GRADA

Petra Mandincová

Psychosociální aspekty péče o nemocného

Onemocnění štítné žlázy

sestra

sestra

GRADA®

Petra Mandincová

Psychosociální aspekty péče o nemocného

Onemocnění štítné žlázy

GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****.*

Mgr. Petra Mandincová, Ph.D.

Psychosociální aspekty péče o nemocného

Onemocnění štítné žlázy

Recenze:
doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.
MUDr. Marie Nejedlá

Odborný konzultant:
prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2011
Cover Photo © fotobanka allphoto, 2011

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 4567. publikaci
Odpovědná redaktorka Mgr. Petra Fialová
Sazba a zlom Josef Lutka
Počet stran 128
1. vydání, Praha 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Kniha vychází s podporou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
Za cenné připomínky patří poděkování prof. MUDr. Václavu Zamrazilovi, DrSc.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-3811-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7174-8 (elektronická verze ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-7175-5 (elektronická verze ve formátu EPUB)

Obsah

Úvod **7**

1 Nemoc a zdraví **9**
1.1 Psychosomatická medicína, behaviorální medicína, psychologie zdraví 9
1.2 Kontext zdraví a nemoci 11
1.3 Nemocný a lékař 15
1.4 Nemoc jako zátěž 17
1.4.1 Chronicky nemocní 20
1.4.2 Pacienti s rakovinou 22
1.4.3 Hospitalizovaní pacienti 24

2 Onemocnění štítné žlázy, jejich diagnostika a léčba **27**
2.1 Onemocnění štítné žlázy 27
2.1.1 Zvětšení štítné žlázy (struma) 28
2.1.2 Zvýšená činnost štítné žlázy (hypertyreóza, tyreotoxikóza) 29
2.1.3 Snížená činnost štítné žlázy (hypotyreóza) 30
2.1.4 Záněty štítné žlázy (tyroiditidy) 31
2.1.5 Nádory štítné žlázy 32
2.2 Vyšetřovací metody při onemocnění štítné žlázy 32
2.3 Léčba nemocí štítné žlázy 33
2.3.1 Operativní léčba nemocí štítné žlázy 34
2.3.2 Léčba nemocí štítné žlázy radiojódem 36
2.4 Psychiatrické symptomy u onemocnění štítné žlázy 37

3 Zátěž a stres – úvod pro kapitolu 4 ..... **38**
3.1 Teoretická východiska zkoumání zátěže a stresu 38
3.2 Zvládání stresu 42

4 Stres u onemocnění štítné žlázy **44**
4.1 Role stresu v patogenezi hypertyreózy 45
4.1.1 Problémy při zkoumání životních událostí 49
4.2 Vliv stresu na průběh a prognózu hypertyreózy 50

5 Kvalita života – úvod pro kapitoly 7 a 9 ..... **52**

6 Faktory s protektivním účinkem na zdravotní stav u onemocnění štítné žlázy **57**
6.1 Psychická odolnost a resilience 57
6.1.1 Koncepce lokalizace kontroly (locus of control – LOC) 58
6.1.2 Smysl pro soudržnost (sense of coherence – SOC) 58

6.1.3 Hardiness 60
6.2 Víra a spiritualita 61
6.3 Sociální opora 65
6.3.1 Druhy sociální opory 68
6.3.2 Sociální síť a vybrané pojmy týkající se sociální opory 69
6.3.3 Odvrácená strana sociální opory 71
6.3.4 Sociální opora nemocného 72
6.3.5 Význam socioekonomického statusu 73

7 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u onemocnění štítné žlázy 74
7.1 Metody k měření kvality života a zdravotního stavu 75
7.2 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u hypotyreózy 77
7.3 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u hypertyreózy 79
7.4 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u karcinomu štítné žlázy 81
7.5 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u subklinické hypotyreózy a hypertyreózy 82
7.6 Kvalita života a vnímání zdravotního stavu u eutyreoidní a Hashimotovy strumy 83

8 Osobnost člověka s onemocněním štítné žlázy 85
8.1 Osobnost predisponující k hypertyreóze 85
8.2 Vliv onemocnění štítné žlázy na osobnost 86
8.3 Vztah mezi osobnostními rysy a prognózou onemocnění štítné žlázy 87
8.4 Dojmový přístup k onemocnění štítné žlázy 88

9 Výzkumy u českých pacientů s různými typy onemocnění štítné žlázy 90

10 Užití psychologických a psychosociálních prostředků při léčbě onemocnění štítné žlázy 92

Závěr 94

Literatura 95

Rejstřík 115

Souhrn 121

Summary 123

Není možno zůstati trvale zdravý mezi nemocnými, jako není možno býti šťastným mezi nešťastnými…

Tomáš Baťa

Úvod

Tato práce si klade za cíl seznámit ty, kdo pečují o pacienty s onemocněním štítné žlázy, s psychologickými a psychosociálními aspekty tohoto onemocnění. Jde o poměrně časté chronické a nejčastější endokrinní onemocnění vůbec, kdy obvykle nezanedbatelnou součást symptomatologie tvoří i psychické příznaky. Práce může být inspirací rovněž pro péči o jiné chronicky nemocné či pacienty léčené operací. Problematika je nahlížena z pohledu dvou poměrně mladých disciplín – psychologie zdraví a pozitivní psychologie.

V zahraniční, především lékařské literatuře je této tematice věnována značná pozornost zejména od konce 20. století, existují desítky až stovky studií, kdežto u nás je dosud na okraji zájmu. Východiskem jsou již publikované práce (Janečková, 2001, 2006–2008; Mandincová, 2008–2010). Vzhledem k rozsáhlosti a novosti tématu si kniha neklade nárok na úplnost. Aby byla srozumitelná co nejširšímu okruhu čtenářů a nebylo třeba dohledávat informace v další literatuře, bylo nutné zahrnout do textu kromě závěrů z výzkumů onemocnění štítné žlázy i obecné poznatky. Tyto kapitoly doplňují existující mezery v poznatcích o pacientech s onemocněním štítné žlázy. Navíc v medicíně jsou psychologické aspekty dosud podceňovány a mnohdy jim není věnována dostatečná pozornost.

V první kapitole jsou popsány styčné plochy medicíny a psychologie a způsob náhledu na tuto problematiku, včetně specifik těch typů pacientů s onemocněním štítné žlázy, s nimiž se lze v praxi setkat. Ve druhé kapitole jsou uvedeny základní lékařské poznatky o onemocnění štítné žlázy. Jako úvod ke čtvrté kapitole o stresu u onemocnění štítné žlázy slouží třetí kapitola. Pátá a šestá kapitola představují úvod pro výsledky provedených výzkumů, které tvoří náplň sedmé až desáté kapitoly. Jsou důležité pro to, aby bylo možné výsledkům porozumět (především ojedinělé české studii).

Dík patří všem, bez jejichž podpory a pochopení by kniha nemohla vzniknout.

autorka

1 Nemoc a zdraví

1.1 Psychosomatická medicína, behaviorální medicína, psychologie zdraví

Jako reakce na tradiční biomedicínský model se postupně vyvinuly ***psychosomatická medicína*** („psychosomatic medicine"), ***behaviorální medicína*** („behavioral medicine") a ***psychologie zdraví*** („health psychology"). Reprezentují určitá vývojová stadia, zastávají odlišná východiska, nelze je však od sebe zcela oddělovat vzhledem k jejich podobným principům, postupům a cílům. Psychosomatická medicína byla intenzivně rozpracovávána zvláště během první poloviny 20. století (i když prvopočátky se objevují už v 19. století), vycházela z předpokladu psychogenního původu nemocí a byla výrazně ovlivněna psychoanalytickými východisky a poznatky teorie stresu. Behaviorální medicína navazuje od sedmdesátých let 20. století na psychosomatickou medicínu a akcentuje v interdisciplinárně pojatém způsobu diagnostiky, léčby, prevence a rehabilitace nemocí uplatnění behaviorální analýzy (zjišťování odchylek od zdraví). Psychologie zdraví navazuje na předchozí tradici od přelomu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století a usiluje o uplatňování výsledků psychologického poznání ve vztahu ke zdraví. Vztahy mezi zmíněnými příbuznými obory jsou komplikované, objevují se nejednoznačně ohraničené vzájemné přesahy. Za přímého předchůdce psychologie zdraví lze považovat ***lékařskou psychologii*** („medical psychology"), což je obor, který již mnohem dříve usiloval o aplikaci psychologických poznatků do poznání vztahů mezi zdravím a nemocí, do procesu posilování a podpory zdraví, do vztahů mezi pacientem a lékařem, případně dalšími zdravotnickými pracovníky, na což se nyní při jejím vymezení klade důraz (Kebza, 2001, 2005; Baštecká et al., 2003; Vymětal, 2003).

Existují choroby, na jejichž vzniku se nápadně podílejí psychosociální faktory, stres (především chronický). Už *Selye* mluvil v podobném významu o adaptačních nemocech, nemocech z poruch adaptace (Charvát, 1970). V psychologii se hovořilo o klasických psychosomatických onemocněních. Dnes taková onemocnění často nazýváme civilizační (Honzák, 1989), nemoci ze stresu (Křivohlavý, 1994) nebo spíše ***choroby související se způsobem života*** (Šolcová, Kebza, 1996).

Nejvíce jsou v této souvislosti zmiňovány ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, žaludeční vředy, astma, revmatický zánět kloubů, poruchy a zvýšená funkce štítné žlázy, atopický ekzém, dráždivý tračník, srdeční a dechové potíže a podobně (Honzák, 1989; Danzer et al., 2001; Poněšický, 2002; srov. Kondáš, 1977). Mluví se o ***nejužším***, případně ***užším pojetí psychosomatiky***.

V ***nejširším pojetí psychosomatiky*** se předpokládá, že člověk ve zdraví a nemoci neustále představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím, jde o holistický, celostní pohled na člověka. Je tedy nutné brát v úvahu hledisko ***biopsychosociální***. Z tohoto hlediska se u všech fyzických a psychických problémů a nemocí pohlíží na biologické, psychologické a sociální faktory jako na relevantní, přičemž se navzájem ovlivňují, závisí na sobě, i když nemusejí hrát všechny stejnou roli při řešení konkrétního problému (Plante, 2001; srov. Balint, 1998). Takto pojatá medicína je pak totožná se systémovým přístupem a je si vědoma multikauzální etiologie nemocí (Mohapl, 1992; Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993; Baštecká et al., 2003; Šavlík, Hnízdil, 2004). V průběhu vývoje byl biopsychosociální model ještě rozšířen o rovinu duchovní, spirituální a ekologickou (faktory životního prostředí) na model ***bioekopsychosociální*** (Vymětal, 2003) či ***bio-psychosociálně--spirituální*** (Baštecká, Goldmann, 2001) či ***bio-psycho-socio-kulturo--spirituální*** (Kebza, 2006; srov. Kebza, 2005). *Křivohlavý* (2006) v této souvislosti hovoří o ***somatopsychospiritualitě***.

V nedávné době začal být pojem psychosomatická medicína nahrazován termínem ***behaviorální medicína***, podle jiných pojetí jde o další, paralelní směr. Vychází z uplatnění poznatků věd o chování („behavioral sciences“) při diagnostice, terapii, rehabilitaci a prevenci nemocí, pozornost se výrazně soustředila na rizikové formy chování. Tento interdisciplinární obor usiluje o integraci behaviorálních a biomedicínských poznatků a postupů napomáhajících k pochopení nemoci a zdraví (Kebza, 2001, 2005; Křivohlavý, 2009; Baštecká et al., 2003). Nechává se inspirovat nejen cirkulární kauzalitou v rámci systémového přístupu, ale také teorií deterministického chaosu či komplexity (Gleick, 1996; Vašina, 1999).

Psychologie zdraví reprezentuje jednu z nejrychleji se rozvíjejících oblastí současné psychologie, jde o relativně mladý obor. Existuje mnoho různých definic psychologie zdraví. Vesměs však panuje shoda, že jde o obor zkoumající „zákonitosti vlivu psychických dispozic,

funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence". V obecnějším smyslu lze pak psychologii zdraví definovat jako „systematickou aplikaci psychologických poznatků do oblasti zdraví, nemoci a systému zdravotnické péče". Klade se též důraz na příspěvek psychologie k podpoře zdraví („health promotion") a k výzkumu i aplikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci (Kebza, 2001, s. 19).

Existuje několik českých monografií věnovaných této tematice (Mohapl, 1992; Vašina, 1999; Křivohlavý, 2009; Kebza, 2005). Psychologie zdraví úzce souvisí s řadou dalších psychologických disciplín (Vašina, 1999), čerpala a čerpá zejména z podnětů klinické a sociální psychologie, souvisí také s pedagogickou psychologií a psychohygienou. Knihu o duševní hygieně určenou přímo sestrám napsali *Křivohlavý* a *Pečenková* (2004).

1.2 Kontext zdraví a nemoci

Definovat nemoc znamená umět definovat zdraví. Vést ostrou hranici mezi zdravím a nemocí je prakticky nemožné (Haškovcová, 1985).

Slovo ***zdraví*** znamenalo v původním významu celek (Křivohlavý, 2009). Obvykle se popisuje jako dynamická rovnováha, kterou zajišťuje organizmus ve vztahu k vnitřním a vnějším podmínkám svého života. Zahrnuje řadu dimenzí – rozměr fyzický, psychický, sociální, spirituální a etický. Propojenost tělesného a duševního je již uznávána bez výhrad, často však bývá podceňována sociální dimenze, nehledě na to, že spiritualita s etikou musejí zřejmě o své místo teprve bojovat. Existuje tolik pojetí, teorií a definic zdraví, že bývají řazeny do různě uspořádaných kategorií. Nejvíce přijímanou a citovanou je definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která má několik předností: považuje zdraví za kladný, žádoucí, motivující a přitom přirozený stav hodný usilování, chápe zdraví jako mezioborový jev zahrnující více dimenzí, dále je definice stručná, srozumitelná, vcelku výstižná a pro většinu přijatelná (Kebza, 2001, 2005). Vymezuje zdraví jako „stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody (‚well-being'), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti" (například in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 16). Kritici poukazují na to, že jde o nedosažitelný cíl a nepostižitelný stav nebo spíš o definici štěstí – „happiness" (Šolcová, 2007). *Vašina*

(1999) podává osm základních pojetí zdraví, kdežto *Křivohlavý* (2009), inspirován *Seedhousem*, nabízí rozdělení podle toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k určitému cíli, nebo cíl sám o sobě. Na dvacet laických pojetí zdraví je popisováno v publikaci *Mareše a spolupracovníků* (2010).

Obecnější typologizace dělí přístupy k vymezení zdraví například na negativní (zdraví jako absence nemoci) a pozitivní podle převažujících charakteristik, na objektivní a subjektivní zdraví („subjective health", eventuálně „subjective health status"; další synonyma: „self-rated health" či „self-reported health" – sebeposouzení/sebeposouzené zdraví či sebehodnocení/sebehodnocené zdraví, „perceived health" – vnímané zdraví). Podrobně o subjektivním zdraví pojednávají *Šolcová* a *Kebza* (2006a). Výhodou využívání parametru subjektivního zdraví je jednoduchost zjištění tohoto ukazatele, také může reflektovat aspekty zdravotního stavu, které není možné zachytit jiným způsobem. Proces hodnocení vlastního zdraví je komplexní a jedinec do něj zahrnuje více než fyzické zdraví (i kondici, chování podporující zdraví a osobní pohodu). Subjektivní zdraví sice zachycuje závažné a chronické choroby, nebývá však výrazněji ovlivněno akutními, přechodnými onemocněními. Ukazuje se, že jedinec může prožívat osobní pohodu, i když trpí vážnou chorobou či handicapem. Oproti subjektivnímu je objektivní hodnocení lékařem užší, primárně soustředěné na fyzický stav. Dále nelze pominout normativní pojetí zdraví. Žádoucí stav zdraví je obsažen v normalitě vyjádřené souladem s určitými kritérii, která je však obtížné stanovit i posoudit. V souvislosti s tím se výrazně uplatňuje adaptabilita. Lze kritizovat přístupy, v nichž je zdraví chápáno jako cíl sám o sobě a jejichž důsledkem by byl člověk zajímající se pouze o zdraví. Z jiného pohledu lze rozlišit dvě tendence při vymezování zdraví: chápání zdraví jako komplexního celku, kdy dimenze (somatická, psychická, sociální, eventuálně spirituální) splývají, kdežto druhá tendence spíše usiluje zachovat členění na jednotlivé složky.

V této souvislosti vymezujeme ***zdravotní stav*** („health status") jako hodnocení zdraví na individuální úrovni. Komplexní zhodnocení zdravotního stavu by pak mělo zahrnovat všechny výše zmíněné dimenze zdraví, obvykle se tím však míní zejména tělesný aspekt. Uvádí se, že rozhodující vliv na zdravotní stav člověka v současné době má právě životní styl – tradičně se udává, že ovlivňuje zdravotní stav asi z 50–60 %.

Na zdravotní stav má dále vliv (asi z 15 %) úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče, životní prostředí a sociální faktory (asi z 15 až 20 %) a vnitřní, genetické predispozice organizmu (asi z 10–15 %). (Kebza, 2005.)

V roli významné determinanty zdraví vystupuje ***vulnerabilita*** (zranitelnost). Na biologické úrovni může mít biologický podklad, zatímco v psychologické rovině se může v důsledku vlivu stresorů a souvisejícího prožitku nízké či žádné kontroly, bezmoci a beznaděje zvýšit vulnerabilita jedince k některým psychickým a pravděpodobně i somatickým onemocněním. Každá nemoc zasahuje celého člověka. Pak se uplatňuje individuální vulnerabilita v etiopatogenezi jakéhokoli onemocnění. Lze rozlišit primární (konstituční) vulnerabilitu utvářející se během prvních šesti měsíců života a sekundární vulnerabilitu zásadně ovlivňovanou psychosociálními faktory (Hárdi, 1972; Plante, 2001; Kebza 2001, 2005).

Nemoc se vysvětluje poruchou dynamické rovnováhy v důsledku působení vnějších či vnitřních okolností, tj. narušením stavu úplné pohody (Vokurka, Hugo, 1998; Kebza, 2001). Kromě vymezení uvedeným kontinuem „zdraví – nemoc" se nejčastěji objevují zmínky o symptomech, příčinách a důsledcích, které prožití nemoci přináší (Kebza, 2005). Hranice mezi zdravím a nemocí nemusí být jednoznačně stanovitelná. Mohou chybět objektivně zjistitelné symptomy, i když se člověk necítí zdráv, zatímco jiné nemoci mohou existovat, ačkoli člověk subjektivně žádné příznaky nepociťuje (Kebza, 2001). *Baštecká se spolupracovníky* (2003) zdůrazňují, že jakékoli symptomy by měly být považovány za pokus nemocného sdělit něco o sobě. Vnímání nemoci ze strany pacientů a ze strany lékařů se nezřídka liší. Anglosaská literatura užívá v tomto smyslu termín ***illness*** („stonání" či „zdravotní nepohoda" – subjektivní prožitková úroveň a výkladový model pacienta), kdy dlouhodobý stav může být pojímán jako určitá nezpůsobilost či vada („disability"). Oproti tomu pojem ***disease*** je choroba spíše v objektivním smyslu, založená na diagnóze („porucha/nemoc/choroba"), jejímž dlouhodobým důsledkem může být poškození, oslabení či újma („impairment"). Kromě zmíněných pojmů se někdy užívá ještě pojem ***sickness,*** který znamená chorobu ve smyslu sociálního kontextu prožitku nemoci, jehož dlouhodobé sociální důsledky vyjadřuje pojem znevýhodnění – „handicap" (Honzák, 1999; Křivohlavý, 2002; Vymětal, 2003; Kebza, 2001, 2005).

Mechanic (1966, in Kebza, 2001, 2005) se zabýval specifiky lidského chování při vzniku a rozvoji nemoci (***illness behavior***) a zdůraznil jeho podstatné prvky: hodnocení příznaků, vyhledávání lékařské pomoci a očekávání opory ze strany blízkých (zejména rodiny). Toto chování je však nepřiměřené v případě, že známky nemoci chybějí. Významnou charakteristikou zmíněného chování jsou možné takzvané primární či sekundární (druhotné) zisky („gains"). Jde o odměny či výhody vyplývající z onemocnění. Primární zisky byly nejprve popsány u neurotických onemocnění a pak teprve přeneseny do psychosomatiky; když narůstající difuzní napětí v průběhu onemocnění odeznívá současně s manifestací prvních příznaků vlastního onemocnění, pacient pociťuje úlevu. Sekundární zisky vyplývají z celkové role nemocného, jedná se obvykle o zvýšenou úroveň sympatie a pozornosti k nemocnému či o vyšší toleranci vůči jeho chybám. *Kasl* a *Cobb* (1966, in Kebza, 2001, 2005) popisují jako protipól pojmu „illness behavior" pojem ***health behavior***, který vyjadřuje činnosti a úkony osob přesvědčených o nutnosti nebo prospěšnosti zachování zdraví za účelem prevence nemocí.

Jako medicína prodělala před časem změnu paradigmatu, tak se v posledních letech připravovala podobná změna také v psychologii. *Konečná* (2008) zdůrazňuje změnu v medicíně v tom smyslu, že se zdravotní péče zaměřuje na pacienta („patient-centred healthcare"). Zejména však se patogenetický pohled akcentující nemoc, patologii, obohatil o ***pohled salutogenetický*** (podrobněji viz začátek kapitoly 6.1.2), který mimo jiné akcentuje subjektivní pohodu a zdraví. Podílela a stále se na tom podílí především psychologie zdraví. Také v psychologii si řada psychologů uvědomuje nutnost změny nikoli v radikálním odklonu od dosavadních negativních témat (daných z podstatné části historickým vývojem), ale spíše ve smyslu doplnění celkového obrazu „pozitivními" tématy. Protože nepřítomnost negativních aspektů neznamená totéž co přítomnost pozitivních. Nespokojenost s dosavadním stavem vedla ke krystalizaci ***pozitivní psychologie*** (Seligman, 2000; Mareš, 2001a; Křivohlavý, 2010; Kebza, 2005). Pozitivní psychologie je nepřesné označení, kterým její představitelé spíše akcentují její zaměření, vizi. Vymezují ji jako „vědu o pozitivních individuálních rysech, pozitivních životních zážitcích a zkušenostech, pozitivně fungujících společenstvích a institucích" (Mareš, 2001a, s. 102). Kritikové komentují limity pozitivní psychologie, kdy už samo označení není

vnímáno jednoznačně, upozorňují na metodologické otázky, vymezení pojmů a zdůrazňují, že studování primárně pozitivních aspektů života může být někdy zavádějící, neboť mnohdy nelze oddělit pozitivní od negativního (Mareš, 2001a). Posledně zmíněnou, zřejmě nejzásadnější výhradu reflektuje *DeRubeis* (2000), jeden ze stoupenců pozitivní psychologie, který uznává, že není možné optimalizovat pozitivní bez důkladné pozornosti k negativním aspektům života a metodám jejich řešení. Považuje však za fakt, že psychologové nebyli důslední a vytrvalí v charakterizování pozitivních stavů nebo ve vytváření metod jejich měření stejně, jako se pokoušeli vymezit negativní či patologické stavy. Přestože je možné mít k pozitivní psychologii řadu výhrad, lze považovat za velmi inspirující základní ideu zkoumání kladných lidských stránek („human strenghts") a pozitivního lidského fungování, působení ve světě („positive human functioning"). (Křivohlavý, 2010; Mareš, 2001a, srov. 2006b.)

1.3 Nemocný a lékař

Pacient je definován jako léčící se nemocný člověk (Křivohlavý, 2002) – takový status přináší jak výhody, tak nároky (Baštecká et al., 2003; Gulášová, 2005). ***Lékař*** sám je velmi významným, ne-li nejvýznamnějším léčebným prostředkem (Honzák, 1999), *Balint* (1998) hovoří o lékaři jako léku. Přitom vztah lékař – pacient je možné stále ještě považovat za neuspokojivý (Haškovcová, 1985; Gulášová, 2005). Výrazně u nás převládá tradiční pojetí vztahu lékař – pacient, které je charakterizováno ***asymetrií***. Lékař je dominantní, je považován za nezištného a všemocného (Honzák, 1992). Často se tento model označuje za ***paternalistický*** (orientovaný na lékaře a nemoc). Lékař ve vztahu jednoznačně vede, určuje, je direktivní, autoritativní, vlastní informace a vyžaduje pacientovu pasivní, závislou poslušnost. Mezi oběma není osobní vztah. Lékař se řídí výhradně tím, co je třeba udělat, a považuje onemocnění za výlučně biologickou záležitost; pacient je pak „objektem" péče. Přitom kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem má pro průběh a výsledek léčby značný význam. Novější model, opírající se o psychologické poznatky a respektující bioekopsychosociální přístup, se nazývá ***partnerský*** (na pacienta orientovaný). Pojímá nemoc jako nemoc celého člověka, jedná se o celostní medicínu na rozdíl od tra-

diční medicíny, která je fragmentární. Základem je spolupráce, spoluzodpovědnost, typická je nedirektivita, rovněž zájem o rodinu a osobní život. Vztah se vytváří a udržuje prostřednictvím komunikace, je prostoupen potřebou akceptace, uznání, bezpečí a jistoty (Baštecká et al., 2003; Vymětal, 2003). Hovoří se o vytvoření ***terapeutické aliance*** – dle *Honzáka* (1999) o spojenectví –, tj. úzkém, osobním, partnerském vztahu mezi lékařem a vážně nemocným.

Lékař a zdravotnický personál jsou totiž velice významným zdrojem sociální opory v nemoci (Křivohlavý, 1994). Lékařská vyšetření mají sice technicky vysokou úroveň, ale nemocný se nezřídka cítí jako sirotek (Hárdi, 1972). Při akutním onemocnění (oproti chronickému) se pacient snáze přizpůsobí chladně odbornému přístupu v medicíně, který dnes ještě mnohdy převažuje. Setkání lékaře, respektive zdravotníka s nemocným sice probíhá jako setkání dvou konkrétních lidí, ale zároveň se začleňuje do širších souvislostí stran zdravotnictví – například představa o nemocnici, o profesi lékaře a sestry (Honzák, 1999). Na vytváření vztahů lékaře a nemocného se podílejí zážitky z předchozího léčení, ze zdravotnického zařízení a podobně (Bouchal, 1993). *Gulášová* (2005) zdůrazňuje ze strany zdravotníka schopnost empatie, úctu, individuální a pozitivní přístup k pacientovi. *Beran* (2003) upozorňuje, že v poslední době jsme svědky situací, kdy se asymetrie ve vztahu pacient – lékař někdy kloní na stranu pacienta – *Roterová* a *Hallová* (1992, in Baštecká et al., 2003) mluví o ***spotřebitelském*** vztahu.

Při pohledu na stížnost je třeba porozumět motivům pacienta. Často proti sobě stojí jedinečnost stonání pacienta a rutinní přístup zdravotníka. Pro pacienta a jeho blízké je nemoc nová situace, která zvyšuje citlivost vůči psychické zátěži. Frekventovaným problémem je také podávání informací lékařem. Způsob jejich sdělování nemusí být srozumitelný pacientovi a jeho blízkým. Pacient se snaží porozumět vlastní situaci, nemoci a vytváří si domněnky o svém stavu. Čím méně informací má od lékaře (nebo čím menší je jeho důvěra k lékaři), tím spíše si on či jeho příbuzní domněnky vytvářejí. Mnohdy bývá předmětem stížnosti jednání sestry (možná častěji než lékaře), zřejmě proto, že sestra je v přímém kontaktu s pacientem mnohem více času a také dělá oproti lékaři úkony, k jejichž hodnocení se pacient cítí kompetentní. Typologii sester podle Hárdiho podávají *Konečný* a *Bouchal* (1971); dále uvádějí, že pacient hledá u sestry oporu a porozumění, stává se však, že sestra je spíš komisní, a to mnohdy víc než lékař.

Dodržování lékařských pokynů a doporučení se v anglosaské literatuře označuje termínem ***compliance***. Pojem ***adherence*** (oddanost, zachovávání, dodržování léčebného režimu) zdůrazňuje vzájemnou spolupráci mezi poskytovatelem pomoci a nemocným. I když pojmy bývají chápány jako synonyma, nahrazování pojmu compliance adherencí představuje pojmový posun od poslušnosti k modelu zdůrazňujícímu nezávislost pacienta (Mohapl, 1990; Křivohlavý, 2002; Baštecká et al., 2003; Vymětal, 2003; Kebza, 2005; srov. Mareš et al., 2010).

Jak se v současnosti prosazuje myšlenka komplexní péče o nemocného, tak se i pozornost psychologů přesouvá stále více k „ovlivňování" somaticky nemocných. Studium významu psychických faktorů pro vznik, průběh a léčbu různých somatických onemocnění, stejně jako psychologická analýza osobnosti nemocného a jeho subjektivního prožívání mohou přispívat k podstatnému ovlivnění léčebného působení. Velice významná je pak psychologická intervence u těch nemocných, kteří se nedokážou vyrovnat se zátěží závažného onemocnění (Kořán, 1986). V této souvislosti nabývá na popularitě zkoumání kvality života.

1.4 Nemoc jako zátěž

Nemoc zpravidla přichází nevhod (Haškovcová, 1985) a člověka překvapuje (Gulášová, 2005). Ohlašuje se především změněnými pocity, tělesnými i psychickými, které jsou špatně odhadnutelné i popsatelné, neurčité, cizí a většinou nepříjemné. Dlouhodobá nebo nevyléčitelná nemoc rozbíjí dosavadní způsob života člověka, staví jedince před nové problémy, klade zvýšené nároky na adaptaci – nutí ho totiž přizpůsobit se nezvyklým, někdy zvláštním a neočekávaným podmínkám (Kondáš, 1977; Honzák, 1989). Mnohdy má za následek změnu základní hierarchie hodnot nemocného (Haškovcová, 1985). Těžce nemocní často také ztrácí původní smysl života. Závažné somatické onemocnění představuje ***jednu z největších životních zátěží***, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti osobnosti. V souvislosti s nemocí jedinec prožívá úzkost a strach, vztek, smutek až depresi (Vágnerová, 2008). Objevuje se zejména strach a obavy z diagnózy, následků a komplikací choroby, z nových těžkostí a bolestí, a to i v souvislosti s diagnostickými a tera-

peutickými zákroky, případně strach ze smrti (Gulášová, 2005). Přitom prožitky se mohou skrývat před samotnými pacienty (Baštecká et al., 2003). Podle *Křivohlavého* (2002) se v naší kultuře paradoxně očekává, že pacient bude plný optimizmu, naděje a odvahy bojovat s nemocí, nebude si připouštět distres a negativní emoce.

Nemoc nutně omezuje člověka ve výkonu jeho možností, žádná nemoc však nepředstavuje situaci, v níž by nebyly žádné možnosti (Haškovcová, 1985). Nemoc jedince nejen omezuje, ale také ***ohrožuje***. Tu a tam se v úvahách o nemoci objevuje, že nemoc obohacuje nemocného. Nelze se s tím úplně ztotožnit, protože onemocnění vždycky jedince o něco připravuje – ale je možné tuto skutečnost současně přijmout jako výzvu k tomu, aby kompenzoval vzniklé nedostatky a ztráty. Nemoc je každopádně zastavením v čase, vyřazením z každodenní činnosti, rozkolísáním stabilizovaných jistot a to vše lze brát jako příležitost k přebudování některých nežádoucích stereotypů. V tomto ohledu onemocnění poskytuje šanci, příležitost, ale samo o sobě není žádným životním obohacením. Ochuzuje člověka, ale ten se může navzdory němu obohatit. Uznání pak patří jedinci, a ne nemoci (Honzák, 1989). Závažná životní událost, trauma, vážná nemoc, které naruší dosavadní život jedince, nemusí mít jen výhradně negativní důsledky, ale s odstupem času (po několika měsících, letech, desetiletích) se v některých případech mohou objevit i pozitivní dopady. V této souvislosti hovoříme o ***posttraumatickém rozvoji osobnosti*** („posttraumatic growth"; další synonyma: „perceived benefit" – „vnímaný přínos", „stress-related growth" – rozvoj navozený stresem, „adversarial growth" – rozvoj iniciovaný nebezpečím, atd.), kdy se vychází z předpokladu, že vyšší kvalita života nepřichází sama, ale člověk se ke kvalitnímu životu musí propracovat překonáním obtíží, někdy dokonce protrpět. Daná osoba se rozvíjí nad své dosavadní psychické fungování, jde o vývoj nových zdrojů psychické zátěže. Posttraumatický rozvoj je pravděpodobnější, pokud se jedinec pokouší najít smysl v tom, co se mu stalo. Ve shodě s koncepcí *Antonovského* se člověk obvykle nejprve snaží dané události porozumět (srozumitelnost), s porozuměním roste pocit zvládnutelnosti. Tyto dva aspekty jsou podobné primárnímu a sekundárnímu hodnocení stresující události. Po delší době od proběhlé stresové události dochází k přehodnocení smyslu, jehož výsledkem je nalezení smysluplnosti těžké situace (Nolen-Hoeksema, 2000; Mareš, 2007a, 2007b, 2008, 2009; Mareš, Rybářová, Tůmová, 2007).

Zkušenost se závažnou událostí může vést k prohloubení již existující víry a duchovnosti nebo víra a spiritualita mohou nově vzniknout až po prožitku těžké životní události a rozvinout se jako jeho následek (Hodačová, 2007).

Jakákoli závažnější nemoc není jen záležitostí jedince, ale ovlivní nějakým způsobem celou jeho rodinu, například změnou životního stylu, změnou rolí, větší závislostí na druhých (Vágnerová, 2008; Vymětal, 2003). Nemoc totiž zároveň vyvolává potřebu pomoci. Člověk se stává nemohoucí (nemoc = ne-moci) (Haškovcová, 1985; Baštecká et al., 2003).

Každý jedinec vtiskuje chorobě pečeť své individuality. Individualita neurčuje jen pohotovost k onemocnění, ale také to, jak člověk svoji nemoc snáší, jak se s ní vyrovnává (Haškovcová, 1985). Subjektivní prožívání nemoci bývá v naší literatuře označováno jako ***autoplastický obraz nemoci***. Přisuzují se mu stránky senzitivní (lokální bolesti a potíže), emoční (strach, úzkost, naděje), volní (úsilí odolávat nemoci, zařídit si vyšetření a léčbu) a racionální a informativní (znalosti o nemoci a její hodnocení). Autoplastický obraz nemoci je podmíněn objektivní povahou onemocnění (akutní, chronické, bolestivé aj.), prostředím, v němž se nemoc rozvíjí, osobností nemocného a jeho individuální historií, sociálním postavením, věkem, pohlavím a podobně (Konečný, Bouchal, 1971; Mohapl, 1990, 1992). Mladí pacienti ve srovnatelné situaci nemoci jsou na tom subjektivně hůře než lidé staří (Křivohlavý, 1989b). *Vágnerová* (2008) hovoří o ***vědomí choroby***, což chápe jako míru ohrožení vlastní budoucnosti a života. V literatuře je věnována pozornost postojům pacienta k nemoci, které nemusejí být nutně negativní, ať již vědomě nebo nevědomě (Konečný, Bouchal, 1971; Bouchal, 1993; srov. Mohapl, 1990). Pacientův postoj k jeho vlastní nemoci rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoli terapie (Balint, 1999).

Byl popsán ***časový průběh*** dlouhodobé adaptace na nemoc. Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá ve fázích, jež mají individuálně specifický průběh i délku trvání. Nejprve nastává fáze iniciálního ***šoku*** („výkřik"), která je akutní emoční reakcí a odráží těžký krizový stav pacienta, jenž se náhle ocitá ve zcela nové a prokazatelně nepříznivé situaci. Další fází je ***popírání***, kdy se uplatňuje právě zmíněný mechanizmus represe. Je reálné nebezpečí, že nemocný nebude dodržovat zásady, které jsou pro něj životně důležité,