. Do kolektivních se řadí potřeby velkého okruhu lidí, kam může patřit potřeba zdravotnické péče *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

Šamánková a kolektiv (2011) však ve své knize lidské potřeby dále rozděluje. Těchto dělení podle různých kritérií je hned několik, a to:

*„**Podle obsahu***

- ***Materiální potřeby** …*
- ***Nemateriální potřeby** …*

Podle ekonomického pohledu

- ***Ekonomické potřeby** …*
- ***Neekonomické potřeby** …*

Podle způsobu vyvolání

- ***Hlavní potřeby** – potřeby předcházející dalším (vlastnit loď za účelem uspokojení plavby na moři).*
- ***Doplňkové potřeby** – potřeby podílející se na zlepšování uspokojování potřeb (být úspěšný v práci aj.)*

Podle naléhavosti

- ***Nezbytné potřeby** – potřeby zajišťující existenci (…)*
- ***Zbytné potřeby** – potřeby, bez kterých je možné se obejít (…)*

Podle četnosti výskytu

- ***Trvalé potřeby** – objevují se denně (potřeby jídla, pití, odpočinku aj.)*
- ***Občasné potřeby** – vznikají s jistou pravidelností, např. v souvislosti s ročním obdobím (potřeba na Vánoce obdarovat blízké aj.)*
- ***Výjimečné potřeby** – vyskytují se nepravidelně (potřeba zajistit důstojnou oslavu svatby)*

Podle času

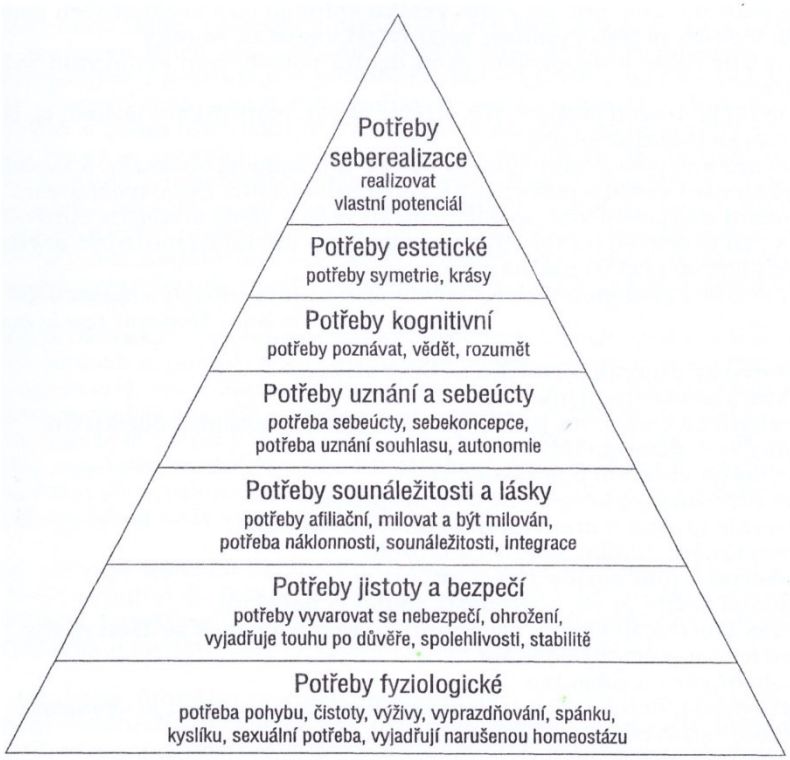
- ***Současné potřeby** – vztahují se k prožívané současnosti (…)*
- ***Budoucí potřeby** – jsou spojené s očekávanou budoucností (…)“*

3.2 Maslowova hierarchie potřeb

V roce 1908 se v Americe narodil Abraham H. Maslow. Nejen, že to byl významný psycholog, ale také se stal prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii, kterou spolu s dalšími psychology po roce 1945 založil. A. H. Maslow je asi nejvíce známý svou pyramidou lidských potřeb, která vychází z jeho teorie potřeb. Maslow ve své teorii potřeb doporučuje, aby se psychologové řídili nejen psychikou jako takovou, ale také filozofií hodnot. Podle těchto informací by se Maslowovy myšlenky daly zařadit do celosvětového názoru popisovaného jako „názor holisticko-dynamický“ *(Trachtová a kol., 2001).*

Eva Trachtová a kolektiv (2001) ve své knize uvádí: *„Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb.“*

Než se na samostatnou pyramidu podíváme, je nutné vzít v potaz, že Maslow potřeby nejdříve rozdělil do 2 hlavních skupin. První skupinou jsou potřeby *„Odstranění nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby…)* a druhou pak potřeby *„dosažení hodnoty bytí (tzv. B-potřeby…) (Šamánková a kolektiv, 2011)* Potřeby odstranění nějakého nedostatku jsou v tomto dělení vnímány jako primární. Důležité je vědět, že uspokojování těchto potřeb bereme v našem životě automaticky a běžně vůbec nepomýšlíme na jejich důležitost, nemáme po jejich naplnění vyloženě dobrý pocit. Pakliže však nejsou saturovány, vnímáme to výrazným způsobem, a to klidně až úzkostmi. Oproti tomu potřeby dosažení hodnoty bytí jsou v našich životech vnímány markantně jinak. Saturací těchto potřeb se cítíme motivováni a máme ze sebe dobrý pocit, který nás naplňuje *(Šamánková a kolektiv, 2011).*



Obrázek č.1: *Maslowova hierarchie potřeb*
(Zdroj: Trachtová a kol., 2001)

3.2.1 Fyziologické potřeby

Jak je z pyramidy patrné, samotným základem všech potřeb činí potřeby fyziologické, kam spadá např. potřeba výživy, spánku či sexuální potřeba. Pokud tyto potřeby nejsou naplňovány, dochází k poruše stálosti vnitřního prostředí – homeostázy. Trachtová a kolektiv (2001) tvrdí, že *„v situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka.“ (Trachtová a kol., 2001).*

3.2.2 Potřeby jistoty a bezpečí

V druhém patře Maslowovy pyramidy jsou postaveny potřeby jistoty a bezpečí. Lidé ve svých životech potřebují mít pocit spolehlivosti, stability a důvěry v okolí. Výrazně zvýšené tyto potřeby mají jedinci, kteří jsou ohroženi buď aktuální nebo potencionální nemocí, protože ti pocit životní jistoty ztrácí *(Trachtová a kol., 2001).*

3.2.3 Potřeby sounáležitosti a lásky

Zhruba uprostřed hierarchie stojí potřeby, které nemá uspokojené obzvlášť osamocený a opuštěný člověk, a to jsou potřeby sounáležitosti a lásky. Do této kategorie

spadá např. potřeba milovat a být milován, mít pocit náklonnosti či sounáležitosti *(Trachtová a kol., 2001).*

3.2.4 Potřeby uznání a sebeúcty

Potřeby uznání a sebeúcty tvoří další kolonku v popisované hierarchii. Je jasné, že tato kategorie je spojením dvou důležitých potřeb. *„…potřeba sebeúcty a sebehodnocení (…) vyjadřuje přání výkonu, kompetence a důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých.“* Potřeba uznání a ocenění *„…vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.“* Uvádí ve své knize Trachtová a kolektiv (2001) *(Trachtová a kol., 2001).*

3.2.5 Potřeby seberealizace

Tyto potřeby stojí v Maslowově pyramidě na úplném vrcholku. To znamená, že až po splnění všech ostatních potřeb ležících v hierarchii pod nimi, můžeme naplňovat potřeby tyto. Snahu realizovat svůj vlastní potenciál můžeme podle Trachtové a kolektivu (2001) mít ve chvíli, kdy chceme *„… být tím, kým podle svého mínění můžeme být. Kdo chce být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře.“ (Trachtová a kol., 2001).*

3.3 Další teorie motivace lidských potřeb

Teorie motivace na základě lidských potřeb, které zmiňuji, by se daly označit jako nejvíce využívané. Z těchto teorií můžeme vyčíst, že každý člověk je hnán jakousi tužbou získat v životě všechno, co by chtěl, a co je v jeho silách získat. Tato celoživotní cesta však nemusí být „procházka růžovým sadem“ nýbrž se nám do cesty může stavět spousta nejrůznějších překážek, bránících naplnit naše potřeby. Kromě Maslowovy hierarchie potřeb, která je asi nejznámější teorií, zde máme např. teorii **Viktora Emanuela Frankla**, **Coveyovu** teorii, **Vroomovu** teorii očekávání, **McClellandovu** teorii získaných potřeb, **Murrayho** teorii tvořenou potřebou a tlakem či **Froomovu** teorii potřeb *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

3.3.1 Teorie Viktora Emanuela Frankla

Tento Rakušan se narodil v roce 1905 a vystudoval medicínu. Dále se pak živil jako neurolog a psychiatr ale také se zasloužil o založení mnoha nových věcí, jako třeba

logoterapie či existenční analýzy. Šamánková a kolektiv (2011) uvádí: *„Frankl posílil vnímání lidskosti člověka – jeho logoterapie vidí v člověku bytost hledající smysl. Jsou tři možnosti, jak dát životu smysl:*

- *Naplnit čin, který si vytyčíme.*
- *Naplnit dílo, které vytváříme.*
- *Prožít zážitek – setkání a lásku.“ (Šamánková a kolektiv, 2011)*

Abychom jeho myšlenky lépe pochopili, přidávám citát z Franklovy knihy s názvem: „Co v mých knihách není“, ve které uvádí:

„Jako karikaturista vnímám stejně jako psychiatr nejprve slabosti člověka, jenže jako psychiatr, nebo alespoň jako psychoterapeut si mimo to intuitivně uvědomuji kromě (faktických) slabostí také (fakultativní) možnosti, jak je překonat, a přes žalnost situace vždy ještě vypátrat možnost, jak ze situace vydobýt smysl, a tak i zdánlivě nesmyslné utrpení proměnit v pravý lidský výkon.“

Dále pak V. E. Frankl (1997) ve své knize píše, že *„V podstatě jsem přesvědčen, že neexistuje situace, která by v sobě nezahrnovala nějaký možný smysl. Toto přesvědčení je z podstatné části tematizováno a systemizováno v logoterapii.“*

3.3.2 Teorie Stephena Coveya

Tento Američan ve své teorii stanovil čtyři základní lidské potřeby, a to potřeby duchovní, mentální, sociální a fyzické *(Šamánková a kolektiv, 2011).* Jeho model je hezky znázorněný v knize od Šamánkové a kolektivu (2011), viz obrázek č.2.

Obrázek č.2: *Systémový model Stephena Coveye*
Zdroj: (Šamánková a kolektiv, 2011)

3.3.3 Vroomova teorie očekávání

Tato teorie od Victora Vrooma, který mj. učí na Yaleově univerzitě v Connecticutu, se vyznačuje tím, že v každé osobě permanentně probíhá předpověď budoucnosti. Pokud máme stanovený cíl, jsme si ve svém nitru jisti, že tohoto cíle můžeme dosáhnout a máme k tomu nalezenou správnou cestu, pak máme i dostatečnou motivaci pro dosažení tohoto cíle *(Šamánková a kolektiv, 2011).* Šamánková a kolektiv (2011) pak také uvádí, že *„při rozhodování se o našem chování upřednostňujeme to, které má největší motivační sílu.“*

Tato zmiňovaná „motivační síla“ je pak *„ … úměrná třem našim přesvědčením.“* Tato přesvědčení jsou **Valence** *„(… přesvědčení o přitažlivosti cíle)“*, **Instrumentality** *„(…přesvědčení, že když se budeme chovat daným způsobem, cíle dosáhneme)“* a v neposlední řadě **Expectancy** *„(… přesvědčení o tom, že se tak chovat budeme umět)“*, jak udává Šamánková a kolektiv (2011) *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

3.3.4 McClellandova teorie získaných potřeb

Tento americký psycholog zemřel v roce 1998, za svého života však „přivedl na svět“ právě zmiňovanou teorii získaných potřeb, která je také jinak známa jako „Teorie osvojených potřeb“. Podle něj má každá osoba ve svém životě touhu něčeho docílit, touhu mít moc a také pociťují potřebu někam zapadnout/někam patřit. Každý člověk je však jiný, a tudíž má i jiné priority, a tím se od sebe lidé také odlišují *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

Šamánková a kolektiv (2011) popisují McClellandovu teorii ve třech bodech:

- *„**Achiever** – je ten, který chce hlavně něčeho dosáhnout, má tendenci excelovat a oceňuje časté potvrzování toho, jak je dobrý. Vyhýbá se riziku, ze kterého není patrný zisk, nebo kde je pravděpodobnost neúspěchu příliš vysoká.*
- ***Affilation seeker** – je ten, který chce hlavně někam patřit, má tendenci vyhledávat hlavně harmonické vztahy s ostatními lidmi. Vyhledává spíše souhlas než uznání.*
- ***Power seeker** – je ten, který má silnou potřebu moci, má tendenci k síle a moci, a to buď kvůli ovládání lidí, nebo kvůli dosažení cíle. Nevyhledává ani uznání, ani ocenění, stačí mu pouze souhlasná dohoda.“*

3.3.5 Murrayho teorie

Americký psycholog H. A. Murray se narodil v roce 1893 a zemřel ve věku 95 let. Za svého života přišel s teorií tvořenou potřebou a tlakem. Šamánková a kolektiv (2011)

říká, že tuto teorii bychom mohli chápat tak, že tlak *„… je vše, co prostředí vyžaduje splnit od jedince…“* Tento tlak je podle něj však ovlivňován okolním světem, a to přesněji okolnostmi. Tyto okolnosti mohou být **objektivní**, podle Murrayho nazývané jako **alfa tlak**, a poté **subjektivní** okolnosti – tudíž už zpracovaný alfa tlak člověkem – nazývaný jako **beta tlak**. Tento beta tlak je pak individuální u každého člověka, je důležitý pro osobité chování a jednání člověka. Potřebu později definoval jako něco, co člověk chce a čeho se snaží dosáhnout. Murrayovi díky tomu vděčíme za definování slova „potřeba“ z psychologického hlediska *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

Šamánková a kolektiv (2011) ve své knize uvádějí **dělení potřeb do tří kategorií**, podle H. A. Murraye, a to:

- *„**Viscerogenní potřeby** – vrozené, potřeby nedostatku (potřeba potravy, kyslíku), přebytku (potřeba sekrece, urinace, sexuálního vybití), obrany a úniku (vůči škodlivinám, bolesti, anomáliím)*
- ***Psychogenní potřeby** – získané, spojené též s neživými předměty (získávání, uchovávání, udržování, vytváření)*
- ***Skryté potřeby** – obava zůstat bez pomoci, …“*

V Murrayho teorii jsou potřeby a tlak vzájemně propojeny oboustrannými vazbami, tudíž jedno nemůže existovat bez druhého *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

3.3.6 Frommova teorie

E. P. Fromm byl nejen psychologem, ale také se věnoval filozofii. Jeho teorie potřeb se dostává až do jádra každého člověka – až do samotné existence člověka. Jeho teorie uznává již vícekrát zmiňované fyziologické potřeby (jako např. potřeba spánku, jídla, sexuální potřeba), ale přichází s potřebami, které jsou již typicky lidské (tudíž jsou specifické pro lidi, nikoliv zvířata). Podle něj, mají tedy lidé mimo fyziologické potřeby také potřeby **individuální identity**, **sociálního začlenění**, **zakořenění**, **transcendence** a **racionality** *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

3.4 Potřeby nemocného člověka

Když si pro začátek položíme otázku – proč pacient přichází do nemocnice? Odpovědí všech pravděpodobně bude, že je to z důvodu poskytnutí zdravotní péče. Navrácení plného zdraví je cílem jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. Je léčba onemocnění to jediné, co pacient při hospitalizaci potřebuje? Určitě ne. Pacient má mnoho

fyziologických/biogenních potřeb, které je nutné saturovat. Těmito potřebami jsou např. potřeba spánku, potřeba vylučování nebo potřeba dostatku tekutin. Kromě biogenních potřeb však lidé chtějí uspokojovat i potřeby psychologické, jako např. potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu atd *(Trachtová a kol., 2001).*

Hodnocení uspokojování potřeb primárně padá na zdravotní sestry. Pacienti však necítí vždy v určité oblasti subjektivní uspokojení. Příkladem by mohlo být vyprazdňování pacienta na lůžku. Zdravotní sestra zaznamená, že pacient byl na stolici, zhodnotí příslušné aspekty a objektivně usoudí, že byla potřeba saturována. Pacient však může subjektivně pociťovat tuto potřebu jako uspokojenou jen částečně *(Trachtová a kol., 2001).*

3.4.1 Faktory ovlivňující saturaci potřeb nemocného

Faktorů ovlivňujících uspokojování potřeb člověka je hned několik. Tyto faktory pak činí z uspokojování potřeb takovou „překážkovou dráhu", přes kterou se člověk musí dostat. Řadíme sem **nemoc**, **osobnost člověka**, **mezilidské vztahy**, **vývojové stádium člověka** a **okolnosti, za kterých nemoc vzniká** *(Trachtová a kol., 2001).*

- **Nemoc** – hraje významnou roli v uspokojování lidských potřeb. Jednak brání v uspokojování některých fyziologických potřeb a jednak mění i způsob vyjádření a možnosti saturace. *„Sestry napomáhají nemocným v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu výživy, popř. hygieny bude jiná u nemocného po operaci appendixu (kde jde o přechodnou nesoběstačnost v základních aktivitách) a jiná u člověka po amputaci na dolní končetině. (...) S postupem uzdravování klesá potřeba pomoci sestry. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, nemocný chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně (např. potřebu bezpečí, jistoty)."* – Udává ve své knize Eva Trachtová a kolektiv (2001).
- **Individualita člověka** – neboli osobnostní rysy člověka. Jinou modifikaci potřeb bude mít např. introvert jinou extrovert. Jiné uspokojování potřeb bude mít také sangvinik, cholerik, flegmatik a melancholik. Určující také bude emoční stabilita, labilita nebo odolnost proti zátěži. *„Narušená sebekoncepce člověka oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost si uvědomit, zda byly potřeby uspokojené, nebo neuspokojené. Lidé, kteří se poznají a váží si sami sebe, snadněji snášejí změny, identifikují svoje potřeby i způsob, jak je uspokojit."* – Píše Eva Trachtová a kolektiv (2001)

- **Mezilidské vztahy** – jsou faktor, který má pro lidi velký význam. Hlavně jsou to vztahy mezi rodinou. Všeobecné sestry, které jsou pacientovi při hospitalizaci nablízku, tyto vztahy využívají k tomu, aby nemocný přehodnotil své potřeby a uvědomil si, co je pro něj opravdu důležité.
- **Vývojové stádium člověka** – Eva Trachtová a kolektiv (2001) tento faktor vysvětluje tak, že vývojové stádium člověka *„modifikuje signalizaci a způsob uspokojování i jejich psychickou odezvu. Každý člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. (…) zvláště v období kojeneckém a batolecím a částečně i v následujících věkových obdobích nemá dítě dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb. Obdobně problematické bude vyjádření potřeby u starého člověka.“*
- **Okolnosti, za kterých nemoc vzniká** – jsou důležitým faktorem v uspokojování potřeb. Když např. náhlá nemoc vznikne uprostřed dovolené v Chorvatsku, bude ji člověk vnímat jinak, než kdyby byl v teple domova. Člověk pak bude mít potřeby ovlivněné a bude na nemoc i jiná psychická odezva. Nemocní lidé také budou *„jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby (fyziologické i psychogenní) v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení.“* – vysvětluje Eva Trachtová a kolektiv (2001)

3.5 Ošetřovatelský proces naplnění potřeb v nemoci

Zdravotnický personál, ať už lékaři, sestry, či ošetřovatelé mají za povinnost aktivně vyhledávat způsoby, kterými by pacientovi pomohli v saturaci biogenních potřeb. Např. zařídit vhodnou formu stravy (pacient bez chrupu neukouše maso vcelku), dopomoci pacientovi na toaletu atd. *(Šamánková a kolektiv, 2011).*

Abychom mohli objektivně zhodnotit soběstačnost pacienta, využíváme při odběru ošetřovatelské anamnézy Barthelův test základních všedních činností viz tabulka č.2. Podle počtu dosažených bodů jsme pak schopni posoudit, jaká je úroveň soběstačnosti pacienta a díky tomu i stanovit ošetřovatelský proces, kterým budeme pacientovi s jeho nedostatečnou saturací potřeb pomáhat *(Šamánková a kolektiv, 2011)*.

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. Koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
100 bodů je maximální počet – soběstačný jedinec		

Tabulka č.2: Barthelův test základních všedních činností

(Zdroj: Šamánková a kolektiv, 2011)

4 Sdělování diagnózy a její prožívání

4.1 Sdělování onkologických diagnóz

Na počátku zde máme zdravého pacienta. Zdravého pacienta, kterému právě byla sdělena špatná zpráva. Zcela určitě bude mít tato zpráva dopad na jeho dosavadní život, ale také bude vytvářet novou komunikační situaci, kterou bude každý pacient vnímat jinak. Nejen pro pacienta je sdělení závažné diagnózy nesmírně těžké, i pro lékaře, který má zprávu oznámit je tato situace psychicky velmi náročná *(Linhartová, 2007).*

Věra Linhartová (2007) ve své knize uvádí, že *„všichni lékaři (…) přiznali, že sdělit pacientovi cokoliv, co podstatně zhorší dosavadní kvalitu jeho života, je těžké, a sdělení, že umírá a smrt už nelze odvrátit patří v jejich praxi k nejtěžším úkolům.“*

Podle práv pacientů má každý pacient právo na informace o svém zdravotním stavu. Touto situací se lékaři, konkrétně teď onkologové, zabývají velmi často. Důležité je zdůraznit, že *„…špatnou zprávou pro pacienta je každá onkologická diagnóza. Už sama diagnóza rakovina je většinou vnímána jako „rozsudek smrti“.“* – Udává ve své knize Věra Linhartová (2007). V poslední době se klade velký důraz na sdělování celé pravdy, a ne pouze částečné, a tím pacienty udržovat v tzv. pia fraus – milosrdné lži. Mnozí lékaři ale tvrdí, že povinnost sdělovat pacientům nepříjemnou pravdu ještě neznamená, že ji musí sdělit přímočaře, a tak nějak „bez emocí“. Lékaři by dnes měli diagnózy oznamovat jako profesionální sdělení, *„… což znamená pravdivou diagnózu při respektování všech důsledků, které má taková zpráva pro pacienta – fyziologických, psychologických i sociálních“* – vysvětluje Věra Linhartová (2007). Je jasné, že pro pacienta, který se dozví, že např. trpí nevyléčitelnou nemocí, nebo že mu bude amputována končetina, bude tato situace nepředstavitelně náročná a diagnózu bude vnímat jako katastrofickou. Proto je velmi důležité, jak se lékař své povinnosti zhostí, a tedy jakým způsobem diagnózu pacientovi sdělí *(Věra Linhartová, 2007).*

V roce 2007 onemocněl rakovinou každý čtvrtý člověk a mortalita u této choroby je stále velmi vysoká. Kvůli tomu se ve společnosti nijak nedaří snižovat strach z onkologických onemocnění a lidem záleží na tom, jak jim bude diagnóza sdělena. Cestou k co nejvhodněji volené komunikaci lékař – pacient je také zdravotní výchova společnosti. Podle Věry Linhartové (2007) připadá *„… významná role z tohoto hlediska (…) vedoucím osobnostem současného českého lékařství, protože odborně i organizačním vlivem spoluvytvářejí a zavádějí nové léčebné metody (například paliativní medicínu), a tomu odpovídající*

komunikační modely, například – jak uplatnit právo pacienta na zcela infaustní zprávy o jeho diagnóze a prognóze, a přitom ho nezbavit naděje na důstojné dožití.“

Komunikace vzhledem k onkologickým nemocím je tedy opravdu náročná. Pro pacienta je těžké diagnózu vyslechnout a pro lékaře je těžké diagnózu sdělit. Často se stává, že lékaři před sdělováním diagnózy „utíkají“, všemožně se jí vyhýbají, protože se komunikace s pacientem bojí. Bojí se toho, jak nemocný bude reagovat, bojí se emočního vyčerpání, bojí se toho, že nebudou s pacientem umět komunikovat správně. Strach z rakoviny tzv. *onkofobie* lidi postihuje takovým způsobem, že kolikrát se svými problémy zahálejí, bagatelizují je a oddalují návštěvu lékaře až tak daleko, že je rakovina v takovém stádiu, kdy už nejde vyléčit. Tento fakt se ale v průběhu času začíná měnit. Lékaři přehodnocují způsob komunikace s pacienty a míru pravdomluvnosti. Program, který se zabývá kvalitou léčby onkologicky nemocných ale také výchovy (již i adolescentní) společnosti k prevenci se nazývá *Národní onkologický program*. Je to program, se kterým přišla Česká onkologická společnost, a mimo jiné se v něm zdůrazňuje právě **otevřená a správná komunikace** *(Linhartová, 2007).*

Jak jsme si tedy už několikrát uvedli, diagnózy sděluje nemocnému lékař, a tuto pravomoc má výlučně on. Všeobecná sestra je však v pacientově blízkosti častěji než lékař, a tudíž v ní má nemocný i důvěru. Sestra se pak stává pacientovým důvěrníkem a pomocníkem, jež ho provází průběhem jeho nemoci. Pomáhá mu pochopit, co ho čeká a odpovídá mu na otázky *(Kutnohorská, 2017).*

Jana Kutnohorská (2017) ve svém článku uvádí desatero zásad sdělování onkologické diagnózy:

1. *„Informace o nemoci poskytovat všem nemocným se zhoubným onemocněním.*
2. *Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Informaci o nemoci podávat opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.*
3. *Informaci podat nejdříve pacientovi, potom podle jeho přání členům rodiny a dalším lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho informovat.*
4. *S podstatou nemoci a léčebnými postupy seznámit nemocného ještě před léčbou.*
5. *Zdůraznit možnost léčby, ale neslibovat vyléčení.*
6. *Odpovídat na otázky pacienta a jeho blízkých. Věnovat čas naznačeným dotazům.*

7. *Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávat uvážlivě, pouze na pacientův dotaz. Nikdy neříkat konkrétní datum, spíše nastínit časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění.*

8. *Zajistit jednotnou informovanost zdravotnickým personálem důsledným předáváním informací navzájem.*

9. *Ujistit pacienta o odhodlání lékařů a všech zdravotníků vést léčbu v celém průběhu nemoci.*

10. *Zdravotníci svým přístupem k nemocnému v něm mají probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání.“*

4.2 Fáze umírání dle Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler-Rossová se narodila v roce 1926 ve Švýcarsku. Na svou rodnou zem byla velmi hrdá a ráda se prezentovala jako Švýcarka. Vystudovala medicínu a po svatbě odcestovala do Ameriky, kde se živila jako psychiatrička a nastartovala zde svou kariéru. Elisabeth měla v oblibě pomáhat druhým. Obzvláště po druhé světové válce, když pomáhala vážně nemocným dospělým i dětem osvobozeným z koncentračního tábora *(Kübler-Ross, 2015).*

E. Kübler-Rossová prováděla s pacienty rozhovory o komunikaci mezi nimi a zdravotníky a o pocitech pacientů během jejich onemocnění a léčby. Naučila se tak leccos o mechanismech, pomáhajících pacientům se s jejich nelehkou situací vyrovnat. *(Kübler-Ross, 2015)* Díky těmto zkušenostem s onkologicky nemocnými stanovila **pět základních fází** vyrovnání se s život ohrožující diagnózou. V první fázi vyrovnávání se s diagnózou je pacient vyděšen, je úzkostný a má strach. V této fázi má pacient sklony k popírání diagnózy. Tato první fáze se tedy nazývá **fází šoku**. Ve druhé fázi můžeme od pacientů slýchat otázky „proč právě já?“. Pacienti pak mohou být agresivní a podráždění. Proto se tato fáze nazývá **fází zloby a vzteku**. Ve třetí fázi je pro pacienty typické upínání se k novým a zázračným informacím a postupům, které by jim mohly pomoci. *„Člověk v této fázi přijímá konečnost ve formě „ano, ale až…“.“* – Popisuje ve své knize Janáčková a Weiss (2008). Tato fáze je tedy nazývána **fází uklidnění a smlouvání.** Čtvrtá fáze je charakteristická docházením sil nemocného psychicky zvládat nelehkou situaci. Veškeré snahy se už zdají zbytečné a marné. O této fázi hovoříme jako o **fázi deprese.** Pokud je pacient v terminálním stádiu života, můžeme u něj někdy pozorovat také **fázi smíření** se se smrtí. Někdy se u těchto pacientů projevuje rezignace a úplná odevzdanost *(Janáčková, Weiss, 2008).*

Janáčková a Weiss (2008) ve své knize také uvádějí, že *„tyto fáze psychického prožívání nádorového onemocnění jsou pouze orientačním vodítkem. Mohou probíhat periodicky, paralelně a některé z nich se ani nemusí vyskytovat. Přesto je důležité o nich vědět, abychom mohli pacientovi lépe porozumět.“*

4.2.1 Fáze šoku

Jak jsme si již v předchozích řádcích uvedli, již jen pojem „rakovina“ vyvolává v lidech strach. Z čeho přesně mají pacienti strach? Samozřejmě, že mají strach ze smrti, ale v neposlední řadě se obávají bolesti, opuštění nebo změny vzhledu. Ve společnosti se setkáváme s tím, že téma rakovina je často tabu. Jako by se nás toto onemocnění vůbec netýkalo. „Nohama na zemi“ stojíme až v momentě, kdy rakovinou onemocní někdo z našich blízkých, či dokonce rodinný příslušník. Většinou až v tuto chvíli se lidé začínají zaobírat prevencí a zjišťují možnosti terapie. Diagnóza rakoviny většinou přichází z ničeho nic do standardního lidského života – neočekávaná a nezvaná, tudíž na ni nikdo není psychicky připravený. Sdělení této diagnózy je pak pro člověka přílišnou psychickou zátěží. *„Člověk se připouštění si pravdy v plném rozsahu brání a obrana může být filtrem nevědomého vnímání, která maladaptivním, popírajícím způsobem zamlžuje realitu a tím brání přiměřené reakci zvládání.“* – píše ve své knize Janáčková a Weiss (2008). Reakce na onkologické onemocnění je kognitivní a behaviorální. Do těchto reakcí pak spadá **osobní hodnocení stavů** tedy to, jak onemocnění vnímá sám člověk a **chování, které následuje po hodnocení**, což jsou myšlenky a činnosti snižující nápor onkologického onemocnění na člověka *(Janáčková, Weiss, 2008).*

V knize Janáčkové a Weisse (2008) můžeme najít příklad této fáze u 18leté dívky bezprostředně po sdělení diagnózy:

„To není možné, to není pravda, určitě jste se spletli, mně nic není, nic mě nebolí, mám jenom chřipku.“ Po dvou dnech: „… pocit při zjištění faktu o mé nemoci se ani nedá popsat, mám leukémii lehčího typu, takže nevím, jestli mám být smutná a brečet, nebo být šťastná, že mám vlastně štěstí v neštěstí…“

4.2.2 Fáze zloby a vzteku

V této fázi vyrovnání se s diagnózou je pacient stále v psychickém vypětí. Stres u něj nepolevuje, pociťuje napětí a úzkost a čím dál více vyvěrají na povrch jeho strachy, jako např. strach ze smrti či bolesti. Ke všem těmto trablům pacienta se přidávají i problémy s tělesnými projevy nemoci a vedlejšími účinky terapie onemocnění. *„Nejčastějšími*

nežádoucími účinky nádorové léčby chemoterapií nebo radioterapií jsou nevolnost, zvracení, kožní reakce, vypadávání vlasů, celková únava a slabost. Chemoterapie může mít vliv i na sexuální funkce a pohlavní ústrojí.“ – udává Janáčková a Weiss (2008). Tato fáze často vyžaduje značnou míru přizpůsobení se nemoci a léčbě. Pacient je pak částečně závislý na lékaři a měl by důvěřovat zdravotníkům kolem sebe, kterým je jeho léčba svěřena. Pacient mnohdy nabývá dojmu, že ztratil autonomii, nemůže sám o svém životě nezávisle rozhodovat a nemůže vykonávat aktivity, které byly náplní jeho dosavadního života a bavily ho. Janáčková a Weiss (2008) také uvádí: *„Na základě změněných reakcí nemocného vůči jeho okolí – a naopak – postupně dochází k změnám v obvyklých sociálních vztazích. Často se vyskytují subtilní formy sociálního odstupu v rámci relevantních sociálních vlivů okolí.“* Narušená vlastní identita zhodnocování sebe samého v nitru duše spolu s vysokou dávkou stresu mohou zapříčinit agresi, zlobu a zášť. V opačném případě je zde možnost pasivního chování a úplného odevzdání celé své osoby do rukou zdravotníků *(Janáčková, Weiss, 2008).*

Janáčková a Weiss (2008) opět ve své knize uvádí příklad této fáze prožívání 20leté pacientky:

„…Je pátek a mně začaly docela dost vypadávat vlasy, chtěla bych si je ještě přes víkend uchovat. Je to zvláštní pocit, když se člověk nemůže pořádně učesat jen proto, aby mu něco na té hlavě zbylo. Mám strach z toho, jak budu vypadat plešatá. Byla tu jedna sestřička, vůbec mě nechápe, jí se to řekne, abych to už shodila, že toho mám plný polštář, ona má vlasy až po ramena a je zdravá a o její vlasy přece nejde. Mám na ni hrozný vztek. Vůbec neví, co to je tady ležet, když ti berou úplně všechno hezký.“

4.2.3 Fáze uklidnění a smlouvání

Onkologicky nemocný člověk mívá v této fázi pocit, že si svou nemoc buď způsobil sám, nebo že je za onemocnění zodpovědný někdo jiný. Často si klade otázky typu „Co jsem udělal špatně, že se mi tohle děje?“ „Co způsobilo mé onemocnění?“ Až po tomto období přichází fáze akceptace diagnózy. Je však nutné brát v potaz, že akceptace není synonymem pro smíření se s diagnózou. Nemocný si jen začíná uvědomovat, že chyba nemusí být v něm nebo v okolí a přestane s obviňováním. Snaží se dávat věcem, které se dějí, hlubší významy a díky tomu dokáže ve vztahu ke své nemoci měnit role. To všechno má za následek pozitivní změny v prožívání nemoci, v prioritách nemocného a mnohdy i ve vnímání celého světa a života. Onkologicky nemocní pacienti v této fázi hledají nejrůznější metody, které by jim

mohly pomoci v procesu uzdravování. Ať už to jsou alternativní metody, bylinky, zahraniční terapeutické metody či obrat k víře. Pacienti v této fázi často hledají naději v uzdravení, kde jen mohou. Charakteristický je zde také sklon k smlouvání se smrtí již zmiňovanou frází: „Ano, ale až…" Pacienti se chtějí dožít nějaké významné události v jejich životě *(Janáčková, Weiss, 2008).*

Monolog 30leté pacientky uvedený v knize Janáčkové a Weisse (2008):

„Musím ještě vychovat své maličké děti, alespoň do doby, až nebudou na mně tak viset. Barunka je na mně hrozně závislá, snažím se si s ní povídat a mazlit, ale když jdu třeba jen na záchod, nechce mě pustit a má záchvaty pláče. Neusne sama a v noci chodí za mnou do postele. Kéž bych jí nikdy nemusela vysvětlovat, že maminka půjde brzy do nebíčka, ale že bude pořád s ní."

4.2.4 Fáze deprese

Tato fáze je pro pacienta velmi náročná. Má narušenou psychiku, terapie je mnohdy nepříjemná a bolestivá, má vedlejší účinky a nemocný si uvědomuje, že tyto negativní faktory budou trvat velmi dlouho nebo že dokonce neskončí nikdy. Může i přijít moment, kdy pacient ví, že jeho léčba nezabírá a hledají se nové metody terapie, popř. se zjistí, že další léčba už není možná vůbec. Stává se, že pacienti trpí krizemi charakteristickými panickými záchvaty a strachem. Tyto krize se mohou cyklicky opakovat. Pacient vnímá nadcházející příchod smrti a tento fakt samozřejmě na jeho psychiku doléhá čím dál více, až se cítí úplně psychicky vyčerpaný a trpí. Zmiňované utrpení se projevuje právě depresí, ale v neposlední řadě také strachem, neklidem nebo beznadějí. Když se tato fáze chýlí ke konci, mohou se nemocní strachovat o své blízké – co s nimi bude a jak budou situaci zvládat. Bojí se bolesti a toho, že zůstanou sami *(Janáčková, Weiss, 2008).*

Deprese v této fázi by se dala rozdělit na dva druhy a to tzv. **deprese reaktivní** a **deprese přípravná**. Tyto dva druhy se velmi liší a tím pádem bychom s člověkem s jiným druhem deprese měli jednat rozdílně. Přípravná deprese je typ, který se často pomíjí, ačkoliv takový „přípravný zármutek" je u nevyléčitelně nemocného nutný, aby se mohl se smrtí nakonec smířit. Pakliže je člověk trochu empatický, vycítí z nemocného, z jakého problému deprese pramení a dokáže mu mentálně pomoci s některými pocity, které mohou depresi provázet. Příkladem by mohla být žena po hysterektomii (odstranění dělohy), nebo jiné operaci narušující „ženství", která se cítí méněcenná, a je o právě zmiňované ženství připravená. Takové ženě by mohl stačit pouhý kompliment zaměřující se na jinou část jejího

ženství. Jiným příkladem by mohla být žena po operaci prsu, které sebedůvěru dodala prsní protéza. Mnohdy deprese pomine velmi rychle, a to díky tomu, že se o tyto pocity, které mohou depresi provázet, aktivně zajímáme *(Kübler-Ross, 2015).*

Úryvek z deníku 19leté dívky zaznamenaný v knize Janáčkové a Weisse (2008):

„Chci domů, vysadit všechny léky, stejně to nemá cenu. Všechno mě bolí a mám úplně rozpíchaný ruce, celá se klepu, a to není po léčbě. Jsem tak slabá jako stařenka. Nechci umřít, ale nechci tu už být… Svět je hnus. Začíná se to všechno pěkně kazit. Paní Novákovou, která leží vedle mě, dnes převezli na ARO. Má něco s plícemi. Už nevěřím, že se vyléčím.“

4.2.5 Fáze odevzdanosti a smíření

*„**Naděje v Krista***

Vpravdě je důstojné a spravedlivé,
dobré a spasitelné,
svatý Otče, všemohoucí, věčný Bože,
abychom ti vždycky a všude vzdávali díky,
skrze našeho Pána, Ježíše Krista.
Neboť v něm nám zazářila naděje,
že vstaneme z mrtvých:
Nevyhnutelnost smrti nás sice skličuje,
ale utěšuje nás zaslíbení věčného života;
vždyť život těch, kdo v tebe věří, nezaniká,
ale ve smrti se naplňuje,
a když se rozpadne naše pozemské obydlí,
dostaneme u tebe domov věčný.“

- *Z preface za zemřelé (Modlitební knížka, 2020)*

Když člověk umírá, podepisují se symptomy nejen na psychice pacienta, ale samozřejmě i na jeho fyzičnu. Rodina se v tomto období snaží zapojovat do celého procesu a chce být co nejvíce informována o jejich blízké osobě. Nemocný v tomto období projevuje přání zemřít v domácím prostředí, a pokud je to jen trochu možné kvůli zdravotní péči, mělo by mu to být umožněno. Věřící lidé v této fázi dochází ke smíření, protože vidí budoucnost své duše někde dál. Svou smrt vnímají jako Boží vůli – „Bůh to tak chce, tak to má být.“ Zjistilo se dokonce, že lidé, kteří byli celý život ateisté, se v této fázi k Bohu obrací, aby

mohli prožít klidnou a vyrovnanou smrt. Nemocnice by měla mít k dispozici duchovní a klinickou duchovní pastorační péči, která by pacientům na sklonku života pomáhala zvládat těžkosti a se smrtí se smířit. Každý člověk je jiný a má trochu jiné potřeby, tudíž má na sklonku života někdo potřebu být sám a někdo má potřebu umírat po boku svých blízkých. Tyto potřeby by měly být naplněny hlavně ze strany rodiny, protože když se jedná o zdravotníky, kteří jsou už vůči těmto věcem obrnění, není to pro umírajícího totéž. Pacientům v terminálním stádiu života totiž nepomáhá žádná naučená psychologická metoda. Potřebují cítit opravdový lidský vztah, lásku a porozumění s blízkou osobou *(Janáčková, Weiss, 2008).*

Výpověď 52leté ženy z knihy Janáčkové a Weisse (2008):

„…Až přijde smrt, jsem připravená. Čas se nedá zastavit. Bojím se jen toho, aby mě sestra neviděla, kdybych už nezvládala své tělo. Chci, aby věděla, že nemám strach, že jsem v životě měla hezké chvíle, a teď přijde úleva. Už bych si přála jen jedno: Dát sbohem, usnout a už se neprobudit. Jsem unavená, nechci už mluvit. Zůstaňte ještě.“

4.3 Komunikace s nemocným v jednotlivých fázích umírání

4.3.1 Komunikace ve fázi šoku

Lidé, kteří nikdy onkologicky nemocní nebyli, se mohou jen těžko vcítit do pocitů pacienta. Co ale v jejich silách je, je zájem o nemocného a maximální možná podpora. Pro pacienta je tato fáze velmi náročná a jak jsme si již jednou uvedli – přílišná zátěž. Co tedy pacientům v této fázi pomáhá? Je to určitě srozumitelné a klidné podávání informací a opakované vysvětlování nemoci a terapie. Nemocní mají potřebu psychické podpory a chtějí vědět, že nejsou sami. To všechno vede k snižování úzkosti, adaptaci organismu a psychickému zvládání situace *(Janáčková, Weiss, 2008).*

4.3.2 Komunikace ve fázi zloby a vzteku

V této fázi je v komunikaci důležité, aby rodina pochopila, že agresivita pacienta není myšlená proti ní, ale že je spíše mířena na nemoc a osud nemocného. Pacient v těchto chvílích potřebuje neustálou psychickou podporu od rodiny, která se ale na druhou stanu nesmí moc vnucovat. Rodina by měla odložit stranou svou zaujatost a otevřeně mluvit s nemocným o svých pocitech. *(Janáčková, Weiss, 2008)* V této fázi je také doporučováno se jednak snažit nemocného nějakým způsobem odreagovat a jednak ho nijak nenapomínat *(Linhartová, 2007).*

4.3.3 Komunikace ve fázi uklidnění a smlouvání

Nemocní v této fázi mají někdy zvláštní potřeby a přání. Bez ohledu na to, jak se rodině tyto potřeby a přání zdají zvláštní a mnohdy nereálná, měla by se snažit pacienta podpořit, nebo ho minimálně pochopit. Místo lítosti však přichází čas respektu a uznání blízkého jako silné a statečné osobnosti. *(Janáčková, Weiss, 2008)* Typickým rysem chování je v této fázi právě smlouvání – ať už s rodinou, nebo s lékaři. Tuto reakci můžeme pozorovat u menších dětí, např. když se chtějí večer dívat na televizi a rodiče mu to zakáží. První nastane fáze zloby a vzteku kdy se dítě vzteká, že nemůže, a následně se zavře do pokojíčku a začne přemýšlet nad jinou variantou, jak „vyhrát". Následuje pak právě smlouvání a věty typu: „Když uklidím po obědě nádobí, budu moct…?" Stejně tomu tak je i u onkologicky nemocných. Nemocní často chtějí za odměnu zažít nějakou důležitou událost, např. svatbu dítěte, narození vnoučete atd. Pro lidi okolo nemocného je důležité nestavět tato přání na druhou kolej, ale zabývat se jimi, rozebírat je, hledat skrytý význam a snažit se je právě alespoň pochopit *(Kübler-Ross, 2015).*

4.3.4 Komunikace ve fázi deprese

Důraz v této fázi je kladen na snižování deprese. Cílem je, aby se pacient necítil zoufalý, bezmocný a tolik izolovaný od okolního světa. Provádějí se různé podpůrné psychologické rozhovory a snažíme se vyjadřovat pacientovi podporu a pochopení, a to nejen verbálně, ale taktéž neverbálně např. dotykem. Když nevíme, co máme blízkému říct, nevadí to. Důležité je se naučit mlčet, vnímat našeho blízkého a „jen" být. Být oporou, dívat se do očí a držet za ruku. Tato fáze není náročná jen pro nemocného ale taktéž pro jeho blízké, kteří se také vyrovnávají s nadcházející ztrátou a loučí se s plány, které do budoucna společně měli. Depresivnímu pacientovi by měla být nabízena psychologická péče. *(Janáčková, Weiss, 2008)* Jak už jsme výše jednou uváděli, máme dva druhy deprese. V období přípravné deprese se pacient připravuje na blížící se smrt a ztrátu blízkých. V tomto období není vhodné povzbuzování a nucení „nosit růžové brýle". I my jsme přeci smutní, že náš blízký odchází, tak proč mu vnucovat, ať není smutný on? Místo odrazování bychom měli právě naslouchat a snažit se chápat. *„Tento … typ deprese mívá tichou, mlčenlivou podobu"*- uvádí Kübler-Rossová (2015). Tím pádem se pak pacient z období deprese dostane snadněji a docílí fáze smíření. Druhý typ deprese, tedy deprese reaktivní je oproti tomu typická aktivním zapojením rodiny, větším množstvím komunikace a tzv. vypovídáváním se pacienta *(Kübler-Ross, 2015).*

4.3.5 Komunikace ve fázi odevzdanosti a smíření

Umírající pacient se často cítí velmi osaměle. Když jsme v této fázi s ním, sedíme vedle něj, měli bychom mu nabídnout sami sebe jako čisté osoby. V této fázi totiž nemocný nepotřebuje experty, potřebuje cítit přítomnost člověka, povídat si s ním, i když jen krátce, a držet ho za ruku. Blízcí by měli empaticky naslouchat nemocnému, ať už povídá o svých obavách, zkušenostech, nebo prožívá negativní emoce jako strach a pláč. *(Janáčková, Weiss, 2008)* Jestliže pacient dosáhne fáze smíření, jeho okruh zájmů se výrazně zmenší. Chce spíš klid, žádné dlouhé rozpravy, je to vlastně období, kdy jeho boj skončil a nastává jen klid a odpočinek před smrtí. Pomoc, podporu a porozumění v této chvíli potřebuje více rodina než sám pacient *(Kübler-Ross, 2015).*

4.4 Profesionální přístup sestry k onkologickým pacientům

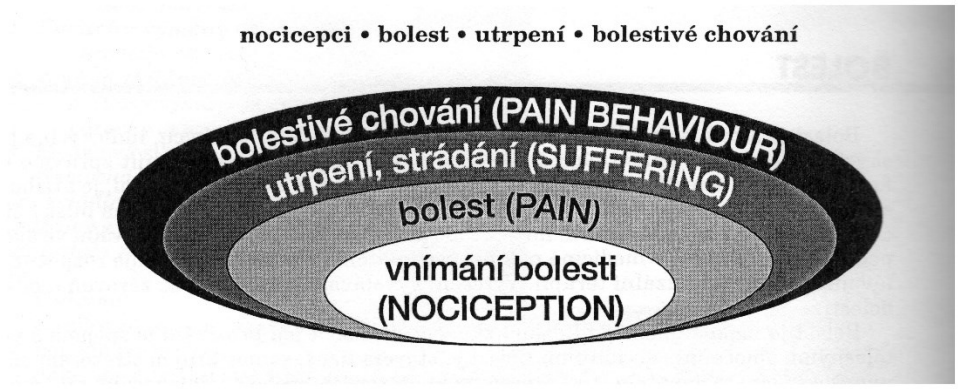
Sestry pracující s onkologicky nemocnými, se na odděleních setkávají s pacienty v různých stádiích vyrovnávání se s diagnózou. Obecně se sestřičkám doporučuje, aby v krizových situacích uměly zachovat chladnou hlavu, když si např. pacient vybíjí agresi zrovna na nich. Svým klidným chováním můžou pak zabránit dalšímu patologickému stavu psychiky. Dále by také měly věnovat pacientům dostatek času na komunikaci a upřednostňovat haptiku, která je pro nemocné velmi důležitá, zvláště když rodina není na blízku. Sestřičky by se měly nemocných dotazovat na jejich potřeby. Tento zájem personálu pacienti ocení, dodá jim naději a třeba se i aktivněji začnou podílet na léčbě. Pacienti ke všeobecným sestrám většinou vzhlíží s nadějí na úspěšnou léčbu, není pak na škodu, když o sobě sestřička něco málo prozradí, čímž zlepší vzájemný vztah. Sestra by měla být vstřícná a empatická. Neměla by si však brát příliš osobně, když nedokáže splnit veškeré pacientovi potřeby a urgence a pociťovat tak selhání. Tento přístup je velmi neprofesionální. V neposlední řadě by sestřičky měly pečovat sami o sebe. Radovat se, udržovat se v dobré psychické a fyzické kondici atd. Protože o pacienty se může sestra správně starat jen tehdy, když se bude správně starat o sebe *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

4.5 Nádorová bolest

„Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoliv nemocný říká, že bolest má. Bolest je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry.“ – uvádí v knize Trachtová a kolektiv (2001). Onkologicky nemocní pacienti pokládají bolest jako jeden z nejhorších symptomů. Bolest je v průběhu onemocnění pociťována rozdílně. Když se stanoví diagnóza, má bolestivé symptomy asi 30 % pacientů,

kdežto v průběhu léčby se toto číslo navyšuje i na 60 % a v posledních stádiích nemoci už pociťuje bolest 80-90 % pacientů. Obecně k nejbolestivějším nádorům se řadí nádory v kostech, žaludku a slinivce břišní. Naopak např. u leukemie se bolest objevuje v mnohem méně případech. Podle toho, jak je léčba úspěšná, je pacient schopen bolest zvládat. Vnímání bolesti v neposlední řadě také záleží na maladaptaci, míře frustrace, únavě nebo strachu. Na základě této informace je jasné, že tlumení bolesti neznamená jen podávání dostatečného množství analgetik, nýbrž komplexní terapeutický přístup, ve kterém je brán zřetel i na psychiku pacienta. V dnešní době je možné zmírnit bolest onkologicky nemocných tak, aby se dala vydržet, dokonce i bez ovlivnění psychického stavu jako např. zmatenosti *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

4.5.1 Konceptuální model bolesti



Obrázek č.3: *Konceptuální model bolesti (J. Loeser, M.Cousins)*
(Zdroj: Trachtová a kol., 2001)

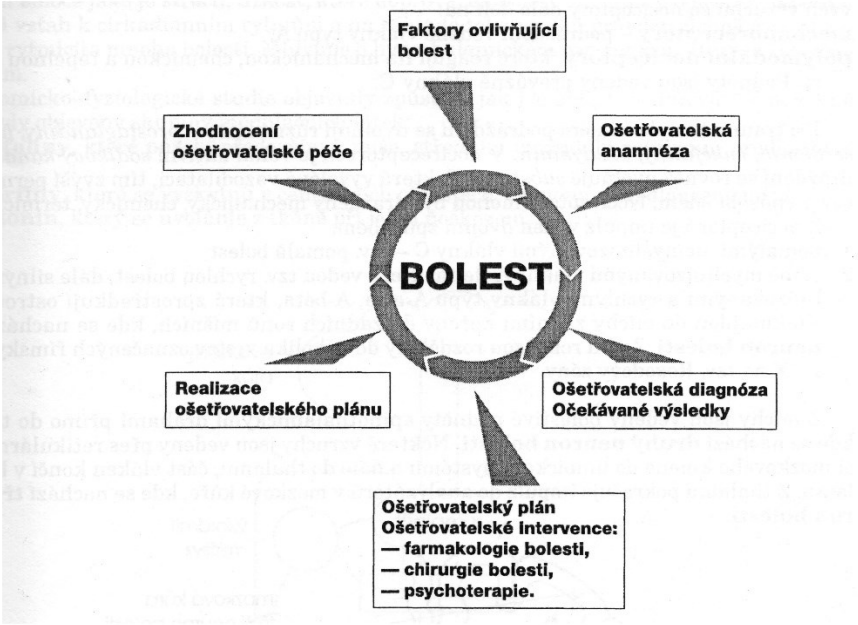
Výše máme zobrazený konceptuální model bolesti, který v roce 1990 představil americký neurochirurg John Loeser a australský anesteziolog Michael Cousins. V tomto modelu jsou obsaženy 4 hlavní komponenty, kterým když porozumíme, budeme schopni sestavit takový program intervencí, který nám nedovolí upustit od léčby pacienta s tím, že už nejsou žádné jiné dostupné terapeutické prostředky *(Trachtová a kol., 2001).*

V základu tohoto modelu nám stojí vnímání bolesti neboli **nocicepce**, jejíž výstupem je **bolest** jako senzorický vjem. Nocicepce však nemusí hned vést k bolesti, protože záleží na *endogenní modulaci bolesti*. Nocicepce se tedy nemusí nutně proměnit v bolest, a naopak bolest můžeme pociťovat bez nocicepce. Příkladem by mohly být neurogenní bolesti (jako třeba thalamická bolest), nebo zvláštní typ nociceptorové bolesti – bolest fantomová *(Trachtová a kol., 2001).*

Dál nad nocicepcí a bolestí stojí **utrpení, strádání** (suffering). Míra bolesti je tvořena dvěma složkami, a to *senzorickou* a *afektivní.* Z toho vyplývá, že utrpení nemusí mít základ ve fyzickém poškození tkáně, ale může vyvěrat z nějaké negativní emoce, která trvá dlouho a člověk si ji pak zpracuje do bolestivého vjemu. Tomuto procesu se říká somatizace. Tento fakt nám slouží k poznání, že psychologické intervence jsou u chronické nemoci kolikrát víc na místě než samotná analgetika *(Trachtová a kol., 2001).*

Bolestivé chování je postaveno na vrcholu modelu. Toto chování vyjadřuje pacient proto, aby okolí jeho bolest bralo na vědomí. Jeho bolest je projevem maladaptace a její projev je mnohdy považován za jediný objektivně pozorovatelný. Tyto projevy jsou například: zaujímání úlevové polohy, bolestivé grimasy, vzdychání, pláč atd. *(Trachtová a kol., 2001).*

4.5.2 Bolest v ošetřovatelském procesu



Obrázek č.4: *Bolest v ošetřovatelském procesu*

(Zdroj: Trachtová a kol., 2001)

4.5.3 Dělení bolesti

Nádorová bolest by se dala rozdělit podle různých faktorů na několik typů. U nemocného se pak tyto typy mohou prolínat a figurovat současně. Každý typ bolesti pak vyžaduje rozdílný terapeutický přístup. Onkologické bolesti dělíme podle **vztahu k nádorovému onemocnění** a **podle převažujícího patofyziologického mechanismu** *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).*

Podle vztahu k nádorovému onemocnění:

- **Bolest vyvolaná nádorem –** např. kostní metastázy, nádorová propagace do měkkých tkání, mozkové metastázy způsobující nitrolební hypertenzi.
- **Bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou –** např. diagnostické procedury jako punkce nebo biopsie, bolestivá neuropatie po chemoterapii, chronické bolesti po onkologických operacích, nebo bolesti nastávající po léčbě radioterapií.
- **Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním –** např. migréna, muskuloskeletální bolesti při degenerativních změnách kloubů a páteře.

Podle převažujícího patofyziologického mechanismu:

- **Nociceptorová somatická –** je charakteristická drážděním nervových zakončení (nociceptorů) při lokálním tkáňovém poškození, příkladem je prorůstání nádoru do svalů a kůže nebo kostní metastázy
- **Nociceptorová viscerální –** je charakteristická drážděním nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve, tato bolest není přesně lokalizovaná, většinou je „přenesená“ na povrch těla, příkladem je nádor pankreatu, střev, jater či močového měchýře
- **Neuropatická –** je charakteristická poškozením struktur periferního nebo centrálního nervového systému, bolest je pociťována jako brnivá, pálivá či elektrizující, nenachází se však poškození příslušné tkáně, příkladem by mohla být neuropatie po chemoterapii, poškození nervových svazků přímým průnikem nádoru
- **Smíšená –** neuropatická a zároveň nociceptorová bolest dohromady, např. nádory malé pánve prorůstající do kostí, svalů a zároveň infiltrace nervového plexu *(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012)*

4.6 Některé ošetřovatelské diagnózy NANDA vztahující se k onkologii a naději

Definice ošetřovatelské diagnózy podle Herdmana a Kamitsuru (2015) zní:

„Ošetřovatelská diagnóza je klinickým posouzením ohledně lidské reakce na zdravotní stav/životní procesy nebo náchylnost k takové reakci jedince, rodiny, skupiny, nebo komunity.“

„Ošetřovatelská diagnóza poskytuje podklad pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná. To znamená, že ošetřovatelské diagnózy se používají ke stanovení vhodného plánu péče pacienta a řídí výsledky a intervence pacienta.“

Některé ošetřovatelské diagnózy NANDA International vztahující se k onkologii a naději:

- **00185 Snaha zvýšit naději –** vzorec různých očekávání a tužeb pro zvýšení energie osoby, který je možné posílit
- **00124 Beznaděj –** Subjektivní stav osoby, kdy tato osoba nevidí žádné, popř. omezené alternativy nebo možnosti své vlastní volby a není schopna zvýšit energii bez zásahu druhých
- **00167 Snaha zlepšit sebepojetí –** vzorec vnímání sebe samého, nebo představ o sobě samém, která je možné posílit
- **00224 Riziko chronicky nízké sebeúcty –** tendence k dlouhodobě negativnímu hodnocení sebe samého nebo pocitům týkajících se vlastní osoby či k negativnímu hodnocení vlastních schopností, které mohou způsobit oslabení zdraví
- **00182 Snaha zlepšit sebepéči –** vzorec aktivit, který pomáhá nemocnému dosáhnout cíle v oblasti zdraví a které může být zesíleny
- **00161 Snaha zlepšit znalosti –** vzorec kognitivních informací, které se týkají konkrétního tématu nebo jejich získání, které je možné posílit
- **00118 Narušený obraz těla –** psychické zmatení vůči obrazu vlastního těla/fyzického já
- **00060 Narušené procesy v rodině –** změna rodinných vztahů anebo fungování rodiny
- **00055 Neefektivní plnění rolí –** vzorec sebevyjadřování a chování osoby, které nesouhlasí s kontextem, normami a očekáváním rolí
- **00052 Zhoršená sociální interakce –** znamená nedostatečné, nebo naopak přehnané množství či nedostatečná kvalita sociální interakce
- **00069 Neefektivní zvládání zátěže –** znamená neschopnost osoby souvisle formulovat stresory, zvolit vhodné reakce anebo také využívat dostupné zdroje

- **00147 Úzkost ze smrti –** znamená vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, který vzniká vnímáním skutečného či imaginárního ohrožení sebe samého, nebo někoho jiného
- **00072 Neefektivní popírání –** znamená vědomé či nevědomé popírání znalostí nebo významu událostí, aby došlo ke snížení úzkosti anebo strachu, jenž by vedly ke zhoršení zdravotního stavu
- **00148 Strach –** vyjadřuje reakci na vjem ohrožení, které je rozpoznáno jako nebezpečí
- **00152 Riziko bezmocnosti –** znamená sklon k prožité zkušenosti nedostatečné kontroly nad situací, včetně vnímání, že vlastní činnost nemá větší vliv na výsledek, která by mohla vést k oslabení zdraví
- **00177 Stresové přetížení –** vyjadřuje přespřílišné množství a druhy požadavků, které vyžadují jednání
- **00150 Riziko sebevraždy** – znamená sklony k zranění, které ohrožují život, a způsobuje si je člověk sám
- **00214 Zhoršený komfort –** osoba vnímá nedostatek úlevy, uvolnění a transcendentnosti v bio-psycho-sociální či kulturní nebo environmentální sféře
- **00132 Akutní bolest –** charakterizovaná jako velmi nepříjemný jednak smyslový a jednak emoční zážitek, který vychází z aktuálního či potencionálního poškození tkáně či popsaný pomocí termínů pro takové poškození, nástup této bolesti je pomalý nebo náhlý, intenzita mírná až silná, má očekávaný nebo předvídatelný konec
- **00133 chronická bolest –** charakterizovaná jako velmi nepříjemný jednak smyslový a jednak emoční zážitek, který se pojí s potencionálním či skutečným poškozením tkání, nástup této bolesti může být náhlý nebo i pomalý a intenzita může být mírná až silná, je neustávající nebo opakovaná a je bez očekávaného nebo předvídatelného konce, trvání je delší jak 3 měsíce *(Herdman a Kamitsuru, 2015)*

5 Naděje

„Jedině naděje přináší lidem útěchu v neštěstích“ – Cicero *(Stejskal, 1990)*

„Naděje je poslední útěchou v neštěstí“ – Seneca starší *(Stejskal, 1990)*

5.1 Co je to naděje

V našich životech se setkáváme s nadějí každou chvíli. V různých druzích literatury můžeme najít obligátní citáty jako např. „naděje umírá poslední“. Žijeme v naději, máme nadějné očekávání a v našich životech máme zapotřebí věřit v něco příznivého. Co to tedy ta naděje vlastně je? Tento pojem by se dal definovat jako emoce spojená s představou, že všechno, co je pro nás žádoucí, je i možné, uskutečnitelné a pakliže je něco negativního, může se to vždy obrátit k lepšímu. Na základě této informace by se pak dalo říct, že naděje je tedy propojena také s touhou, přesvědčením, důvěrou či vírou. Naděje není žádným novým pojmem. Objevu se již v dobách antiky, kde spadala do tehdejších ctností. Také v křesťanství naděje spolu s láskou a vírou tvoří základní tři ctnosti. O naději se nejvíce dalo dočíst ve spisech filozofů. Z psychologického hlediska se tomuto pojmu nejprve začali věnovat kliničtí psychologové pracující primárně s vážně nemocnými pacienty a pacienty trpícími bolestmi *(Křivohlavý, 2004).*

S pojmem naděje se však nesetkáváme pouze v psychologii, ale v nejrůznější literatuře jako např. v básních, dramatech či beletrii. Za dobu, se kterou se s nadějí setkáváme, již vzniklo mnoho různých teorií naděje, načež i pokusů, tyto teorie aplikující. Jedna z teorií, která byla již řadou pokusů ověřena, je *Snyderovo pojetí psychologie naděje (Křivohlavý, 2004).*

5.2 Snyderovo pojetí psychologie naděje

Podle Snydera je naděje proces, který různými aktivitami vede k cíli. Tuto definici můžeme chápat tak, že každá aktivita, kterou den, co den vykonáváme, má nějaký cíl. Příkladem by mohlo být třeba vaření oběda za účelem se najíst, cesta na toaletu za účelem mikce či fotografování za účelem uchování vzpomínek. Chápejme tedy, že naše chování není jen náhodným blouděním, nýbrž *účelnou aktivitou*. Jaro Křivohlavý (2004) ve své knize uvádí, že *„… lidské jednání není určováno jen vrozenými („tlačícími“) silami (v psychologii se pro ně často používá termínu „drives“), ale – a to především – i tím, o co nám jde. To, oč nám jde, je v pozadí cílů, které nás vedou. Zvolíme-li si určitý cíl a dáme-li se na cestu k tomuto cíli, žijeme v naději, že dosáhneme toho, co očekáváme, když se pro daný cíl rozhodneme.“* Součástí této teorie je také pojetí cesty k cíli, abychom však dosáhli toho,

čeho chceme, je potřeba vynaložit jistou energii. Na základě těchto informací víme, že jednání vedoucí k cíli musí obsahovat také motivační složku. Cílesměrnost jednání má základy v účelovosti lidské aktivity. *„V pojetí účelovosti lidského jednání se bere v úvahu i to, že člověku o něco jde, má určitý cíl, k němuž se chce dostat. Tento cíl ho motivuje tím, že ho „táhne“ k sobě. Cíl se řecky řekne telos. Proto zde hovoříme o cílesměrném – teleologickém – pojetí lidského jednání…“* – vysvětluje Jaro Křivohlavý (2004). Tento aspekt se začal znovu hojně využívat a zdůrazňovat v humanitní psychologii. Vídeňský psycholog Viktor Emanuel Frank se tímto aspektem „mít pro co žít“ zabývá a hodně ho připomíná ve své celoživotní práci. Podle Jara Křivohlavého Snyder teoretizoval pojetí naděje, kde *„základem je respektování cílesměrnosti lidského jednání. V jádru tohoto pojetí naděje jsou tři základní složky (komponenty) našeho jednání: cíl, cesta a snaha.“ (Křivohlavý, 2004).*

5.3 Komplexní pojetí naděje

Je velmi zjednodušené chápat naději jen jako nástroj proti strachu, protože lidská mysl má také jiné složky, jako motivy, kognice a sociální vlivy. Když však o takovémto komplexním pojetí naděje hovoříme, musíme do něj zařadit reálnou a částečně reálnou naději a vzít v potaz, že naděje je vždy ovlivněna danou situací.

5.3.1 Reálná naděje

Nemoc si bohužel vybírá také lidi v mladém nebo středním věku, kde tito pacienti, ačkoli se jedná o jednoznačně vyléčitelnou nemoc, mohu být netrpěliví a nepříznivě tuto nemoc prožívat. Ačkoliv se to tedy nemusí na první pohled zdát, i pacient s dobrou prognózou potřebuje naději posilovat ze stran jak lékařů, tak zdravotních sester. Reálná naděje se ve zdravotnictví zvládá dobře, ačkoliv zdravotníkům občas nedochází, že to, co je jasné jim, nemusí být jasné pacientům, tudíž i přes mnohdy nedostatečný čas je potřeba pacienta opakovaně, i kdyby jen pár větami povzbuzovat a odborně informovat *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.3.2 Částečně reálná naděje

„Prognóza některých pacientů je komplikovaná v tom, že naděje na zlepšení zdravotního stavu reálně existuje, ale uzdravení ad integrum nikoli. Pacienti se budou muset naučit žít se svou nemocí, resp. s omezením, která z ní plynou.“ – Píše ve své knize Ptáček a Bartůněk (2020). Jelikož tato situace není pro nikoho příjemná a snadná, měl by opět lékař pacienta povzbuzovat a nasměřovat ho k činnostem, které by sám či za pomoci rodiny mohl

vykonávat. Existují také nejrůznější pacientská sdružení, kde mohou prodiskutovat své starosti, zkušenosti a vzájemně se neformálně psychicky podpořit. Pacienti, kteří pochopí nereálnost navrácení jejich zdraví, většinou přehodnocují a snižují svá očekávání. Příkladem by mohli být pacienti pohybově postižení (na invalidním vozíku doufají, že budou chodit jen o berlích, lidé o berlích zase, že zvládnou jednu odložit atd.). Ptáček a Bartůněk (2020) také uvádí: *„Analogicky parciální naděje je charakteristická pro většinu zdravotně znevýhodněných a chronicky nemocných lidí. Lékař rozhodně nemá šetřit pochvalou a má ocenit každý, tj. i malý pokrok, ke kterému pacient svou aktivitou dospěje.“* V dnešní době jsou motivací pro spousty nemocných známé osobnosti, které se se svou nemocí „popraly“ a opět se vrátily ke své profesi. Příkladem by mohla být Anna K., která onemocněla karcinomem prsu, a i přes pozdější relaps její nemoci se vrátila na dráhu zpěvu. Ženy trpící stejným onemocněním pak pochopily, že musejí stále bojovat a poprat se s nepřízní osudu *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.3.3 Iracionální naděje

Filozof Arthur Schopenhauer kdysi řekl, že lidé se netrápí tím, že dříve nebyli, ale trápí se představou, že nebudou. Z toho pak vyvozuje, že nás neděsí „nebytí“, nýbrž pomyšlení na dlouhé a bolestivé umírání. Někteří autoři popisují, že plná a pravá naděje má kořeny v beznaději, což je doba, kdy už neexistují ani reálná ani částečně reálná naděje. Tuto zmiňovanou zvláštní pravou naději nazýváme **iracionální nadějí**. Iracionální naděje by se dala popsat jako absurdní či nepochopitelná. Ptáček a Bartůněk (2020) tvrdí, že *„Iracionální naděje umožňuje absenci beznaděje zbývajícího času, který už nemůže být naplněn uskutečnitelnými cíli. To proto, že kategorie naděje je vždy odvozena z kategorie možností a ty už umírající nemá. Přesto stále omezeně žije, a proto doufá nejen v redukovanou, ale především fiktivní naději, kterou ovšem promítá do reálného světa, který dobře zná. Jeho naděje tak získává reálný obsah, i když pravděpodobnost jeho naplnění je prakticky nulová.“* V praxi by vypadala situace třeba tak, že umírající plánuje dovolenou a rodina si myslí, že neuvěřil své prognóze. Mohl tento člověk skutečně doufat, že na dovolenou pojede? Iracionálně klidně mohl, racionálně však ne. Dalším příkladem by mohli být někteří umírající, kteří se účastní testování nějakých nových léčivých přípravků, když už jiné metody nezbývají. Tito pacienti jsou dobře informováni o tom, že se vyléčit již nemohou, ale nový lék slouží jako alternativa k paliativní péči, a dokonce podepisují informovaný souhlas. I přes tuto skutečnost má většina takových pacientů naději na optimalizaci zdravotního stavu. Rodina ani zdravotnický personál by u pacienta před smrtí neměla

vyvolávat planou naději, ale snažíme se vytvářet „medicínu maličkostí“. Žádný nemocný by neměl zemřít psychicky dříve než fyzicky. V období *ante finem* neboli před smrtí bychom tedy měli respektovat iracionální a individuální naděje pacienta. Když má však umírající strach z bolestivého umírání, měli bychom ho ujistit, že máme dostatečné množství analgetik, které mu od bolesti pomohou *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.4 Pozitivní vliv naděje

Dum spiro, spero – dokud dýchám, doufám. Už ve vzdálené minulosti lidé věřili, že naděje může uzdravovat neduhy a pomáhat s vyrovnáváním se s nemocí, utrpením či bolestí. Příkladem by mohl být mytologický příběh Dia a Prométhea s Pandořinou skříňkou uvedený v knize Ptáčka a Bartůňka (2020): *„…Pandóra otevřela schránku a uvolnila množství škodících duchů, kteří přinesli lidstvu mor, choroby a onemocnění. Duchové chamtivosti, závisti, nenávisti, nedůvěry, smutku, hněvu, pomsty, chtíče a zoufalství se rozptýlili široko daleko a hledali lidi k mučení. Uvnitř schránky však byl také nevypuštěný uzdravující duch se jménem* ***Naděje****.“* Také v náboženství hraje naděje důležitou roli, podmiňuje totiž mimo jiné spasení a blaženost. V nemocnicích ale i mimo ně se můžeme setkat s věřícími pacienty, kteří se vyrovnávají se smrtí tak, že mají naději na posmrtný život *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

Zkoumání fenoménu naděje se věnují nejrůznější obory, ale v novější době tento fenomén začal zkoumat také obor fyziologie, vysvětlující např. proč člověk, který si udržuje naději, může mít změněné neurochemické procesy, a tím dosáhnout pozitivních fyziologických účinků. *„Víra a očekávání mohou blokovat bolest uvolňováním mozkových endorfinů a enkefalinu, napodobujíce efekt morfinu.“* – píše Ptáček a Bartůněk (2020). Podle výzkumu Jeroma Groopmana se během nemoci naděje sdružuje s vírou a očekáváním a společně ovlivňují nervový systém, který následně vyvolává řetězovou reakci navyšující možnost uzdravení se z nemoci. Tento proces hraje důležitou roli v efektu, o kterém jsme všichni už jistě slyšeli. Tímto efektem je tzv. **placebo efekt**, který byl už mnohokrát prokázán ve studiích, ve kterých byla naděje to jediné, co nemocnému při uzdravování pomáhalo. Pan Jerom Groopman dále popisuje, že naděje sice ovlivňuje psychiku a tím i fyzické lidské tělo, ale tento vztah funguje i v opačném směru fyzické tělo – psychika. Je tomu tak, když nějaký fyzický stav vyvolá nervový vstup, který pak ovlivňuje negativní a pozitivní emoce *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.5 Naděje v nemoci

Je zcela nemožné ochránit lidský organismus celý život od nemoci a taktéž musíme vzít na vědomí fakt, že člověka nejde zbavit vědomí, že život někdy skončí. Když se zabýváme nadějí v nemoci, je nutné rozlišovat, jestli jde o vrozenou, akutní či chronickou, léčitelnou či nevyléčitelnou nemoc. Každý tento typ nemoci je provázen nadějí, kterou se aktuálně začala zajímat i Česká lékařská komora *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

Rozhovory s vážně nemocnými pacienty ukázaly, že i ti, kteří byli největšími realisty a se svou situací byli smířeni, si uchovávali naději pro to, že se najde nějaký lék, který by jim pomohl. Tato kapička naděje u těchto pacientů dokázala to, že ustáli i měsíce psychicky i fyzicky náročného průběhu onemocnění. Stále měli vidinu, že tento dlouhý čas utrpení jednou „přinese své ovoce". V naději nemocných hrají důležitou roli lékaři, ke kterým pacienti často vzhlíží s důvěrou, když jim naději navzdory i nepříznivé prognóze neberou, ale naopak dávají. Neznamená to ale, že by měli lékaři pacientům lhát, nýbrž s nimi jen sdílet jejich naději pro to, že se třeba stane něco nečekaného, co jim pomůže, že se najde nějaký lék, či se dá nádor na ústup. Pacienty, jenž naději ztratili, poznáme většinou tak, že říkají věci typu: „Už dále nemohu, myslím, že můj konec už přichází." Tito nemocní jsou většinou na sklonku života a jejich smrt se blíží. Podle rozhovorů Kübler-Rossové víme, že tito pacienti umírají do 24 hodin. Nemocní, kteří se vzdali naděje tak neučinili proto, že by byli zoufalí, nýbrž pro to, že došli do posledního stádia umírání – smíření se se smrtí *(Kübler-Ross, 2015).*

Když se zaměříme na proces zvládání nemoci, můžeme naději chápat různými způsoby. Úvahy o naději v nemoci prováděl také Giovanni Maio, díky kterému můžeme tyto roviny naděje rozdělit do jednotlivých skupin, a to:

- **Naděje jako vztah napětí mezi smyslem pro realitu a otevřeností –** Lidé celý svůj život žijí pro budoucnost, která je pro ně zásadní, a kterou utváří každým dnem a momentem. Na druhou stranu ale vědí, že s budoucností nelze volně nakládat. *„Při pohledu na naději v procesu zvládání nemoci to implikuje jak reálný pohled na situaci, tak otevřenost pro nedisponovatelné, jak uznání hranic vycházející z toho, že budoucností nemůžeme disponovat ani ji zcela předvídat, tak otevřenost vůči budoucnosti…"* – Popisuje Ptáček a Bartůněk (2020). Můžeme tedy říct, že v budoucnosti se přihodí leccos, ale když má člověk naději, může zvládnout cokoliv.

- **Naděje jako respekt k času a umožnění trpělivosti –** Naděje v nemoci se také týká roviny času, kam spadá míra připravenosti k trpělivosti a schopnost pacienta věřit v bdění a zrání. V rámci nemoci je potřeba respektování času jak pacientem, tak lékařem, protože mnohdy je ekonomickým tlakem způsoben nedostatek času ve vztahu pacient – lékař.
- **Naděje jako impulz k jednání a aktivnímu utváření –** Podle Giovanni Maia nesmíme naději zaměňovat s nečinností a vyčkáváním, protože do naděje je zahrnuto také jednání. Naději lze z tohoto hlediska popsat také jako „vášeň pro možné“, kde tato vášeň má reálný základ ve *snaze*. *„Naděje je impulzem k aktivnímu utváření situace, v níž se nemocný nachází.“* – Uvádí Ptáček a Bartůněk (2020).
- **Naděje jako porozumění smyslu –** Lidská osoba si za svůj život pokládá otázky ohledně smyslu života a snaží se smysluplně žít, a to utváří základní naději neboli *espérance*. Až na této základní naději stojí naděje v oblasti zvládání nemoci neboli *espoir*. Doufající člověk hledá smysl v celku a nežádoucí, těžké situace může překonat jedině tehdy, když o tento poslední smysl v celku usiluje. Když má člověk naději, znamená to tedy, že ačkoliv prožívá nějaké nesnáze a těžké období, celek života má i tak svůj smysl. *„Naděje v této perspektivě náleží ke konceptu zvládání nemoci mj. tím, že nemoc integruje do životního příběhu daného člověka jako takového a přesouvá těžiště od symptomů nemoci k jejím existenciálním aspektům.“* – Popisuje Ptáček a Bartůněk (2020)
- **Naděje na odpuštění a smíření –** Lidé mají ve svém životním příběhu mj. blízké osoby, rodinu a přátele. Pacientům v terminálním stádiu života spadá do naděje ještě jedna složka, a to právě naděje na odpuštění a smíření. V procesu zvládání nemoci se berou v potaz všechny roviny nemoci a zaměřujeme se na celostní pohled na zdraví, tudíž tento proces musí zahrnovat také existenciální aspekty, kde naděje má důležitou roli. Tento celostní pohled na zdraví a nemoc ovšem zahrnuje i jiné aspekty a to např. zařazení nemoci do osobního životního příběhu, který se také buduje ve vztazích s okolím. Ptáček a Bartůněk ve své knize uvádějí: „Specifický prostor v rámci tohoto procesu má bezesporu doprovázení – jak ze strany osob nemocnému blízkých, tak ze strany profesionálních doprovázejících.“ Bylo by tedy vhodné, kdyby se zdravotnický personál snažil

propojovat jednak věcné roviny a jednak roviny osobní a mezilidské *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.5.1 Význam naděje pro nevyléčitelně nemocné

V životě nevyléčitelně nemocných by naděje neměla být omezena jen na záchranu či doufání v dobrý konec. Těžce a nevyléčitelně nemocní lidé si v situaci beznaděje vytvářejí naději, která není pouze vnitřní obranou člověka. Tato naděje pak pro člověka představuje mnohem více, než jen přijetí faktu o nevyléčitelnosti a brzké smrti, a to v pozitivním slova smyslu. Důvod a trvání této naděje je velmi individuální a libovolný. Dalo by se říct, že nemocní žijí jednak v rovině **faktické**, zahrnující pravdu o nemoci a nepříznivou prognózu, a jednak **iracionální**, ve které mají prostor na prožívání naděje. Tato v beznaději vzniklá naděje nemocného vyvěrá, až když vymizí naděje jako běžná součást každodenního života, a právě proto se mnohdy utváří u nemocných, kteří jsou již s prognózou a s nadcházející smrtí smíření. Přeludy vznikající v těchto situacích zachraňují pacienta od beznaděje a je až neuvěřitelné, jak moc podporují psychickou pohodu a vnitřní klid. Naděje je odvozena z možností, které mohou být buď **reálné** či **nereálné**, nebo **blízké** či **vzdálené**. Ptáček a Bartůněk (2020) uvádí: „V naději hraje hlavní roli očekávání pravděpodobnosti, s jakou jsou možnosti reálné. Pro nevyléčitelně nemocné a umírající se naděje redukuje na možnosti fiktivní. Většina nemocných si ovšem přenáší fiktivní možnosti do reálného světa a hovoří o možnostech, na které se dá tzv. sáhnout.“ Díky tomu můžeme říct, že tak naděje nabude reálného obsahu i přes to, že skutečné naplnění tohoto obsahu není pravděpodobné. Tato skutečnost opravňuje každého pacienta k plánování své budoucnosti, např. ve formě doufání v zázračný lék, a my bychom mu neměli jeho víru vyvracet. Zdravotníci by však neměli míchat reálnou naději s nereálnou. Platí, že reálnou naději poskytujeme, když skutečně reálná je. To samé platí i pro částečně reálnou naději. Nedáváme však reálnou ani částečně reálnou naději v období před smrtí, spíše se snažíme dopřát pacientovi dostatečný prostor pro vytvoření individuálně iracionální naděje *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

Vzdělávání lékařů i zdravotních sester je v oblasti naděje v medicíně poměrně malé. Existuje spousta argumentů, jež hovoří o přísnějším zapojování naděje do terapie nemocných. Jeden z těchto argumentů např. upozorňuje na to, že je rozdíl, mezi nadějí a přáním. Lidé, kteří mají naději, se totiž snaží hledat nejvhodnější činnosti, ale berou v potaz i překážky bránící jim v cíli. Oproti tomu přání může být jen zbožné, nereálné, popírající realitu a kvůli tomu může být negativně ovlivněn jak pacient, tak i lékař, popř. zdravotní

sestra. Na onkologických odděleních může být podporování a zvyšování naděje zařazeno i do jiných sfér než jen klasická psychická podpora. Těmito oblastmi může být např.:

- Prostředí, ve kterém pacient bude pociťovat bezpečí a jistotu
- Profesionální a vhodná komunikace zdravotnického personálu
- Komunikace s blízkými osobami pacienta
- Snaha akceptovat a podporovat pacienta v oblasti víry
- Zajistit multidisciplinární tým a vhodné společenské prostory
- Průběžně posuzovat a hodnotit pacientovu naději

Je samozřejmé, že u každé onkologické diagnózy bude naděje jiná, protože různé typy onkologických diagnóz mají i jinou prognózu a jiný typ terapie a tím pádem je i rozdílná pravděpodobnost vyléčení a přežití. Stejně tak bude míra naděje jiná u nemocných v různých fázích onemocnění. Např. jinou naději bude vyzařovat pacient bezprostředně po vyslechnutí diagnózy a pacient, který již je v půlce kurativní chemoterapie. Stejně tak bude mít jinou naději člověk, u kterého došlo k remisi nádoru a pacient u kterého nemoc znovu vzplane *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

5.6 Naděje v pandemii

Ještě do nedávna jsme netušili, že bychom se někdy mohli pojmem *naděje v pandemii* zabývat. Možná když se podíváme zpět do minulosti např. na morové rány, kdy se lidstvo spoléhalo na boží zásah a odeznění božího trestu. To bychom však mohli brát jako naději endemickou či epidemickou. Středověk totiž oproti dnešní době nebyl globalizovaný. Na jaře roku 2020 se na svět dostala úplně nová doba – covidu-19, doba bioinformační. Proč se ale v této práci zabýváme pandemií? Důvodem je, že mimo jiné odsunula také onkologii na vedlejší kolej. Jak vznikla pandemie covidu-19, vznikla také naděje na záchranu v podobě např. vakcíny. Stovky týmů po světě pracují na navržení té nejvhodnější vakcíny a berou na vědomí fenotypové divergence viru v čase. Předpokládá se, že také vzroste zájem o vakcínu proti chřipce, o kterou před pandemií mělo zájem méně než 10 % obyvatel. *„Síla marketingového strachu je nesmírná. Nemožno se křehkým lidským bytostem nevěřícím vlastní imunitě divit. Ostatně ani případným povinným vakcinacím v budoucnu.“* – Píše ve své knize Ptáček a Bartůněk (2020). Pandemie covidu-19 přinesla mnoho nejrůznějších opatření jako roušky, rozestupy nebo vakcíny. Je ale covid jediná hrozba, která se nás týká? Co se stane s mnoha jinými mikrobiálními patogeny a chorobami způsobujících smrt? Když

by jim bylo věnováno tolik informací a reklamy jako covidu-19, určitě bychom byli dostatečně poučeni a zajistili vhodná opatření *(Ptáček a Bartůněk, 2020)*.

6 Paliativní péče

„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů.“ – Uvádí Radbruch a Payne (2010). Paliativní péče není péče jen zdravotnického personálu. Má multidisciplinární přístup a podílí se na něm také sám pacient, jeho rodina a blízcí a celkově komunita. Úplně nejjednodušeji bychom mohli říct, že paliativní péčí se snažíme saturovat pacientovi potřeby, a to jak doma, tak v nemocnici. Tato péče však smrt neoddaluje ale ani neurychluje, ale umírání a smrt považuje za normální proces v každém lidském životě. Cílem paliativní péče je zachovat nejlepší možnou kvalitu života nemocného, ale i rodiny, až do jedincovi smrti. Činí tak skrze prevenci a snižování utrpení rozpoznáním, zhodnocením a následnou léčbou bolesti a dalších bio-psycho-sociálních problémů *(Radbruch a Payne, 2010).*

V různých státech je pohled na paliativní péči drobně odlišný. I přes to lze však pozorovat některé společné principy. *„Ve všech evropských zemích uznávají odborníci na problematiku paliativní péče určitý soubor společných hodnot. Ten zahrnuje i hodnotu autonomie a důstojnosti pacienta, potřebu individuálního plánování a rozhodování a zásadu celostního (holistického) přístupu k pacientovi.“* – Píše Radbruch a Payne (2010). Paliativní péče je poskytována pouze tehdy, jestliže jsou na to pacient a jeho rodina připraveni. Pacientovi by také měla být ponechána možnost rozhodovat o své léčbě, pakliže má možnost výběru, také kde bude k paliativní péči docházet a s jakým přístupem bude tato péče prováděna. V neposlední řadě by paliativní péče měla být podávána s úctou a citlivě a měly by se brát v potaz individuální zvyklosti, hodnoty a přesvědčení pacienta *(Radbruch a Payne, 2010).*

6.1 Naděje v paliativní péči

Nemocní jedinci, kterým je poskytována paliativní péče, musejí najít nějaký způsob, jak se se svým nepříznivým onemocněním vyrovnat. Už víme, že někteří z nich si utváří iracionální naděje a mnohdy budou vnímat prognózu odlišně oproti zdravotníkům či rodině. Jestliže máme čas a dostatečnou empatii, můžeme si s pacienty povídat a touto efektivní a profesionální komunikací a popř. předěláním terapeutického plánu pacienta, pomůžeme s naplněním alespoň některých jeho nadějí, než pacient zemře. A to je také hlavní ukazatel správné paliativní péče *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

6.2 Jak měřit naději

K měření naděje v paliativní péči se využívají dotazníkové nástroje, které mohou pro výzkumné a klinické účely poskytnout údaje pomáhající při hodnocení účinnosti podpůrných intervencí. V paliativní péči tedy využíváme dvanácti-položkovou metodu, nazývanou *Herth Hope Index*. Tato metoda má již prokázané psychologické diagnostické rysy. Herth Hope Index, ačkoliv byl přeložen do mnoha jazyků, českého prověření – validizace se zatím nedočkal *(Ptáček a Bartůněk, 2020).*

Přikládáme tedy pro zajímavost norskou verzi Herth Hope Index:

HHI–N items	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1. Positive outlook on life	1.2%	8%	61.4%	29.5%
2. Presence of goals	1.3%	11.5%	66.1%	21.9%
3. Feel all alone	49.9%	38.5%	7.5%	2.1%
4. See a light in the tunnel	6.4%	12.4%	57.3%	24.6%
5. Faith that comforts	23.9%	28.5%	35.9%	12.0%
6. Scared about the future	4.4%	27%	46.3%	22.7%
7. Recall happy/joyful times	1.1%	1.9%	48.2%	48.9%
8. Deep inner strength	0.8%	7.1%	64.5%	28.2%
9. Give and receive caring/love	0.4%	3%	59.3%	37.4%
10. A sense of direction	1.4%	14.4%	66.1%	18.9%
11. Each day has potential	0.6%	5.1%	65.2%	29.2%
12. Life has value and worth	1%	4.3%	59.5%	35.2%

Obrázek č.5: *Norská verze Herth Hope Index*

(Online): Dostupné z: https://www.semanticscholar.org/paper/The-Norwegian-version-of-the-Herth-Hope-Index-a-Wahl-Rust%C3%B8en/87d60e5033b95114db4b20939c7dd3432aaecfc8

Empirická část

7 Metodika výzkumu

V této části práce se budeme zabývat výzkumem v oblasti naděje v onkologickém onemocnění. Budou zde vyhodnoceny a interpretovány výsledky kvalitativního výzkumu.

Výzkum pro tuto bakalářskou práci byl zahájen v lednu roku 2021. Jako výzkumná metoda byl zvolen kvalitativní výzkum, formou osobního polostrukturovaného rozhovoru, nahrávaného na mobilní telefon. Pacienti vždy souhlasili s poskytnutím rozhovoru a s pořízením zvukové nahrávky. Nemocnice Rychnov nad Kněžnou taktéž souhlasila s provedením empirického šetření. Tento souhlas je přiložen v příloze č.2. Rozhovor se opíral o dílčí výzkumné otázky a podotázky obsažené v dotazníku viz příloha č.1. Tento dotazník neměli pacienti k dispozici, sloužil jako podklad pro rozhovor. Součástí dotazníku byly základní identifikační údaje, vyjma jména a příjmení, hlavní výzkumná otázka, 5 dílčích výzkumných otázek a dále 23 podotázek. Na tyto podotázky pak byli pacienti v průběhu rozhovoru dotazováni. Pro tento výzkum bylo provedeno 6 osobních rozhovorů s onkologicky nemocnými pacienty, z toho 4 proběhly na Interním lůžkovém oddělení v Rychnově nad Kněžnou a 2 osobní rozhovory byly provedeny v domácím prostředí. V zadání bakalářské práce je uvedeno, že respondentů bude 8. Původně jsem to měla v plánu, nicméně kvůli pandemii covidu-19 a pracovní povinnosti jsem byla nucena počet zredukovat na 6 respondentů.

Dále upozorňuji, že si jsem vědoma toho, že by naši dotazovaní měli být nazýváni participanti, protože jde o zúčastněný výzkum. Jelikož se ale nejedná o klinickou studii, rozhodli jsme se pro používání termínu **respondenti**.

7.1 Výzkumné otázky

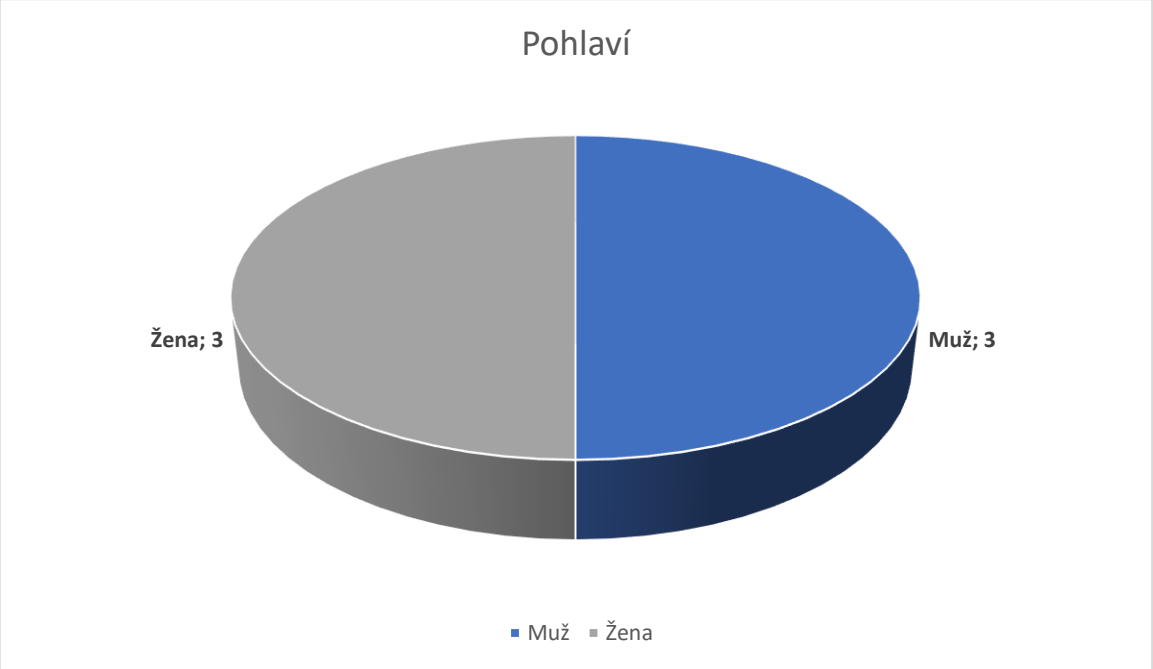
1. **Hlavní výzkumná otázka / Hlavní cíl práce**
    - Jak vnímá naději onkologicky nemocný pacient? Práce by pak měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.
2. **Dílčí výzkumné otázky**
    - Jaká byla a je informovanost pacienta v oblasti jeho onemocnění a léčby?
    - Jak nemocný reagoval na sdělení diagnózy?
    - Má pacient pocit naplňování svých potřeb?
    - Cítí nemocný v průběhu onemocnění naději?
    - Měnily se nějak vaše pocity v průběhu léčby

7.2 Zpracování získaných dat

Polostrukturované osobní rozhovory dotazovaných pacientů byly nahrávány na mobilní telefon. Následně byla z rozhovorů vytažená potřebná data, která se posléze zaznamenala do tabulek v programu Microsoft Word. Některé odpovědi byly taktéž vyobrazeny ve výsečových grafech.

7.3 Přehled identifikačních údajů

Identifikační údaje respondentů:



Graf č.1 – Pohlaví respondentů

Komentář: Z grafu je patrné, že našeho výzkumu se zúčastnily 3 ženy a 3 muži.

Tabulka č.3: Identifikační údaje respondentů:

	Respondent č.1	**Respondent č.2**	**Respondent č.3**	**Respondent č.4**	**Respondent č.5**	**Respondent č.6**
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Muž	Muž	Muž
Věk	50	44	55	70	58	63
Rodinný stav	Vdaná	Vdaná	Vdaná	Ženatý	Ženatý	Ženatý
Vzdělání	Střední odborná škola	SŠ	SŠ	VŠ	SŠ	Střední odborné učiliště
Víra	Deismus	Nevěřící	Nevěřící	Nevěřící	Křesťan	Nevěřící

Komentář: V této tabulce máme zaznamenány identifikační údaje respondentů. Co se týče věku, našeho výzkumu se zúčastnili dva lidé ve věku 40 – 50 let, dále dva lidé v kategorii 51 – 60 let a poslední dva respondenti ve věku 61 – 70 let. Dále je všech 6 respondentů vdaných či ženatých. Také zde máme uvedené dosažené vzdělání, kde lze z tabulky vyčíst, že 3 respondenti mají dostudovanou střední školu, jeden respondent střední odbornou školu, další střední odborné učiliště a jeden respondent má dostudovanou vysokou školu. V oblasti víry zde máme jednoho křesťana, jednoho deistu a zbytek jsou lidé nevěřící.

8 Analýza a interpretace získaných dat

8.1 Dílčí výzkumná otázka č.1

- **Jaká byla a je informovanost v oblasti vašeho onemocnění a léčby?**

Tabulka č.4: Jak a kdy se na diagnózu přišlo?

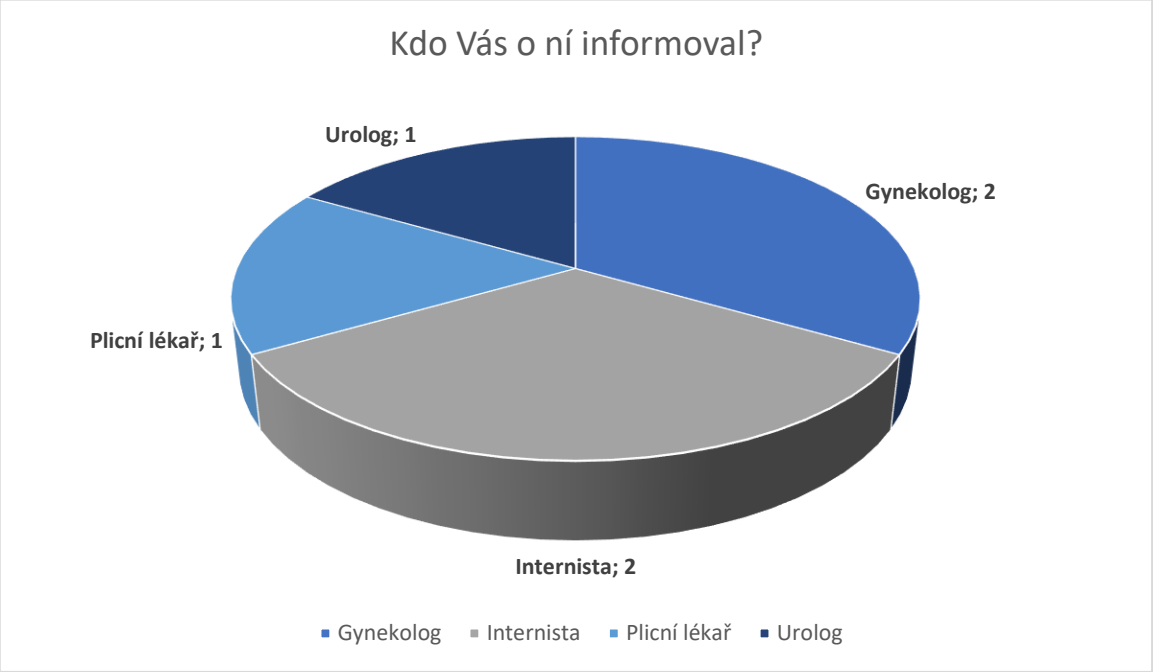
	Jak?	Kdy?
Respondent č.1	*„No byla jsem na preventivní prohlídce na gynekologii a dělali mi stěr z děložního čípku…“*	*„Těsně před Vánoci roku 2020…“*
Respondent č.2	*„… hrozně mě bolelo břicho a zvracela jsem, tak jsem jela na pohotovost kde mě vyšetřili a poslali na ultrazvuk…“*	*„V listopadu to bylo.“*
Respondent č.3	*„…měla jsem nějaké gynekologické problémy, výtoky i krvavé, a to už menstruaci nemám asi 10 let. Pan doktor mě prohlídl a udělal cytologii a ultrazvuk a zjistil nádor dělohy.“*	*„V prosinci 2020…“*
Respondent č.4	*„…bylo mi pořád špatně, často jsem zvracel, braly mě křeče do břicha, nemohl jsem nic jíst ani spát. Tak jsem jel na pohotovost, hospitalizovali mě a pak posílali na různá vyšetření.“*	*„Nějako před Vánoci…“*
Respondent č.5	*„…překvapilo mě, že jsem začal z ničeho nic žloutnout, jinak mi nic nebylo, tak jsem*	*„Teď v lednu, je to asi 4 dni zpátky…“*

	šel k praktickému lékaři, a ten mě poslal sem na internu, kde mi udělali různý vyšetření.“	
Respondent č.6	*„Šel jsem na kontrolní ultrazvuk po covidu, měl jsem totiž před tím zápal plic a tam zjistili, že mám metastázy v plicích…“*	*„Minulý týden“* (Tzn. začátek ledna)

Komentář: V tabulce č.4 máme zaznamenány odpovědi respondentů na otázku *jak a kdy se na diagnózu přišlo*. První respondentka uvádí, že se na její diagnózu přišlo před Vánoci roku 2020 tím, že byla na preventivní prohlídce na gynekologii, kde jí prováděli stěr z děložního čípku. Oproti tomu druhá respondentka říká, že měla bolesti břicha a zvracela, tak odjela na pohotovost, kde ji vyšetřili a poslali na UZ břicha. To se stalo v listopadu roku 2020. Třetí respondentka uvádí, že se na diagnózu přišlo v prosinci 2020 a to tak, že měla gynekologické problémy, výtoky atd. Pan doktor ji tedy provedl UZ a cytologii a zjistil nádor dělohy. Respondentovi č.4 bývalo hodně špatně, zvracel a měl křeče, odjel tedy na pohotovost, hospitalizovali ho a následně podrobili různým vyšetřením. Což se stalo před Vánoci 2020. Respondent č.5 z ničeho nic zpozoroval ikterus, tak šel k praktikovi, který ho odeslal na interní ambulanci na začátku ledna. Zde ho hospitalizovali a provedli různá diagnostická vyšetření. Respondent č.6 měl na začátku ledna po prodělané coronavirové nákaze stále potíže s dýcháním, tak byl odeslán na UZ, kde byly nalezeny metastázy v plicích. Pět z šesti respondentů má diagnostikované onkologické onemocnění po náhlých akutních problémech, a jen jeden respondent z preventivní prohlídky. Tato skutečnost mě trochu překvapila.

Tabulka č.5: Kdo Vás o ní informoval?

	Kdo Vás o ni informoval?
Respondent č.1	*„Gynekolog.“*
Respondent č.2	*„Lékař na urologii.“*
Respondent č.3	*„Gynekolog“*
Respondent č.4	*„Pan doktor na interně ve FNHK, už nevím, jak se jmenoval…“*
Respondent č.5	*„Doktor na interně.“*
Respondent č.6	*„Lékař na plicní ambulanci.“*



Graf č.2 – Kdo Vás o ní informoval?

Komentář: Jak z tabulky, tak z grafu můžeme vyčíst, že informace respondentům podali vždy lékaři. U respondentky č.1 a č.3 to byl gynekolog. U čtvrtého a pátého respondenta podal informace lékař internista. Respondentce č.2 sdělil diagnózu urolog a respondentovi č.6 plicní lékař.

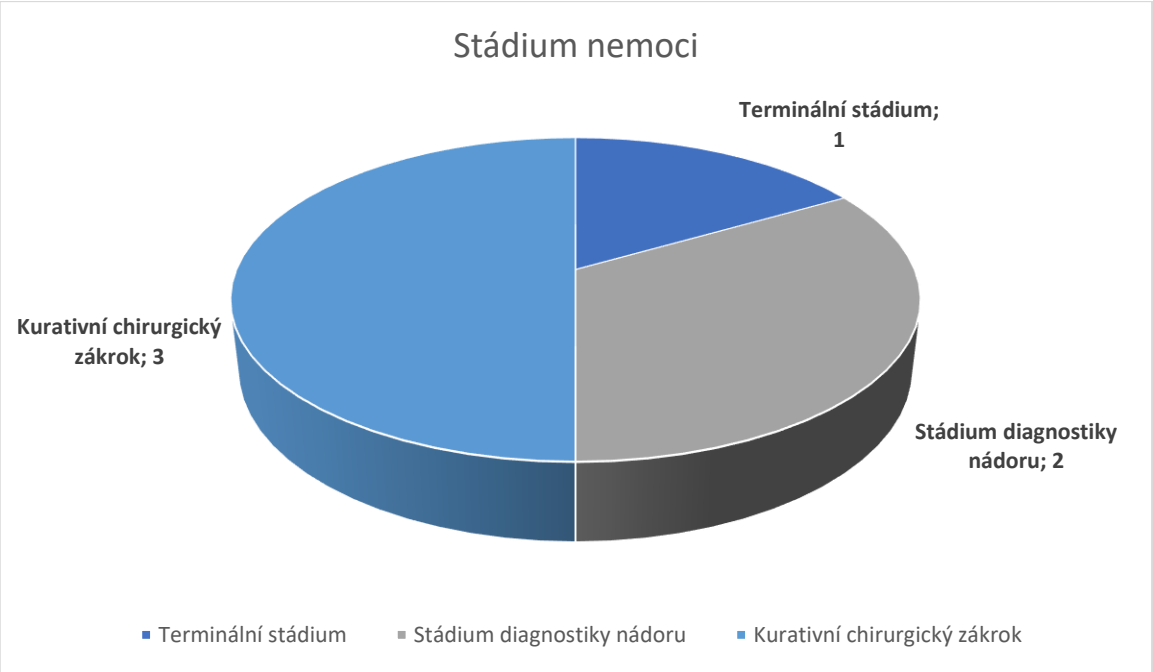
Tabulka č.6: Byla Vám diagnóza sdělena osobně, či telefonicky?

	Osobně či telefonicky?
Respondent č.1	*„Posláním SMS, potom mi to bylo sděleno osobně.“*
Respondent č.2	*„Osobně“*
Respondent č.3	*„Osobně přímo v ordinaci“*
Respondent č.4	*„Řekl mi to osobně při vizitě. Přišel za mnou na pokoj a řekl mi, že pro mě nemá dobrou zprávu.“*
Respondent č.5	*„Osobně v nemocnici“*
Respondent č.6	*„Osobně“*

Komentář: V tabulce č.6 se můžeme dočíst, že všem respondentům byla diagnóza sdělena osobně. V takové odpovědi jsem doufala, a tak nějak jsem je i očekávala.

Tabulka č.7: V jakém stádiu onemocnění se nyní nacházíte?

	Stádium nemoci?
Respondent č.1	*„Mám diagnostikovaný karcinom děložního čípku, příští týden mě ceká operace, a pak bych prý už měla být zdravá. Jen musím docházet na pravidelné gynekologické kontroly co půl roku.“*
Respondent č.2	*„Za čtrnáct dní mám termín operace. Budou mi brát celou ledvinu, prý už nemá cenu tam ten zdravý kousíček nechávat. …Ale potom už budu vyléčená…“*
Respondent č.3	*„To já přesně nevím, ale měla jsem jít na plánovanou operaci, že mi budou tu dělohu vyndávat, abych byla zdravá, ale museli tu operaci zrušit kvůli coronaviru, tak čekám, až to zase povolí.“*
Respondent č.4	*„Terminální stádium prý. Mám nádor hlavy pankreatu. Měl jsem jít na operaci, ale zrušili ji, že prej kvůli covidu se teď nesmí. Tak mě poslali do nemocnice sem do Rychnova, že sem spádově přijdu. Tak jsem jenom čekal, až budu na tu operaci moct jít, ale včera tady byla doktora a říkala, že se dohodli s tím doktorem z Hradce, že už to stejně není k operaci. …Hledají mi místo v Hospici…“*
Respondent č.5	„Vyšetřuje se typ nádoru a jestli je to původní ložisko.“
Respondent č.6	*„Já tomu moc nerozumím, ale teď říkali něco, že se musí ještě diagnostikovat typ toho nádoru, než s ním začnou něco dělat…“*

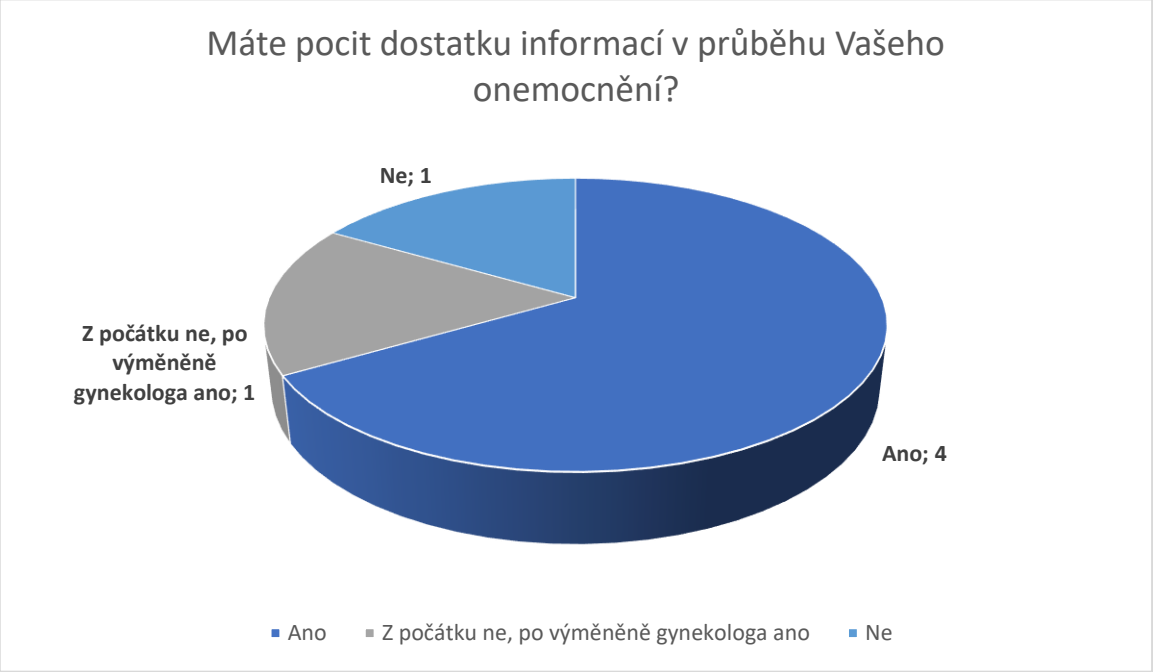


Graf č.3: V jakém stádiu nemoci se nyní nacházíte?

Komentář: Naděje u pacientů je se stádiem nemoci silně provázána, tudíž je tento dotaz důležitý. První respondentka odpovídá, že ji v příštím týdnu čeká operce děložního čípku a tím by měla být vyléčená. Jedná se tedy u kurativní chirurgický zákrok. Druhá respondentka uvádí, že má termín operace za 14 dní, kdy ji budou odebírat celou ledvinu. I v tomto případě se jedná o léčbu kurativní. Třetí respondentka je žena, která odpověděla velmi zajímavě. Na její diagnózu se přišlo již v prosinci, ale operaci jí odložili, kvůli pandemii coronaviru. Po hysterektomii by už pacientka měla být taktéž vyléčená, tudíž spadá také do kategorie kurativní chirurgický zákrok. Čtvrtý respondent má nádor hlavy pankreatu. Uvádí, že před Vánoci měl ještě jít na plánovanou operaci, ale tu mu zrušili kvůli pandemii coronaviru. Teď mu však bylo oznámeno, že nádor není k operaci a měl by být převezen do Hospice. Tento respondent je tedy v terminálním stádiu nemoci. Pátý a šestý respondent odpovídají, že jsou ve fázi diagnostiky. O jejich nádoru se ví pár dní, a ještě se tedy musí do-vyšetřit, o jaký typ nádoru se jedná a jestli nemetastazuje. Z tabulky a poté přehledněji z grafu je patrné, že 3 respondenti tedy čekají na kurativní chirurgický zákrok, 2 respondenti jsou ve fázi diagnostiky nádoru a 1 respondent je v terminálním stádiu nemoci.

Tabulka č.8: Máte pocit dostatku informací v průběhu vašeho onemocnění?

	Dostatek informací?
Respondent č.1	*„…neměla jsem pocit dostatku informací, proto jsem změnila gynekologa.“*
Respondent č.2	*„Ano mám.“*
Respondent č.3	*„Jo to oni mi toho říkají hodně, jen já mám občas pocit, že jim moc nerozumím. Ale vždycky se zeptám, jestli by mi to nevysvětlili trochu „polopatě“ a oni mi všechno znovu vysvětlí.“*
Respondent č.4	*„Asi jo, vždycky mi vysvětlili, co bylo potřeba.“*
Respondent č.5	*„Moc ne, stále se neví, o jaký typ nádoru se jedná, ERCP se napoprvé nepovedlo, nechápal jsem proč, vysvětlili mi to až později, zdá se mi, že všechno trvá dlouho.“*
Respondent č.6	*„Ano.“*



Graf č.4: Máte pocit dostatku informací v průběhu Vašeho onemocnění?

Komentář: Na pocit dostatku informací mi respondentka č.1 odpověděla, že s jejím původním gynekologem dostatek informací neměla. Rozhodla se tedy gynekologa vyměnit a nyní už je s mírou informací spokojená. Respondentka č.2 má pocit dostatku informací. Respondentka č.3 udává, že má informací dost, jen jim občas nerozumí. Po optání se jí je ale vše jednoduše vysvětleno. Respondent č.4 pociťuje dostatek informací, prý mu je vždy vysvětleno, co je potřeba. Respondent č.5 však má pocit, že vše trvá moc dlouho, jeho ERCP se nepovedlo a on postrádal informace proč tomu tak bylo, což mu bylo vysvětleno až posléze. Stále tedy neví, o jaký typ nádoru se jedná. Tento pacient nemá pocit dostatku informací. Respondent č.6 na otázku odpověděl ano, tedy že má dostatek informací. Odpovědi jsou taktéž zaznamenány v přehledném grafu, ze kterého jde vyčíst, že 4 respondenti mají pocit dostatku informací, 1 respondent ze začátku ne, ale po výměně lékaře již také ano, a 1 respondent tedy informace postrádá.

8.2 Dílčí výzkumná otázka č.2

- **Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?**

Tabulka č.9: Jak jste se cítil/a, když Vám byla diagnóza sdělena?

	Pocity po sdělení diagnózy?
Respondent č.1	*„Prvotně jsem byla hrozně v šoku, nevěděla jsem, co mám říct… po chvíli už to pak byl jen strach a beznaděj. …co bude s dětmi?“*
Respondent č.2	*„Cítila jsem se šokovaná.“*
Respondent č.3	*„V tu chvíli mi bylo hrozně, nemohla jsem tomu uvěřit a jak kdybych byla v jiném světě, ani jsem se nemohla soustředit na to, co mi pan doktor říkal. Cítila jsem se v šoku, jak se tohle mohlo stát zrovna mě. Teď už vím, že takový věci se dějí mnoha lidem, ale v tu chvíli jsem to nemohla pochopit.“*
Respondent č.4	*„No, když mi to řekli prvně, tak jsem byl fakt vyděšený. Prý je ten nádor pankreatu špatný, cítil jsem se zoufalý.“*
Respondent č.5	*„Byl jsem zaskočený, tohle jsem nečekal, čekal jsem, že to bude něco méně závažného.“*
Respondent č.6	*„…překvapený, nečekal jsem to. Byl jsem v šoku a měl jsem strach, co bude dál.“*

Komentář: V tabulce číslo 9 je zaznamenáno, jak se zúčastnění pacienti cítili po sdělení diagnózy. Můžeme se zde dočíst, že respondentka č.1 se cítila v šoku. Obávala se, co bude s jejími dětmi. Měla strach a pociťovala beznaděj. Druhá respondentka odpovídá, že se taktéž cítila v šoku. Neschopnost soustředit se a šokový stav pociťovala i respondentka č.3. Děs a zoufalost. To byly pocity po sdělení diagnózy respondentu s číslem 4. Pátý respondent uvádí, že se cítil zaskočený. Čekal totiž, že jeho diagnóza nebude natolik závažná. Taktéž šestý respondent pociťoval překvapenost (šok) a taktéž strach, co s ním bude dál. Znamená to tedy, že všech 6 respondentů pociťovalo po sdělení diagnózy šok, zaskočení, nebo

překvapení. Další 3 z 6 respondentů také popisují pocit strachu, beznaděje a zoufalosti. Podobné odpovědi na otázku jsem očekávala. To, že všech 6 respondentů pociťovalo po sdělení diagnózy nějakou formu šoku také potvrzuje **model Kübler-Rossové** popisovaný v teoretické části, kde **prvotní fází** smiřování se s diagnózou je právě **šok**.

Tabulka č.10: Kdo pro Vás byl v tuto chvíli největší oporou?

	Kdo byl největší oporou?
Respondent č.1	*„Rodina, a hlavně moje máma.“*
Respondent č.2	*„Moje sestra a rodina.“*
Respondent č.3	*„Asi dcera. Hned za mnou přijela, když jsem jí zavolala. Koupila mi kytku a čokoládu a celý víkend byla se mnou.“*
Respondent č.4	*„Asi má žena. Byla celou dobu se mnou a podporovala mě. Mysleli jsme si, že to zvládnu a že to bude v pohodě.“*
Respondent č.5	*„Manželka.“*
Respondent č.6	*„Moje žena.“*

Komentář: Na otázku, kdo byl pro nemocného největší oporou by se dalo říct, že všichni odpověděli obecně „rodina“. Konkrétně pak první respondentka uvádí rodinou a svou maminku, druhá respondentka rodinu a sestru, třetí pak rodinu a svou dceru, která tu pro ni ihned byla. Respondent č.4, 5 a 6 popisují jako největší oporu svou ženu. Odpověď „rodina“ na otázku jsem očekávala asi nejvíce. Přijde mi ale zajímavé, že všichni 3 respondenti – ženy, uvádějí jako nevětší oporu rodinu a výslovně maminku, sestru a dceru, nikoliv však manžela, ačkoliv jsou všechny 3 vdané. Kdežto 3 respondenti – muži, udávají jako největší oporu svou manželku.

Tabulka č.11: Jaká činnost u Vás následovala po sdělení diagnózy?

	Činnost po sdělení diagnózy?
Respondent č.1	*„Vyšla jsem z polikliniky a šla na dlouhou procházku, potřebovala jsem si urovnat myšlenky.“*
Respondent č.2	*„Oznámila jsem svou diagnózu rodině. Nejdřív doma a pak jsem volala zbytku – mamce, sestře a tak…“*
Respondent č.3	*„Telefonovala jsem právě dceři a dost jsem brečela. Doma jsem si hledala nějaké informace na internetu, a to jsem neměla dělat, stejně jsem ničemu pořádně nerozuměla.“*
Respondent č.4	*„Volal jsem ženě. Jinak jsem nevěděl co dělat. Byl jsem v nemocnici, kde byly návštěvy zakázaný, koukal jsem do zdi a říkal si, že to nemůže být pravda.“*
Respondent č.5	*„Telefonoval jsem s manželkou a řešil to se známými, mají kontakt na nějaké lékaře specialisty, zjišťoval jsem, co se dá dělat a jestli se dělá vše správně.“*
Respondent č.6	*„Ptal jsem se na podrobnosti a možnosti řešení a dalšího postupu. ...hledal jsem informace na internetu.“*

Komentář: Tabulka č.11 poukazuje na činnosti, které u nemocných následovaly bezprostředně po sdělení diagnózy. První respondentka si potřebovala urovnat myšlenky a vyrazila tedy na dlouhou procházku. Respondentka č.2 šla domů a oznámila diagnózu své rodině osobně a telefonicky. Třetí respondentka uvádí, že telefonovala dceři, hodně plakala a následně si také hledala informace o svém onemocnění na internetu. Uvádí také ale, že informacím na internetu nerozuměla. Respondent č.4 byl hospitalizován, když mu byla diagnóza sdělena. Uvádí tedy, že telefonoval ženě a pak jen ležel na pokoji a koukal do zdi a diagnóze nemohl uvěřit. Pátý respondent taktéž odpověděl, že telefonoval manželce a

následně i svým známým, kteří měli kontakt na specialisty. Zjišťoval si tedy, jestli je všechno prováděno správně a zda se nedá dělat ještě něco víc. Poslední, tedy šestý respondent popisuje, že se hodně lékaře ptal na podrobnosti a možnosti řešení a následující postup. Také uvádí, že si následně hledal informace na internetu. Oznámení a konzultace diagnózy s rodinou je nejčastější odpověď na otázku. Odpovědělo tak 4 z 6 respondentů. Tato odpověď byla taktéž očekávána. Dva respondenti taktéž uvedli, že si hledali informace na internetu.

8.3 Dílčí výzkumná otázka č.3

- **Máte pocit, že jsou naplňovány všechny Vaše potřeby?**

Tabulka č.12: Změnily se nějak Vaše potřeby před a po onemocnění? Jak?

	Změna potřeb před a po onemocnění?
Respondent č.1	*„…téměř nezměnily, jen jsem potřebovala větší psychickou podporu.“*
Respondent č.2	*„Nezměnily, jen jsem si opět uvědomila, že nejdůležitější je zdraví a mít někoho o koho se můžete opřít.“*
Respondent č.3	*„To je těžké takhle odpovědět… Před onemocněním jsem hodně šetřila peníze do budoucna. A když jsem onemocněla, začala jsem mít potřebu ty peníze utrácet za všechno možné, dělat radost sobě a svým blízkým.“*
Respondent č.4	*„To je celkem vtipná otázka… Dřív jsem chtěl cestovat, mít majetek a tak, chápete… teď už mám potřebu jen žít.“*
Respondent č.5	*„Chtěl bych víc trávit čas se svojí rodinou.“*
Respondent č.6	*„To nevím, spíše se nic nezměnilo.“*

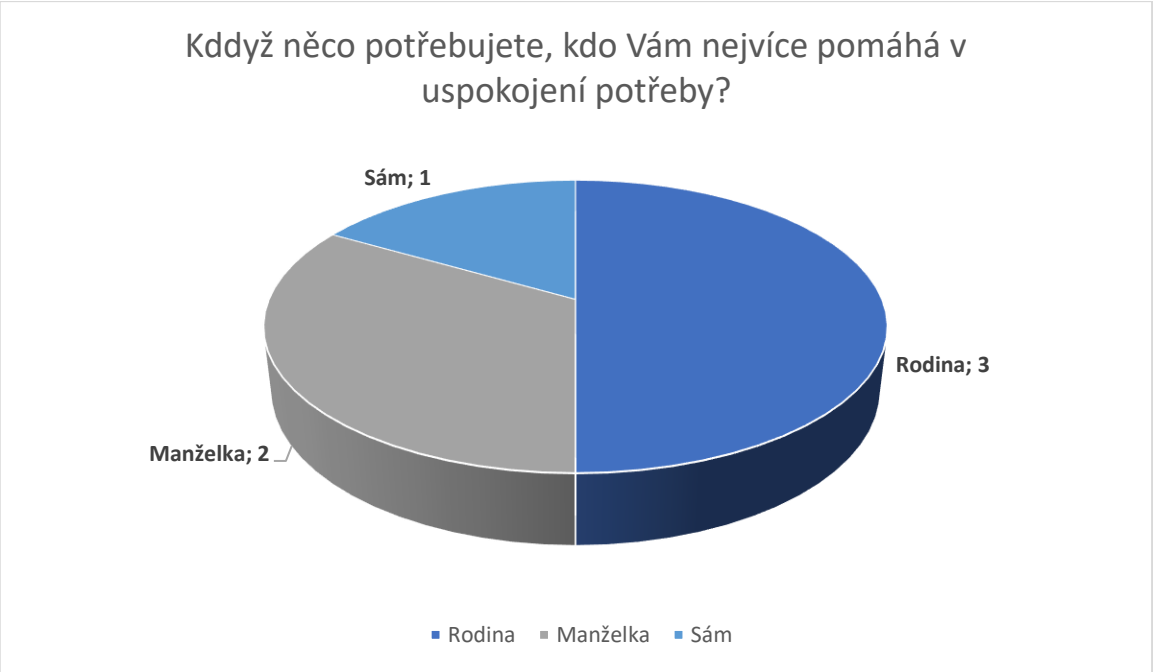
Komentář: Jak jsme se v teoretické části práce dozvěděli, nemoc hraje významnou roli v uspokojování lidských potřeb. Brání totiž v uspokojování některých fyziologických potřeb a také mění i způsob vyjádření a možnosti saturace potřeb. V tabulce č.12 máme uvedeno, jak se změnily potřeby respondentů po onemocnění. První respondentka uvádí, že se její potřeby téměř nezměnily. Říká však, že potřebuje cítit větší psychickou oporu. Taktéž druhá respondentka si uvědomila, že zdraví spolu s lidmi, o které se můžeme opřít jsou nejdůležitější. Respondentka č. 3 uvádí, že když se dozvěděla diagnózu začala mít potřebu dělat radost sobě a svým blízkým. Začala tedy utrácet našetřené peníze. Čtvrtý respondent uvádí, že se jeho potřeby změnily výrazně. Dříve měl potřebu vlastnictví, cestování atd. Jelikož se ale nachází v terminálním stádiu nemoci, a uvádí, že má už potřebu jen žít. Pátý respondent odpovídá, že má potřebu trávit více času se svou rodinou. Poslední respondent odpovídá, že se jeho potřeby nijak nezměnily.

Tabulka č.13: Strádáte v nějaké oblasti Vašeho života? Pokud ano, co konkrétně postrádáte?

	Strádáte v nějaké oblasti? Co konkrétně?
Respondent č.1	*„…nejsem tolik v klidu jako dříve, více se hlídám a pozoruji.“*
Respondent č.2	*„Nestrádám v ničem.“*
Respondent č.3	*„Teď tady v nemocnici je to těžké. Návštěvy jsou zakázané a na pokoji mám dvě paní, které si moc povídat nechtějí. Personál na to pochopitelně nemá moc čas. Chtěla bych si s někým povídat, po telefonu to není úplně ono a já z toho pak mám špatnou náladu.“*
Respondent č.4	*„Chybí mi pohyb, volnost… Poslední dobou jsem jen v nemocnicích, furt mám ten drén a nemůžu se vidět s rodinou.“*
Respondent č.5	*„Jsem teď hodně omezený, nemůžu jíst co chci, jsem „žlutej jak“ citron nemůžu jít ani nakoupit, aniž by na mě lidi nezírali.“*
Respondent č.6	*„V současné době, kdy je omezený kontakt s dalšími lidmi ano, spoustu známých a kamarádů jsem neviděl i několik měsíců.“*

Komentář: Na dotaz strádání v nějaké oblasti života mi první respondentka odpověděla, že nepociťuje takový vnitřní klid jako dříve. Více se prý hlídá a pozoruje. Respondentka číslo 2 nestrádá v ničem. Třetí respondentka udává, že je pro ni hospitalizace těžká z důvodu nemožnosti komunikace s ostatními lidmi. Návštěvy jsou totiž teď v době pandemie zakázané. Pacientky na pokoji si povídat nechtějí a personál na to nemá čas. Čtvrtý respondent říká, že hospitalizace je pro něj náročná kvůli deficitu pohybu. Stále je v nemocnicích a vadí mu drén (konkrétně sběrný sáček), který musí nosit pořád s sebou. Dále udává, že mu vadí, že se nemůže vidět s rodinou. Důvodem je opět zákaz návštěv v době coronaviru. Respondent č.5 pociťuje nyní velké omezení. Vzhledem ke svému typu nádoru má ikterus, a lidé ve společnosti se na něj pak často dívají, a to mu vadí. Pátý

respondent také udává, že strádá v oblasti sociálních kontaktů a komunikace. Neviděl dlouho své známé a kamarády, nejprve z důvodu vyhlášení nouzového stavu a k tomu omezení kontaktu s jinými osobami než se členy domácnosti, a teď při hospitalizaci z důvodu zákazu návštěv v nemocnicích. Vidíme tedy že 3 z 6 respondentů udávají, že jim chybí sociální kontakt a/nebo komunikace.



Graf č.5: Když něco potřebujete, kdo Vám nejvíce pomáhá v uspokojení potřeby?

Komentář: Uspokojovat respondentům potřeby pomáhá ve většině případů rodina. Odpověď *rodina* uvedli první tři respondentky, tudíž všechny tři ženy. Takovou odpověď jsem také očekávala. Čtvrtý a pátý respondent udávají, že jim při saturaci potřeb nejvíce pomáhá manželka. Poslední pacient říká: *„Snažím se vše řešit sám.“*

Tabulka č.14: Pomáhá Vám v uspokojování potřeb zdravotnický personál? Jak?

	Uspokojování potřeb zdravotnickým personálem? Jak?
Respondent č.1	*„… paní doktorka, má neuvěřitelnou trpělivost, vždy mi vše vysvětlí, což mi pomáhá. Nejhorší je nevědomost, co bude dál.“*
Respondent č.2	*„Ano, pomáhají. Pan doktor se mě pořád ptá, jestli něco nepotřebuji… uvidím, jak to bude vypadat v nemocnici.“*
Respondent č.3	*„Pomáhají mi sestřičky a ošetřovatelky, pomáhají mi dojít si do sprchy, když jsem unavená, dávají mi čisté prádlo, když potřebuji, a dokonce mi kolikrát dojdou do automatu a koupí mi, na co mám chuť.“*
Respondent č.4	*„Nijak zvlášť to nepociťuji… nosí mi jídlo a léky, čistý oblečení… ale já od nich nic víc už nepotřebuji, akorát jsem vděčný, když mi dají prášky na spaní, nemůžu tady vůbec spát jinak.“*
Respondent č.5	*„Já jejich pomoc nechci, obsloužím se sám.“*
Respondent č.6	*„Po biopsii mi vypomáhali, dostal jsem něco na bolest, donesli mi jídlo, pomohli mi vstát…“*

Komentář: Dotaz na pomáhání s uspokojováním potřeb zdravotnickým personálem je pro tuto práci taktéž důležitý, jelikož by po dokončení mimo jiné měla přijít do rukou právě zdravotnickému personálu. Z odpovědi respondentky č.1 vyplývá, že má potřebu informovanosti, kterou ji pomáhá saturovat její paní doktorka, která s ní má trpělivost a vždy jí vše vysvětlí. Říká také, že *„Nejhorší je nevědomost, co bude dál“.* Respondentka č.2 uvádí, že jí pomáhá pan doktor, který se jí doptává na její potřeby. Uvádí ale také, že teprve uvidí, jak to bude vypadat v nemocnici. Respondentka č.1 a 2 totiž ještě nebyly

hospitalizované, rozhovor s nimi byl prováděn v domácím prostředí. Od toho se také odvíjí odpověď na otázku saturace potřeb zdravotnickým personálem. Třetí respondentka říká, že jí v nemocnici pomáhají potřeby plnit sestřičky a ošetřovatelky, které jí dopomáhají do sprchy, když je unavená, nosí čisté prádlo, a nad rámec své náplně práce jí také chodí nakupovat věci do automatu, když má na něco chuť. Respondent č.4 říká, že jejich pomoc nijak zvlášť nepociťuje, ale nosí mu jídlo, oblečení, léky atd. Odpovídá také, že od nich už nic víc ani nepotřebuje, ačkoliv je vděčný, když mu dají léky na spaní, jelikož má v nemocnici se spánkem problémy. Respondent č.5 jako jediný uvádí, že zdravotnický personál na nic nepotřebuje, jelikož vše zvládá sám, obslouží se sám. Šestý respondent odpovídá, že po biopsii mu potřeby personál saturovat pomáhal. Nosil mu léky na bolest, jídlo a pomáhal mu vstávat. Z tabulky tedy jasně vyplývá, že 4 z 6 respondentů se pomoc při uspokojování potřeb od zdravotnického personálu dostává a oni tuto pomoc vítají. Jednomu respondentu se trochu pomoci dostává, ale on ji nepociťuje a ani nepotřebuje. Poslední respondent jako jediný uvádí, že pomoc personálu nechce, protože se obslouží sám.

8.4 Dílčí výzkumná otázka č.4

- **Pociťujete v průběhu svého onemocnění naději?**

Tabulka č.15: Co ve svém životě považujete za největší úspěch?

	Největší úspěch v životě?
Respondent č.1	*„Za největší úspěch v mém životě považuji svoje 3 děti, které si myslím, že jsem dobře vychovala…“*
Respondent č.2	*„Svoje 3 děti.“*
Respondent č.3	*„Asi to, že jsem vychovala dvě úžasné děti. Vybudovala jsem si hezký život a s manželem jsme si postavili krásný dům, ve kterém jsem šťastná.“*
Respondent č.4	*„Celý můj život byl vlastně úspěch. Dostudoval jsem školu, vzal si úžasnou ženu, našel si dobrou práci a vychoval 3 skvělý děti. Jasně, že to mělo mouchy, ale tak to má vždycky každý.“*
Respondent č.5	*„Můj největší úspěch? Že jsem dobře vychoval syny.“*
Respondent č.6	*„Že jsem postavil barák a zajistil rodinu.“*

Komentář: Tabulka č. 15 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku největšího úspěchu v jejich životě. Respondentky č. 1 i 2 udávají, že za svůj největší úspěch považují své 3 děti. Taktéž třetí respondentka uvádí svoje 2 děti, a navíc také to, že si vybudovala hezký život a s manželem postavili krásný dům. Také respondent č.4 odpovídá, že největší úspěch je výchova 3 dětí, a dále říká, že celý jeho život byl vlastně úspěch, včetně dostudované školy, vykonávané práce a svatby s jeho *úžasnou* ženou. Stejně tak pátý respondent uvádí, že za největší úspěch považuje vychování svých synů. Respondent č.6 odpovídá, že jeho úspěch je postavení domu a zajištění rodiny. Výsledek odpovědí této otázky je dle mého názoru velmi hezký. Všech 6 respondentů pociťuje úspěch v oblasti rodiny, a to konkrétně ve výchově svých dětí či zajištění rodiny.

„Oženit se, založit rodinu, přijmout všechny děti, jež přijdou, zachovat je na tomto nejistém světě a dokonce, bude-li to možné, je trochu vést, to je podle mého přesvědčení nejzazší meta, jíž může člověk dosáhnout.“

(Franz Kafka, Zdroj: https://citaty.net/citaty-o-rodine/)

Tabulka č.16: Máte do budoucna nějaké cíle, sny nebo plány?

	Cíle, sny nebo plány do budoucna?
Respondent č.1	*„Chtěla bych být zdravá, aby mě už nic nebolelo a já mohla sportovat a dělat věci jako dřív.“*
Respondent č.2	*„Užívat života s rodinou, protože nikdy nevíme, co bude další den. Zvolnit v práci a pokusit se nestresovat nedůležitými věcmi.“*
Respondent č.3	*„Teď je to s těmi plány takový těžký sestřičko. Budu ráda, když budu konečně moct na tu operaci a budu v pořádku. Mluvíme s manželem o tom, jak po operaci pojedeme k moři si pořádně odpočinout, ale s tím covidem se to moc nedá. Tak si asi předělám zahrádku a budu se opalovat na ní…. Můj syn bude mít brzy dceru, takže se těším na další vnouče a musí přeci poznat svou babičku. “*
Respondent č.4	*„Teď už ne sestři, teď už ne… Vím jen, že bych chtěl umřít doma a abych neměl moc velký bolesti.“*
Respondent č.5	*„Chtěl bych vidět vnoučata vyrůstat…“*
Respondent č.6	*„No ještě se plánuji jet podívat na fotbal do Barcelony.“*

Komentář: Na tuto otázku se odpovědi různily. Respondentka č.1 odpovídá, že by chtěla být zdravá, bez bolesti, sportovat a dělat věci jako dřív. Druhá respondentka by si chtěla užívat s rodinou, zvolnit v práci a nestresovat se nedůležitými věcmi. Respondentku č.3 ještě čeká plánovaná operace, takže říká, že bude ráda, když bude moci operaci konečně absolvovat a být v pořádku, a potom s manželem mluví o dovolené u moře. Říká však, že teď s covidem je plánování dovolených složité. Odpovídá také, že se těší na vnouče, které by se mělo brzy narodit. Oproti tomu čtvrtý respondent, který je již v terminálním stádiu nemoci, odpovídá, že teď už žádné cíle, sny nebo plány nemá. Říká jen, že *odejít na onen*

svět by chtěl doma a bez bolestí. Respondent č.5 uvádí, že jeho sen je vidět svá vnoučata vyrůstat. A nakonec šestý respondent má do budoucna plán podívat se na fotbal do Barcelony.

Graf č.6: Pociťujete ve svém životě naději na tzv. lepší zítřky?

Komentář: Z grafu č.6 lze vyčíst, jak jednotliví respondenti odpověděli na otázku naděje na lepší zítřky. První, druhý, třetí a pátý respondent odpověděli, že mají naději na lepší zítřky. Věří, že jim bude lépe, že se uzdraví, a že je čeká ještě něco lepšího do budoucna. Respondent č.4 odpovídá, že žádnou naději na lepší zítřky už nemá. Říká, že ještě do nedávna věřil, že mu operace pomůže, ale nyní, když ví, že ne, tak naději na vyléčení a lepší zítřky ztratil. Poslední, tedy šestý respondent uvádí, že neví. Bojí se prý toho, co bude následovat. (Nachází se totiž stále ve fázi diagnostiky nádoru, tudíž neví, jak se jeho nemoc bude vyvíjet a jaké následky pro něj bude mít.)

Tabulka č.17: Co, nebo kdo, Vás v této naději podporuje?

	Co/kdo Vás v této naději podporuje?
Respondent č.1	*„Nejvíc asi má blízká rodina. Mamka, moje dcera a můj manžel, ale i sestra. Snažím se ale podporovat sama sebe. Uvědomovat si věci reálně, a ne být skeptická.“*
Respondent č.2	*„Podporuje mě moje rodina, nejvíc moje sestra.“*
Respondent č.3	*„Tak určitě jsou to mí nejbližší, má rodina, hlavně dcera a manžel. Telefonujeme spolu a snaží se mě podporovat i když nemám dobrou náladu. Také sestřičky mě hodně podporují, některé jsou opravdu milé a usměvavé.“*
Respondent č.4	**Vzhledem k předchozí odpovědi nebylo dotazováno.**
Respondent č.5	*„Rodina a taky moje víra.“*
Respondent č.6	*„Má rodina se mě snaží podporovat.“*

Komentář: Neuznala jsem za vhodné ptát se respondenta č.4 kdo ho podporuje v naději, když v předešlé otázce odpověděl, že žádnou naději nemá. Pacient byl v tuto chvíli plačtivý a stýskavý, tudíž jsem navázala až na další otázku. Co se týče podpory v naději, byla jednoznačná odpověď ***„rodina“***. Všech 5 dotazovaných pacientů uvádí rodinu a vyjmenovává jednotlivé blízké členy. První respondentka dokonce říká, že se ale snaží podporovat i sama sebe, uvědomovat si věci reálně a ne skepticky. Respondentka č.3 také zmiňuje, že ji hodně podporují sestřičky, které jsou v nemocnici milé a usměvavé. (Poznámka: Pochvala směřuje na Interní lůžkové oddělení do Rychnova nad Kněžnou.)

Tabulka č.18: Změnila nějak pandemie Covidu-19 Vaši naději?

	Změnil covid-19 Vaši naději?
Respondent č.1	*„Chtěla bych si nějak odpočinout, vyrazit na dovolenou s rodinou, nebo se vidět s přáteli, což nejde a dost mě to demotivuje. Ale změnu naděje vyloženě asi nijak zvlášť nepociťuji.“*
Respondent č.2	*„Ne, nezměnila…“*
Respondent č.3	*„O tom jsem právě už mluvila… kvůli tomu covidu mi odložili plánovanou operaci, mám teď trochu strach, jestli se mi ta nemoc ještě víc nezhorší… Pořád ale doufám, že na tu operaci co nejdříve půjdu.“*
Respondent č.4	*„Určitě ano… měl jsem jít na operaci, a kvůli tomu viru jsem nemohl. Kdo ví, třeba by mi to bývalo pomohlo… „*
Respondent č.5	*„Pandemie nám ukázala, že jsme na tomhle světě jenom malí páni. A i když moc velká šance, že se ten můj nález nějak vyřeší není, tak stále věřím, že to může dobře dopadnout.“*
Respondent č.6	*„Nevím, co bude za týden povolené, natož co bude za měsíc, strašně mi ta pandemie tuhle situaci ztěžuje.“*

Komentář: Respondentka č.1 uvádí, že jí demotivuje to, že se nemůže vidět s přáteli, nebo že nemůže odjet na dovolenou s rodinou a odpočinout si. V naději do budoucna však změnu nepociťuje. Druhá respondentka taktéž změnu naděje nepociťuje. Oproti tomu třetí respondentka kvůli covidu změnu naděje do budoucna pociťuje. Byla jí totiž odložena plánovaná operace a ona má strach, jestli se jí do té doby, než operace proběhne, nemoc nezhorší. Stále ale doufá ale v brzký termín operace. Čtvrtému respondentu taktéž byla odložena plánovaná operace (paliativní protinádorová léčba). Po nějaké době však lékaři shledali, že jeho stav již k operaci není. Na otázku odpovídá, že covid-19 jeho vnímání

naděje změnil. Říká si totiž, co kdyby mu ta operace bývala vážně pomohla. Respondent č.5 uvádí, že nám pandemie ukázala, „že jsme na tomhle světě jen malí páni“. I přes to ale věří, že se jeho stav zlepší a vše dobře dopadne. Respondent č.6 konstatuje, že mu pandemie dnešní situaci velmi stěžuje, protože neví, co bude za týden či za měsíc vůbec povolené. Souhrnem bychom tedy mohly říct, že 4 z 6 respondentů pandemie covid-19 vnímání naděje změnila, a z toho dvěma poměrně markantně, z důvodu odložení plánované operace.

Graf č.7: Pokud jste věřící, dodává Vám víra naději?

Komentář: Našeho výzkumu se zúčastnili 2 věřící respondenti z 6. Z čehož jeden je deista a druhý křesťan. První věřící respondentka – deistka odpovídá, že víra jí dodává naději. Protože kdykoliv si neví rady, může se k něčemu obrátit. Druhý věřící respondent – křesťan udává, že mu víra dodává sílu bojovat. Zbylí 4 respondenti tedy odpovídají, že nejsou věřící.

8.5 Dílčí výzkumná otázka č.5

- **Měnily se nějak Vaše pocity v průběhu léčby?**

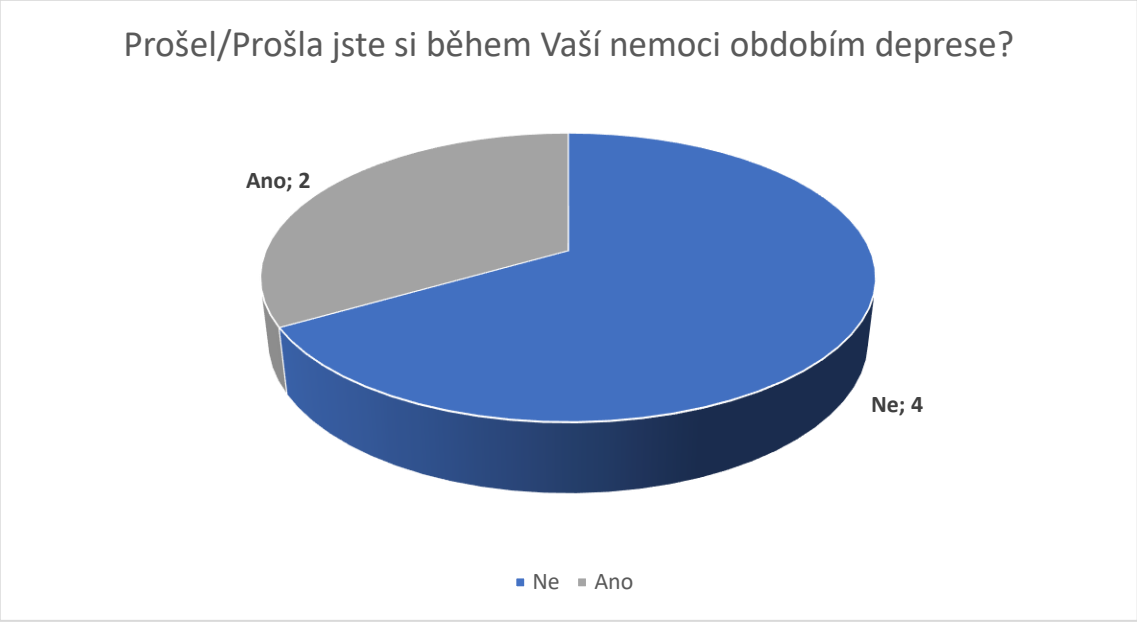
Tabulka č.19: Pociťoval/a jste v průběhu svého onemocnění zlobu či vztek?

	Zloba či vztek v průběhu onemocnění?
Respondent č.1	*„To si nemyslím, byla jsem spíš smutná než naštvaná.“*
Respondent č.2	*„Ne, jen strach o to, že neuvidím vyrůstat svoje děti.“*
Respondent č.3	*„Pociťovala jsem vztek, když mi řekli to s tou operací, byla jsem fakt naštvaná, ale teď už jsem pochopila, že to tak musí být.“*
Respondent č.4	*„No to si piště. Byl jsem naštvaný snad na celý svět. Nechápal jsem, že se to mohlo stát zrovna mně… Byl jsem taky naštvaný, že za mnou nemůže rodina a že nemůžu na tu operaci… Ale co se dá dělat.“*
Respondent č.5	*„Byl jsem vzteklý, když se nepovedlo to ERCP, chtěl jsem to mít už za sebou a aby se to vyšetřování někam pohnulo.“*
Respondent č.6	*„Tak naštvaný jsem byl, to jo, ale sám nevím na co…“*

Komentář: Naše první a druhá respondentka odpovídá, že vztek ani zlobu nepociťovaly. Jen smutek, nebo strach. Oproti tomu třetí respondentka již uvádí, že pociťovala vztek, když jí lékaři oznámili, že se jí odloží operace. Nyní už ale vztek nepociťuje a situaci chápe. Respondent č.4 odpovídá, že byl naštvaný snad na celý svět a nechápal, že takováto situace nastala právě u něj. Byl také naštvaný, že ho nemůže v nemocnici navštívit rodina, a že se mu odložila operace. Pátý respondent tvrdí, že pociťoval vztek, když se nepovedlo diagnostické ERCP (Endoskopická Retrográdní Cholangio-Pankreatografie), protože chtěl, aby se diagnostika posunula dál a on „to měl už za sebou“. Respondent č.6 říká, že byl naštvaný, ale sám neví, na co konkrétně. Celkem tedy zlobu či vztek pociťovali 4 respondenti z 6.

Tabulka č.20: Prošel/prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?

	Období deprese během Vaší nemoci?
Respondent č.1	*„Asi ne. Nebo o tom minimálně nevím…“*
Respondent č.2	*„Myslím, že ne…“*
Respondent č.3	*„Jó to určitě. Byla jsem hrozně zničená, říkala jsem si, že přeci ještě nejsem tak stará, abych měla rakovinu, hodně jsem se bála. A ještě dohromady s tou pandemií jsem měla chuť všechno vzdát.“*
Respondent č.4	*„Že bych měl vyloženě depresi bych úplně neřekl… Byl jsem spíš naštvaný, ale pak jsem se s tím smířil… teď už jsem spíš jen takový apatický… Je mi to tak nějak jedno všechno…“*
Respondent č.5	*„Neřekl bych to tak, byly chvíle, kdy jsem byl pod tlakem, ale snažím se myslet pozitivně“*
Respondent č.6	*„Byly i horší chvíle no, taková beznaděj. Takže si myslím, že asi jo…“*



Graf č.8: Prošel/Prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?

Komentář: Jak z tabulky, tak z grafu je patrné, že 4 respondenti období deprese nezaznamenali, a 2 respondenti se s depresí setkali. Respondentka, která odpověděla ano udává, že byla velmi zničená a říkala si, že nemá věk na to, aby byla onkologicky nemocná. Měla strach a v kombinaci s pandemií prý měla chuť všechno vzdát. Náš šestý respondent dle jeho slov také pociťoval období deprese. Popisuje, že měl horší chvíle, kdy se setkal také z beznadějí.

Tabulka č.21: Kdo pro Vás byl a je během léčby největší oporou?

	Největší opora během léčby?
Respondent č.1	*„Moje mamka je tu pro mě pořád.“*
Respondent č.2	*„Sestra a manžel úplně nejvíc…“*
Respondent č.3	*„Asi opravdu ta dcera a manžel. Syn mi taky hodně pomáhal, ale bydlí na druhé straně republiky, tak to nebylo tak intenzivní.“*
Respondent č.4	*„Asi má žena, byla tu pro mě celý život a je i teď... Moc ji miluji a doufám, že se spolu po smrti jednou zase setkáme.“*
Respondent č.5	*„Celou dobu je pro mě oporou manželka a rodina.“*
Respondent č.6	*„Stále je to rodina.“*

Komentář: Dalo by se říct, že na otázku, kdo byl a je pro nemocné během léčby největší oporou odpověděli všichni respondenti obecně *rodina.* Konkrétně pak první respondentka uvádí svoji maminku a druhá respondentka sestru a manžela. Respondentka č.3 odpovídá, že největší oporou pro ni byla dcera a manžel. Velmi emotivní odpověď poznamenal respondent č.4, který uvádí, že největší oporou pro něj po celý život byla jeho žena, se kterou doufá, že se po smrti jednou znovu setká. Pátý respondent odpovídá na otázku taktéž manželka a rodina a stejně tak respondent č.6 považuje za největší oporu během léčby svou rodinu.

Tabulka č.22: Pociťujete důvěru ve své okolí?

	Důvěra v okolí?
Respondent č.1	*„Věřím svým blízkým, ale je pravda, že občas zapochybuji… To podle nálady a podle toho, co zrovna prožívám.“*
Respondent č.2	*„Ano, věřím lidem, kterými se obklopuji…“*
Respondent č.3	*„Věřím odborníkům, přeci vědí, co dělají, mají na to vystudováno, i když občas pochyby mám. Rodině věřím nade vše.“*
Respondent č.4	*„Přijde mi tahle doba taková hrozně uspěchaná, všichni jsou zmatený a vlastně nevědí, co chtějí. Moc nevěřím ani lidem, ani době. Lidi si lžou a hrabou pro kuličku svou, jen pro tu svou...“*
Respondent č.5	*„…věřím všem svým nejbližším.“*
Respondent č.6	*„Věřím rodině, svým přátelům, věřím i doktorům, že ještě něco vymyslí, jak mi pomoci.“*

Graf č.9: Pociťujete důvěru ve své okolí?

Komentář: Z grafu č.9 je patrné, že 3 naši respondenti pociťují důvěru v okolí, 2 ji pociťují také, ale občas mají pochyby, a 1 respondent důvěru v okolí nepociťuje. Konkrétně pak respondentka č.1 uvádí, že věří svým blízkým, ale podle momentální nálady nebo prožívané situace má občas pochybnosti. Druhá respondentka říká že má důvěru v lidi, kterými se obklopuje. Respondentka č.3 věří nade vše své rodině. Věří také odborníkům, kteří mají příslušné vzdělání, ale udává, že o nich také občas pochybuje. Respondent č.4 popisuje, že nevěří ani lidem, ani době, která je podle něj uspěchaná. Říká, že lidé „hrabou pro kuličku svou, jen pro tu svou…“, což znamená, že jsou podle něj lidé sobečtí a záleží jim jen na sobě samém. Pátý i šestý respondent věří svým nejbližším. Šestý respondent také dodává, že věří i lékařům, že mu zvládnou pomoci.

Tabulka č.23: Pociťujete důvěru v sám/sama sebe?

	Pociťujete důvěru v sám sebe?
Respondent č.1	*„Věřím sama sobě. Člověk by měl mít největší oporu v sobě samém.“*
Respondent č.2	*„Občas ano, ale ne vždycky. Občas o sobě mám taky pochybnosti…“*
Respondent č.3	*„Naprosto. Vím, že jsem silná a tuhle situaci zvládnu. Někdy mám sice slabší chvilky, ale opravdu to vím. Cítím, že ještě nepřišel můj konec.“*
Respondent č.4	*„Moc nevím, jak bych v sebe teď mohl pociťovat důvěru. Věřím své mysli. Věřím, že ještě dokážu racionálně přemýšlet. Nevěřím už ale ve své tělo, už nevěřím, že boj s nemocí zvládnu vyhrát. Brzo umřu a vím to.“*
Respondent č.5	*„Ano, důvěřuji v sílu svého ducha.“*
Respondent č.6	*„Věřím, že tuhle situaci zvládnu ustát.“*

Komentář: V tabulce č.23 je zaznamenáno, jak respondenti odpovídali na dotaz důvěry v sebe samého. První respondentka říká, že v sama sebe věří, a že člověk by v sobě samém měl mít největší oporu. Druhá respondentka odpovídá, že v sama sebe občas věří, ale občas o sobě má také pochybnosti. Respondentka č.3 ví, že je silná a nynější těžkou situaci zvládne. Sice má slabší chvilky, ale důvěřuje v sebe. Cítí, že ještě „nepřišel její konec“. Respondent č.4 uvádí, že věří své mysli a svému racionálnímu uvažování. Nedůvěřuje však svému tělu a nevěří také, že dokáže boj s nemocí vyhrát. Konstatuje, že ví, že brzy zemře. Pátý respondent důvěřuje v sílu svého ducha a šestý respondent také věří, že svou situaci dokáže zvládnout. Celkem tedy důvěru v sám/sama sebe pociťují 4 respondenti, 1 občas ano, ale někdy pochybuje a 1 respondent v sám sebe důvěru nemá.

9 Diskuze

Téma naší bakalářské práce je fenomén naděje v onkologickém onemocnění. Hlavní výzkumnou otázkou je tedy: Jak vnímají naději onkologicky nemocní pacienti? Po vypracování by výsledky tohoto výzkumu měly sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit. Náš výzkum byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru, opírajícího se o dotazník, který však pacienti neměli k dispozici. Odpovědi jsou tedy mnohdy obsáhlejší, komplexnější a hodně se odvíjí od momentálního stavu pacienta a od jeho povahových rysů.

Našeho výzkumu se účastnilo 6 respondentů s onkologickým onemocněním, z čehož 4 rozhovory proběhly na Interním lůžkovém oddělení v Rychnově nad Kněžnou a 2 rozhovory byly provedeny v domácím prostředí. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímá naději onkologický pacient. Práce by posléze měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.

Co se týká identifikačních údajů respondentů, výzkumu se účastnily 3 ženy a 3 muži čili máme rovnocenně zastoupena obě pohlaví. Věkový průměr účastněných žen je 49,6 let a mužů 63,6 let. Celkový věkový průměr účastníků výzkumu je tedy 56,6 let. Všichni naši respondenti jsou také ženatí či vdaní, což má velký vliv na odpovědi v jednotlivých otázkách, protože ve vztahu k naději nemocných hrají partneři významnou roli. Dále 4 naši respondenti mají vystudovanou střední školu s maturitou, 1 respondent vysokou školu a 1 střední odborné učiliště. V oblasti víry jsou 4 naši respondenti nevěřící a 2 věřící.

Dílčí výzkumná otázka č.1 měla za úkol zjistit, jaká byla a je informovanost pacienta v oblasti jeho onemocnění a léčby. V **tabulce č.4** jsou zaznamenány odpovědi respondentů na otázku jak a kdy se na diagnózu přišlo. Pro mě největším překvapením bylo, že pět z šesti respondentů má diagnostikované onkologické onemocnění po náhlých akutních problémech a jen jeden respondent z preventivní prohlídky. Všichni respondenti si uvědomují, v jaký moment se na diagnózu přišlo a proč tomu tak bylo. **Tabulka č.5** zobrazuje, kdo informoval respondenty o jejich diagnóze. Odpovědi nemocných jsou mírně odlišné vzhledem k charakteru jejich nemoci, ale všem dotazovaným sdělil diagnózu lékař, což by tak i mělo být. Křepelková (2017) ve své práci uvádí, že i jejím respondentům sděloval diagnózu vždy lékař. Tato odpověď byla očekávána, protože nikdo jiný, než lékař diagnózu sdělovat nesmí. V **tabulce č.6** se můžeme dočíst, zda byla diagnóza sdělena osobně, či po telefonu. K mému potěšení mohu konstatovat, že všem byla diagnóza sdělena osobně. Takovou odpověď jsem

taktéž očekávala. **Tabulka č.7** a zároveň **graf č.3** zobrazují, v jakém stádiu se nyní nemocní nacházejí. 3 respondenty čeká v brzké době operace, tudíž je čeká kurativní chirurgický zákrok, 2 pacienti jsou stále ve fázi diagnostiky nádoru a 1 nemocný je v terminálním stádiu onemocnění. Naděje u pacientů je se stádiem nemoci velmi silně provázána, tudíž je tento dotaz důležitý. Důležitý je také fakt, že všichni respondenti vědí, jakým onemocněním trpí a v jakém jsou stádiu nemoci. V **tabulce č.8** a zároveň v **grafu č.4** se můžeme dočíst, zda mají respondenti pocit dostatku informací v průběhu jejich onemocnění. 4 respondenti odpovídají, že pocit dostatku informací mají, což také souhlasí s předešlými odpovědi, protože byli schopní odpovědět na dotazy ohledně jejich onemocnění. 1 respondent uvádí zajímavou odpověď, že pocit dostatku informací neměla, ale rozhodla se vyměnit gynekologa, a teď již dostatek informací má. K 1 respondentu se dostala informace, z jakého důvodu se u něj nepovedlo ERCP, až po delší době a on má pocit, že vše trvá moc dlouho. Odpovídá tedy, že nemá pocit dostatku informací.

Závěrem je, že všichni respondenti zjistily svou diagnózu ne déle než před 2 měsíci tak, že je o ní osobně informoval lékař. Všichni respondenti momentálně vědí, v jakém stádiu nemoci se nyní nacházejí. Z těchto dat plyne, že všem respondentům byly sděleny příslušné informace, nicméně na dotaz dostatku informací v průběhu léčby odpověděl 1 respondent, že tento pocit nemá.

Dílčí výzkumná otázka č.1 ***(Jaká byla a je informovanost pacienta v oblasti jeho onemocnění a léčby)*** **byla tedy zodpovězena.**

Dílčí výzkumná otázka č.2 zjišťovala, jak nemocný reagoval na sdělení diagnózy. V **tabulce č.9** máme zaznamenány odpovědi na otázku *Jak jste se cítil/a, když Vám byla diagnóza sdělena?* První respondent zde uvádí, že se cítila po sdělení diagnózy v šoku, stejně jako respondent č.2. Neschopnost soustředit se a stav šoku pociťovala také respondent č.3 a čtvrtý respondent uvádí, že pociťoval děs a zoufalost. Pátý i šestý respondent pociťovali šok/překvapení. Z odpovědí vyplývá, že všech 6 respondentů pociťovalo po sdělení diagnózy šok, zaskočení či překvapení. V **modelu Kübler-Rossové** uvedenému v teoretické části se můžeme dočíst, že **prvotní fází** smiřování se s diagnózou je právě **šok**. Všech 6 respondentů tudíž touto fází prošlo a náš dotaz tím pádem tento model potvrzuje. **Tabulka č.10** uvádí, kdo byl pro pacienta po sdělení diagnózy největší oporou. Obecně by se dalo říct, že všichni respondenti odpovídají rodina. Konkrétně pak první respondent uvádí rodinou a svou maminku, druhý respondent rodinu a sestru, třetí pak rodinu a svou dceru, která tu pro

ni ihned byla. Respondent č.4, 5 a 6 popisují jako největší oporu svou ženu. Tyto odpovědi na otázku jsem očekávala. Zajímavým poznatkem ale je, že všichni 3 respondenti – ženy, uvádějí jako největší oporu rodinu, konkrétně maminku, sestru a dceru, nikoliv však manžela, ačkoliv jsou všechny vdané. Oproti tomu respondenti muži popisují jako největší oporu právě manželku. Křepelková (2007) svým výzkumem také zjistila, že pro všech 6 jejích respondentů byla největší oporou rodina, nejčastěji manželka. Všichni respondenti v jejím výzkumu byli totiž muži. V **tabulce č.11** je uvedeno, jaká činnost následovala u respondentů po sdělení diagnózy. První respondent si chtěla urovnat myšlenky, a tak se rozhodla pro dlouhou procházku. Respondent č.2 šla domů oznámit diagnózu své rodině osobně a telefonicky. Třetí respondentka telefonovala dceři, hodně plakala a následně si také hledala informace o svém onemocnění na internetu. Uvádí také ale, že informacím na internetu nerozuměla. Respondent č.4 byl hospitalizován, když mu byla diagnóza sdělena. Uvádí tedy, že telefonoval ženě a pak jen ležel na pokoji a koukal do zdi a diagnóze nemohl uvěřit. Pátý respondent taktéž odpověděl, že telefonoval manželce a následně i svým známým, kteří měli kontakt na specialisty. Zjišťoval si tedy, jestli je všechno prováděno správně a zda se nedá dělat ještě něco víc. Šestý respondent popisuje, že se lékaře doptával na podrobnosti a možnosti řešení a následující postup. Také uvádí, že si následně hledal informace na internetu. 4 z 6 respondentů tedy odpovědělo, že oznámilo diagnózu rodině a následně ji konzultovali. Tuto odpověď jsem také očekávala. Dva respondenti také odpovídají, že si hledali informace o svém onemocnění na internetu. Tento fakt bývá v poslední dobou velkým problémem. Často se v nemocnici osobně setkávám s tím, že pacienti zdravotníkům nevěří, protože na internetu psali něco jiného. Ptala jsem se dokonce v nemocnici několika lékařů na názor hledání informací na internetu a bylo mi řečeno, že s tím nemají problém do té chvíle, než se s nimi pacienti začnou hádat. V některých čekárnách praktických lékařů si také můžeme všimnout cedulek na dveřích, upozorňující na fakt, že to oni jsou lékaři a že nemají věřit všemu, co si a internetu přečtou.

Závěrem je, že všichni respondenti cítili po sdělení diagnózy šok, což potvrzuje model Kübler-Rossové, kde prvotní fází smiřování se s diagnózou je právě šok. Největší oporou byla respondentům jejich rodina, mužům hlavně jejich manželky. Většina respondentů po zjištění diagnózy oznámila skutečnost své rodině a dva respondenti zjišťovali další informace na internetu. Lékařům tato skutečnost prý nevadí, dokud se s nimi pacienti nezačnou hádat.

Dílčí výzkumná otázka č.2 ***(jak nemocný reagoval na sdělení diagnózy)*** **byla zodpovězena.**

Dílčí výzkumná otázka č.3 zjišťovala, zda má nemocný pocit naplňování jeho potřeb. V **tabulce č.12** se můžeme dočíst, jestli se nemocným změnily potřeby před a po onemocnění a jakým způsobem. Již teoretické části práce víme, že nemoc hraje důležitou roli v uspokojování lidských potřeb. První respondent uvádí, že se její potřeby téměř nezměnily, ale potřebuje cítit větší psychickou oporu. Stejně tak druhý respondent si uvědomila, že zdraví spolu s lidmi, o které se můžeme opřít jsou nejdůležitější. Tato zmiňovaná psychická opora podle **Maslowovi hierarchie lidských potřeb** spadá do kategorie **jistoty a bezpečí**, popř. **sounáležitosti a lásky**, které jsou umístěny hned nad potřebami fyziologickými. Respondent č. 3 uvádí, že když se dozvěděla diagnózu začala mít potřebu dělat radost sobě a svým blízkým formou kupování nejrůznějších věcí a utrácela tedy našetřené peníze. Čtvrtý respondent uvádí, že se jeho potřeby změnily výrazně. Dříve měl potřebu vlastnictví, cestování atd, což se dle Maslowa řadí do potřeb **kognitivních**, či potřeb **seberealizace**. Jelikož se ale nachází v terminálním stádiu nemoci, a uvádí, že má už potřebu jen žít, lze popsat, že se jeho potřeby přesunuly ze špičky pyramidy do základů, tudíž do potřeb **základních, fyziologických**. Pátý respondent odpovídá, že má potřebu trávit více času se svou rodinou, což by se dalo opět zařadit do kategorie **jistoty a bezpečí**, popř. **sounáležitosti a lásky.** Poslední respondent odpovídá, že se jeho potřeby nijak nezměnily. **Tabulka č. 13** zobrazuje odpovědi na dotaz strádání v nějaké oblasti života respondentů. 1 respondent nestrádá v ničem, 1 nepociťuje takový klid jako dříve a 1 dokonce pociťuje velké omezení, z důvodu ikteru, který jeho nemoc provází. Lidé ve společnosti se na něj často dívají, a to mu vadí. 3 z 6 respondentů zde uvádějí, že jim chybí sociální kontakt a/nebo komunikace. Z důvodu pandemie jsou totiž zakázány návštěvy v nemocnicích, a i mimo ně je kontakt s blízkými lidmi omezený. Jelikož pracuji v nemocnici delší dobu jako dobrovolník a později jsem zde měla i pracovní povinnost, mohu z vlastní zkušenosti říct, že nemožnost kontaktu s blízkými má na pacienty obrovský vliv. Jsou častěji úzkostní, nemají dobrou náladu a snaží se s lékaři domlouvat alespoň krátkou návštěvu přes dveře. Obzvláště pak ti pacienti, kteří jsou hospitalizováni delší dobu, tedy i onkologičtí pacienti. V **grafu č.5** se můžeme dočíst, kdo nejvíce pomáhá respondentům v uspokojování potřeby, když něco potřebují. Na tuto otázku je opět dle očekávání nejčastější odpověď rodina. Takto souhrnně odpověděly všichni 3 respondenti – ženy. 2 muži odpověděli konkrétně manželka a 1

respondent odpovídá, že se snaží vše vyřešit sám. V **tabulce č.14** se můžeme dočíst, jestli v uspokojování potřeb respondentů pomáhá také zdravotnický personál. Z odpovědí jasně vyplývá, že 4 z 6 respondentů, tedy většině, se pomoc od zdravotnického personálu dostává a oni tuto pomoc vítají. 1 respondent uvádí, že se mu trochu pomoci od zdravotnického personálu dostává, ale on ji moc nepociťuje, a hlavně ji dle jeho slov ani nepotřebuje. Poslední respondent jako jediný odpovídá, že pomoc personálu nechce, protože se obslouží sám.

Závěrem je, že 5 z 6 respondentů se po onemocnění změnily potřeby, a to většinou přesunutím do kategorie jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky a základních a fyziologických potřeb, což jsou v Maslowově hierarchii potřeb první 3 základní pilíře. Pouze u jednoho respondenta se potřeby nezměnily. 5 z 6 respondentů strádá v nějaké oblasti jejich života, a to jeden nepociťuje takový klid, druhý postrádá soukromí, protože se na něj lidé z důvodu ikteru dívají, a to mu vadí. 3 respondentům, chybí sociální kontakt a komunikace, jejichž deficit je zapříčiněný hlavně pandemií covid-19. V uspokojování potřeb nejčastěji pomáhá rodina. Také zdravotnický personál v uspokojování potřeb pomáhá, avšak od něj ve 4 z 6 případů pomoc není vyžadována.

Dílčí výzkumná otázka č.3 ***(má pacient pocit naplňování svých potřeb)*** **byla taktéž zodpovězena.**

Dílčí výzkumná otázka č.4 měla za cíl zjistit, zda nemocný cítí v průběhu onemocnění naději. **Tabulka č.15** zobrazuje odpovědi na otázku největšího úspěchu v životě respondentů. Všechny 3 respondentky odpověděly, že za svůj největší úspěch považují své děti, z čehož jedna navíc uvedla, že si s manželem postavila dům a vybudovala hezký život. Respondent č.4 považuje za úspěch celý svůj život, hlavně pak vzdělání, děti, zaměstnání či svatby. Pátý i šestý respondent taktéž považují za největší úspěch své děti a rodinu. Všech 6 respondentů tedy pociťuje největší úspěch v oblasti rodiny, a to konkrétně ve výchově svých dětí, či zajištění rodiny. V Maslowově hierarchii potřeb se potřeba mít rodinu a potřeba partnerského vztahu staví hned za fyziologické potřeby. Námi vyzpovídaným respondentům se v jejich životě povedlo tyto potřeby naplnit a oni to právě považují za jejich největší úspěch. V **tabulce č.16** se můžeme dočíst, zda mají respondenti do budoucna nějaké cíle, sny, nebo plány. Na tuto otázku byly odpovědi různé. První respondentka odpověděla, že by chtěla být zdravá, být bez bolesti, sportovat a dělat věci jako dřív. Respondentka č.2 by si chtěla užívat s rodinou, zvolnit v práci a tolik se nestresovat. Respondentku č.3 ještě čeká

plánovaná operace, takže říká, že bude ráda, když bude moci operaci konečně absolvovat a být v pořádku. Následně by chtěla s manželem vyrazit k moři, nicméně s covidem to není jednoduché. Odpovídá také, že se těší na vnouče, které by se mělo brzy narodit. Oproti tomu respondent č.4, který je již v terminálním stádiu nemoci, odpovídá, že teď už žádné cíle, sny nebo plány nemá. Jeho nynější přání je zemřít v klidu doma bez bolestí. Pátý respondent uvádí, že jeho sen je vidět svá vnoučata vyrůstat. Šestý respondent má do budoucna plán podívat se na fotbal do Barcelony. Mně osobně velmi zaujala odpověď čtvrtého respondenta, který již nemá žádné plány a jeho největší přání je zemřít doma bez bolestí. Podle této odpovědi si troufám říct, že se pacient v modelu smiřování se s diagnózou podle Kübler-Rossové dostal do poslední fáze, tedy fáze odevzdanosti a smíření. **Graf č.6** znázorňuje, jak respondenti odpovídali na otázku *naděje na lepší zítřky*. 4 respondenti z 6 odpovídají, že pociťují naději na lepší zítřky. Stále totiž věří, že jim bude lépe, že se uzdraví a že je čeká něco dalšího – lepšího do budoucna. 1 respondent (v terminálním stádiu života) uvádí, že žádnou naději na vyléčení a lepší zítřky nemá, ztratil ji po zjištění, že mu operace nepomůže. Poslední respondent uvádí, že neví a bojí se, co bude následovat. Je totiž stále ve stádiu diagnostiky nádoru a tím pádem neví, jak se jeho nemoc bude vyvíjet a jaké následky pro něj bude mít. Mitrovská (2011) se ve své práci dotazovala, zda respondenti *„Vidí světlo na konci tunelu“,* což je obdoba našeho dotazu *„Pociťujete ve svém životě naději na tzv. lepší zítřky?“* Pacienti se pak měli přiklonit k jedné ze čtyř odpovědí, která jim sedí nejvíce, a to buď *silný souhlas, souhlas, nesouhlas* nebo *silný nesouhlas*. Uvádí zde, že tento dotaz byl mezi pacienty kontroverzní a stávalo se, že nebyl dost často správně pochopen. Jelikož neměla Mitrovská vždy možnost sama otázku vysvětlit, protože dotazník distribuovali také staniční sestry, je možné, že jsou zde výsledky trochu zkreslené. Nicméně ve své práci uvádí, že *„silný souhlas pro tento dotaz označilo 15 respondentů (13,51%) a souhlas 64 ze všech dotázaných (57,66%). Nesouhlasné varianty odpovědí byly u této položky voleny obě. K silnému nesouhlasu se přiklonilo 12 pacientů (10,81%) a k nesouhlasu 20 onkologicky nemocných (18,02%)“.* Souhlas nebo silný souhlas volilo tedy 71,17 % pacientů, Tedy většina. To znamená, že tito pacienti vidí světlo na konci tunelu neboli pociťují nějakou naději na lepší zítřky. Stejně tak v našem výzkumu vyšlo najevo, že většina pacientů pociťuje naději na lepší zítřky. **Tabulka č.17** zobrazuje odpovědi dotazovaných na otázku *„co nebo kdo, Vás v této naději podporuje?“* Respondenta č.4 jsem dotaz nepokládala, vzhledem k tomu, že na předchozí otázku odpověděl, že žádnou naději nemá. Bylo by to také nevhodné, protože byl pacient v tuto chvíli plačtivý a stýskavý, takže jsem u něho přešla na další otázku. Všech 5 dotazovaných pacientů pak uvádí rodinu a vyjmenovává jednotlivé

blízké členy, jako maminka, dcera, manžel nebo sestra. První respondentka také uvádí, že se ale snaží podporovat i sama sebe, uvědomovat si věci reálně a ne skepticky. Respondentka č.3 zmiňuje, že ji hodně podporují sestřičky, které jsou v nemocnici milé a usměvavé. Jsem moc ráda, že se zde taková odpověď také objevila. Protože z vlastní zkušenosti mohu říct, že je pro sestřičky velká odměna, když je pacient pochválí nebo řekne, že jsou milé a usměvavé. V **tabulce č.18** se můžeme dočíst, zda pandemie covidu-19 změnila vnímání naděje respondentů. Pandemie Covidu-19 je v tuto dobu nepochybně velmi častým tématem ve mnoha oblastech našeho života. Víme, že nám vládní nařízení často brání dělat věci, které bychom chtěli. Samozřejmě ve výsledku pro náš prospěch. Dokážeme si ale představit, jak tato pandemie do budoucna mění naději onkologicky nemocných lidí? První respondentku demotivuje nemožnost kontaktu s rodinou či přáteli, či nemožnost uskutečnění dovolené v zahraničí. V naději do budoucna ale změnu nepociťuje. Třetí respondentka kvůli covidu změnu naděje do budoucna pociťuje, protože jí totiž byla odložena plánovaná operace a ona má strach, jestli se jí do té doby, než operace proběhne, nemoc nezhorší. Stále ale doufá ale v brzký termín operace. Stejně tak čtvrtému respondentu byla odložena plánovaná operace, kterou byla paliativní protinádorová léčba. Následně ale lékaři stejně shledali, že již jeho stav není k operaci. Tudíž odpovídá, že pandemie jeho pohled na naději změnila, jelikož zde byla možnost, že by mu bývala operace pomohla. Respondent č.5 uvádí, že nám pandemie ukázala, „že jsme na tomhle světě jen malí páni“, ale i tak věří, že se jeho stav zlepší. Respondent č.6 konstatuje, že mu pandemie dnešní situaci velmi stěžuje, protože neví, co bude za týden či za měsíc vůbec povolené. Výsledkem tedy je, že 4 z 6 respondentů pandemie covid-19 vnímání naděje změnila, a z toho dvěma poměrně markantně, z důvodu odložení plánované operace. **Graf č.7** zobrazuje, jestli věřícím respondentům dodává víra naději. Našeho výzkumu se zúčastnily pouze dva věřící – deistka a křesťan. Oběma respondentům víra naději do budoucna dodává.

Závěrem tedy je, že všech 6 respondentů pociťuje největší úspěch v oblasti rodiny, a to konkrétně ve výchově svých dětí, či zajištění rodiny. Cíle, sny, nebo plány má do budoucna taktéž všech 6 respondentů, jedna odpověď pacienta v terminálním stádiu se týká klidného a bezbolestného umírání. 4 z 6 respondentů mají naději na lepší zítřky, 1 naději již nemá (terminální stádium) a 1 neví a bojí se. 5 pacientů také uvádí, že u nich tuto naději podporuje rodina a vyjmenovává jednotlivé blízké členy, jako maminka, dcera, manžel nebo sestra, 1 respondent na tento dotaz nebyl dotazován. 4 z 6 respondentů pandemie covid-19

změnila vnímání naděje, a z toho dvěma poměrně markantně, z důvodu odložení plánované operace. Oba věřící pacienti uvádí, že jim víra dodává naději do budoucna.

Dílčí výzkumná otázka č.4 ***(pociťuje pacient v průběhu svého onemocnění naději)*** **byla taktéž zodpovězena.**

Dílčí výzkumná otázka č.5 zjišťovala, zda se nějak měnily pacientovi pocity v průběhu léčby. **Tabulka č.19** zobrazuje odpovědi na dotaz pociťování zloby či vzteku během onemocnění. V modelu Kübler-Rossové je fáze zloby či vzteku druhou fází, hned po šoku. První dvě respondentky zlobu ani vztek nepociťovaly, ale třetí ano, když jí řekli, že se jí odkládá operace. Nyní již ale situaci chápe a vztek necítí. Čtvrtý respondent pociťoval vztek hodně, byl naštvaný „na celý svět" a hlavně, že se nemůže vidět s rodinou a že se mu odložila operace. Také pátý respondent pociťoval vztek po nepovedeném ERCP, a stejně šestý respondent pociťoval vztek. Celkem tedy zlobu či vztek pociťovali 4 respondenti z 6. **Tabulka č.20** a **graf č.8** zobrazují odpovědi pacientů na otázku „prošel/prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?" Podle Kübler-Rossové je fáze deprese čtvrtou fází a následuje po fázi smlouvání. 4 respondenti období deprese nezaznamenali, a 2 respondenti se s depresí setkali, z čehož první prý byla zničená a říkala si, že je mladá na onkologické onemocnění, a druhý respondent prý měl horší chvíle, kde se setkal jednak s depresí ale jednak také s beznadějí. V **tabulce č.21** najdeme odpovědi respondentů na dotaz největší opory během léčby. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti – rodina, a to konkrétně maminka, manžel, dcera a manželka. **Tabulka č.22** a **graf č.9** vyobrazuje výsledky dotazu „Pociťujete důvěru ve své okolí?" 3 naši respondenti pociťují důvěru v okolí, 2 ji pociťují také, ale občas mají pochyby, a 1 respondent důvěru v okolí nepociťuje. Konkrétně respondentka č.1 věří svým blízkým, ale občas pochybuje, druhá respondentka důvěřuje lidem, kterými si obklopuje, třetí své rodině a odborníkům, ale také občas pochybuje, čtvrtý respondent udává, že nevěří ani idem, ani době, protože jsou lidé dnes sobečtí a záleží jim jen na sobě samých. Pátý i šestý respondent věří svým nejbližším. Šestý respondent také dodává, že věří i lékařům, že mu zvládnou pomoci. V **tabulce č.23** se můžeme dočíst, jak respondenti odpovídali na dotaz důvěry v sebe samého. Odpovědi respondentů však mohou vypovídat také o typu jejich osobnosti či jejich sebedůvěře, nikoliv jen o míře naděje. Důvěru v sám/sama sebe pociťují 4 respondenti, 1 občas ano, ale někdy pochybuje a 1 respondent v sám sebe důvěru nemá. Konkrétně pak první respondentka říká, že v sama sebe věří, a že člověk by v sobě samém měl mít největší oporu, druhá odpovídá, že v sama sebe občas věří, ale občas o sobě má také pochybnosti, č.3 ví, že je silná a nynější těžkou situaci zvládne.

Sice má slabší chvilky, ale důvěřuje v sebe, cítí, že ještě „nepřišel její konec“. Respondent č.4 uvádí, že věří své mysli a svému racionálnímu uvažování, nedůvěřuje však svému tělu a nevěří také, že dokáže boj s nemocí vyhrát. Konstatuje, že ví, že brzy zemře. Pátý respondent důvěřuje v sílu svého ducha a šestý respondent také věří, že svou situaci dokáže zvládnout. Mitrovská (2011) ve svém výzkumu interpretuje, jak pacienti odpovídali na zadání *„chybí mi důvěra v moje schopnosti“,* což bychom mohli brát jako alternativu k našemu dotazu, zda pacient pociťuje důvěru v sám sebe. Pacienti se pak měli přiklonit k jedné ze čtyř odpovědí, která jim sedí nejvíce, a to buď *silný souhlas, souhlas, nesouhlas* nebo *silný nesouhlas*. *„Souhlasné možnosti zvolilo 26 respondentů (23,43%), z čehož 6 se přiklánělo k variantě silného souhlasu (5,41%) a 20 k variantě prostého souhlasu (18,02%). Pro nesouhlasné varianty se vyjádřily více jak tři čtvrtiny onkologicky nemocných (76,57%). Z toho 58 z nich (52,25%) označilo možnost prostého nesouhlasu a s možností silného nesouhlasu se ztotožnilo 24,32%, tedy 27 pacientů.“* – Uvádí Mitrovská (2011). Z toho vyplývá, že 76,57 % respondentů pociťuje důvěru v sám/sama sebe. Stejně tak v naše výzkumu vyšlo, že většina respondentů pociťuje důvěru v sám sebe.

Závěrem tedy je, že zlobu či vztek pociťovali 4 respondenti z 6. 4 respondenti nezaznamenali období deprese, a 2 respondenti se s depresí setkali. Největší oporu během léčby měli všichni respondenti v rodině, a to konkrétně mamince, manželovi, dceři a manželce. 3 naši respondenti pociťují důvěru v okolí, 2 ji pociťují také, ale občas mají pochyby, a 1 respondent důvěru v okolí nepociťuje. Důvěru v sám/sama sebe pociťují 4 respondenti, 1 občas ano, ale někdy pochybuje a 1 respondent v sám sebe důvěru nemá.

Dílčí výzkumná otázka č.5 *(měnily se nějak pocity pacienta v průběhu léčby)* byla taktéž zodpovězena.

Byly zodpovězeny všechny stanovené výzkumné otázky (č.1-č.5) a tím byl splněn hlavní cíl bakalářské práce.

10 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním. Hlavní výzkumná otázka byla – Jak vnímá naději onkologicky nemocný pacient? Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce je rozdělena do několika kapitol, ve kterých se zabýváme nádorovým onemocněním, základním dělením, etiologií, léčbou nádorů a účinností léčby nádorů, potřebami člověka, dělením lidských potřeb, Maslowovou hierarchií lidských potřeb a dalšími teoriemi, potřebami nemocného člověka a ošetřovatelského procesu naplnění potřeb v nemoci, sdělováním diagnózy a jejím prožívání, konkrétně sdělováním onkologických diagnóz, fázemi umírání dle Kübler-Rossové a komunikací v těchto jednotlivých fázích, profesionálním přístupem všeobecných sester k onkologicky nemocným pacientům, nádorovou bolestí a také zde vybíráme ošetřovatelské diagnózy NANDA vztahující se k onkologii a naději. Dále se zde zabýváme nadějí jako takovou – co to vlastně naděje je, jak pojal psychologii naděje Snyder, také probíráme komplexní pojetí naděje a její pozitivní vliv, naději v nemoci a také v období pandemie. Dále se zaměřujeme na paliativní péči, naději v paliativní péči a také na její měření.

V empirické části analyzujeme výsledky kvalitativního výzkumu, který se týká právě vnímání naděje onkologicky nemocným pacientem. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru opírajícího se o dotazník, který neměly respondenti k dispozici. Odpovědi nemocných jsou kolikrát velmi emotivní a specifické, tudíž jsou zaznamenávány převážně do tabulek, kde jsou zapsány v přímé řeči tak, jak je pacient opravdu uvedl.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že všichni pacienti momentálně vědí, v jakém stádiu nemoci se nacházejí, a kromě jednoho pacienta mají pocit dostatku informací. Všichni respondenti také po sdělení diagnózy cítily šok. Největší oporou byla respondentům jejich rodina a většina respondentů po zjištění diagnózy oznámila skutečnost své rodině a dva respondenti zjišťovali další informace na internetu. Dalším zjištěním je, že 5 z 6 respondentů se po onemocnění změnily potřeby, a to většinou přesunutím do kategorie jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky a základních a fyziologických potřeb. Pouze u jednoho respondenta se potřeby nezměnily. 5 z 6 respondentů také strádá v nějaké oblasti jejich života, kde jejich strádání je spojeno právě s onkologickým onemocněním. V uspokojování potřeb nejčastěji

pomáhá rodina, ale i zdravotnický personál v uspokojování potřeb pomáhá. Dále jsme pak zjistili, že všech 6 respondentů pociťuje největší úspěch v oblasti rodiny, a to konkrétně ve výchově svých dětí, či zajištění rodiny. Cíle, sny, nebo plány má do budoucna taktéž všech 6 respondentů, jedna odpověď pacienta v terminálním stádiu se týká klidného a bezbolestného umírání. 4 z 6 respondentů mají naději na lepší zítřky, 1 naději již nemá (terminální stádium) a 1 neví a bojí se. Naději zde opět nejvíce podporuje rodina. 4 z 6 respondentů pandemie covid-19 změnila vnímání naděje, a z toho dvěma poměrně markantně, z důvodu odložení plánované operace. Oba věřící pacienti uvádí, že jim víra dodává naději do budoucna. Dále jsme přišli na to, že zlobu či vztek pociťovali 4 respondenti z 6. 4 respondenti nezaznamenali období deprese a 2 respondenti se s depresí setkali. Největší oporu během léčby měli všichni respondenti opět v rodině. 3 naši respondenti pociťují důvěru v okolí, 2 ji pociťují také, ale občas mají pochyby, a 1 respondent důvěru v okolí nepociťuje. Důvěru v sám/sama sebe pociťují 4 respondenti, 1 občas ano, ale někdy pochybuje a 1 respondent v sám sebe důvěru nemá.

Zpracovávání této bakalářské práce mě velmi obohatilo, jak po stránce teoretických znalostí, tak v oblasti mezilidských vztahů. Komunikace s onkologickými pacienty, obzvláště s jedinci v terminálním stádiu života nebylo vždy jednoduché. Rozhovory byly velmi emotivní, a i přes empatii a otevřenost bylo potřeba se opatřit profesionálním odstupem.

Doporučení pro praxi:

Tato bakalářská práce by teď měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.

Ráda bych svou práci prezentovala na oddělení, kde byl empirický výzkum prováděn, a to na Interním lůžkovém oddělení v Rychnově nad Kněžnou.

V dubnu 2021 jsem absolvovala praxe na oddělení klinické onkologie a radioterapie, kde jsem vedla rozhovory o mé práci s paliativním týmem, který si mou práci taktéž vyžádal. Tudíž bude má práce směřovat i sem.

Dále bych ráda, pokud zde taková možnost bude, aby výsledky mé práce byly prezentovány na královehradeckých dnech, pořádaných Českou asociací sester.

Abstrakt

Autor: Martina Debelková

Instituce: Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové

Název práce: Fenomén naděje v onkologickém onemocnění

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Počet stran: 122

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2021

Klíčová slova: Naděje, onkologické onemocnění, nepříznivá diagnóza

Tato bakalářská práce se zabývá vnímáním naděje onkologicky nemocnými pacienty. Práce se člení do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické části.

V teoretické části se věnujeme nádorovým onemocněním, a to konkrétně dělením, etiologií a léčbou nádorů, dále pak potřebami člověka, sdělováním diagnózy a jejím prožívání, nadějí a významem naděje pro nevyléčitelně nemocné a v neposlední řadě také paliativní péčí.

Praktická část práce se zabývá analýzou výsledků kvalitativního výzkumu, který se týká právě vnímání naděje onkologicky nemocných pacientů. Tato empirická část je založena na informacích získaných pomocí polostrukturovaného rozhovoru opírajícího se o dotazník, který však nebyl respondentům k dispozici. Hlavním cílem rozhovoru bylo zjistit, jak vnímá naději pacient s onkologickou diagnózou. V rámci tohoto rozhovoru bylo stanoveno 5 dílčích cílů, které byly splněny. Zajímavým a nečekaným poznatkem z této práce je, že naději onkologických pacientů velmi ovlivnila pandemie covidu-19. Práce by následně měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.

Abstract

Author:	Martina Debelková
Institution:	Charles University
	Faculty of Medicine in Hradec Kralove
	Department of Non-medical Studies

Title:	The phenomen of hope during an oncology disease
Supervisor:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Number of pages:	122
Number of appendixes:	4
Year of defense:	2021
Keywords:	Hope, oncology disease, unfavorable diagnosis

This Bachelor thesis deals with perception of hope of oncologicaly ill patients. It is devided into two main parts, the theoretical part and the practical part.

In the theoretical part, we deal with neoplasm illness, its division, etiology and neoplasm treatment. We also deal with the human needs during this illness, the communication of the diagnosis and experiencing it through as well as the hope and meaning of the hope for the incurable ones and very lastly palliative care.

The practical part deals with results analysis of the qualitative survey which concerns the very perception of hope of oncologicaly ill patients. This empirical part is based on information gathered by half-structuralized dialogue relying on questionaire, which sadly was not accessible for the respondents. The main aim of the dialogue was to find out how does a patient with oncological diagnosis perceive the hope. There were five partial aims determined within the dialogue and all of these were fulfilled. The vastly interesting and also quite unexpected knowledge of this thesis was that the hope of oncological patients was severely affected by the pandemic of Covid-19. The thesis should be used as an information tool for medical staff to find ways how to support the hope of a patient.

Seznam bibliografických zdrojů

1. ARENS, Ursula. *Jídlo jako jed, jídlo jako lék: [abecední průvodce bezpečnou a zdravou výživou]*. Ilustroval Julia BIGG. Praha: Reader's Digest Výběr, 1998. ISBN 80-902069-7-2
2. BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7
3. FRANKL, Viktor Emil. *Co v mých knihách není: autobiografie*. Brno: Cesta, 1997. ISBN 80-85319-66-7
4. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3
5. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie: [radost, naděje, odpouštění, smiřování, překonávání negativních emocí]*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X
7. KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetřovatelství. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
8. KUTNOHORSKÁ, J. 2017. Sdělení závažné diagnózy [Online]. [cit. 2020-09-25]. Dostupné z: www.seniorzone.cz
9. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5
11. MITROVSKÁ, Petra. *Fenomén naděje u pacientů s onkologickým onemocněním* [online]. Brno, 2011 [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/r10wp/. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Dana DOLANOVÁ.
12. *Modlitební knížka: základní a tradiční katolické modlitby*. V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2020. Modlitební knížky. ISBN 978-80-7566-116-6
13. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1

14. RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [Praha]: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2
15. STEJSKAL, Miloš. *Moudrost starých Římanů*. Ilustroval Miroslav JIRÁNEK. Praha: Odeon, 1990. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 80-207-0096-X
16. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7
17. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4
18. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80

Seznam použitých zkratek

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

Č. – číslo

Kol. – kolektiv

Mj. – mimo jiné

Tzn. – to znamená

Tzv. – takzvaně

UZ – ultrazvuk

Seznam obrázků

Obrázek č.1: Maslowova hierarchie potřeb: TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4

Obrázek č.2: Systémový model Stephena Coveye: ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7

Obrázek č.3: Konceptuání model bolesti (J. Loeser, M.Cousins): TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4

Obrázek č.4: Bolest v ošetřovatelském procesu: TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4

Obrázek č.5: Norská verze Herth Hope Index: Dostupné z: https://www.semanticscholar.org/paper/The-Norwegian-version-of-the-Herth-Hope-Index-a-Wahl-Rust%C3%B8en/87d60e5033b95114db4b20939c7dd3432aaecfc8

Seznam tabulek

Tabulka č.1: Základní rozdíly benigních a maligních nádorů: BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7

Tabulka č.2: Barthelův test základních všedních činností: ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7

Tabulka č.3: Identifikační údaje respondentů

Tabulka č.4: Jak a kdy se na diagnózu přišlo?

Tabulka č.5: Kdo Vás o ní informoval?

Tabulka č.6: Byla Vám diagnóza sdělena osobně, či telefonicky?

Tabulka č.7: V jakém stádiu onemocnění se nyní nacházíte?

Tabulka č.8: Máte pocit dostatku informací v průběhu vašeho onemocnění?

Tabulka č.9: Jak jste se cítil/a, když Vám byla diagnóza sdělena?

Tabulka č.10: Kdo pro Vás byl v tuto chvíli největší oporou?

Tabulka č.11: Jaká činnost u Vás následovala po sdělení diagnózy?

Tabulka č.12: Změnily se nějak Vaše potřeby před a po onemocnění? Jak?

Tabulka č.13: Strádáte v nějaké oblasti Vašeho života? Pokud ano, co konkrétně postrádáte?

Tabulka č.14: Pomáhá Vám v uspokojování potřeb zdravotnický personál? Jak?

Tabulka č.15: Co ve svém životě považujete za největší úspěch?

Tabulka č.16: Máte do budoucna nějaké cíle, sny nebo plány?

Tabulka č.17: Co, nebo kdo, Vás v této naději podporuje?

Tabulka č.18: Změnila nějak pandemie Covidu-19 Vaši naději?

Tabulka č.19: Pociťoval/a jste v průběhu svého onemocnění zlobu či vztek?

Tabulka č.20: Prošel/prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?

Tabulka č.21: Kdo pro Vás byl a je během léčby největší oporou?

Tabulka č.22: Pociťujete důvěru ve své okolí?

Seznam grafů

Graf č.1: Pohlaví respondentů

Graf č.2: Kdo Vás o ní informoval?

Graf č.3: V jakém stádiu nemoci se nyní nacházíte?

Graf č.4: Máte pocit dostatku informací v průběhu Vašeho onemocnění?

Graf č.5: Když něco potřebujete, kdo Vám nejvíce pomáhá v uspokojení potřeby?

Graf č.6: Pociťujete ve svém životě naději na tzv. lepší zítřky?

Graf č.7: Pokud jste věřící, dodává Vám víra naději?

Graf č.8: Prošel/Prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?

Graf č.9: Pociťujete důvěru ve své okolí?

Přílohy

Příloha č.1: Dotazník sloužící jako podklad pro rozhovor

Dotazník

Identifikační údaje:

Pohlaví:

Věk:

Rodinný stav:

Vzdělání:

Víra:

Hlavní výzkumná otázka:

Jakou roli hraje naděje u onkologicky nemocného pacienta?

Dílčí výzkumné otázky + podotázky:

1. **Jaká byla a je informovanost v oblasti vašeho onemocnění a léčby?**
    - Jak a kdy se na diagnózu přišlo?
    - Kdo Vás o ní informoval?
    - Byla Vám diagnóza sdělena osobně, či telefonicky?
    - V jakém stádiu onemocnění se nyní nacházíte?
    - Máte pocit dostatku informací v průběhu vašeho onemocnění?
2. **Jaká byla Vaše reakce na sdělení diagnózy?**
    - Jak jste se cítil/a, když Vám byla diagnóza sdělena?
    - Kdo pro Vás byl v tuto chvíli největší oporou?
    - Jaká činnost u Vás následovala po sdělení diagnózy?
3. **Máte pocit, že jsou naplňovány všechny Vaše potřeby?**
    - Změnily se nějak Vaše potřeby před a po onemocnění? Jak?
    - Strádáte v nějaké oblasti vašeho života? Pokud ano, co konkrétně postrádáte?
    - Když něco potřebujete, kdo Vám nejvíce pomáhá v uspokojení potřeby?
    - Pomáhá Vám v uspokojování potřeb zdravotnický personál? Jak?
4. **Pociťujete v průběhu svého onemocnění naději?**
    - Co ve svém životě považujete za největší úspěch?

- Máte do budoucna nějaké cíle, sny nebo plány?
- Pociťujete ve svém nynějším životě naději na tzv. *lepší zítřky*?
- Co nebo kdo Vás v této naději podporuje?
- Změnila nějak pandemie covidu-19 Vaši naději? Pokud ano, jak?
- Pokud jste věřící, dodává Vám víra naději?

5. **Měnily se nějak vaše pocity v průběhu léčby?**
    - Pociťoval/a jste v průběhu svého onemocnění zlobu či vztek?
    - Prošel/prošla jste si během Vaší nemoci obdobím deprese?
    - Kdo pro Vás byl a je během léčby největší oporou?
    - Pociťujete důvěru ve své okolí?
    - Pociťujete důvěru v sám/sama sebe?

Příloha č.2: souhlas s výzkumem

Vážený pan

MUDr. Richard Vondruška
Primář
Interní lékařství
Oblastní nemocnice Náchod, a.s.

V Rychnově nad Kněžnou, 4.1.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na interním lůžkovém oddělení nemocnice Rychnov nad Kněžnou, Oblastní nemocnice Náchod, a.s.

Vážený pane doktore Vondruško,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vašem interním lůžkovém oddělení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Debelkové, narozené 28.9.1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové na téma *Fenomén naděje v onkologickém onemocnění*. Cílem této práce je zjistit, jak vnímá naději onkologicky nemocný pacient. Práce by pak měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.

Výzkumné šetření bude provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru, podloženého dotazníkem, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Martina Debelková
Družstevní 876
Dobruška
518 01

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav nelékařských studií
Oddělení ošetřovatelství

Vyjádření vedení instituce:
☒ Souhlasím
☐ ~~Nesouhlasím~~

Datum: 4.1.2021

64 001 100
OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD a.s.
NEMOCNICE RYCHNOV NAD KNĚŽNOU
Interní odd. - prim. MUDr. Richard Vondruška
Lůžková část
Jiráskova 506, 516 23 Rychnov nad Kněžnou
tel. 494 502 319, 111 IČO: 26000202

Podpis a razítko

prim. MUDr. Richard Vondruška

Příloha č.3: Zadání bakalářské práce

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: **Martina Debelková**
Obor: Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetřovatelství

Název tématu: **Fenomén naděje při onkologickém onemocnění**

Název tématu v anglickém jazyce:
The phenomenon of hope during an oncology disease

Teze práce:

- *Teoretická část*
  - *Rozbor hlavních pojmů dané práce:*
    Nádorové onemocnění, sdělování závažné diagnózy, naděje u pacientů, empatie, paliativní péče, saturace lidských potřeb
  - *Teoretické poznatky související s hlavními pojmy práce:*
    Patofyziologie nádorového bujení, druhy nádorů, možnosti léčby rakoviny, psychologie nemoci, lidské potřeby v nemoci, naděje v nemoci
  - *Dosavadní výzkumy v dané oblasti:*

KAFKOVÁ, Nikola. \textit{Ošetřovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu} [online]. Plzeň, 2019 [cit. 2020-09-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/alplpx/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Krocová.

SLABOVÁ, Markéta. \textit{Komunikace zdravotníků s pacientem s onkologickým onemocněním} [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2020-09-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6ersar/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

MORAVCOVÁ, Zuzana. \textit{Smysl, naděje a úskalí nemoci} [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2020-09-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/z6sho6/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

SYMERSKÁ, Romana. \textit{Život s onkologicky nemocným člověkem} [online]. Brno, 2016 [cit. 2020-09-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6d9w2s/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

ŠVECOVÁ, D. *Vnímání smrti u sestry v paliativní péči.* Bratislava: Vysoká škola sv. Alžběty. 2011. 122 s. Diplomová práce.

- *Ošetřovatelské hledisko*
  - Schopnost všeobecné sestry pomoci zvládat nelehké situace onkologicky nemocným a snaha podpořit naději u tohoto pacienta
  - Ošetřovatelská péče onkologického pacienta
  - Ošetřovatelské diagnózy dle Nanda vztahující se k onkologickému onemocnění a k naději

- *Empirická část*
  - *Cíle výzkumu:*
    - *Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak vnímá naději onkologicky nemocný pacient. Práce by pak měla sloužit zdravotnickému personálu jako zdroj informací o tom, jak by mohl naději u pacienta podpořit.*

  - *zkoumané okruhy problémů:*
    - *Reakce pacienta na sdělení závažné diagnózy*
    - *Míra informovanosti pacienta o svém onemocnění*
    - *Pacientovo prožívání nemoci*
    - *Model Küblerové-Rossové v praxi*
    - *Faktory ovlivňující pacientovu naději*
    - *Potřeby pacienta s onkologickým onemocněním*

  - *typ zařízení, kde bude výzkum probíhat včetně předběžného souhlasu s možností provádět zde empirické šetření:*
    - *Interní lůžkové oddělení Rychnov nad Kněžnou, Léčebna dlouhodobě nemocných Opočno*
    - *Předběžný souhlas: Ano*

  - *údaje o zkoumaných osobách:*
    - *Dospělí pacienti s onkologickým onemocněním, 8 respondentů.*

  - *předpokládané výzkumné metody:*
    - *kvalitativní přístup, osobní polostrukturovaný rozhovor*

  - *způsob zpracování získaných dat:*
    - *Transkripce, kódování, Microsoft Excel, Microsoft Word*

Odborná literatura:

KUTNOHORSKÁ J., KUDLOVÁ, P. Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie. *Paliat. med. liec. boles.*, 2018;11(1-2e): ISSN 1339-4193 (online)

KUTNOHORSKÁ, J. CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky.* Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

MCKAY, Judith a Nancee HIRANO. *Jak přežít chemoterapii a ozařování: [průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu].* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-542-6.

WILHELM, Zdeněk. *Výživa v onkologii.* 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských profesí, 2004. ISBN 80-7013-410-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry.* 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu.* Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, ed. *Paliativní péče v onkologii.* Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

STASKOVÁ, V. TÓTHOVÁ, V., KOŤA, J. 2019. Odkaz Joyce E.Travelbee pro ošetřovatelství 21. století. Praha: Grada. ISBN978-80-271-2206-6 (print)

Mareš, Jiří a kol. 2018. Individualizovaná péče o pacienta. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-304-4.

Mareš, Jiří, Vachková, Eva. 2011. Pacientovo pojetí nemoci I-III. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-191-0.

Předpokládaný vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz
kutnohorska.j@seznam.cz
Mobil: +420 604 182 985

Datum odevzdání: 14.09.2020

Podpis studentky/ta:

Zadání bakalářské práce bylo schváleno dne:

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
vedoucí Oddělení ošetřovatelství
Ústavu sociálního lékařství

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
garant předmětu
Seminář k bakalářské práci

Kontakt na studentku/studenta
Akademický rok: 2019/2020

Jméno a příjmení:	Martina Debelková	
Téma práce:	Fenomén naděje v onkologickém onemocnění	
Telefon, mobil:	*+420* 605 826 084	
E-mailová adresa:	martina.debelkova @gmail.com	
Kontaktní adresa	Ulice:	Družstevní 876
	Město:	Dobruška
	PSČ:	518 01
Zaměstnavatel – zdravotnické zařízení	Zdrav.zař.	
	Město:	
	PSČ:	

Příloha č.4: Charta práv umírajících

Dokument Rady Evropy k péči o nevyléčitelně nemocné [1]

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

(1999)

1 Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.

2 Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3 V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č .613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení".

4 Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.

5 Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6 Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.

7 Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
- častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
- nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,

- obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
- sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.

8 Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
- aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,
- aby ustavily ambulantní týmy a síť poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako interdisciplinární thanatologie,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,

- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetřujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmí být zanedbány,
- že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

➢ uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2) Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,

- uznají, že přání zemřít vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt *(Kutnohorská, 2007)*