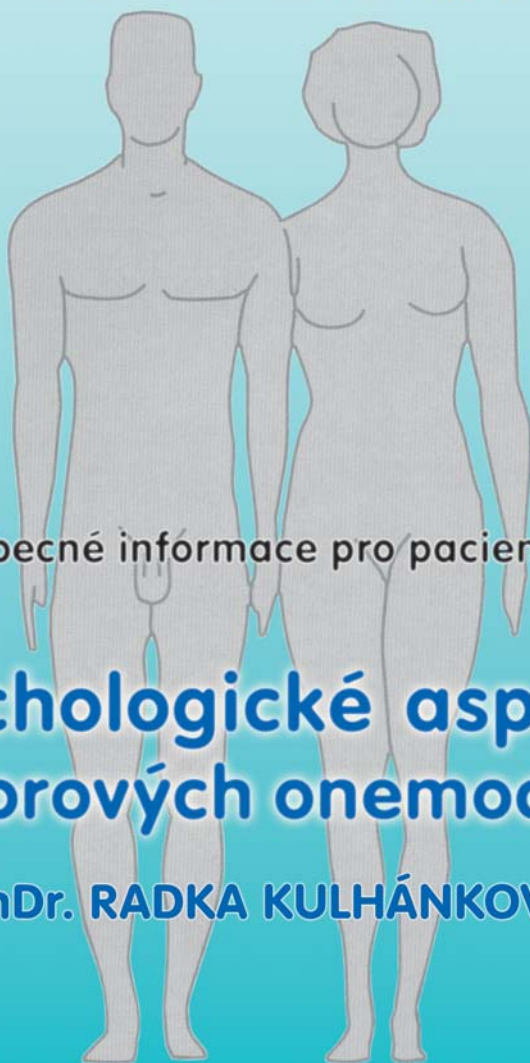




**LIGA PROTI RAKOVINĚ  
PRAHA**



Obecné informace pro pacienty

# **Psychologické aspekty nádorových onemocnění**

**PhDr. RADKA KULHÁNKOVÁ**

Vydala Liga proti rakovině Praha  
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8  
Tel./fax: 224 919 732  
Tel. nádorová linka: 224 920 935  
Číslo účtu: 8888 88 8888/0300  
e-mail: [lpr@lpr.cz](mailto:lpr@lpr.cz) • <http://www.lpr.cz>

**BROŽURA  
JE NEPRODEJNÁ**



## OBSAH

1. Psychosociální důsledky nádorového onemocnění / 4
2. Proces vyrovnávání se s nádorovým onemocněním / 5
3. Mezilidské vztahy a nádorové onemocnění / 10
4. Fáze onemocnění / 11
  - 4.1. Iniciální fáze / 11
  - 4.2. Období léčby / 13
  - 4.3. Konsolidační fáze / 16
  - 4.4. Fáze recidivy nebo progresu onemocnění / 17
  - 4.5. Terminální stádium / 18
5. Odborná pomoc / 18
  - 5.1. Psychoterapie / 18
  - 5.2. Krizová intervence / 19
6. Relaxační techniky a využití řízených představ (imaginací) / 20
7. Svépomocné skupiny / 20

# 1. PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

Nemoc neexistuje odděleně od konkrétního člověka a jeho životní situace. Představuje souhrn nejen tělesných příznaků, jimiž se zabývá medicína, ale také psychických a sociálních aspektů, které její průběh výrazně ovlivňují a mohou vést k omezení kvality života.

Nádorové onemocnění s sebou přináší ohrožení fyzické existence pacienta (jeho pocitu síly, tělesného komfortu, nezávislosti a soběstačnosti), změny ve fyzickém vzhledu (následky po amputacích či chirurgických zákrocích, stomie, i různé kosmetické změny v souvislosti s léčbou – padání vlasů, úbytek na váze), které mnohdy zásadním způsobem mění sebeobraz/sebevědomí daného člověka. Ovlivněna bývá i hormonální aktivita, a tím i sexuální život nemocného.

S onkologickou léčbou jsou také spojena mnohá omezení v životním stylu a denním režimu – omezení či úplné přerušení kouření a konzumace alkoholu, změna stravovacích zvyklostí, nutnost zvýšené péče o osobní hygienu i větší potřeba odpočinku. Tato opatření zvyšují efektivitu léčby a snižují riziko jejich negativních dopadů. Zároveň kladou mnohdy nemalé nároky na spolupráci pacienta – a tedy další zátěž v souvislosti s nemocí.

Mění se i pohled na vlastní život a jeho hodnoty, očekávání do budoucnosti (a dokonce i vnímání budoucnosti jako takové). Nemocní se obávají plánovat, objevují se anticipační úzkosti (úzkost z očekávání), které se v krajním případě projevují i v tělesné rovině (pocení, slabost, nevolnost, nausea).

Nelze opomenout ani možné potíže v mezilidských vztazích, vzniklé (nebo vyhrocené) vznikem nebo rozvojem nemoci. Ty se mohou týkat širokého okruhu lidí – nejbližší rodiny (partnera/partnerky nebo dětí), ale také přátel, nebo kolegů – a stejně tak širokého spektra různých situací (kariéry, práce, vzdělání, náboženství, financí, naplnění osobních cílů, sexuální aktivity, volného času apod.).

Mnozí pacienti nejsou schopni alespoň po určitou dobu během léčby či rekonvalescence pracovat. Zvládání každodenních úkolů a povinností s sebou často nese nutnost pomoci ostatních, a tím i závislosti. Závislost na pomoci (fyzické, materiální i psychické) po určitém čase vytváří i v dříve stabilních a kvalitních vztazích nerovnováhu a napětí. Mění se sociální role nemocného a postavení ve společnosti, což bývá zdrojem další zátěže, s níž je nutné se vyrovnávat (a okolí nemocného si tento fakt málokdy uvědomuje).

Nádorové onemocnění si vzdor všem odborným informačním snahám stále udržuje stigma „rozsudku smrti“. Objevuje se i mýtus „přenosnosti“ rakoviny kontaktem s nemocným. Tyto předsudky společně s panujícím strachem ještě více posilují izolaci nemocného a jeho rodiny, pocit nejistoty, odcizení, vydělenosti a studu. Lidé

z širšího sociálního okolí neví, jak reagovat, jak s nemocným mluvit, a tak z ostychu a rozpaků raději neříkají nic a nemocnému se vyhýbají.

Problémy v kontaktu a soběstačnosti přináší i omezená mobilita nemocných, způsobená celkovou slabostí, únavou, bolestí a neuropatií. K tomu se připojuje i nutnost vyhýbat se v důsledku oslabeného imunitního systému exponovaným místům, což přináší další omezení v aktivním společenském životě. Takto zúžený sociální okruh o to více posiluje závislost na nejužší rodině.

Mezi materiální problémy, které pacienti s nádorovým onemocněním běžně řeší, patří zajišťování dopravy k lékaři, vykonávání běžných denních potřeb (koupání, oblékání), příprava jídla nebo i tak základní věc, jakou je pohyb po bytě.

Nemoc sama o sobě představuje i nemalou finanční zátěž – ať již v důsledku dočasného snížení příjmů nebo dlouhodobějšího (event. i trvalého) omezení pracovní schopnosti. To se dotýká nejen socioekonomického statusu pacienta a jeho rodiny, ale potažmo i jeho sebeúcty a vědomí vlastní hodnoty (zejména u mužů). Nevyřešené a naléhavé materiální a sociální otázky představují další zátěž, která může v době nemoci přerůst pro člověka únosné meze a následně vést k neočekávaným (a zdánlivě nelogickým) reakcím.

## 2. PROCES VYROVNÁVÁNÍ SE S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

Nikdo nedokáže předvídat svoji reakci na fakt závažné nemoci. Závisí na mnoha okolnostech, působících právě v období, kdy nemoc přichází. Je dána také povahovými vlastnostmi člověka – jeho temperamentem, inteligencí, názorem na život, předchozími zkušenostmi, hodnotovou orientací, ale i vzděláním a sociálním zázemím.

Přestože každý nemocný prochází svým neopakovatelným osudem, můžeme přesto nalézt určité společné znaky a fáze vyrovnávání se zátěží, jakou nádorové onemocnění přináší (podle Kübler-Rossové):

První reakce zpravidla odpovídá tomu, jak člověk běžně reaguje na setkání s překážkou nebo náročnou životní situací. V okamžiku stanovení diagnózy jsou **šok**, úzkost, zloba, zoufalství, smutek a strach těmi bezprostředními reakcemi na pocit ohrožení a bezmoci.

Nemocní prožívají stav ohrožení svého fyzického bytí. Jejich adaptační kapacita – schopnost vyrovnávání se zátěží – se zpočátku mobilizuje. V této fázi přicházejí ke slovu obranné reakce – naučené vzorce chování pro náročné situace, které si člověk osvojil v průběhu svého vývoje. Cílem je obnovení určité rovnováhy – přežití organismu i za nepříznivých podmínek.

Onkologičtí pacienti se na začátku onemocnění zpravidla brání tím, že nechtějí vzít nemoc a její důsledky (sníženou výkonnost, bolest apod.) vůbec na vědomí. Žijí a jednají, jako by o své nemoci vůbec nevěděli, a pokud ji připustí, tak zcela bez emocí. Přestože mají dostatek informací a od svého lékaře byli poučeni. Tento postoj je spojený s magickým přesvědčením o tom, že problém přestane existovat, pokud ho za neexistující prohlásí – popřípadě pokud o tom přesvědčí i svoje okolí (rodinu a dokonce i zdravotníky).

Toto **popírání** se často nevztahuje na celou situaci onemocnění a může se vyskytovat v různé intenzitě a stupni. Míra popírání závisí nejen na osobnosti pacienta, na druhu a závažnosti onemocnění, ale (a dokonce mnohem více) na způsobu poučení/informování lékařem a kvalitě blízkých mezilidských vztahů (síle sociální opory, kterou jim jejich blízcí poskytují). Náhlé, necitlivé rozhovory, ostré konfrontující nemocné se závažnými fakty, jen zesilují popírání a prohlubují odmítavý postoj. V klidnější, důvěrné atmosféře bývá nemocný mnohem otevřenější a přístupnější racionálnímu pohledu na reálná rizika.

Stejně jako všechny obranné mechanismy má i popírání svoji adaptivní, pozitivní funkci. Je první ochrannou reakcí na diagnózu nádorového onemocnění. Umožňuje pacientovi alespoň v omezeném rozsahu tolerovat stav nemoci, přijímat nutná omezení a podrobit se léčebným opatřením. Přitom zmírňuje tlak psychického utrpení a pomáhá udržovat kontakt s „normálním životem“.

Popírání nemoci slouží také k udržování těsných sociálních vztahů. Pacient vystupuje jako optimistický, spolupracující, nebojácný, neboť se domnívá, že jeho rodina, přátelé, kolegové, ale i jeho ošetřující lékař od něj takové chování očekávají a oceňují ho. A obává se, že kdyby otevřeně vyjádřil svůj strach a pochybnosti, ale také pocity zlosti nebo studu, druzí se od něj vnitřně odtáhnou, nebo se na něj za takové myšlenky rozzlobí.

Dlouhodobé setrvávání v popírání může ovšem výrazně komplikovat spolupráci při léčbě (odmítáním nebo zpochybňováním nutných léčebných nebo diagnostických opatření).

Po různě dlouhém období šoku a prvotním popíráním přichází ke slovu **hněv a hledání viníka**, který je za tuto nepříznivou situaci odpovědný. Nemocný nepřijímá dobře míněná, realistická vysvětlení, odmítá vliv náhody. Svoji zlost zaměřuje nejčastěji na lékaře (nerozpoznali včas závažnost nemoci, nestanovili správnou diagnózu, neprovedli potřebná vyšetření) nebo rodinné příslušníky (je podrážděný, bezdůvodně zlostný, vyvolává konflikty kvůli banalitám). Někdy upadá do sebeobviňování. Trápí se výčitkami, že si vše zavinil vlastní liknavostí, hloupostí, špatným životním stylem apod.

Stejně jako popírání patří i zlost a obviňování k psychickým obranným mechanismům. Slouží k vnitřní mobilizaci při střetu s překážkou a odreagování psychického napětí a negativních emocí.

Skrze fázi hněvu se pacient s vážnou diagnózou postupně dopracovává ke **smlouvání**. Zoufale hledá různá, někdy až neuvěřitelná zdůvodnění svých závažných příznaků. Snaží se přesvědčit okolí, lékaře, ale především sám sebe, že se o nic vážného nejedná. Snaží se ujistit, uklidnit a opřít se přitom o svůj rozum. Selhávají-li vysvětlení, hledá záchranu v „zázračných prostředcích“ a zaručených metodách, upíná se k léčitelům. Toto vytěsnění není ovšem dlouhodobě udržitelné a tato obrana se po čase nutně zhroutí.

Schopnost vyrovnávání se zátěží poté prudce klesá (i tím, jak se přidružují vedlejší efekty a režimová opatření související s léčbou). Nastává vyčerpání – zdroj energie i působení obranných mechanismů. Nedochozí ke spontánní obnově rezerv a návrat k běžnému, klidovému fungování je obtížný a zdlouhavý. Týká se to i těch, jejichž předchozí schopnost vyrovnávání se s náročnými životními situacemi byla dobrá.

Přirozenou reakcí je **smutek, deprese**. Projeví se celkově pesimistickým, odmítavým laděním a stažením ze sociálního kontaktu. Nemocní očekávají málo podpory ze strany okolí, bývají podezíraví a kritičtí. Obtížněji hodnotí fakta a vnímání reality může být výrazně ovlivněno aktuálními emocemi. V průběhu léčby se až nutkavě zabývají svým zdravotním stavem, mají větší pochybnosti o léčbě a spolu s tím tendenci k rychlým, impulzivním závěrům. Očekávají také mnohem horší prognózu, než jaká odpovídá skutečnosti.

V průběhu prvního roku se tyto iniciální reakce u většiny nemocných výrazně zmírňují nebo zcela odeznívají. Těmto pacientům se úspěšně podaří přizpůsobit se nově vzniklé situaci a jejím nárokům. Dochází ke **smíření**, vyrovnání se s nemocí.

Zvládnutí tohoto náročného úkolu je dlouhodobý proces, který vyžaduje zapojení určitých strategií a ochranných mechanismů.

**Obranné psychické mechanismy** napomáhají k odvrácení nepříjemných, bolestivých pocitů, které s sebou náročná situace přináší. Vytěsňují z vědomí ohrožující pocity (úzkost, vztek, smutek, bezmoc, stud...) nebo vjemy (ohrožení, poškození, obtěžující symptomy...). Mírní strach ze zaplavení intenzivními emocemi a ztráty kontroly nad sebou samým. Chrání pocit vlastní hodnoty a schopnosti jednat. Tím posilují schopnost snášet zátěž a mobilizovat rezervy, nutné k přizpůsobení.

Tato původně ochranná opatření se stávají problémem teprve tehdy, přetrvávají-li neúměrně dlouhou dobu nebo v neobvyklé míře a vyústí v chorobné chování, ohrožující spolupráci při léčbě, a tím i zdraví a život pacienta. Je nutné zdůraznit, že tyto ochranné mechanismy jsou nevědomé a nemocný není s to je vlastní vůlí kontrolovat. Jsou přirozenou, automatickou reakcí psychiky na zátěž. Teprve později, když opadne největší stres, lze zaujmout k faktu nemoci vnitřní postoj aktivněji – více kontrolovaně a vědomě, hledat své strategie zvládnání nemoci.

**Strategie zvládnání** představují soubor cíleného jednání a vnitřního nastavení při střetu s problémem. Vytvářejí se na základě dřívější zkušenosti s podobně náročnými, zátěžovými situacemi.

K hlavním způsobům vyrovnávání se s nádorovým onemocněním patří:

### **Odmítnutí nemoci**

Představuje aktivní boj proti nemoci. Pacient bere svou nemoc racionálně, nevýtěšňuje ji ani nepopírá. Chová se k ní ovšem jako k vetřelci a využívá všech dostupných prostředků, jak se tohoto vetřelce zbavit. Neztrácí přitom odvalu ani sebedůvěru, neopovrhne vlastním tělem, necítí méněcennost. Spoléhá především na svoji vůli a sílu rozhodnutí, je zvyklý se s věcmi aktivně vyrovnat. Hledá způsob, jak si ponechat v maximální možné míře dosavadní životní styl a uhájit své dočasně ohrožené nebo omezené hodnoty a priority. Staví na svých zkušenostech z předchozích životních krizí – ví, že se s problémy vždy dokázal vyrovnat. Stanovuje si dílčí cíle a čerpá motivaci z jejich dosažení nebo překonání. Vnímá je jako malá vítězství, která jej ujišťují, že má svůj život pod kontrolou. Důležitou hodnotou je pro něj soběstačnost – nezávislost na pomoci ostatních a tu se snaží zachovat co možná nejdéle.

### **Přijetí nemoci jako součásti sebe**

Pacient se nebojí, přijímá nemoc a její léčbu jako nutnost, kterou si sice nevybral, ale musí ji snést s trpělivostí a pokorou. Snaží se využít co nejlépe prostoru a času, který se mu nabízí – a zjišťuje, že je možná i větší, než si původně představoval. Všímá si věci, které pro něj dříve byly samozřejmé, běžné, a oceňuje je s větší pozorností a prožitkem, dokáže se z nich radovat. Vnímá mnohem intenzivněji čas, který má k dispozici, více si uvědomuje jeho nesamozřejmost, hodnotu, kterou představuje. Přehodnocuje své postoje, snaží se o hlubší pochopení svého života – i své nemoci. Více se uplatňuje prožitková kvalita – schopnost poodstoupit od obtížné situace a nechat věci jít svojí cestou, nedělat si nárok na to, že stůj co stůj je třeba být aktivní a řídit – mít pod kontrolou, co se stane. Důraz je kladen na hodnotovou orientaci, pokoru a spiritualitu. Nemoc je pojímána jako příležitost k osobní změně a vývoji – nejen jako sčítání ztrát, ale také jako ocenění zisků.

### **Ignorování nemoci**

U tohoto postoje neznamená, že si pacient existenci nemoci nepřipouští nebo ji dokonce popírá. Ví o ní, ale vědomě si zakazuje na ni myslet. Snaží se odvést pozornost k jiným věcem. Roli pacienta pojímá svérázně – hospitalizaci se vyhýbá až do nejkrajnější meze, drží se svých zvyků a denního režimu, zachovává pokud možno vše tak, jak bylo před vznikem nemoci. O svém zdravotním stavu mluví jen minimálně a jen s nejbližším okruhem lidí. Sám informace nevyhledává, patientské hovory a výměny zkušeností jej spíše obtěžují. Vedlejší účinky popírá – svádí je na jiné okolnosti, které s nemocí nesouvisí, dissimuluje nebo je zlehčuje. Své obavy nebo nejistotu tají, do představ o budoucnosti se raději nepouští nebo je spíše skept-



tický. Dotazy na nemoc mu mohou být velmi nepříjemné, a reaguje na ně podrážděně. Bývá individualistický, spíše uzavřený, ale také houževnatý a pragmatický. Není svým založením bojovník – tam, kde se jiní střetnou s nemocí, postaví se proti ní, tam volí spíše pasivní rezistenci. Jako by v průběhu nemoci odstoupil ze svého života a vrátil se do něj, až ohrožení pomine.

## **Přetvoření nemoci**

Bývá vlastní lidem umělecky založeným, citlivým, vnímavým, s bohatou obrazotvorností a vnitřním životem. Pokud před vznikem nemoci provozovali nějakou tvůrčí činnost (nejen na profesionální úrovni, ale také zájmově), snaží se jí věnovat ještě intenzivněji. Pracují s vědomím toho, že svůj čas chtějí využít naplno. Pouštějí se i do velmi odvážných projektů, plánují. Nezáleží ani tak na výsledku nebo hodnocení okolí – důležité je zaujetí, s nímž se ponoří do práce. Čas plyne jiným tempem, zapomenou na okolní svět a s tím i na realitu nemoci.

U části nemocných se však vyrovnání s nádorovým onemocněním tak zcela nezdaří. Zátěž, kterou pro ně představuje, přesahuje jejich schopnost adaptace a dosahuje až traumatizující úrovně. Rozvinou se u nich příznaky, které odpovídají psychické poruše.

Častý je výskyt zejména depresivních stavů, úzkostných poruch a posttraumatických zátěžových poruch. Odhady rozšíření klinické deprese u onkologicky nemocných se pohybují v rozmezí 23 % – 66 % pacientů. Samotná úzkost či úzkost jako projev jiných psychických poruch (poruchy přizpůsobení, anticipační nevolnosti, fobie nebo posttraumatické stresové poruchy) pak postihuje kolem 40 % nemocných. Jiné psychicky podmíněné poruchy (potíže se spánkem, soustředěním nebo potíže v partnerských vztazích) udává až 30 % nemocných.

Bohužel, značná část psychických potíží u onkologicky nemocných (uvádí se více než 50 %) nebývá včas rozpoznána, a tedy ani dostatečně léčena. Tyto psychické potíže pak dále podstatným způsobem negativně ovlivňují kvalitu života a také chování na straně pacienta – spolupráci při léčbě i její celkovou toleranci.

Pokud se psychické potíže, vzniklé v reakci na nádorové onemocnění, nezlepší přibližně do dvou měsíců, je dobré se poradit se svým ošetřujícím lékařem a společně zvážit konzultaci s odborníkem – psychologem nebo psychiatrem. Týká se to zejména stavů úzkosti, depresivních nálad spojených s poruchami spánku, změnami v chuti k jídlu, potížemi se soustředěním a s pamětí, ale také anticipačních strachů (z léčby, jejích následků, budoucího vývoje – omezení společenského uplatnění nebo obavy z relapsu nebo progresu onemocnění) a příznaků posttraumatické zátěžové poruchy.

### 3. MEZILIDSKÉ VZTAHY A NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Nejen pacient sám, ale i jeho rodina je vystavena velkému stresu, který s sebou nádorové onemocnění a jeho léčba přináší. Mění se potřeby i možnosti nemocného, jeho denní režim se odvíjí od nároků léčby. Zvyšuje se jeho závislost na nejbližší rodině a s tím přichází i změna role. To vše s sebou přináší emoční tlak na všechny zúčastněné.

Mnohé negativní pocity (strach, úzkost, ale i hněv a frustraci) projeví nemocný jen v nejužších vztazích, vůči rodině nebo nejbližším přátelům. To bývají také ti, kteří projevují největší účast a podporu, nabízejí pomoc. Proto mnohdy vnímají takové chování jako nevděčné nebo nespravedlivé. Odveta nebo falešně uklidňování se mívá účinkem – tyto pocity nepatří přímo jim. Je lépe nereagovat v danou chvíli a s odstupem času nabídnout možnost (nikoli povinnost) mluvit o tom, co nemocného trápí nebo zlobí.

Některé úzkosti bývají naopak promítány do rodinných příslušníků. Pacienti se chovají velmi ustaraně s ohledem na to, zda rodinní příslušníci jejich onemocnění emocionálně zvládají, zda pro ně není nesnesitelnou zátěží. Mluví o tom, že nikoli on sám, ale jeho partner se obává o jeho zdraví, případně není schopen se s nemocí vyrovnat.

Podobně bývá předmětem projekce i hněv nebo zloba. Pacient svůj hněv nevnímá, ale stěžuje si na nepříznivé okolnosti. Neutrální jednání blízkých nebo zdravotníků pak vnímá jako nepřátelské či agresivní. Může docházet i k prudkým a neočekávaným výbuchům hněvu nebo zloby, protože pacient se cítí napadený a brání se.

Obranným mechanismem je také zesílená ochranná závislost na pečujících osobách. Nemocní ji vnímají spíše pozitivně a představuje velmi významný moment v léčbě. Zároveň je nezbytná určitá vnímavost a respekt k potřebám autonomie nemocného – ochrana jeho samostatnosti, vlastní zodpovědnosti a rozhodování. V opačném případě hrozí nemocnému naprostá pasivita, bezmocnost, s níž se přimkne k druhému člověku nebo i k více lidem a zahrnuje je nároky a nářky. Svoji bezradností, potřebou péče vtáhne toho, kdo se o něj stará, do role, z níž nelze vystoupit – odmítnout a nevyhovět. Pečující člen rodiny mívá často tendenci dlouhodobě přepínat svoje síly, nevnímat vlastní únavu, stres a své přirozené potřeby. Postupně omezuje své aktivity a soustředí svoji pozornost výhradně na nemocného. Nakonec přebírá odpovědnost za všechny jeho záležitosti a nemocný v důsledku toho padá do ještě větší závislosti. Situace se tak stane pro obě strany dlouhodobě neúnosnou.

Je tedy zřejmé, že podporu potřebují všichni členové rodiny. A péče o otevřenou komunikaci je jedním z hlavních úkolů. Týká se to nejen dospělých, ale také dětí. Rodina má v této náročné situaci pochopitelnou tendenci děti uchránit od zátěže, kterou nemoc představuje. Zejména pak od strachu a nejistoty v budoucnosti, nebo

konfrontace s obrazem bezmoci a umírání. Někdy v této dobře míněné snaze způsobí, že se děti dostanou do izolace. O problému se nemluví v představě, že tak přestane existovat. Ten ovšem existuje dál, jen v atmosféře napjatého mlčení, vyhýbání nebo milosrdné lži, které děti ohrožují víc, než šetrně a věku přiměřeně sdělená skutečnost.

## 4. FÁZE ONEMOCNĚNÍ

Pacient reaguje na svoji nemoc i v závislosti na stupni jejího vývoje. Proces nádorového onemocnění můžeme rozdělit do pěti fází: iniciální fáze, fáze léčebná, konsolidační, fáze progresu a terminální stádium. Každá fáze nádorového onemocnění s sebou přináší specifické obtíže a nároky na jejich zvládnání.

### 4.1 Iniciální fáze

Probíhá od prvotních obtíží, přes mnohá vyšetření až po sdělení diagnózy a plánování onkologické léčby.

První reakcí na sdělení závažné diagnózy bývá zpravidla šok. Pocity jsou příliš intenzivní, ochromující, konfrontující člověka s ohrožením a ztrátou. Pokud pacient tyto pocity prožívá (nepotlačuje je, ani nepopírá), může po nějakém čase dospět k nalezení nové rovnováhy. Tento proces truchlení (smiřování se ztrátou) probíhá nejen na počátku léčby, ale opětovně u každé bolestivé události, která onemocnění provází (diagnóza, recidiva, omezení tělesných funkcí, komplikace v léčbě apod.). Na počátku onemocnění je zdrojem lítosti ztráta zdraví. V pozdějších stádiích stojí v popředí omezení funkčnosti, bolesti apod. Mění se přitom také měřítka, podle nichž pacient posuzuje svůj stav – zda se mu daří dobře nebo se jeho stav zhoršuje. Nezdařené procesy truchlení vedou krom jiného k sociálnímu stažení, depresi a zahŕklosti nebo rezignaci.

*Je možné, že v okamžiku šoku zůstanete na chvíli strnulí, bez reakce nebo s pocitem neskutečnosti, nereálnosti celé situace. Je to pochopitelná, přirozená reakce, evolučně daný, fyziologický mechanismus, jakým organismus reaguje na stav ohrožení. Pokud se necítíte dobře, požádejte lékaře, aby vás nechal chvíli v klidu – vydechnout, zpracovat informaci, protože v daném okamžiku nejste schopni soudně uvažovat, ani vnímat. Potřebujete nějaký čas, abyste to strávili. Bývá výhodné, pokud vás někdo doprovází. Nejen, že v té chvíli poskytne emoční podporu, ale bude to i on, kdo uslyší od lékaře všechny informace, a může vám je v případě potřeby zopakovat.*

*Pokud jste schopni komunikovat dále s lékařem a vyslechnout jeho další doporučení, uvědomte si, že přes protichůdné pocity je důležité, abyste přijali fakt nutnosti navrhované léčby. Vyptejte se přitom podrobně na všechno, co vás čeká. Může se i stát, že máte pochybnosti o diagnóze (což platí zejména u nezvratných chirurgic-*

kých zákroků). Máte na to právo – není to projev nedůvěry, ale třeba jen strach z omylu. V takovém případě je možné si nechat diagnózu potvrdit u jiného odborníka.

Před dokončením série vyšetření je možné přijmout nabízenou pracovní neschopnost – dopřát si alespoň částečně klid a vyhnout se zbytečnému vysvětlování a zasvěcování kolegů do svých obav. Není jasné, jak se situace bude dál vyvíjet a většina myšlenek je v tuto chvíli založená více na obavách a nejistotě než na reálném základě. Je důležité nepropadnout zmatku, nepouštět se do unáhlených rozhodnutí a velkých změn. Je lépe vyčkat.

Pokud je ve vašem okolí někdo, komu důvěřujete a s kým můžete o svých obavách otevřeně mluvit, využijte toho. V okruhu rodiny velmi záleží na aktuální situaci – důvěře a blízkosti ve vztazích. Někdy je dobré počkat s rozhovorem o zdravotních potížích až do okamžiku definitivního potvrzení diagnózy.

V této fázi je také jedním z nejdůležitějších úkolů **komunikace a spolupráce se zdravotníky** – vyslechnout informace o nemoci a možnostech její léčby, rozhodnout se pro určité terapeutické metody a získat představu o tom, jak bude možné včlenit lékařská opatření do každodenního života a co to bude znamenat pro ostatní členy rodiny.

Je přitom nezpochybnitelné, že pacient má právo být přiměřeným způsobem poučen o povaze svého onemocnění. Zejména proto, aby se mohl stát aktivním spolupracovníkem v poskytované léčebné a preventivní péči. Rozsah této informace přitom závisí na mnoha okolnostech – i úvaze lékaře s ohledem na zájem pacienta a jeho zdravotní stav.

Pacient ovšem získává informace jednak přímo od svého lékaře, ale také z jiných zdrojů. Něco o své nemoci četl nebo slyšel, jiné údaje načerpá od příbuzných, známých nebo spolupacientů v nemocnici. Bývá těžké se v tom zmatku často protichůdných rad, doporučení a zkušeností nějak zorientovat. Za tím účelem je možné:

- požádat znovu lékaře o doplnění informací, jimž nerozuměl, které pozapomněl nebo mu chybí; neúplné, nedostatečné nebo nesrozumitelně podané informace jen prohlubují strach a pochybnosti – kde nemáme k dispozici dostatek reálných fakt, nastupuje fantazie, která je dokreslí;
- případné otázky zaznamenat na list papíru a přijít za lékařem připraveni – dá vám to jistotu, že na nic důležitého nezapomenete; podobně je možné přijít s někým blízkým a vyptat se na důležité věci společně s ním, event. shrnout to nejdůležitější do několika bodů/vodítek pro další rozhodování a plánování;
- vyslechnout nějakou přednášku nebo vyhledat speciálně zaměřené články (z ověřených, odborně fundovaných zdrojů);
- kriticky, s odstupem uvažovat o názorech a radách laiků – nenechat se jimi přímo ovlivňovat, mohou být zjednodušené, zkreslené nebo představují individuální zku-

- šenost konkrétního nemocného, kterou lze jen stěží zevšeobecňovat; průběh nemoci i léčby je individuální – nelze na sebe vztahovat osud každého pacienta;*
- *racionálně posoudit, kdy už je informací dostatek a další pátrání po nových a nových je spíše zneklidňující a zahlcující;*
  - *mluvit o zjištěných informacích s někým, komu důvěřujete – ale vždy jen v tom rozsahu, jak je pro vás únosné, nepřemáhat se – je vaším právem zvolit, komu a v jaké šíři chcete údaje o svém zdravotním stavu sdělovat. Pro okolí nemocného platí, že není dobré vnucovat nevyžádané rady a rozhovory o nemoci – nabídnout rozhovor, ale respektovat, pokud jej nemocný odmítne (a nemusí to být přitom odmítnutí definitivní).*

## 4.2 Období léčby

U většiny pacientů se v tomto období objevuje strach nebo tíseň, napětí, v různé míře je přítomna i nejistota z budoucnosti – úzkost z očekávání, co se stane. Uvědomují si ohrožení některých významných hodnot – možnou ztrátu disponování s časem, nežádoucí pracovní neschopnost a možný dopad na finanční situaci, možnost vyřazení ze světa zdravých lidí.

Krátce po sdělení diagnózy je lépe se příliš nepouštět do úvah o budoucnosti. V této fázi je nemocný i tak zahlcen všemi novými informacemi, změnami, nejistotou a strachem. Ještě zpracovává realitu nemoci, přijímá informace a postupně si zvyká na určitá omezení i fakt, že se jedná o závažné, často chronické onemocnění. To klade vysoké nároky a představuje to samo o sobě velkou psychickou zátěž.

Jakmile se pacient dozví, že se musí léčit a co tato léčba pro něj obnáší, zaujme k této skutečnosti určitý postoj. Zpočátku nemusí být tento postoj vůbec jednoznačný a vyhraněný. Akceptace, přijetí léčby je proces nejen vnější – kdy pacient podepisuje souhlas s léčbou a nastoupí na ni, ale stejně tak i proces vnitřní.

Stejně jako v předchozí fázi se i zde setkáváme s obranami proti úzkosti. Nemocní mají pocit, že jsou obklopeni výhradně samými nepříznivými okolnostmi, a upadají do zoufalství, bezmoci nebo deprese, které ubírají síly i motivaci (vytrvalost) nutné k léčbě. Mnohdy bývají těmito pocity natolik zaplaveni, že zvažují i předčasné ukončení léčby – fyzicky i psychicky vyčerpání dlouhodobou fyzickou a psychickou zátěží.

**Způsob reakce na plánovanou léčbu závisí na:**

- Osobnosti pacienta (jeho temperamentu, inteligenci, hodnotové orientaci, životním stylu, potřebách, zájmech a způsobech vyrovnávání se s překážkami).
- Na rozsahu informací o jeho vlastním onemocnění – i jeho diagnóze obecně.
- Na způsobu, jakým mu byla tato informace sdělena – na důvěře a otevřenosti v komunikaci s ošetřujícím lékařem.

- Na pacientově rodinném zázemí a jeho celkové životní situaci a plánech do budoucna.

Setkáváme se s různými typy reakce:

**Odmítnutí léčby ze vzdoru**, zlosti nebo z pomyslné snahy trestat své okolí.

Pacient léčbu odmítá, aniž by racionálně zvážil celou situaci. Svě diagnóze buď vůbec nevěří, nebo jí dostatečně nerozumí. Popřípadě má klamný pocit, že léčba nemá cenu. Je také možné, že chce být přemlouván a ujišťován svým okolím, že na něm záleží. V komplikované situaci, kdy se cítí bezmocný a bezradný, hledá zkratkovité, únikové řešení (což negace nabízí). Nebo potřebuje sám sobě (event. i druhým) dokázat, že ještě stále může o něčem rozhodovat – a udržet si tak pocit kontroly nad vlastním životem.

**Přijetí léčby s projevy nespokojenosti**

Pacient se sice léčbě podrobí – ale vnitřně zůstává v opozici, v nedůvěřivém postoji vůči léčbě a lékařům. Může stále hledat důkazy, že léčba je neúčinná, škodlivá nebo špatně prováděná. A v důsledku toho zveličovat vedlejší účinky, ironizovat lékaře, sledovat každý nepatrný nedostatek.

Jistě může nastat i situace, kdy je nedůvěra oprávněná. V krajním případě je pak i lépe zvážít změnu zdravotnického zařízení nebo ošetřujícího lékaře, neboť důvěra hraje v léčbě zásadní roli.

**Lhostejný, netečný přístup k léčbě**, za nímž může být úplná rezignace, ztráta chuti k životu a depresivní nálada, ale i potlačovaná nespokojenost a zlost (které se později projeví v neočekávaném výbuchu hněvu, výčitek nebo v oficiální stížnosti).

Podezírání a nedůvěra mohou být spojené i se závistí nebo dokonce nenávistí vůči zdravým lidem (za to, že jsou zdraví, nemusí podstoupit všechna omezení a útrapy jako dotyčný nemocný), která je do jisté míry pochopitelná a přechodně a v mírné formě se objeví u mnohých nemocných.

**Vymýšlení a rady**

Ve snaze podílet se na léčbě co neaktivněji, vymýšlí pacient různé alternativní a doplňkové přístupy, které předkládá k úvaze lékařů. Pokud je odmítnut – respektive lékař nereaguje na jeho snahu s dostatečným pochopením a otevřeností, cítí se ukřivděný. V hledání ovšem nepřestává. Důležité nejsou ani tak konkrétní postupy léčby, jako spíše aktivita zaměřená na hledání – potřeba být při léčbě platný, angažovaný. Takový přístup je obranou proti bezmoci a pasivitě – snahou o respekt, partnerskou, rovnocennou roli ve vztahu k lékaři.

## **Občasné odreagování agrese**

Při dlouhé a opakované léčbě, která klade značné nároky na trpělivost a vytrvalost pacienta, je pochopitelné, že tu a tam reaguje výbuchem pláče, výčitkami nebo vztekem – kdy obviňuje zdravotníky nebo nemilosrdný osud. Pokud to jeho okolí přijme s pochopením a účastí, je následně schopen své jednání vnímat jako přehnané – a toto chování pak také postupně odezní. Odveta nebo moralizování však tento způsob reakce spíše zhoršují, zvláště má-li nemocný pocit, že není respektována jeho důstojnost.

## **Hluboká angažovanost v léčbě** – pečlivý, svědomitý přístup.

Bývá vlastní některým úzkostnějším, perfekcionistickým lidem, kteří se i v běžném životě snaží dělat všechno správně, s plnou vážností a do detailu. Takový pacient má důvěru v každý zásah lékaře, celý léčebný proces. Žije v okamžiku tady a teď. Vše poctivě sleduje, snaží se neudělat chybu, zavděčit se lékaři a ošetřujícímu personálu (což se mu ovšem ne vždy daří). Někdy zachází až do extrému a o všech svých aktivitách, pocitech a zdravotním stavu obecně si vede podrobné záznamy, které následně touží diskutovat se svým lékařem (což může být zatěžující a neúměrně náročné na čas). Odmítnutí nebo nedostatek pozornosti vnímá velmi citlivě – a může být pro něj velmi demotivující ve vztahu k léčbě samotné.

## **Přetrpění léčby**

Pacient se zaměří na budoucnost; aktuální léčbu vnímá jako nutné zlo, které musí vydržet a pokud možno ho nevnímat. Na svoji nemoc má přitom dobrý náhled, s léčbou je srozuměný. Citově je uzavřený, někdy i odtažitý v komunikaci nebo kontaktu s druhými lidmi. Někdy jde odtažení od skutečnosti tak daleko, že pacient přestane vnímat svoje potřeby, necítí hlad nebo žízeň. Většinou jde o dočasný stav, který pomine s ukončením léčby.

**Soběstačný pacient**, který se snaží maximum svých záležitostí řešit bez pomoci a zainteresování druhých. Je-li to možné, preferuje ambulantní léčbu. Snaží se chránit svoje okolí před nepříznivými okolnostmi a komplikacemi v souvislosti se svou nemocí.

Jednotlivé reakce se přitom mohou v průběhu léčby střídat, přecházet jedna v druhou. Nelze je přitom brát jako manipulaci ze strany nemocného, schválnost nebo nezvládnutí léčby, spíše jako obrannou reakci, projev rozjitřených emocí v obtížné situaci.

*Před nástupem léčby je výhodné zařídit své domácí záležitosti natolik, aby později, v průběhu léčby a rekonvalescence, nepřinášely stres. Posílení soudržnosti rodiny, rozdělení úkolů a rolí umožní integrování nároků léčby do každodenního života.*

*Proces léčby je dobré brát jako nutnou práci – na sobě a svém zdraví. A jako u každé činnosti platí, že člověk má vědět, proč ji dělá a jaké výsledky od ní očekává. Pak je lépe motivován a nezatěžuje se v jejím průběhu pochybnostmi, zda a proč ji vykonává.*

*Seznam nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie má za cíl připravit pacienta na to, co ho může (ale nemusí!) potkat a ujistit jej, že zdravotnický tým neponechává nic náhodě a je na tuto situaci připraven.*

*Mnohé z nepříjemných nežádoucích účinků (nevolnost, zvracení, bolesti apod.) lze přitom účinně řešit podáním léků.*

*Učit se zacházet se svým tělem jemně, citlivě, vnímat jeho signály, pochopit a respektovat meze dané nemocí.*

*Naučit se snášet svůj strach namísto marné a křečovitě obrany proti němu – nebát se svého strachu, připustit si ho, mluvit o něm – a on postupně (jako každá emoce) odezní.*

*Neztrácet sebeúctu, neodmítat sebe sama, naučit se dívat na své tělo bez pocitu studu, hanby nebo nechuti.*

*Otevřeně mluvit o své nemoci, nestydět se za ni – snažit se pochopit smysl, jaký nemoc v životě má.*

### **4.3 Konsolidační fáze**

Po ukončení primární terapie zahrnuje opětovné získání psychosociální rovnováhy.

Jakmile začne pacient pozorovat postupné zlepšování svého stavu (mnohdy až po určité době od ukončení léčby), cítí ulehčení a vděk. Učí se znovu důvěřovat sobě a svému tělu, zbavit se pocitu přímého ohrožení.

Je také čas oslavit konec léčby, dopřát si rekonvalescenci (čas k načerpání nových sil) a začít plánovat svůj další život. Zpočátku jen v nejbližší budoucnosti, postupně s delší časovou perspektivou. Pro toto období je důležité, aby pacient věděl o svém onemocnění všechny důležité informace a v souladu s nimi upravil svůj životní styl.

Je možné, že se objeví i pochopitelná úzkost. Pacient je v očekávání, zda byla léčba účinná. Najednou je této nejistotě vystaven sám – skončilo období, kdy byl v intenzivním kontaktu se zdravotnickým zařízením. To, co jej předtím omezovalo a obtěžovalo, mu zároveň poskytovalo i určitou „ochranu“ před nemocí, a také určovalo denní režim – vyplňovalo čas, se kterým je nyní třeba hospodařit jinak.

Kontroly na onkologii mohou být připomínkou jednak nemoci jako takové, ale také všech strádání, které s ní má pacient spojené. Reakce pak mohou připomínat posttraumatický stres, kdy nemocní znovu a znovu prožívají úzkost a intenzivní



strach při každém kontaktu se zdravotnickým zařízením (přestože výsledky jsou povzbuzivé a nemoc je na ústupu nebo zcela vyléčena).

Někdy se můžeme setkat s nutkavým zabýváním se vlastním zdravím – každé odchylce, nepravidelnosti v tělesném fungování je připisována zvláštní důležitost a je prožívána s nadměrnou úzkostí. Uplatňuje se zde přehnaná snaha o kontrolu i obavy z opuštěnosti. Nejbližší okolí již nemocnému nevěnuje tolik pozornosti a péče, což představuje další změnu, na niž je třeba si zvykat.

Postupem času se zvolna vzdaluje i hrozba recidivy, nastává období návratu do běžného života. Požadavek, aby „to bylo stejné jako před nemocí“, ovšem nebývá reálný. Minimálně proto, že zkušenost z období nemoci není možné ze života vymazat. Mohla přinést nejen omezení, strach a ztráty, ale také přehodnocení postoje k životu.

*Je dobré zamyslet se nad svým systémem priorit – jak často se musím přemáhat a nutit do věcí, které mi nepřinášejí ani radost, ani užitek? Nebo naopak – i když mě některé věci zatěžují, přesto je dělám rád a vidím v nich smysl a uspokojení?*

*Těžiště zde leží především v úpravě životního stylu, ochraně před dlouhodobým působením negativních vlivů, pěstování odolnosti vůči stresu a péči o pozitivní atmosféru v blízkých mezilidských vztazích (nesetrvávat v neřešených, konfliktních situacích). Respektovat svoje tělo a pocity s ním spojené. Nepřemáhat únavu – myslet na to, že oslabení organismu (dané dlouhodobým vyčerpáním rezerv) se nejčastěji projeví až po zvýšené zátěži (infekci, náročné situaci...). A v té době již bývá pozdě na rychlé řešení.*

#### 4.4 Fáze recidivy nebo progresu onemocnění

První recidiva bývá označována jako nejvíce stresující okamžik v celém průběhu nádorového onemocnění. Všechny naděje a energie vložené do léčby rázem vyjadají jako zmarněné, zbytečné. Psychické rozpoložení se pohybuje mezi zlobou, vzpíráním se a rezignací. Znovu se objevuje úzkost a strach z budoucnosti. Tentokrát ještě zesílený o zklamání a ztrátu důvěry v možnost vyléčení nebo alespoň „dobrého výsledku“. V představách se znovu vrací průběh léčby – všechna strádání a dyskomfort s ní spojené. Chybí i energie – fyzické i psychické rezervy byly vyčerpány v průběhu léčby a mnohdy ještě nedošlo k jejich úplné obnově. Zátěž je tak prožívána s mnohem větší naléhavostí, fatálností.

Zklamání prožívá nejen pacient, ale i jeho blízcí, kteří s ním léčbou procházeli a podporovali jeho víru v uzdravení. Podobně zaskočen bývá i lékař – nastává nové hledání účinné léčby.

*Vidíte před sebou všechny komplikace, které vás potkaly a které vás mohou ještě v budoucnu potkat? Říkáte si, že to snažení, utrpení a nepohodlí ani nestojí za to? Někdy je příčinou ztráty vůle k životu a motivace k léčbě trvalá a zničující únava,*

*kteřou není možné vlastní vůlí překonat. Zde nepomůže sebezpřemáhání – to vede jen k dalšímu vyčerpávání a ztrátě sebedůvěry (sebeobviňování nebo hněvu). Je lépe vyhledat odbornou pomoc – poradit se s ošetřujícím lékařem, obrátit se na psychologa, psychoterapeuta a společně s nimi celou situaci řešit.*

## 4.5 Terminální stádium

V popředí bývá úzkost a strach, pacient vnímá ohrožení tělesného fungování a integrity, omezení soběstačnosti a výkonu. Narůstá potřeba péče a závislosti na okolí v běžných denních činnostech. Strach o život se přitom projevuje pouze u části nemocných, většina se necítí být smrtí přímo ohrožena. Přesto je toto období spojené zejména s loučením a truchlením. Možnosti léčby nádorového onemocnění již byly vyčerpány, vůle a motivace dříve zmobilizované k léčbě již nejsou zapotřebí. Zdravotní péče je zaměřena na zmírňování obtíží v každodenním životě, které sice nepředstavují přímé akutní ohrožení, ale působí dlouhodobou zátěž. Zvláštní důležitost má otázka tlumení bolesti.

Cílem tohoto úsilí je prožít svůj život co nejkvalitněji – navzdory onemocnění a omezením, jež jsou s ním spojená. Ke kvalitě života patří pocit tělesné a duševní pohody, dostatek času na své záležitosti, dobré bydlení a blízké vztahy s druhými lidmi. Délka života souvisí s jeho kvalitou jen minimálně.

*Zůstává potřeba pravdivých informací. Jsou-li podané vhodnou formou a mnohdy i opakovaně (vlivem stresu jsou některé informace „přeslechnuty“ – vytěsňeny nebo popřeny), posilují aktivní zapojení nemocného do procesu rozhodování o vlastní budoucnosti. Podporují odpovědnost a pocit vlastní hodnoty a důstojnosti.*

*Neméně důležitá je otevřenost v komunikaci s rodinou a přáteli. Překonat strach z intimity, neztratit kontakt se svými blízkými. Netabuizovat závažná témata v často marné snaze ochránit nemocného před strachem a úzkostí.*

## 5. ODBORNÁ POMOC

### 5.1 Psychoterapie

Jak už bylo řečeno, onkologické onemocnění znamená pro pacienta a jeho blízké velkou psychickou zátěž. Nabídnout psychoterapeutickou podporu je tedy zcela na místě a psychologická pomoc se stává nedílnou součástí komplexní péče o onkologicky nemocné. Taková pomoc má vliv nejen na kvalitu života, ale také na průběh léčby a další vývoj onemocnění.

Role psychologů a lékařů se vzájemně nekříží, ale naopak doplňují. Ošetřující lékař sděluje informace a pomáhá pacientovi s náhledem na jeho nemoc. Jako od-

borník zodpovědný za léčbu je tím nejpovolanějším a vztah s ošetřujícím lékařem vždy zůstává tím prioritním.

Psycholog nebo psychoterapeut může pacientovi nabídnout možnost bezpečně zkoumat svoji osobní situaci, otevřeně ventilovat pocity spojené s léčbou a uvědomovat si, jak nemoc změnila jeho život, a především hledat způsob, jakým je možné se se závažnou nemocí vyrovnat. Psychoterapie onkologických pacientů bývá obvykle zaměřena na konkrétní příznaky a problémy, s nimiž se potýkají. Cílem psychoterapeutické intervence bývá (Fawzy et al., 1995):

- zmírnění pocitů osamělosti (možno nabídnout svépomocné skupiny),
- redukce strachu z léčby,
- snížení pocitů zoufalství a deprese,
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací,
- zmírnění pocitů izolace, bezmoci a beznaděje,
- lepší spolupráce s lékařským týmem,
- obecné zlepšení kvality života.

Rozsah i délka se řídí pacientovými potřebami a také jeho zdravotním stavem – může být krátkodobá (v rozsahu několika setkání v průběhu týdnů), zaměřená k překlenutí obtížného období v určité fázi nemoci nebo dlouhodobá (v trvání několika měsíců až let), nabízející systematické, komplexní řešení osobní situace pacienta. Respektuje intimitu, důvěrnost pacientova sdělení, nehodnotí jej, ani neodsuzuje. Využívá nejen rozhovorů, ale rovněž relaxačních technik a imaginací (řízeních představ v uvolněném stavu) ke zmírnění úzkosti. Může být také doplněna antidepressivní nebo anxiolytickou farmakoterapií, navrženou ve spolupráci s psychiatrem.

Je vhodné přizvat k setkáním s psychologem nebo psychoterapeutem i rodinné příslušníky pacientů.

## 5.2 Krizová intervence

Umožňuje zasáhnout dříve, než se rozvinou závažnější reakce a maladaptivní struktury chování a prožívání. Nabízí orientaci v problému, základní informace (v přesné, ale zároveň adekvátní formě a míře), mobilizaci dostupných zdrojů podpory a sebepodpory pacienta (s odkazem na dříve již zvládnuté krizové momenty v životě). Časově bývá omezená na 2–3 týdny. Úspěšné zdoání krize (např. po sdělení diagnózy) výrazně ovlivňuje úroveň další spolupráce při léčbě a celkovou kvalitu života nemocného.

## 6. RELAXAČNÍ TECHNIKY A VYUŽITÍ ŘÍZENÝCH PŘEDSTAV (IMAGINACÍ)

Vědomí závažné nemoci i zatěžující léčba téměř nutně vyžadují odreagování, kompenzaci množství nepříjemných pocitů a stísnujících okolností. Přestože zpravidla neumíme negativní, nepříjemné myšlenky a pocity přímo zastavit, používáme různé postupy, jak je (alespoň na určitou dobu) odklonit a obnovit vnitřní klid.

Relaxační techniky pracují s nácvikem cíleného uvolňování svalového napětí. Pravidelným cvičením rozvíjejí schopnost vnitřního zklidnění a zaměření pozornosti žádoucím směrem – odvést mysl od nepříjemných pocitů a myšlenek. Umožní setrvat u jedné myšlenky nebo představy, aby netěkala náhodně od jedné věci ke druhé.

Některé metody připojují k uvolněnému, relaxovanému stavu i vyvolání představ nebo vzpomínek, evokujících příjemné pocity. Pomáhá v tom obrazotvornost, která probíhá u každého člověka spontánně, ale je možné ji využít k uzdravujícímu působení, pokud ji řídíme správným směrem.

K nejznámějším relaxačním metodám patří Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonova progresivní relaxace.

## 7. SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

Jsou to skupiny lidí, kteří mají stejnou zkušenost, v tomto případě onkologickou diagnózu. Společně se scházejí, mluví o svých prožitcích, sdělující si informace i rady – osvědčené postupy a navzájem se podporují.

Důraz je kladen na otevřenost, sdílení zkušeností a především na dobrou informovanost o vlastní nemoci. Cílem je pak posílení vlastní odpovědnosti, kterou člověk má v péči o sebe a své zdraví a možnost volby – rozhodnutí, které o sobě a svém životě může učinit, a aktivního přístupu k náročné situaci.

# PROGRAMOVÉ CÍLE, PROJEKTY A AKTIVITY LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha (LPR Praha) zahájila svou činnost v roce 1990 v Československé lize.

Od roku 1991 je samostatným právním subjektem.

Jako občanské sdružení je dobrovolnou nevládní a neziskovou organizací.

**Dominantní snahou je výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života a vyloučení rizik podílejících se na vzniku rakoviny**

## Tři hlavní dlouhodobé programy

1. Nádorová prevence
2. Zlepšení kvality života onkologicky nemocných
3. Podpora vybraných výzkumných, výukových a investičních projektů v onkologii

## Hlavní aktivity

### Výchova k nekuřáctví – průběžně

Výchovný program k nekuřáctví a ke zdravému životnímu stylu pro děti v mateřských školách (Já kouřit nebudu a vím proč) a v základních školách (Normální je nekouřit).

**Světový den proti rakovině** – každoroční seminář ke Světovému dni proti rakovině (4. únor) společný pro zdravotníky a laiky.

**Český den proti rakovině** – celostátní široce všemi médii propagovaná a veřejností podporovaná sbírka pro financování programů LPR Praha, kdy každý, kdo si zakoupí žlutý květ, dostane současně leták s informacemi o možné prevenci rakoviny.

Každoročně na podzim pořádá Liga **putovní výstavu** o nádorové prevenci pod heslem „Každý svého zdraví strůjcem“.

**Nádorová telefonní linka** – v pracovní dny odpovídají zkušení specialisté na jakékoliv dotazy preventivního, ale i odborného charakteru. V nepřítomnosti lékaře je zapnut záznamník (tel. číslo 224 920 935). Dotazy je možné zasílat i na e-mailovou adresu **birkova@lpr.cz**.

Liga se každoročně účastní veletrhu zdravotní techniky a léčiv **Pragomedi-ca**, kde nabízí zdarma 46 titulů poradenských brožur.

## **Liga usiluje o snížení úmrtnosti na zhoubné nádory a o zlepšení kvality života onkologických pacientů.**

### **Dalšími aktivitami jsou**

- Poradenství lékařů specialistů na nádorové telefonní lince (telefonní číslo 224 920 935)
- Poradenství při osobních návštěvách klientů
- Vydávání poradenských brožur
- Rekondiční pobyty pro nemocné po ukončení léčby ve speciálních zdravotnických zařízeních
- Koncerty pro členy LPR, její podporovatele a hosty
- Finanční podpora členským patientským organizacím
- Finanční podpora hospicové péče

### **LIGA podporuje výzkum a výchovu onkologických odborníků a vybavení pracovišť**

- a) Finanční příspěvky na vybrané výzkumné a výukové projekty.
- b) Udělování Vědecké ceny Ligy proti rakovině Praha spojené s prémie 50 000 Kč.
- c) Finanční podpora při vydávání výukových publikací.
- d) Finanční podpora investičních celků v komplexních onkologických centrech.
- e) Udělování Novinářské ceny za propagaci nádorové prevence.
- f) Udělování Ceny pro nejúspěšnější členskou organizaci LPR Praha během květnové sbírky.

### **Organizační struktura**

- Členství v LPR Praha je dobrovolné.
- Členy se mohou stát jednotlivci i organizace.
- Členský příspěvek pro důchodce a studenty činí 100 Kč a pro ostatní 200 Kč ročně.
- Činnost LPR Praha je řízena voleným výborem. Funkční období členů výboru a revizní komise je dvouleté. V čele je volený předseda.
- Pro informovanost členů Ligy je 4x ročně vydáván Zpravodaj.

### **Spolupráce s domácími a zahraničními organizacemi**

Kromě LPR Praha existují v ČR zájmové onkologické organizace převážně s regionální působností. Kolektivní členské organizace LPR Praha se každoročně scházejí na společném sněmu, který LPR Praha svolává k výměně zkušeností a k sjednocení hlavních projektů.

LPR Praha je ve styku a vyměňuje si zkušenosti s odbornými lékařskými organizacemi, především s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a z odborných s Českou onkologickou společností ČLS JEP a Společností všeobecných lékařů ČLS JEP.

Liga je členem ECL (Asociace evropských lig proti rakovině) a UICC (Světové unie proti rakovině) a zúčastňuje se mezinárodních akcí.