

Strategie zvládání zátěže v období léčby a rekonvalescence u onkologických pacientů zapojených do patientských skupin

Olga Klepáčková, Milan Tomka

Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Problematika individuálních strategií zvládání zátěže pacientů patří k výzkumným zájmům v rámci celosvětového trendu rozvoje psychoonkologie a psychosociální podpory v onkologii. Implementace poznatků do ošetrovatelské péče může podpořit efektivnější plánování a naplňování potřeb pacienta v duchu holistického přístupu, který tvoří pilíř moderní péče orientované na člověka. Článek představuje výsledky pilotního výzkumu zaměřeného na strategie zvládání zátěže a obtížných životních situací v období léčby a rekonvalescence u onkologických pacientů zapojených do patientských skupin zasazené do kontextu ošetrovatelství v onkologii.

Klíčová slova: strategie zvládání, psychoonkologie, ošetrovatelství, psychosociální podpora, patientské skupiny.

Coping strategies during treatment and recovery among oncology patients engaged in patient groups

The research of individual patient coping strategies is a topic of interest in the current global trend of developing psycho-oncology and psychosocial support in oncology. Implementing knowledge in nursing care can support more effective planning and meeting patient needs in line with a holistic approach, which is central to modern person-centered care. This article presents the findings of a pilot study focused on coping strategies for difficult life situations during treatment and recovery among oncology patients engaged in patient groups within the context of nursing in oncology.

Key words: coping strategies, psycho-oncology, nursing, psychosocial support, patient groups.

Úvod

Strategie zvládání zátěže a obtížných životních situací, které onkologičtí pacienti uplatňují v období nemoci a rekonvalescence, patří v současné době mezi aktuální témata psycholo-onkologie i odborníků dalších specializací zapojených do komplexní onkologické péče. Snaha o hlubší porozumění fungování onkologických pacientů z hlediska uplatňovaných strategií zvládání je důležitým krokem k lepšímu pochopení jejich celkového fungování a kvality života i efektivnějšímu zacílení intervencí včetně těch v oblasti ošetrovatelství (1–9). Problematika strategií zvládání úzce souvisí s pojmem *kvalita života ve vztahu ke zdraví* (HRQoL), který je v současnos-

ti uznávaný jako druhý nejdůležitější ukazatel účinnosti a úspěšnosti onkologické léčby (8). Není výjimkou, že pacienti čelí zátěži spojené s onemocněním a současně se potýkají s mnoha dalšími závažnými problémy v sociálním fungování. Tato kumulovaná zátěž ovlivňuje i jejich volbu a využívání strategií zvládání a představuje nejen rizikový faktor s ohledem na vývoj zdravotního stavu, ale také důležitý aspekt při posouzení celkové psychosociální zátěže a míry psychosociální adaptace pacienta. Prožívaná zátěž a její zvládání v důsledku významně ovlivňuje i postoj pacienta k onemocnění a léčbě, motivaci, míru jeho emoční tísně nebo existenciálního distresu, či vztah se zdravotnickým

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

Podpořeno ze Studentské grantové soutěže 2024 s reg. č. INT/2024/0002.

Cit. zkr: *Onkologie*. 2025;19(1):46-49
<https://doi.org/10.36290/xon.2025.011>
 Článek přijat redakcí: 3. 11. 2024
 Článek přijat k tisku: 3. 1. 2025

Bc. Olga Klepáčková
 klepac03@student.vspj.cz

personálem. Soustředění na pacienta jako jedinečného člověka nacházejícího se ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu je v kontextu ošetrovatelství jednou z priorit (1, 6, 7, 10). Pokud se potenciál terapeutického vztahu a komunikace jako důležitých nástrojů v psychické péči poskytované sestrami (6, 7) potkává s potřebami pacienta, může to do značné míry pozitivně ovlivnit, jakým způsobem pacient volí a využívá své individuální strategie zvládání a v důsledku jeho celkovou kvalitu života.

Metodika

Cílem pilotního výzkumu realizovaného v období únor–září 2024 bylo identifikovat, jaké strategie zvládání obtížných životních situací využívají pro zachování dobrého sociálního fungování v období léčby a rekonvalescence onkologičtí pacienti zapojení do patientských skupin. Výzkumný soubor tvořilo 10 onkologických pacientů (věk 31–73 let, 8 žen a 2 muži s různými typy onemocnění, léčení v různých nemocnicích), kteří během léčby a rekonvalescence využívali podporu patientských skupin. S ohledem na výpovědní hodnotu získaných dat byli záměrně osloveni pacienti tak, aby vytvořili homogenní skupinu. Výzkum byl realizován metodou interpretativní fenomenologické analýzy formou polostrukturovaných rozhovorů s následnou obsahovou analýzou, při výběru komunikačních partnerů se částečně uplatnila metoda sněhové koule. Teoretickým východiskem byl zejména Transakční model stresu (11). Hlavním limitem výzkumu byl pouze jednorázový sběr dat u pacientů rekrutovaných z patientských skupin motivovaných ke sdílení své zkušenosti. Námětem pro budoucí výzkum může být rozšíření sběru dat (např. porovnání výsledků mezi skupinami pacientů se stejným typem onemocnění).

Strategie zvládání u onkologických pacientů

Volba a způsob uplatňování strategií zvládání zátěže u onkologických pacientů představuje dle našich zjištění multifaktoriální proces s individuální dynamikou. Uplatňuje se zejména míra osobní nezdolnosti, postoj k sobě, vnitřní a vnější motivace pacienta či jeho zodpovědnost vůči druhým, významné jsou také faktory vztahující se k onemocnění – jeho povaha a prognóza, průběh a výsledky léčby, pacientova důvěra

v léčbu, jeho předchozí osobní zkušenost s vážnou nemocí u sebe či blízkých („Když jsem se dozvěděla diagnózu, tak jsem se opravdu loučila se životem, neznala jsem nikoho, kdo by se z onko diagnózy vyléčil, moje švagrová se úplně ztrácela před očima, moje babička zemřela na rakovinu, automaticky jsem myslela, že mě to čeká taky.“) i se sounáležitostí a vzájemnou podporou mezi pacienty („Kamarádku I. jsem poznala v nemocnici, obě jsme měly to samý, to že jsme se potkaly v nemocnici, to byl anděl strážný, byla na stejné operaci o den dřív. Věděla jsem, co mě čeká, protože jsem to viděla u ní a ona mi řekla, co jsem potřebovala. Já jsem předtím měla chemo, ona ne, tak jsem zase s tím radila já jí, ať jsme řešily cokoli, byly jsme na to dvě. Byly jsme na všechno dvě, tři roky.“) klíčovou roli dále mají vnitřní a vnější zdroje pacienta či kvalita jeho sociálního zázemí. U pacientů ve výzkumném souboru dominovaly aktivní adaptivní strategie zvládání orientované na řešení problému i na vyrovnávání se s emocionálním stavem. Diagnóza onkologického onemocnění představovala pro mnohé pacienty zásadní milník, který je přiměl k **prioritizaci, resp. přehodnocení cílů, přání a problémů** (zvládání situace krok za krokem, **zaměření na krátkodobé cíle**, poznání svých momentálních hranic a schopnost si je chránit), **schopnosti umět pro sebe být na prvním místě i se lépe naučit hájit své zájmy a dbát na sebepečí** (odpočinek, výživa, otužování, cvičení, výživové suplementy, meditace aj). **Dovolit ostatním poskytnout pomoc a podporu a umět ji přijmout či dokázat zabezpečit náhradní zdroje** patřily k dalším obvyklým strategiím, které pacienti využívali („Ze začátku beznadějí, proč zrovna já, člověk už se pomalu loučí se životem. První, kdo mi pomohl, byl můj kolega v práci, manžel byl tou dobou v nemocnici na operaci. Ten mi dodal energii, že jsem přestala přemýšlet o konci.“) **Aktivní získávání informací** je strategií, která měla pro pacienty v našem souboru prioritní význam. Výzkum potvrdil, že „pacienti často málo rozumí tomu, co se jim děje“ (1). Hledají však cesty, jak situaci rozumět lépe, protože porozumění, informace, poznání svého „nepřítele“ a toho, s čím bojují, je posiluje a představuje zdroj rezilience.

Vztahy, komunikace a spolupráce se zdravotnickým personálem zastávaly u pacientů zvláště důležité místo. Ve vztahu s lékaři i sestrami oceňovali otevřenou respektující komunikaci s prostorem se ptát a nechat si

vysvětlit nejasné či neúplné, aniž by měli pocit, že zdravotníky obtěžují; dále zajištění komfortu a snahu o eliminaci stresu, např. i prostřednictvím vhodně zvoleného místa a času při komunikaci („Musím pochválit veškerý zdravotnický personál, který mi přišel do cesty.“ „Nikdo neřekl: to se nedá vysvětlit nebo něco podobného, nebo tomu byste nerozuměla.“ „Mluvily jsme vždycky takhle otevřeně. Dala mi na výběr. Nebylo to „tohle musíte.“ „Když chci víc informací, tak si o ně řeknu, poprosím, že mi tyhle informace nestačí, nerozumím tomu, potřebovala bych to dovysvětlit.“) Někteří pacienti uváděli, že pro ně bylo důležité dostat v danou chvíli jen informace, které potřebují nebo o které sami požádají (nikoli např. předbírání v možném nepříznivém vývoji, vedlejších účincích nebo komplikacích, které mohou, ale nemusí nastat). Zároveň je pro pacienty důležité si umět chránit vlastní hranice. Toto souvisí také s tím, jak se postupem dlouhodobé léčby pacienti cítili sami v této pro ně nové situaci jistější, poznali své tělo a jak na co reaguje i v čem a jak o sebe potřebují pečovat, aby nemoc co nejlépe zvládli („V tom prvotním šoku to máme asi všechny, že si to necháme nasypat na hlavu, a pak se to cestou učíme... když mi někdo řekne, ne, já jsem tady sestřička, já to vím nejlíp, tak jí řeknu, já znám svoje tělo nejlíp.“) Pacienti popisovali také některé náročné situace, ve kterých se promítal mimo jiné i faktor času. Patřilo k nim například, kdy se typicky po upřímném sdělení nepříznivé zprávy „zlobili“ na lékaře nebo v nich jeho slova vyvolala rozhořčení či vztek, s odstupem však docenili jeho přístup a nejednou se stal jejich nejoblíbenějším a zdrojem pocitu jistoty a podpory. Obdobné zkušenosti měli i v komunikaci se sestrami („Když je na mě někdo nepříjemný, tak mu to řeknu, podívejte se, já chápu, že toho máte dneska hodně, ale já toho mám taky hodně.“ „Necítila jsem se komfortně, vyvolalo to ve mě stres a stresu se chceme všichni vyhýbat.“ „Já jsem to třeba tenkrát dva dny obřečela, když mi řekl pan doktor, že do roka umřu. Byla jsem zrovna čerstvě po rozvodu a čekalo mě jedno velké vyšetření po roce léčby a on mi řekl, že do roka umřu. Zhroutila jsem se z toho na 14 dní.“) Empatii, projevy zájmu, podporu pocitu bezpečí a posílení naděje vnímali pacienti jako to pro ně nejvýznamnější ve vztahu se zdravotníky a dalšími pracovníky zapojenými v péči („Na onko úplně úžasný, kdybych zavolala ve 2 ráno, dostala jsem

miliónovou péči.“) Mnozí si i po mnoha letech pamatovali jménem konkrétního lékaře nebo sestru, kteří jim nějakým způsobem pomohli, ač to byla zdánlivě maličkost. Tato naše zjištění jsou v souladu s tím, co uvádí Pospíchal (3): „Pokud je pocit bezpečí přítomen, prožívání negativních emocí a strachů bývá mírnější. Také dodržování navržených léčebných postupů pacientem pak bývá preciznější,“ či Svoboda a Halámková (1): „Zájem a informace vytváří bezpečný vztah a vedou k bazálnímu zklidnění.“ Sdělení pacientů v našem souboru se shodovala i s konstatováním, že „vše, co sestra řekne nebo udělá, pacient bedlivě sleduje a ovlivňuje to jeho současný i budoucí vztah k sestře, a tím vlastně i k celému zdravotnickému zařízení“ (7).

Úroveň vztahu a komunikace s lékaři a sestrami představuje aspekt, který má značný potenciál ovlivnit i další strategie zvládání významné v kontextu zdravotní péče: **zodpovědnost a disciplinovaný přístup k léčbě**, a to zvláště v rovině spolupráce, respektu k doporučením a ochotě přijmout nevyhnutelné kroky a **vyhledání a využívání odborné péče v oblasti péče o duševní zdraví**. Většina pacientů vítá a využívá psychologickou pomoc, pokud o ní ví (např. z nástěnky v čekárně nebo nabídky lékaře a nemusí ji sami hledat) a je nabízena nestigmatizující formou – psychoonkologická péče jako standardní součást péče; za potřebu této formy podpory se pacient nemusí stydět nebo ji vnímat jako svoji slabost nebo selhání („Paní doktorka říkala, že se to zjistí po vyšetřeních a že chápe můj stres a že mi, pokud bych potřebovala, zajistí nějakou psychologickou pomoc.“) U pacientů ve výzkumném souboru se jednalo o péči od jednorázové intervence po několikiletou pravidelnou (onko)psychologickou péči, kterou hodnotili velmi kladně. Vnímali ji jako pomoc pro sebe a zároveň s motivací chránit druhé – mít svůj prostor, kde je možné sdílet i to nejbolestnější, nejděsivější, před čím měli snahu druhé uchránit („Využívám jak psychiatrii, tak onkopsychologii, protože tam vypustím zbytek toho děsu, co mě děsí, a čím tady nechci nikoho trápit.“ „Jsou věci, které neřeknete ani nejlepšímu příteli, protože víte, že z toho bude zraněný a moc bolavý, a že ho to bude trápit minimálně tak, jako to trápi vás, někdy možná ještě víc, protože to za vás nemůže vybojovat.“) Mnozí si i o několik let později detailně vybavovali, co jim nejvíce pomohlo („Řekla jsem paní psycholožce: mám pocit, že jsem

ten rok proflákala, a ona se na mě podívala a řekla mi: ale vy jste dělala to nejlepší, co jste mohla. Vy jste dávala tělu prostor, aby se uzdravilo, aby se zregenerovalo, abyste byla zdravá, žádné flákání. Ona mě v podstatě postavila jako do latě, když to tak řeknu, ale v dobrém. Přestala jsem si vyčítat, že celý den někdy nic nedělám.“) Drtivá většina pacientů měla zkušenost s momentem či obdobím, které popisovali jako (psychické) zhroucení. Rizikové období představuje nejen sdělení nepříznivé diagnózy nebo prognózy, ale také ukončení aktivní léčby (přechod z hospitalizace do domácí péče) či souběh s dalšími zátěžovými situacemi (např. rozpad vztahu nebo rozvod, finanční nejistota aj.) Slovy jedné pacientky ze souboru (mladé matky s metastatickým onemocněním): „Nejlíp mi bylo na onkologii, mezi svýma. Zhroutila jsem se, že už nebudu s těma svýma, být mezi svýma pro mě bylo důležité.“ **Seberealizace** (různé formy aktivní činnosti, hobby, zapojení do podpory druhým) byla další častou strategií pacientů. Pro některé se stal nástrojem seberealizace jejich osobní příběh a zkušenost s nemocí, kdy našli své místo v činnosti patientské skupiny a začali pomáhat druhým.

Strategiím orientovaným na vyrovnávání se s emocionálním stavem dominovala **snaha o plnohodnotný život**. Pacienti nejčastěji popisovali **nové vnímání hodnoty času, přehodnocování priorit a vědomé zaměření na život v přítomném okamžiku (tady a teď)** – „Dopředu nekoukám, to mě naučila rakovina, neříkám si, co bude za týden, žiju abych byla ráno v pohodě“, „Co je pro ostatní málo, pro mě je hodně. Tohle mi dala nemoc.“) a **ventilaci emocí** (strach, nejistota, hněv, úleva...) způsobem specifickým pro daného pacienta (v kontextu jeho osobnostních charakteristik, zázemí a zdrojů podpory, celkové situace atd.). Častým jevem byla souběžná **cenzura emocí**, resp. vnějších projevů či rozhodování na jejich základě (s ohledem k dětem, blízkým, okolí: „Když je hodně špatnej den, tak chodívám brečet na záchod. Sedím třeba čtvrt hodiny, 20 minut na záchodě a tam brečím, pak vylezu, umyju si obličej, a říkám synovi, nepustíme si nějakou hezkou pohádku? A pak, když to u pohádky nevydržím, tak si tu zase 15 minut pobřečím.“) Velkou kapitolu se zásadním významem představuje u pacientů **konfrontace s existenciálními otázkami** a strategie zvládání v této oblasti, specificky především **hledání a nalézání smyslu života**

či význam spirituality. Ošetrovatelská péče, resp. vztah s ošetřujícími sestrami představuje prostor, který může pacientům pomoci rozvíjet adaptivní strategie zvládání i je přímo uplatňovat s potenciálem nabídnout „posvátné momenty uprostřed všedního dne“ (6). Sestry vytvářejí prostředí, ve kterém je možné otevřít duchovní problematiku, která často odráží životní příběh pacientů a pomoci jim verbalizovat pocity spojené s bolestí a utrpením (6, 10), podpořit je nejen aktivní komunikací, ale častěji doprovázením charakteristickým mlčením, nasloucháním, podporou (6), svoji autentickou přítomností (jednoduché bytí s pacientem) nebo tichými ujištěními (7). Spirituální screening nebo anamnéza patří mezi iniciační kroky ošetrovatelského procesu, sestry se také podílejí na hodnocení míry distresu pacienta včetně identifikace spirituální tísně, která je zařazena mezi ošetrovatelské diagnózy spolu s narušenou religiozitou (00169) (6, 7). V kontextu ošetrovatelského procesu je důležité povědomí o možném uchylování se k maladaptivním strategiím zvládání v důsledku prožívané emoční tísně, která se navenek může projevit pouze v míře a vnímání bolesti. Důraz na pečlivé komplexní posouzení bolesti a management nejen nádorové bolesti je v tomto kontextu nezbytným předpokladem k účinným intervencím (2, 7). „Tento „bludný“ kruh musí být přerušen intervencemi zaměřenými jak na úlevu bolesti, tak na psychické potřeby pacientů“ (13). Mezi další obvyklé strategie patřilo **přerámování, odhodlání situaci přijmout a čelit ji** (nepodlehnout sebelítosti, stále hledat cesty), úsilí o **znovuzískání pocitu kontroly nad situací a svým životem, autenticita** (kontakt se sebou, kongruentní projev), **sebeocenení** (umět se ocenit a odměnit, být k sobě laskavý a shovívavý), **sebeakceptace** (přijetí dopadu onemocnění a léčby na fyzický vzhled, vnímání vlastní krásy) a **humor** (odstup, nadhled: „Kdybych se litovala, líp by mi nebylo, snažila jsem se k tomu přistupovat s humorem.“) Pacienti v souboru byli **zapojeni do patientské skupiny**. Lišila se jejich motivace i délka zapojení, shodně však popisovali **aktivitu nebo aspekty činnosti skupiny, které pro sebe hodnotili jako přínosné**: zdroj informací, autentických zkušeností a vzájemného sdílení v prostředí komunity pacientů; zmírnění obav, nejistoty, úzkosti z neznámého na začátku léčby, v jejím průběhu, v období rekonvalescence či při relapsu i při návratu do běžného, aktivního; nové

blízké vztahy, prevence sociální izolace – „druhá rodina“; pozitivní příklad druhých, pozitivní motivace; prostor pro seberealizaci; prostor, kde se cítí jedinec potřebný a kde může předávat dál podporu a pomoc, kterou sám dostal; zlepšení podmínek pro ostatní (nové) pacienty, edukace; podpora v rozhodování ve vztahu k léčbě a onemocnění; iniciace kroků a změn na systémové úrovni, komunikační kanál mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb, institucemi, různými typy služeb aj.; zprostředkování dalších kontaktů. Více pacientů popisovalo zkušenosti, kdy jim ve vztahu k patientské skupině velmi pomohla některá ze sester, nejčastěji šířením materiálů o možnostech psychologické péče nebo nabídce podpory patientské skupiny či zapojením skupiny do edukace např. nových sester („Měli jsme nesmírně vstřícnou sestřičku v nemocnici, kde jsem byla operovaná, a tak ona nám to [pozn. letáček o pac. skupině] tam dala na nástěnku a v podstatě to šířila“).

Zajímavým zjištěním, které z našeho pohledu zasluhuje pozornost v praxi i oblasti dalšího výzkumu, je skutečnost, v jaké míře představuje onkologické onemocnění pro pacienty **zdroj pocitů selhání, výčitek nebo viny** s až markantním dopadem v oblasti fyzického

a psychického zdraví. Tyto pocity nedostatečnosti primárně ve vztahu k sobě samému a plnění očekávaných sociálních rolí mohou být tak dominující, že výrazně negativně ovlivňují nejen sebevědomí a sebedůvěru pacienta, ale i jeho rozhodování a celkové sociální fungování. Zvláště u mladších pacientů převládají výčitky související se změnami, které pro ně onemocnění znamená v kontextu rodičovství (naplňování role rodiče či plánované rodičovství). Pokud navíc dojde k rozpadu vztahu nebo rodiny, pocit selhání může eskalovat k pochybnostem o vlastní hodnotě i smyslu života a vést až k suicidálním myšlenkám („Brala jsem to jako svoje velké selhání, že jsem si nedokázala udržet ani manžela ani zdraví a že vlastně toho kluka ještě připravím o mámu tím, že jsem nemocná“). Volba a uplatňování strategií zvládání je u drtivé většiny pacientů ovlivněna i jejich **snahou chránit druhé** a ohleduplností vůči nim i na svůj úkor. Tento faktor zodpovědnosti vůči druhým (zpravidla vůči zranitelným/nezapatřeným členům rodiny, ale i dalším blízkým osobám) se intenzivně projevuje už v období zjištění diagnózy, resp. závažnosti stavu, kdy pacient čelí rozhodnutí kdy, co přesně a jakým způsobem druhým sdělit. Toto rozhodování může patrně zvláště u mladších pacientů, kteří mají rodiče ve vyšším věku, často zranitelné, závislé na péči druhého (z důvodu vlastního závažného zdravotního stavu, ovdovění aj.). Pacienti řešili osobní dilemata a trpěli výčitkami, že před blízkými tají pravdu, zároveň tím přicházeli o své zdroje podpory. Výzkum ukázal, že klíčovým protektivním faktorem je pro pacienty mít někoho, kdo by v ně věřil a dával jim to najevo či jim pomohl udržet naději, a ve své podpoře pro ně byl především uvěřitelný. Tuto roli zastávají nejen nejbližší osoby nebo například spolupacient, ale nejednou i někdo

ze zdravotnických pracovníků, nejčastěji lékař nebo sestra („Ze začátku to bylo hodně důležité, najít naději, někoho, kdo se vyléčil“).

Závěr

Onkologičtí pacienti zvolili a využívali v období léčby a rekonvalescence pro zvládání zátěže a obtížných životních situací obvykle kombinaci strategií, které jim pomáhají vydržet, zvládat a nést to, co právě prožívají. Někdy i s vidinou velmi nejisté, ohraničené budoucnosti. Některým pacientům, které jsme měli možnost při realizaci tohoto výzkumu poznat, až uvědomění smrtelnosti pomohlo plnit život svobodou a přijetí možnosti negativního scénáře v sobě objevit novou sílu. Hlubší porozumění, jak pacienti zvládají zátěž, za porozumění, jakých strategií a proč právě těch, může sestrami pomoci nejen lépe chápat jejich chování a prožívání, ale také vnímat a saturovat i jejich nevyřčené nebo nerozpoznané potřeby (1, 7, 10). Strategie zvládání – adaptivní nebo maladaptivní – mají u pacientů vliv na průběh onemocnění a léčbu, míru utrpení a kvalitu života (1–2, 7–9, 12, 14). Sestry mají nezastupitelné místo nejen v rozpoznání a adresování emočního distresu, ale také v oblasti podpory v péči o duševní zdraví, podpory patientské sounáležitosti a peer podpory v onkologii (7, 8, 11, 13, 15). Pacienti v našem souboru dokázali zvládnout a vybojovat mnoho navzdory ochromujícím momentům zhroucení a beznaděje, a jak mnozí popisovali, značně k tomu přispěla podpora ze strany sester. Jejich zkušenosti potvrdily, že ošetrovatelská péče je prostorem, který „...může poskytnout náhradní hodnotný vztah, který bychom nazvali hluboce lidský. Pacient cítí, že není opuštěný, že se někdo o něho zajímá, že někomu na něm záleží a chce mu pomoci“ (7).

1. Seznam všech patientských organizací, které jsou v České republice zapsané v souladu s § 113f zákona o zdravotních službách, je uveřejněn na webu MZ ČR na Portálu pro pacienty a patientské organizace (16). K organizacím s oblastí zaměření na onkologická onemocnění a onkologické pacienty a jejich blízké patří například Amelie, z.s., HAIMA CZ, z.s., Klub pacientů mnohočetný myelom, z.s., ONKA, z.s. nebo zastřešující Národní asociace patientských organizací, z.s. Onkologickým pacientům se věnují také další patientské a podpůrné organizace, iniciativy či projekty: zastřešující spolek Hlas onkologických pacientů, Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. včetně jejich projektu Bellis – mladé ženy s rakovinou prsu, Spolek ONKO – Amazonky, Asociace mužů sobě, z.s., Nadační fond Úsměv nejen pro Kryštofa, projekt Nebýt na to sama a další. Úplný seznam všech zastřešujících, celorepublikových i regionálních organizací s podrobnými informacemi lze najít v Katalogu patientských a podpůrných organizací v onkologii (17).

LITERATURA

1. Svoboda M, Halámková J. Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby. Praha: Grada; 2023.
2. Pospíchal M. Psychoonkologie. Praha: Grada Publishing; 2024.
3. Pospíchal M. Možný vliv psychologických faktorů na progresi onkologického onemocnění. Onkologie. 2018;12(4): 194–197.
4. Hedlund S, Miller B, Christ G, et al. Oncology and Palliative Social Work. New York: Oxford University Press; 2024.
5. Christ GH, Messner C, Behar LC. Handbook of oncology social work: psychosocial care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 2015.
6. O'Connor M, Aranda S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing; 2005.
7. Dostálová O. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada Publishing; 2016.

8. Zítková M. Ošetrovatelství v hematoonkologii. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta; 2016.
9. Angenendt G, Schutze-Kreilkamp U, Tschuschke V. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. Praha: Portál; 2010.
10. Sováříová Sošová M. Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing; 2022.
11. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company, Inc; 1984.
12. Adam Z, Klimeš J, Pour L, et al. Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa. Praha: Grada Publishing; 2019.
13. Šáteková L. Vybrané kapitoly z ošetrovatelství v onkologii. Olomouc: Univerzita Palackého; 2019.

14. Meneguín S, Alves IG, Camargo HTF, et al. Comparative Study of the Quality of Life and Coping Strategies in Oncology Patients. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2024;14(2): 339–350.
15. Lyu XC, Jiang HJ, Lee LH, et al. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. BMC Nurs. 2024;23(1):58.
16. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Seznam patientských organizací. [Internet]. [cit. 2024-12-13]. Available from: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=patientske-organizace--seznam-pacientskych-organizaci>.
17. Masarykův onkologický ústav a Hlas onkologických pacientů. Katalog patientských a podpůrných organizací v onkologii; 2022.