

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2022/2023

Lucie Dočiarová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Prožívání akutní leukémie v čase

Bakalářská práce

Rok 2022/2023

Lucie Dočiarová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2020/2021

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	<b>Lucie Dočiarová</b>
Osobní číslo:	<b>Z19208</b>
Studijní program:	<b>B5341 Ošetrovatelství</b>
Studijní obor:	<b>Všeobecná sestra</b>
Téma práce:	<b>Prožívání akutní leukémie v čase</b>
Téma práce anglicky:	<b>Experiencing acute leukemia over the time</b>
Zadávací katedra:	<b>Katedra ošetrovatelství</b>

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. Klinická psychologie. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.  
INDRÁK, Karel, ed. Hematologie a transfuzní lékařství. V Praze: Triton, 2014. Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7387-722-4.  
THOROVÁ, Kateřina. Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.  
TOMÁŠEK, Jiří. Onkologie: minimum pro praxi. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.  
VYDRA, Jan, Jan NOVÁK a Marie LAUERMANNOVÁ. Hematologie v kostce. 2. přepracované a doplňované vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5140-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

LS.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Prožívání akutní leukémie v čase“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10.06.2023

Lucie Dočiarová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé práce Mgr. et Mgr. Michalovi Kopeckému za jeho odborné vedení, cenné rady, trpělivost a věnovaný čas. Dále bych chtěla poděkovat Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde mi pomohli s výběrem respondentů a umožnili průzkum a respondentům samotným za jejich ochotu a čas. A další díky patří mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce je zaměřena na celkové prožívání akutní leukémie. Práce je členěna na teoretickou a průzkumnou část. První část teorie je věnována anatomii krve a charakteristice akutní leukémie. Druhá část teorie se zaměřuje na psychologické pojetí nemoci, stádia vyrovnání se se závažnou nemocí, kvalitu života onkologických pacientů a jejich potřeb. Průzkumná část je tvořena na základě výsledků z rozhovorů, které byly zpracovány v programu Atlas.ti, kde byly vyhodnoceny kódy a ty byly následně propojeny ve vytvořených myšlenkových mapách. Největší důraz byl kladen na oblast psychiky, změny v jednotlivých oblastech života po diagnostikování nemoci a problematiku ve zpětném zařazení do pracovního procesu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Akutní leukémie, diagnostika, léčba, prožívání nemoci, emoce

## **TITLE**

Experiencing Acute leukemia over the time.

## **ANNOTATION**

This bachelor's thesis is focused on the overall experience of acute leukemia. The work is divided into theoretical and research part. The first part of the theory is devoted to the anatomy of the blood and the characteristics of acute leukemia. The second part of the theory focuses on the psychological concept of the disease, the stages of coping with serious disease, the quality of life of oncology patients and their needs. The research part is based on the results of the interviews that were processed in the Atlas.ti program, where the codes were evaluated and then connected in the created mind maps. The greatest emphasis was placed on the field of psychology, changes in individual areas of life after the diagnosis and the issue of reinstatement into the work process.

## **KEYWORDS**

Acute leukemia, diagnosis, treatment, experiencing sickness, emotions

## OBSAH

Úvod .....	11
1 Cíle a metody práce .....	12
1.1 Cíl práce .....	12
1.2 Metody k dosažení cíle .....	12
Teoretická část .....	13
2 Anatomie a fyziologie krve .....	13
2.1 Krevní plazma .....	13
2.2 Erytrocyty .....	13
2.3 Leukocyty .....	14
2.4 Trombocyty .....	14
3 Akutní leukémie .....	15
3.1 Akutní myeloidní leukémie .....	15
3.1.1 Symptomy .....	16
3.1.2 Diagnostika .....	16
3.1.3 Léčba .....	16
3.2 Akutní lymfoblastická leukémie .....	18
3.2.1 Symptomy .....	19
3.2.2 Diagnostika .....	19
3.2.3 Léčba .....	19
4 Pohled na nemoc z psychologického hlediska .....	21
4.1 Vývojová psychologie .....	22
4.2 Prožívání nemoci .....	23
4.3 Fáze vyrovnání se s nemocí .....	25
4.4 Postoje k nemoci .....	27
4.5 Kvalita života u onkologicky nemocných .....	28
Průzkumná část .....	29



5	Metodika praktické části .....	29
5.1	Podkapitola praktické části.....	29
5.2	Stanovené cíle.....	29
5.3	Průzkumný soubor.....	30
6	Prezentace výsledků .....	32
7	Diskuze .....	36
8	Závěr.....	47
9	Použitá literatura.....	48
10	Přílohy .....	53

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Obrázek 1 Zvládání náročných situací.....	35
Obrázek 2 Vliv nemoci na život respondentů.....	37
Obrázek 3 Reakce respondentů a rodiny.....	40
Obrázek 4 Změna prožívání.....	42
Obrázek 5 Přístup zaměstnavatele.....	44

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AML	Akutní myeloidní leukémie
ALL	Akutní lymfoblastická leukémie
CML	Chronická myeloidní leukémie
CLL	Chronická lymfatická leukémie
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
GIT	Gastrointestinální trakt
CNS	Centrální nervový systém
Na <sub>2</sub> CO <sub>3</sub>	Uhličitan sodný
PN	Pracovní neschopnost
WHO	Světová zdravotnická organizace
MRN	Minimální reziduální nemoc
KR	Kompletní remise
HDaraC	Vysokodávkovaný cytosinarabinosid
SD	Starobní důchod
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
UZ	Ultrazvuk
RTG	Rentgenové vyšetření
DLI	Infuze dárcovských leukocytů

## ÚVOD

Dle statistických údajů byla v roce 2018 akutní leukémie 13. nejčastějším novotvarem kromě nemelanomových kožních nádorů v České republice a 8. nejčastější příčinou úmrtí (UZIS, ©2021).

Ve své bakalářské práci na téma „Prožívání akutní leukémie v čase“ jsem se zaměřila na dopad nemoci na pacienta po psychické stránce a jak se vyvíjelo prožívání nemoci od diagnostikování až po současnost, dále jsem zjišťovala problematiku zpětného zařazení pacientů do pracovního procesu a jak nemoc vnímají nejbližší rodinní příslušníci.

Akutní leukémie je závažné onemocnění, které silně zasahuje do života nejen pacienta, ale i jeho rodiny, jako i jiná onkologická onemocnění. Nemoc postihuje široké spektrum osob, bez ohledu na pohlaví, věk nebo aktuální zdravotní stav pacienta.

Není snadné nemoc podchytit včas, jelikož prvotní příznaky připomínají spíše běžnou chřipku, ovšem velice rychle přechází do závažného a život ohrožujícího stavu.

Pro pacienty je to obrovská zátěž jak po fyzické, tak po psychické stránce. Změní se jejich kondice, vzhled i pohled na život, což bývá náročné nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu, která se se změnou ne vždy musí vhodně vyrovnat. Obecně můžeme říct, že se změnila kvalita života pacienta.

Léčba nemoci je dlouhodobá záležitost, která ani po překonání akutní fáze léčby pro pacienta nekončí a následuje další fáze udržovací terapie a pravidelných kontrol, než pacient přejde do kompletní remise, ale ani to pro pacienty neznamená kompletní uzdravení a hrozí velká pravděpodobnost návratu nemoci, což v pacientech může vyvolávat přetrvávající pocity strachu a úzkosti.

Toto téma jsem si mimo jiné zvolila i pro moji vlastní zkušenost, když akutní leukémie byla diagnostikována u blízké rodinné známé. Pochopila jsem, že zanedbávání pravidelných preventivních prohlídek a podceňování závažnosti svého zdravotního stavu může mít fatální následky. Což dlouhodobě zasáhlo celou rodinu a přátele, a ne všichni se dodnes i přes skutečnost, že je to již několik let byli schopni se ztrátou blízkého člověka vyrovnat.

V teoretické části se zpočátku zabývám anatomií a fyziologií krve, pro pochopení podstaty nemoci. Dále uvádím jednotlivé typy akutní leukémie, včetně klinického obrazu, diagnostiky a možností léčby. Na konci teoretické části se věnuji psychologickému pojetí nemoci.

Touto prací jsem se snažila zjistit, jak pacienti nemoc prožívají, k jakým změnám v myšlení u nich došlo, jak nemoc zasáhla jejich rodinu a ovlivnila jejich pracovní život.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit psychosociální následky vyskytující se u pacientů od diagnostikování nemoci po současnost.

### Dílčí cíle:

1. Zjistit v jaké složce života pocítují pacienti největší změnu způsobenou svým onemocněním od zjištění nemoci po současnost.
2. Zjistit, jak se změnilo prožívání nemoci v čase a jaká byla prvotní reakce na sdělení diagnózy.
3. Zjistit, jak k nemoci přistupuje zaměstnavatel pacientů.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

V této práci se v teoretické části zabývám stručnou anatomií a fyziologií krve, dále podrobnějšímu popisu akutní leukémie, kde se věnuji charakteristice nemoci samotné, klinickému obrazu, diagnostice a současným možnostem léčby a pojetí nemoci z psychologického pohledu.

V praktické části jsem si stanovila cíle ke zjištění psychosociálního dopadu nemoci na život pacientů, a to pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KRVE

Mezi hlavní funkce krve patří transportní funkce, tedy schopnost přenášet  $O_2$  a  $CO_2$ , rozvádět živiny a teplo po těle, transportovat hormony, vitamíny a další látky. Ze specifických funkcí je to schopnost udržení homeostázy a obranná funkce krve například při infekci (Dylevský, 2019, s. 97).

### 2.1 Krevní plazma

Krevní plazma je tekutou složkou krve, která se skládá z anorganických a organických látek. Plazma je zhruba z 93 % složena z vody, 1 % představují ostatní anorganické látky a 6 % látky organické. Podíl anorganických látek v krevní plazmě je zastoupen přítomností  $NaCl$  a  $Na_2CO_3$ . Význam těchto solí v krvi je udržení stálého osmotického tlaku a pH krve (Dylevský, 2019, s. 98).

Organické látky pak zahrnují plazmatickou bílkovinu, glukózu, vitamíny, tuky, žlučová barviva a hormony. Mezi nejdůležitější složky plazmatické bílkoviny patří Albumin, Globulin a Fibrinogen (Kittnar et al., 2021, s. 117).

### 2.2 Erytrocyty

Erytrocyty neboli červené krvinky jsou jako jediné krevní elementy bezjaderné. Mají tvar bikonkávního disku a dává tím krvince větší difúzní plochu k směně krevních plynů na rozdíl od jiných tvarů. Fyziologická hodnota erytrocytů v krvi je u žen  $3,9-5,5 \times 10^6/l$  krve a u mužů  $4,1-6 \times 10^6/l$  krve. Erytrocyty obsahují hemoglobin, takzvané červené krevní barvivo, které na sebe dokáže vázat  $O_2$  a  $CO_2$ . Životnost erytrocytů je 100-120 dní. Jejich destrukce probíhá ve slezině (Kittnar et al., 2020, s. 124; Dylevský, 2019, s. 99).

Hlavní funkcí je transport dýchacích plynů. Přenášejí kyslík z plic k buňkám a oxid uhličitý z buněk do plic a vydechovaného vzduchu.  $O_2$  a  $CO_2$  se váže na železo obsažené v hemoglobinu. Další významnou funkcí je pak možnost identifikovat krevní skupinu. Povrch erytrocytů obsahuje tzv. antigenní determinanty, jejichž přítomnost slouží právě k rozlišení krevních skupin, z nichž nejvýznamnější jsou skupiny AB0 a Rh (Křivánková, 2020, s. 73; Kittnar et al., 2020, s. 137).

### **2.3 Leukocyty**

Leukocyty, jinak také zvané jako bílé krvinky, jsou buňky různých tvarů a velikostí, s nepostradatelnou funkcí, kterou je obranná schopnost organismu. Podle přítomnosti či nepřítomnosti barvitelných zrníček v cytoplazmě rozlišujeme leukocyty do 2 skupin, a to na granulocyty a agranulocyty. Fyziologické množství leukocytů v krvi se pohybuje v rozmezí hodnot  $4-7 \times 10^9/l$  krve (Křivánková, 2020, s. 73).

Granulocyty dále dělíme na neutrofilly, které mají schopnost fagocytózy. Eosinofily jejichž hlavní funkcí je obrana proti parazitům a bazofily, které se podílejí na zánětlivé odpovědi organismu, a to díky své schopnosti uvolňovat histamin (Kittnar et al., 2020, s.140).

Agranulocyty ve své cytoplazmě neobsahují zrna schopná barvení. Podle jader se dělí na lymfocyty a monocyty (Dylevský, 2019, s. 100).

### **2.4 Trombocyty**

Trombocyty neboli krevní destičky mají strukturu disku a velikostně představují asi třetinu velikosti erytrocytů. Fyziologické množství trombocytů je v rozmezí  $150\ 000-300\ 000/mm^3$  krve. Jejich rozpad nastává přibližně za 8-12 dní. Produkce trombocytů je řízena hormonem trombopoetinem, který produkuje tkáň ledvin a jater. Funkcí krevních destiček je hemostáza. Při narušení cévy se shlukují na její stěnu a zastavují krvácení tak, že zvětší svůj objem vytvoří tzv. destičkový trombus (Kittnar et al., 2020, s. 141; Křivánková, 2020, s. 74).

### 3 AKUTNÍ LEUKÉMIE

*„Akutní leukémie jsou heterogenní skupinou maligních klonálních onemocnění krvetvorby, u kterých dochází k nekontrolovatelné proliferaci a akumulaci leukemických blastů v kostní dřeni. Tyto patologické, nezralé krevní elementy ztrácejí svou schopnost diferenciacce a vykazují řadu funkčních poruch.“ (MZCR, ©2019)*

Akutní leukémie představují velká rizika v oblasti ošetrovatelské problematiky s ohledem na charakter nemoci, komplikace a typ léčby. Ošetrovatelská péče musí být primárně zaměřena na kontrolu a zabezpečení oslabené obranyschopnosti a rizika infekce, jelikož pacienti s leukémií jsou rizikovou skupinou právě pro rozvoj infekcí různého typu, jejichž podstatou je zhoršená krvetvorba vlivem nemoci. Dále na ošetrování centrálních žilních vstupů pro aplikaci cytostatik, transfuzí, ATB léčby a k častým odběrům krve. Rovněž při podávání transfuzí z důvodu poruchy krvetvorby vlivem leukémie a útlumu krvetvorby při chemoterapii, kdy je důležité zachovat přísné zásady asepse (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 204).

Rozdělení akutních leukémií je dáno jejich původem, tedy z jaké vývojové linie byly odvozeny a dělíme je na akutní myeloidní leukémii a akutní lymfoblastickou leukémii (MZCR, ©2019).

#### 3.1 AKUTNÍ MYELOIDNÍ LEUKÉMIE

Akutní myeloidní leukémie je charakteristická výskytem nahromaděných blastů myeloidní linie krve v kostní dřeni. Při vyšetření krevního obrazu může být přítomna leukocytóza nebo leukopenie a téměř pravidlem je přítomnost anémie (Vydra, Novák, Lauermannová, 2019, s. 277).

Jedná se o skupinu heterogenních maligních onemocnění krvetvorby. Dochází ke klonování nádorově změněných buněk, které následně utlačují fyziologickou krvetvorbu v kostní dřeni. AML je z akutních leukémií nejčastěji se vyskytující. Výskyt AML stoupá s věkem. Průměrný věk je 65 let a o něco častěji bývá diagnostikována u mužů než u žen (Faber, 2015, s. 172; Karas, 2017, s.491).

Příčiny vzniku AML nejsou zcela objasněny, ale mezi některé rizikové faktory patří benzen a jeho deriváty, některé herbicidy a pesticidy, kancerogenní chemikálie včetně cytostatik, ionizující záření, některé vrozené choroby, geneticky podmíněné stavy, např. Downův syndrom (Indrák, 2014, s. 262).



### **3.1.1 Symptomy**

Soubor příznaků vyplývá z nedostatku funkčních zdravých krvinek. Rozvoj projevů AML může být velice rychlý a někdy je pacient hospitalizován s život ohrožujícími komplikacemi (Karas, 2017, s. 493).

Mezi typické příznaky AML patří únava, snížený fyzický výkon jako následek anémie, častý výskyt infekcí, které neadekvátně reagují na antibiotickou léčbu, dále se mohou vyskytovat krvácivé projevy jako jsou petechie, tvorba modřin, epistaxe, krvácení z dásní, ale i krvácení do plic, GIT či CNS (Šálek, 2013, s. 487).

Leukocytóza spojená s akutní leukémií při hodnotách nad  $50\,000 \times 10^9/l$  může vést k rozvoji syndromu leukostázy, který vyžaduje okamžitou léčbu. Ten se projevuje dušností a respirační insuficiencí, dále bolestmi hlavy a poruchami vizu s projevy zmatenosti, poruchami vědomí, pacienti jsou ohroženi krvácením do mozku, na RTG snímcích se mohou objevit intersticiálními infiltráty. (Vydra, Novák, Lauermannová, 2019, s. 279).

### **3.1.2 Diagnostika**

K diagnostikování leukémie se provádí vyšetření krevního obrazu ke zjištění přítomnosti anémie, trombocytopenie, leukocytózy (50-60 % nemocných), může být i fyziologický počet leukocytů s přítomností blastů v diferenciálním rozpočtu (Indrák, 2014, s. 262).

Hiatus leukemicus je stav, kdy jsou přítomny redukované počty zralých neutrofilů s absencí středních vývojových stádií granulocytů (Faber, 2015, s. 173).

Pro stanovení diagnózy je rozhodující vyšetření kostní dřeně, kde se vyskytuje více než 20 % blastů v rozpočtu buněk. Diagnózu AML potvrdíme cytochemickým a imunofenotypizačním vyšetřením s průkazem myeloperoxidázy. Pro AML jsou typické tzv. Aureovy tyče, které vznikají agregací granul (Indrák, 2014, s. 262-263; Faber, 2015, s. 174).

Cytogenetické vyšetření je vhodné využít ke správné kategorizaci AML a z prognostického hlediska přispívá k odhadu efektu cytostatické léčby a volbě léčby AML. V případě selhání klasického cytogenetického vyšetření je možné využít molekulárně cytogenetické vyšetření (Karas, 2017, s. 494).

### **3.1.3 Léčba**

Před samotným začátkem léčby je důležité si ujasnit s jakým záměrem bude pacient léčen, zda s kurativním záměrem či paliativně. Zvažují se vlastnosti vlastní leukémie, celkový stav

pacienta, jeho věk, komorbidity i osobní preference po řádném poučení pacienta (Rohoň et al., 2016, s. 37).

V případě kurativního potenciálu zahajujeme léčbu o 2 fázích – indukční a konsolidační (jinak také postremisní). Cílem indukční fáze je s intenzivní chemoterapií dosáhnout aplázie kostní dřeně a obnovení fyziologické krevetvorby. V případě úspěšnosti této fáze se pacient dostává do remise a zahajuje se fáze konsolidační (Tomášek, 2015, s. 377).

Vzhledem k rychle progredujícímu onemocnění jako je AML je nutné neodkladně po stanovení diagnózy zahájit léčbu. Je prokázáno, že odložení léčby o více než 5 dnů značně snižuje naději na přežití a vyléčení (Bureš, Horáček, Malý, 2014, s. 601).

Principem kurativní léčby je navození stavu kompletní remise onemocnění intenzivní cytostatickou léčbou a dlouhodobě udržet tuto kompletní remisi (Karas, 2017, s. 500).

Indukční fáze se již několik desítek let řídí režimem „3+7“, kdy podáváme intravenózně antracykliny (daunorubicin 60-90 mg/m<sup>2</sup>, idarubicin 10-12 mg/m<sup>2</sup>, mitoxantron 10-12 mg/m<sup>2</sup>) po dobu 3 dnů a kombinujeme je s cytarabinem 100-200 mg/m<sup>2</sup> obsaženým v infuzi, kterou podáváme kontinuálně po dobu 7 dnů (Šálek, 2013, s. 493).

Pokud je dosaženo KR, k čemuž asi v 60–80 % případů dochází po podání jednoho nebo dvou cyklů indukční chemoterapie, přechází pacient do postremisní fáze léčby. V opačném případě, kdy ke kompletní remisi ani po 2 cyklech nedošlo, je možné podat tzv. záchranný režim, který je založen na vysokých dávkách cytarabinu. Pokud ani poté nedojde k navození alespoň parciální remise onemocnění, zbývají už pak pouze možnosti v podobě klinických studií nových léčiv nebo paliativní léčba (Tomášek, 2015, s. 378).

Konsolidační fáze terapie je nezbytná k udržení remise AML, jelikož bez této následující fáze by téměř všichni pacienti přešli do relapsu (Karas, 2017, s. 501).

Rozděluje se do 3 skupin dle prognózy (Vydra, Novák, Lauermannová, 2019, s.284):

- AML s příznivou prognózou: 4 cykly konsolidační chemoterapie HDARA<sub>C</sub>,
- AML se střední prognózou: 1-2 cykly HDARA<sub>C</sub> + alogenní transplantace krevetvorby v případě že je dostupný HLA shodný dárce, jinak podání celkem 4 konsolidačních cyklů HDARA<sub>C</sub> po dobu vyhledávání dárce,
- AML s nepříznivou prognózou: 1-2 cykly HDARA<sub>C</sub> + alogenní transplantace krevetvorby, bez transplantace je velmi nízká šance na dlouhodobé přežití.

Alogenní transplantace krvetvorby neboli alloHSCT, je intenzivní léčebná metoda, při které je hlavním smyslem nejen podat chemoterapii k léčbě malignity a darování štěpu kostní dřeně, ale také přenos lymfocytů od dárce k navození imunitní reakce a tím eliminace nádorových buněk pacienta. Rozlišujeme ji na singenní, kdy dárce kostní dřeně je dvojče, sourozeneckou, nepříbuzenskou, což znamená, že dárce je vyhledáván v registru dárců, Myeloablativní, Nemyeloablativní (nižší intenzita chemoterapie – únosné i pro pacienty nad 60 let), HLA identickou, HLA haploidentickou, kdy shodnost znaků v jednom haplotypu je pouze poloviční (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 74).

Další formou buněčné terapie je možnost podat neselektované alogenní dárcovské lymfocyty, takzvané DLI, a to za účelem léčebným či jako prevence potransplantačního relapsu. V případě léčby relapsu pacient nejdříve podstoupí chemoterapii a poté mu jsou podávány postupně se zvyšující dávky DLI v rozmezí 8 týdnů. Možnost podávat selektované formy DLI z důvodu větší bezpečnosti je stále ve fázi klinických výzkumů (Vydra, 2019, s.139.).

Paliativní léčbu v onkologii můžeme označit jako protinádorovou léčbu, která však nemá za cíl úplné uzdravení pacienta, brání pouze rozvoji onkologického onemocnění, mírnění souvisejících příznaků a vede ke zlepšení kvality života pacienta. Pacienti, kteří nejsou indikováni ke kurativní léčbě by v tomto případě měli být zařazeni do klinických studií, které zkusí nové možnosti léčby (Vokurka, Tesařová, 2018, s.78; Karas, 2017, s.500).

Paliativní léčba u AML zahrnuje (Rohoň et al., 2016, s. 38):

- Podkožní podávání nízké dávky cytarabinu (Ara-C) 20mg s.c., 2x denně na 10 dní. Pozitivní význam na celkové přežití mají i hypometylační látky, a to také u osob s nepříznivou cytogenetikou,
- Podpůrná léčba obnáší cytoredukci pomocí hydroxyurey, náhradu krevních elementů, léčbu infekcí a hemoragických komplikací.

### **3.2 AKUTNÍ LYMFBLASTICKÁ LEUKÉMIE**

ALL patří k nejčastějším nádorovým onemocněním dětského věku, kdy nejzatíženější věková hranice je mezi 2. a 5. rokem věku dítěte. U dospělých jedinců představují asi jen 20 % celkového výskytu (Šálek, 2013, s. 505).

Jedná se o heterogenní skupinu maligních onemocnění krvetvorby a jejich vznik je zapříčiněn maligní transformací hematopoetické kmenové buňky. Známa je souvislost vzniku ALL

s trizomií 21. chromozomu, kdy je riziko této maligní změny asi 20x větší (Faber, 2015, s.181; Indrák, 2014, s.249).

### **3.2.1 Symptomy**

Některé příznaky bývají podobné jako u akutní myeloidní leukémie. Typické je zhoršování celkového stavu v průběhu dní až týdnů a rovněž jsou symptomy spojeny s nedostatkem fyziologické krevetvorby. Patří mezi ně časté infekce a horečky, krvácení a zvětšení uzlin (Indrák, 2014, s. 249).

K těmto symptomům se může přidat i rozvoj lymfadenopatie, splenomegalie, bolest kostí, paraneoplastické horečky nebo úbytek hmotnosti. U pacientů dětského věku je pak typická bolest kostí končetin a páteře (Faber, 2015, s, 182; Indrák, 2014, s.257).

### **3.2.2 Diagnostika**

Vyšetření krevního obrazu z periferní krve, kde obvykle zjišťujeme anemii, trombocytopenii a výraznou leukocytózu. Pro ALL je typická náročná aspirace kostní dřeně při sternální punkci – tzv. suchá punkce (Faber, 2015, s. 182).

Imunofenotypizační vyšetření, tzv. flowcytometrie slouží ke stanovení definitivní diagnózy a specifického fenotypu blastů, který může být později využit ke sledování MRN. Cytogenetické vyšetření využíváme k odhalení některých patologických aberací (např. Philadelphský chromozom) což má velký prognostický význam. Molekulárně genetické vyšetření dokáže tyto změny odhalit s vyšší citlivostí a dále identifikuje specifické přestavby genů pro IgH a T-buněčný receptor ke kvalifikaci MRN (Tomášek, 2015, s. 373; Šálek, 2013, s. 506).

### **3.2.3 Léčba**

Akutní lymfoblastická leukémie obvykle recidivuje během 1. - 2. roku po ukončení léčby, a to až u 80 % pacientů. K opětovné remisi pak dochází u zhruba 50–60 % pacientů (Indrák, 2014, s.254).

Léčba ALL je založena na cyklické chemoterapii o 3 fázích (Bureš, Horáček, Malý, 2014, s. 603):

- Indukce – cílem je navození kompletní remise,
- Konsolidace – tzv. postremisní léčba,
- Udržovací léčba (maintenance).

V současné době je při indukční léčbě dosaženo zhruba z 90 % kompletní remise u pacientů se standardním rizikem a ze 75 % u pacientů s vysokým rizikem. Indukční léčba se skládá z prefáze, při které se podávají kortikosteroidy, v některých případech v kombinaci s nízkou dávkou cyklofosfamidu což umožňuje redukci nádorové masy před podáním samotné intenzivní chemoterapie a poskytuje čas k provedení dalších specializovaných vyšetření k uzavření diagnózy (Šálek, 2013, s.508).

Následují dva indukční cykly, ve kterých se podávají kortikosteroidy (nejčastěji prednison, dexametazon), kombinace různých cytostatik (cyklofosfamid, vinkristin, daunorubicin, idarubicin) a doplňují se asparaginázou, která se v pegylované formě podává pro delší účinnost a snížení rizika alergické reakce. Indukční terapie trvá dle většiny protokolů zhruba 8 týdnů a vzhledem ke svému vysokému rizikům vyžaduje účinnou podpůrnou antiinfekční léčbu. (Rohoň, 2016, s.52; Indrák, 2014, s.253).

Konsolidační léčba se skládá z 6-8 chemoterapeutických cyklů, ze kterých asi 2 cykly kopírují schéma indukčních bloků, jedná se o tzv. reindukci. Opět se podávají intenzivní dávky kombinované chemoterapie používané v indukční fázi a jsou doplněny o vysokodávkovaný metotrexát, Ara-C, etoposid a další. Pokud není konsolidační léčba doplněna o alogenní transplantaci krvetvorby, která se podává u rizikových skupin pacientů, trvá obvykle několik měsíců (Šálek, 2013, s.509; Bureš, Horáček, Malý, 2014, s.603).

Po ukončení konsolidační fáze se přistupuje k udržovací léčbě, která obnáší podávání chemoterapie s nižší intenzitou, než byla dosud, a to obvykle ještě další 2-3 roky (Vydra, Novák, Lauermannová, 2019, s.275).

Radioterapie je běžnou součástí léčby ALL, provádí se ozářením CNS a v kombinaci s podáním intratekálních cytostatik redukuje počet relapsů v této oblasti. Celotělové ozáření může být součástí přípravy před transplantací kostní dřeně (Indrák, 2014, s.254).

## 4 POHLED NA NEMOC Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA

Definovat zdraví a nemoc není jednoduchá záležitost. Jinak je charakterizuje lékař, jinak sociolog, jinak humanista a jinak mohou být vnímány i jednotlivými osobami subjektivně (Zacharová, 2017, s. 17).

Zdraví můžeme dle WHO definovat jako: „Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Prožívání nejvyšší úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomických nebo sociálních podmínek.“ [překlad vlastní] (WHO, ©2023)<sup>1</sup>

Psychoonkologie je interdisciplinární obor spojující onkologii, psychologii, sociologii, imunologii a endokrinologii. Zabývá se psychologickou stránkou nádorových nemocí od přijetí diagnózy po její další průběh (Dostálová, 2016, s. 48).

Faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc jsou zkušenosti pacienta s chorobou a léčbou, se zdravotnickým zařízením a jeho personálem ve kterém je léčen, s prostředím, ve kterém nemocný žije a je vychováván, věk nemocného a jeho temperament, vzdělání nemocného, zdravotní uvědomění a úroveň inteligence (Kelnarová, Matějková, 2014, s.69).

Pacient před i po transplantaci kostní dřeně prochází různými psychickými změnami. Tyto změny můžeme dělit do 3 období na předtransplantační, časné potransplantační a pozdní potransplantační období. Předtransplantační období v pacientovi vyvolává pocity naděje, ale i obavy, zda bude nalezen vhodný dárce. Poté, co je dárce nalezen, přichází jistá úleva. Časné potransplantační období je spojeno s negativními i pozitivními myšlenkami na to, jak transplantace proběhla a jaké případné komplikace je mohou potkat. Pozdní potransplantační období, které bývá většinou již v ambulantní péči, závisí na stavu pacienta. Pacient může mít pocit, že je z nejhoršího venku a stav se bude zlepšovat, trvá však i několik měsíců, než se dárcovské krvinky plně adaptují na tělo příjemce (Kalvodová, 2019, s.123).

Člověk celý život uspokojuje své potřeby. Základní dělení je na primární potřeby, které jsou nezbytné pro přežití a potřeby sekundární, které vznikají na základě potřeb primárních a lidský život obohacují. Při poskytování ošetrovatelské péče je mimo jiné důležité znát základní potřeby člověka a pokud možno péči o pacienty těmito potřebám přizpůsobit. Nesmíme

---

<sup>1</sup> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

zapomínat na uspokojování všech složek biologických, psychických a sociálních potřeb. Potřeby u nemocných je možné rozlišovat do 3 skupin (Zacharová, 2017, s.26):

- Potřeby, které se nemocí nemění jsou stejné jako u zdravého člověka (například potřeba odpočinku, výživy, vyprazdňování, pocit bezpečí a podobně),
- Potřeby, které se nemocí modifikovaly jsou velmi individuální a jsou ovlivněny nemocí jako takovou, závisí na druhu, závažnosti a stádiu nemoci (například potřeba fyzické aktivity, kulturní potřeby a další),
- Potřeby, které nemocí vznikly (například potřeba uzdravení se, zbavení bolesti) a jejich důležitost vychází z priorit pacienta a jeho charakteru.

#### 4.1 Vývojová psychologie

Život člověka můžeme rozdělit na 3 hlavní období dle výkonnosti (Thorová, 2015, s. 311):

**INTEGRAČNÍ OBDOBÍ** – od početí do 20 let (dětství a dospívání). V tomto období je vývoj a jeho změny považován za nejvýraznější. Labilní psychika se převrací na psychiku stabilní. Na procesu socializace se podílí faktory výchovy, napodobování a vzdělání. V integračním období se z úplné závislosti stává kompletní samostatnost člověka.

**KULMINAČNÍ OBDOBÍ** – od 20 let do 60 let (dospělost). Osobnost se zde dostává na vrchol svých psychických a fyzických sil a stává se vyžralou ve složkách kognitivních a emočních. Mluvíme o autonomní osobnosti schopné určovat životní priority, mít závazky vůči sobě a okolí, s jasně ujasněným žebříčkem hodnot. Od 45 let dochází k postupnému přechodu do mírného involučního období, kdy začínají postupně ubývat síly.

**INVOLUČNÍ OBDOBÍ** – od 60 let do konce života (stáří). Involuce tu začíná být více nápadná, člověk si ji začne plně uvědomovat. Na tento proces mají vliv i genetické faktory. Pokračuje zhoršování fyziologických funkcí člověka, kdy klesá plodnost, objevuje se presbyopie a navyšuje se unavitelnost. Některé faktory stárnutí lze určitými prostředky zpomalovat.

I když je psychický vývoj u každého jedince velmi individuální, můžeme definovat obecné zákony psychického vývoje, které mají jisté shodné tendence u všech osob. Vývojová kontinuita a konzervace znamená, že psychický vývoj má určité charakteristické znaky a postupuje v pevném sledu. Změny psychického vývoje vedou k vyšší diferenciaci, probíhá proces integrace, který vede k celistvému uspořádání psychiky, což následně umožní lepší specializaci. Psychika jako aktivní vývojový činitel prochází různými změnami vlivem prostředí, ve kterém se člověk během vývoje nachází a její rozvoj postupuje různou rychlostí

v závislosti na aktuálním vývojovém období, přičemž v dospělosti je tento vývoj nejpomalejší. Příčinou individuálních změn ve vývoji psychiky jsou různé kombinace vnějších a vnitřních vlivů, které na člověka celý život působí (Thorová, 2015, s.34-35).

## **4.2 Prožívání nemoci**

To, jak nemocný reaguje na sdělení závažné diagnózy mimo jiné ovlivňuje i způsob, jakým je nemoc pacientovi sdělena. V první řadě je důležité uvést, že sdělení nálezu je výhradně v kompetenci lékaře. Existuje několik zásad, které by měly být při sdělování nepříznivé zprávy dodrženy. Měl by to být zpravidla ošetřující lékař, ke kterému má pacient největší důvěru a sdělení by mělo proběhnout v soukromí. Lékař oznámení diagnózy přizpůsobuje tomu, co pacient již o svém stavu ví. Je důležité počítat s dotazy, na které je potřeba odpovídat co nejobsáhleji. Nikdy netlumíme emoční odezvu pacienta a zachováváme empatii. Příjemce zprávy by měl mít pocit, že se na zdravotníky může plně spolehnout a že mu budou oporou. Na závěr by měl být s pacientem domluven další rozhovor a setkání (Zacharová, 2017, s. 40).

Na prožívání nemoci závisí i to, zda je nemoc spojena s hospitalizací nebo dlouhodobou pracovní neschopností. Obecně se dá říci, že senioři zvládají onkologickou léčbu lépe psychicky, ale hůře po fyzické stránce, kdežto u mladých pacientů je tomu naopak, nejsou na nemoc a smrt psychicky připraveni tak jako senioři, kteří zažívají odchod svých kamarádů či příbuzných (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 227).

Subjektivní prožívání při adaptaci na nemoc označujeme jako tzv. autoplastický obraz nemoci, který zahrnuje složku senzitivní, jež představuje vnímání potíží a bolesti nemocného, dále složku volní, která ovlivňuje snášenlivost utrpení nemocného, kam patří aktivní úsilí jedince nemoc zvládnout. Dále pak složku emocionální, která může průběhu léčby přispět nebo mu uškodit, zahrnuje průvodní pocity nemocného, jako je strach, úzkost i pocity naděje, a nakonec složka racionální a informativní, která je založena na vědomostech člověka o nemoci a její léčbě a souvisí s představami pacienta o nemoci (Kelnarová, Matějková, 2014, s.70).

Psychický stav pacienta s onkologickým onemocněním ovlivňuje jeho premorbidní osobnost. Již při prvním kontaktu s pacientem si všímáme celkového vzhledu a různých zvláštností. Například u mladé atraktivní ženy můžeme předpokládat horší adaptaci na karcinom prsu než u starší a vyrovnaně vypadající ženy. Využit lze i Kretschmerovu typologii osobností související s temperamentem – astenický, atletický a pyknický typ. Nebo Eysenckovu typologii temperamentu – extrovert a introvert. Dále vnímáme pacientovy postoje a inteligenci, která v případě nižší úrovně může přinést špatné chápání celé situace (Dostálová, 2016, s.49).



Dalšími faktory, které ovlivňují vnímání život ohrožující diagnózy jsou složky biologické, psychické, spirituální a sociální, ty ovlivňují podmíněnost autoplastického obrazu nemoci. Ve složce biologické záleží na tom, o jakou rakovinu se jedná (rakovina plic, prsou, jater a jiné), jaké jsou průvodní symptomy nemoci (nevolnost, bolest a další), v jakém stádiu je nemoc objevena, jaký je očekávaný průběh nemoci, jaká je léčba nemoci. Složka psychická je dána schopností zvládat náročnou situaci či změnu vzhledu (ztráta vlasů jako následek chemoterapie, operační zásah – např. mastektomie). Sociální složka je rozhodující podpora okolí pacienta při zvládání nemoci, kdy nedostatek této podpory může mít negativní následky pro nemocného. Vliv mají i intrapersonální (premorbidní osobnost pacienta), interpersonální a socioekonomické faktory, tedy dostupnost léčby (Wise, Biondi, Constantini, 2013, s.8).

Na prožívání nemoci v čase se mimo již zmíněných skutečností podílí i pohlaví, dostupnost péče v zemi, prognóza a naděje na kvalitní život (Kelnarová, Matějková, 2014, s.72).

Po diagnostikování nemoci dochází ke změně stereotypu jedince a vzniku nejistoty. Pacienti si při prožívání nemoci v čase prochází stádiem aktivní adaptace, kdy se přizpůsobují roli nemocného a problémům spojených s nemocí. Dále je stádium psychické dekompenzace, to se odvíjí od stavu nemocného a průběhu jeho nemoci, vzniká zpravidla tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci a stádium pasivní adaptace, kdy pacient zcela rezignuje na svůj stav, k čemuž dochází především u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů (Zacharová, 2017, s.46).

Strach může být reálný (pacient se bojí o svůj život) i nereálný (psychiatrická nemoc). Jako užitečný můžeme označit strach přiměřený (například rizika spojená s užíváním drog a kouřením), naopak strach nepřiměřený je pro člověka škodlivý. Předmětem strachu může být bolest, ztráta životních standardů, jako například možnost chodit do zaměstnání, odloučení od nejbližších, vzhled, nutnost změny způsobu života, strach ze smrti a umírání, strach z léčby a následků nemoci nebo vlastní negativní zkušenost (Kelnarová, Matějková, 2014, s.73; Zacharová, 2017, s.56-57).

Pokud se pacient dostane do stavu regrese, znamená to, že se stane více nesamostatným, bývá zběsilý a neutišitelně se vzteká. Chce, aby o něj bylo pečováno jako o malé dítě a rozhodování nechává na ostatních, což mu může pomoci k dočasnému vyrovnání se se situací (Kalvodová et al., 2019, s.122).

Úzkost lze chápat jako označení subjektivních prožitků nejistoty, neurčitých obav a starostí. Je obtížné úzkost odlišit od strachu. Úzkost můžeme považovat za evolučně výhodný rys

temperamentu a za výsledek učení. Chronická úzkost může vést ke ztrátě důvěry a sebejistoty (Baštecká, Mach, 2015, s.421).

*„Podle psychologické definice se stres objevuje tehdy, jestliže jedinec usoudí, že nároky jsou vyšší, než jsou jeho zdroje k jejich zvládnutí.“ (Ayers, De Wisser, 2015, s.50)*

Stres můžeme dělit na eustres (pozitivní zátěž motivující k lepším výkonům) a distres (jedince může poškodit nebo mu způsobit smrt). Při stresu dochází ke vzniku obranné reakce organismu. Byla popsána 3 stádia – stádium alarmu, stádium rezistence a stádium vyčerpání. Reakce na stres je různý způsob, jakým jedinec na stresovou situaci reaguje. Vyvolávají ji vnitřní nebo vnější události, tzv. stresory (Adam et al., 2019, s.99; Ayers, De Wisser, 2015, s.50-51).

Posttraumatická stresová porucha může být jednou z reakcí pacienta na život ohrožující onemocnění. Mezi projevy této poruchy patří narušený spánek s nočními děsy, přetrvávajícími pocity úzkosti a zatěžujícími vzpomínkami na traumatické období. Tyto stavy mohou trvat několik měsíců i let po vzniku traumatické situace a mohou narušovat různé oblasti života člověka (Bednařík, Andrášiová, 2020, s.27).

Na zdraví člověka může působit i postoj nadřízeného v zaměstnání. Jeho chování k podřízenému může mít pozitivní i negativní vliv. Kvalitní nadřízený by měl stát za svým zaměstnancem, motivovat ho, aby se nastavil na dlouhodobý běh, nepřepínal se za cenu následného zhroucení či vyhoření. V opačném případě můžeme vidět i destruktivní vlivy na psychiku, kdy někteří lidé chodí do práce s pocity stresu a nevolnostmi. V tomto případě, pokud není možné zaměstnání opustit, je vhodné vyhledat psychologa, který takového člověka může naučit vyrovnávat se se stresem za pomoci psychohygienických a relaxačních technik na odbourání stresových rizik (Adam et al., 2019, s.112).

### **4.3 Fáze vyrovnání se s nemocí**

Americká lékařka Elizabeth Kubler-Rossová objasnila základní fáze psychického prožívání po sdělení život ohrožující diagnózy. Jsou jimi negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření se s nemocí (Tomášek et al., 2015, s. 131).

Všechna stádia vyrovnání se s nemocí jsou provázena nadějí na zlepšení stavu. Tato naděje nemusí být racionální a může být střídána obdobím naprosté beznaděje (Kupka, 2014, s.97).

Při vynucené změně identity bývá na počátku šok, pacienti ve fázi negace můžeme dělit na typ aktivační, který reaguje aktivací a panikaři. A na typ inhibiční, který takzvaně ztuhne. Mezi

nimi existuje i stav kognitivního přežití, kdy člověk jedná jako robot a jeho jednání může být logické nebo i nelogické. Typická je posttraumatická citová reakce (Adam et al., 2019, s.36).

Ve fázi agrese jde o agresivní chování vůči okolí pacienta. Jedná se o pocity závnsti vůči zdravým lidem. Časté jsou v době hospitalizace stížnosti na banální problémy. Je důležité v této fázi vnímat prožívanou životní krizi a beznaděj umírajícího člověka (Kupka, 2014, s.96).

Zhruba za 1 až 2 týdny je člověk zklidněn a schopen zapojit rozum. Vymýšlí způsoby, jak nad nemocí zvítězit. Pacienti začínají nemoc usilovně studovat, vyhledávají alternativní terapie, zkouší samoléčbu a jiné. Charakteristická je úporná a netypicky silná motivace. U věřících pacientů je typické uzavírání smlouvy s Bohem o tom, co udělají, když přežijí. Lékař by této fázi neměl bránit, ale měl by upozornit na hrozící excesy v podobě hladovek, vysazení léčby a podobně. Pacienti jsou již citově zklidněni (Adam et al., 2019, s.37).

Pocity deprese jsou značně ovlivněny vývojem celé situace. Pokud léčba nemoci postupuje dobře, nemusí k této fázi vůbec dojít. Reaktivní deprese je reakcí na celkové vyčerpání z bezvýhodné situace („At' dělám, co dělám, smrt je nevyhnutelná, nikdo s tím nemůže nic dělat.“) Ve fázi deprese je nutné dbát na příjem tekutin a spánek, protože nedostatek v těchto dvou složkách patří mezi hlavní příznaky deprese, která je tím více prohlubována. Z minulých fází může přetrvávat porucha vnímání jako je depersonalizace, derealizace a hypervigilance. V období remise onemocnění může ještě přetrvávat deprese, ale pacient postupně začíná znovu objevovat ztracené hodnoty nebo si vytváří nové a pozvolna plánuje do budoucna. Pacienti se již výrazně nezajímají o věci, které nejsou pro život důležité a jejich postoj je celkově vyzrálejší (Adam et al., 2019, s.38; Dostálová, 2016, s.59).

Zvládání stresu se ukázalo jako důležité ve spojení s progresí rakoviny a mortalitou. U lidí s nevléčitelnou rakovinou, kteří svou diagnózu přežili až o 12 let se ukázaly jisté společné rysy. Byly jimi autentičnost – chápání, co je v životě důležité, autonomie a akceptování – větší emocionální blízkost s druhými, radostnější zážitky (Ayers, De Wisser, 2015, s. 275).

Je důležité, aby zdravotníci, kteří se podílí na léčbě pacientů s onkologickou nemocí, byli schopni rozlišit „normální“ a „psychopatologické“ reakce a ty případně začali vhodně řešit, jelikož v opačném případě může dojít k prohloubení utrpení pacienta (Wise, Biondi, Constantini, 2013, s.13).

## 4.4 Postoje k nemoci

Podle toho, jakou hodnotu má nemoc pro pacienta, můžeme postoj k nemoci rozdělit do několika skupin (Zacharová, 2017, s. 24):

- Normální postoj – odpovídá realitě, na nemoc člověk reaguje přiměřeně,
- Bagatelizující postoj – nemocný podceňuje svůj stav a jeho závažnost, nedodrží navrhovaná opatření, příčinou může být strach z bolesti, následků a podobně,
- Repudiační postoj – nemocný nebere nemoc na vědomí a potlačuje ji, důvody mohou být stejné jako pro bagatelizující postoj, ale dotyčný si je neuvědomuje,
- Disimulační postoj – popírání příznaků, často ve snaze například ukončit PN z finančních důvodů,
- Nosofobní postoj – nepřirozená obava z nemoci, vyhledávání nových lékařů, kteří by ho vyšetřili,
- Hypochondrický postoj – přesvědčení, že trpí závažnou chorobou, podléhá svým potížím,
- Nosofilní postoj – využívá pozitivních stránek nemoci, nemusí plnit své povinnosti, má větší pozornost od okolí,
- Účelový postoj – jedná se o vystupňovaný nosofilní postoj.

Rozlišujeme několik typů vnitřního obrazu nemoci pacientů, jsou jimi obraz harmonický, kdy člověk hodnotí svůj stav bez přehánění a nedoceňuje vážnost situace, dále obraz ergopatický, který se podřizuje doporučení zdravotníků, aby pacientovi zůstala možnost být v práci co možná nejdéle, obraz anozognostický, který odmítá myšlenky na nemoc. U zneklidněného pacienta se propojuje pocit úzkosti a obsedantně fobického stavu, hypochondrický přístup se soustředí pouze na nemoc, často zveličuje své problémy. Neurastenický pacient bývá netrpělivý, podrážděný a tyto pocity často bývají od pacienta přenášeny na okolí. Pacient melancholický nemá důvěru v uzdravení, v popředí je deprese. Apatický pacient má projevy lhostejnosti a pasivně se podřizuje. Obraz egocentrický typicky do popředí staví nemoc a pozornost je zaměřena na vlastní osobu pacienta. Paranoidní člověk vnímá nemoc jako trest, podezírá zdravotníky a obviňuje je při vzniku komplikací. Dysforický obraz je provázen pocity závidění až nenávidění ke zdravým lidem (Tomášek, 2015, s.133-134).

## 4.5 Kvalita života u onkologicky nemocných

*„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem.“*  
(NZIP, ©2023)

Pro hodnocení kvality života u onkologických pacientů můžeme využít 6 složek k jejímu posouzení. Mezi tyto složky patří tělesné zdraví, u kterého hodnotíme celkovou pohodu pacienta, kvalitu jeho spánku, přítomnost bolesti, energii pacienta. U psychického zdraví posuzujeme vnímání svého těla (například pahýl po amputaci, ztráta vlasů jako následek léčby a jiné), sebehodnocení a projev emocí. Míra samostatnosti určuje každodenní fungování pacienta, schopnost pohybu, sebeobsluhu. Zhodnocení sociálních vztahů znamená posouzení vztahu s blízkými, a to i v oblasti sexuality a úroveň sociální opory. Kvalita prostředí závisí na prostředí, ve kterém se pacient vyskytuje (domov, nemocnice, hospic). Na kvalitě života se podílí i spiritualita, tedy náboženství, osobní přesvědčení a jednání v souladu se svými hodnotami (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 231).

## PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkum byl prováděn ve Fakultní nemocnici Hradec Králové ve IV. Interním oddělení hematologické kliniky formou polostrukturovaného rozhovoru s 5 pacienty ze 6 dotazovaných, kteří byli ochotni vést rozhovor, a kteří byli v různých stádiích akutní leukémie. Po předchozí domluvě s vrchní sestrou hematologické kliniky, jsme se společně shodly na provedení rozhovorů s pacienty docházejícími do zařízení ambulantně kvůli kontrolním odběrům krve a kostní dřeně, návštěvě poraden po transplantacích kostní dřeně a podávání infuzní terapie. Aktuálně hospitalizovaní pacienti nebyli po domluvě s vrchní sestrou k rozhovorům vybráni z důvodu obavy o jejich psychický stav vzhledem k okolnostem provázejícím jejich diagnózu. Stanovená věkové hranice u respondentů byla před zahájením průzkumu v rozmezí 18-70 let. Rozhovory probíhaly od 1.května 2023 do 30.června 2023.

## 5 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pro průzkumnou část byl vybrán kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen z důvodu možnosti podávat případné doplňující otázky. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a dále doslovně přepsány do programu Microsoft 365 Word. Poté bylo v programu Atlas.ti provedeno otevřené kódování jednotlivých rozhovorů a kódy byly dále zpracovány do myšlenkových map.

### 5.1 Podkapitola praktické části

Před začátkem rozhovoru jsem se respondentům představila a vysvětlila jim, z jakého důvodu budou rozhovory uskutečněny a jak budou dále zpracovány. Po udělení souhlasu jednotlivých respondentů s průzkumem jsme společně zahájili rozhovor s 16 předem připravenými otázkami, které byly dle průběhu rozhovoru hlouběji rozváděny. Rozhovory byly vedeny s každým respondentem zvlášť v oddělené místnosti Hematologické kliniky v Hradci Králové pro zajištění co největšího soukromí. Rozhovory nebyly nijak časově omezeny, nejdelší rozhovor trval 1 hodinu 12 minut, nejkratší rozhovor trval 30 minut. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 5 respondentů. Byli jimi 2 muži a 3 ženy. Dotazovaným respondentům bylo v průměru 46,6 let. Respondenti mužského pohlaví byli ve věku 53 let a 48 let. Respondentky ženského pohlaví byly ve věku 27, 36 let a 69 let.

### 5.2 Stanovené cíle

1. Zjistit v jaké složce života pocítují pacienti největší změnu způsobenou svým onemocněním od objevení nemoci po současnost.

2. Zjistit, jak se změnilo prožívání nemoci v čase a jaká byla prvotní reakce na sdělení diagnózy.
3. Zjistit, jak k nemoci přistupuje jejich zaměstnavatel.

#### **Průzkumné otázky:**

1. Co respondentům pomáhá ve zvládnání náročných situací?
2. Jak vznik nemoci ovlivnil život respondentů a v jaké složce života u nich došlo k největší změně?
3. Jaká byla prvotní reakce respondentů a jejich rodiny na sdělení diagnózy?
4. Jak se u respondentů změnilo prožívání nemoci v čase?
5. Jak k oznámení diagnózy přistupoval zaměstnavatel a jaké možnosti léčby byly respondentovi nabídnuty?

### **5.3 Průzkumný soubor**

#### **Respondent č. 1**

Pacientkou je žena ve věku 36 let, která ambulantně dochází na oddělení IV. Interní hematologické kliniky v Hradci Králové. Důvodem jejích návštěv kliniky jsou v současné době kontrolní odběry krve a podání DLI infuze z důvodu relapsu leukémie po transplantaci kostní dřeně, na které dochází jednou za 2-3 měsíce. Diagnóza jí byla zjištěna před 2 roky. Respondentka byla velmi komunikativní a sympatická, před začátkem našeho rozhovoru uváděla, že o své diagnóze nemá problém s kýmkoliv mluvit a odpovědět na vše, na co se jí budu ptát.

#### **Respondent č.2**

Pacientem je muž ve věku 53 let, který v současné době podstupuje paliativní léčbu ve formě chemoterapií a užívání antivirotik. Rovněž dochází na kontrolní odběry krve a kostní dřeně. Akutní leukémie byla u pacienta zjištěna před 3 lety. Je ženatý a má 3 dospělé děti. Pacient působil velmi vlídně a otevřeně a neměl problém dát souhlas s účastí v mém průzkumu.

#### **Respondent č. 3**

Pacientkou je žena ve věku 27 let, která navštěvuje poradnu pro pacienty po transplantaci kostní dřeně. Na pravidelné krevní odběry dochází ke svému praktickému lékaři. Akutní leukémie jí byla zjištěna před 2 lety. Respondentka je svobodná a bezdětná. Ze začátku rozhovoru působila

trochu nejistě, ale byla velmi milá a sympatická. Zodpověděla všechny mé otázky a v průběhu rozhovoru se stala velmi komunikativní.

#### Respondent č. 4

Pacientkou je žena ve věku 69 let. Navštěvuje nemocnici kvůli chemoterapeutickým infuzím. Leukémie byla u pacientky zjištěna před 5 měsíci. Je vdaná a bezdětná. Pacientka přesto že vyjádřila souhlas s rozhovorem k mé práci odpovídala velmi stroze a vyhýbala se doplňujícím otázkám, což příkládám faktu, že byla diagnóza zjištěna v poměrně nedávném období, na rozdíl od ostatních respondentů, se kterými byly rozhovory minimálně jednou tak dlouhé.

#### Respondent č. 5

Pacientem je muž ve věku 48 let. Hematologické oddělení navštěvuje kvůli kontrolním krevním odběrům a navštěvuje poradnu pro pacienty po transplantaci kostní dřeně. Leukémie mu byla diagnostikována před rokem a půl. Pacient má partnerku a 2 děti. Po udělení souhlasu s rozhovorem respondent odpovídal velmi optimisticky, bylo poznat, že je s nemocí vyrovnaný.



## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Rozhovor byl tvořen celkem 16 předem stanovenými otázkami, které byly obohaceny o doplňující otázky, kladené dle potřeby respondentům. Na základě odpovědí byly vytvořeny jednotlivé kódy, které jsou níže podrobněji rozepsány a označeny tučným písmem. Tyto kódy jsou slova nebo slovní spojení, které charakterizují zkoumaný problém ve větách či odstavcích. Celkem bylo vytvořeno 51 kódů, které slouží k podrobnému zkoumání daného jevu. Otázky z rozhovoru jsou uvedeny v příloze P I.

Prvním vyhodnoceným kódem bylo **zdraví před nemocí**. Všechny odpovědi respondentů se shodovaly, že před vznikem leukémie netrpěli žádnou nemocí a své zdraví hodnotili jako dobré nebo výborné.

**Prvotní příznaky** byly respondenty hodnoceny různě. Ve třech odpovědích byla nemoc zjištěna až při krevních odběrech lékařem. Další respondent uváděl často se opakující chřipky s vysokými teplotami a poslední odpovědí byla silná menstruace a zvýšená kazivost zubů.

Dalším kódem je **příčina vzniku leukémie**, kterou bylo dle většiny odpovědí respondentů dlouhodobé působení nadměrného stresu, pouze v jedné z odpovědí bylo příčinou prostředí, ve kterém byl respondent zaměstnán.

Kód **uplynulá doba od diagnózy** byl vyhodnocen za období od sdělení diagnózy až po současnost. Ve čtyřech odpovědích respondenti o své diagnóze věděli déle než 12 měsíců, v jedné odpovědi respondentka svoji diagnózu zná 5 měsíců.

Vyhodnocený kód **současné obtíže** se u respondentů rovněž různí. Nejčastější odpovědi byly **přetrvávající poruchy psychiky**. **Fyzické obtíže** byly spojeny s kódem **nespavost**. „*Je to pro mě pořád hodně těžké, protože nemůžu spát, pokud neberu nějaké prášky na spaní, a i tak ten spánek není takový jaký bych si přála.*“ S tímto kódem úzce souvisí i kód **únava**, kterou uváděli 3 z dotazovaných respondentů. Jedna z odpovědí uváděla i **bolesti kloubů**. „*Po nějaké větší námaze, která ale vůbec není tak velká, na jakou jsem byla zvyklá, mě trápí bolesti kloubů, které mě hodně omezují.*“

**Psychické obtíže** jsou úzce spojeny s kódem **deprese**, kterou trpí 3 z 5 dotazovaných respondentů vzhledem k náročnosti hned v několika oblastech provázející tuto nemoc. „*U psychiatra mi předepsaly antidepressiva, protože jsem se po tom sdělení naprosto sesypala a nechtěla jsem jíst, pít, ani se hýbat.*“ Dalším kódem je **strach**, který uvedli všichni respondenti. „*Mám velký strach, co teď bude a jestli to všechno zvládnu a neobjeví se další komplikace.*“ A

nakonec kód **uzavření se do sebe**, který s psychickými obtížemi rovněž souvisí. „*Jak mi to řekli, tak jsem se hodně uzavřela a nechtěla jsem o tom mluvit s nikým, ani s rodinou.*“

Další vyhodnocený kód **nastalé změny** je spojen s kódem **vnímání okolí**. **Isolace od okolí a zhoršené navázání intimních vztahů** uváděla pouze jedna, a to nejmladší respondentka. „*I když už jsem z nejhoršího zatím venku, tak mám pořád problém chodit mezi cizí lidi a navazovat nějaké bližší vztahy. Od diagnózy jsem s nikým nechodila a ani to nechci, furt se vnímám ošklivá a podceňuju se, přijde mi jako bych tou nemocí byla označovaná.*“

K **přehodnocení životních priorit** došlo u všech respondentů. „*Tohle je asi největší změna, která u mě nastala, nemyslím už jen na práci a peníze, ale hlavně chci být zdravý a užívat si života naplno, cestovat a být s lidmi které mám rád a kteří mají rádi mě.*“

S nastalými změnami u respondentů souvisí i s kódy **změna plánů do budoucna** a **strach z návratu nemoci**, které uváděli rovněž všichni z dotazovaných. „*Měla jsem nějaké plány, jak bych chtěla, aby se můj život vyvíjel, ale to jsem musela přehodnotit, protože najednou už si nejsem ničím tak jistá, když mi hrozí návrat leukémie, musela jsem se tomu v některých věcech přizpůsobit.*“ **Obavami o zvládnutí situace** trpěla pouze jedna nejstarší respondentka. „*To víte pořád mě provází ten strach, jestli to všechno zvládnou v mém věku, aby mě to nepoložilo úplně, nejsem zvyklá být nemocná vůbec, natož takhle vážně.*“

**Vedlejší účinky léčby** byl kód vyhodnocený na základě odpovědí dvou respondentů, kteří uvedli, že kvůli náročnosti léčby na sobě pozorují **sníženou výkonnost**. „*Po všech těch chemoterapiích, radioterapiích a transplantaci jsem hodně unavená a tělo mi nedovoluje se věnovat všem aktivitám, jak jsem byla zvyklá, což omezuje nejen mě, ale i mé okolí. Nemůžeme kvůli mně jezdit na výlety a doma taky nezvládám všechny práce jako dřív. Manžel musel zastat celou práci na zahradě a pomáhat mi i s úklidem.*“ Dalšími vedlejšími účinky byla respondenty uvedena nevolnost, padání vlasů a vznik aftů v ústech, které ale v současné době přetrvávají pouze u respondentky s nejkratším obdobím od diagnostikování.

Poslední kód spojený s nastalými změnami je **smíření se s nemocí**, což uváděli čtyři z respondentů. „*Nakonec to už беру tak jak to je. Jsem nemocný, to je spousta lidí a jsou na tom i hůř než já. Prostě jsem se rozhodl, že se tomu nepoddám a je to.*“

Dalším kódem je **prvotní reakce respondentů**, která u všech respondentů začala fází **šoku**, která je popisována jako první fáze při vyrovnání se se závažnou nemocí a shodně uváděli **neuvěřením sdělení**, což bylo určeno jako další kódy. „*Byl to neuvěřitelný šok, myslela jsem, že*

*po odběrech půjdu domů a řeknou mi, že mi skoro nic není, nemohla jsem tomu uvěřit. “ Mezi další prvotní reakcí byl u nejstarší respondentky **strach ze smrti**. „Bála jsem se, že to mám spočítaný, už mám nějaký věk, a i když jsem na tom celkově dobře, tak na něco umřít musím a myslela jsem si, že tohle bude ono.“ Nejmladší respondentka uváděla **obavy z nenaplnění životních cílů**. „Nevěděla jsem do čeho jdu, bála jsem se, že nebudu moct mít děti třeba po té léčbě, že to v práci nikam nedotáhnu, že se nebudu moct vdát a zažít to o čem jsem snila jako malá holka.“*

**Reakce rodiny** byla dále rozdělena do kódů **podpora rodiny** a **strach ze smrti blízkého člověka**. Nikdo z respondentů neuváděl negativní reakce ze strany rodiny, ani rozdílné názory na léčbu. *„Byl jsem za rodinu hrozně rád, podpořili mě a dávali na mě i potom doma velký pozor. Hodně mě i motivovali, abych to nevzdal, i když už jsem se cítil fakt mizerně jak psychicky, tak fyzicky, tak mi furt říkali, ať hlavně poslouchám doktory.“* Jiný respondent reakci rodiny popsal větou: *„Rodina nejdřív trochu vyšilovala, i když mi to přímo neřekli, tak vím, že se báli, že umřu, ale chovali se ke mně statečně a dělali pro mě první, poslední, dobře vědí, že mě nesmí litovat.“*

Prožívání nemoci bylo rozděleno na kódy **na začátku** a **s odstupem času**. Ze začátku respondenti uváděli pocity **strachu**, se kterými úzce souvisí kód **deprese**. Kód **neuvědomování si nemoci** byl uveden jedním respondentem. *„Tím, že mi to začalo jako chřipka s teplotami, tak jsem si neuvědomovala, že to je něco víc. Že na sebe musím dávat pozor a nebudu moct chodit do práce. Přesvědčovala jsem doktory, že to ještě nějakou dobu v práci zvládnou a třeba tu nemoc přechodím, což už si teď uvědomuju, že bylo hodně nereálný.“*

Z odpovědí respondentů na **zvládnutí náročných situací** byl vytvořen kód **pozitivní myšlení** které uvedli 4 z dotazovaných. *„Musím myslet na svoji rodinu, dělám to i pro ně, snažím se myslet pozitivně a mít víru, že všechno dobře dopadne. To mi taky hodně pomáhá, neumím si představit se utápět v pesimistických myšlenkách.“* **Komunikace** byla přínosem pro tři z respondentů, uvádí potřebu o nemoci mluvit, ať už s blízkým okolím nebo se zdravotníky.

Jednou z odpovědí byla **psychoterapie** a **odpoutání se od negativních lidí**. *„K psychologovi jsem chodila už před leukémií kvůli problémům v rodině, ale i po zjištění nemoci mi hodně pomohl. Největší přínos měla rada, abych se odpoutala od negativních lidí, kterých bylo v mém životě dost.“*

**Návrat do běžného života** pomohl jedné z respondentek, která uvádí, že možnost zpětného zapojení do pracovního procesu jí umožňuje na své problémy tolik nemyslet.

Největším zastoupením v odpovědích na způsob, kterým respondenti zvládají náročnou situaci byla **pomoc rodiny**, což bylo vytvořeno jako další kód.

S odstupem času po sdělení diagnózy respondenti ve většině uváděli **přijetí nemoci**. Pouze nejmladší respondentka a respondentka s nejkratší dobou od sdělení diagnózy se nedokázaly doted' s nemocí vyrovnat, na základě toho byl vytvořen kód **nesmíření se s diagnózou**. „*Jak už jsem říkala, pořád se vidím jako hodně nemocná, je to taková noční můra, která mě provází i ve dne a omezuje mě to v soukromé životě, ale asi na to jen potřebuju víc času se s tím sžít.*“

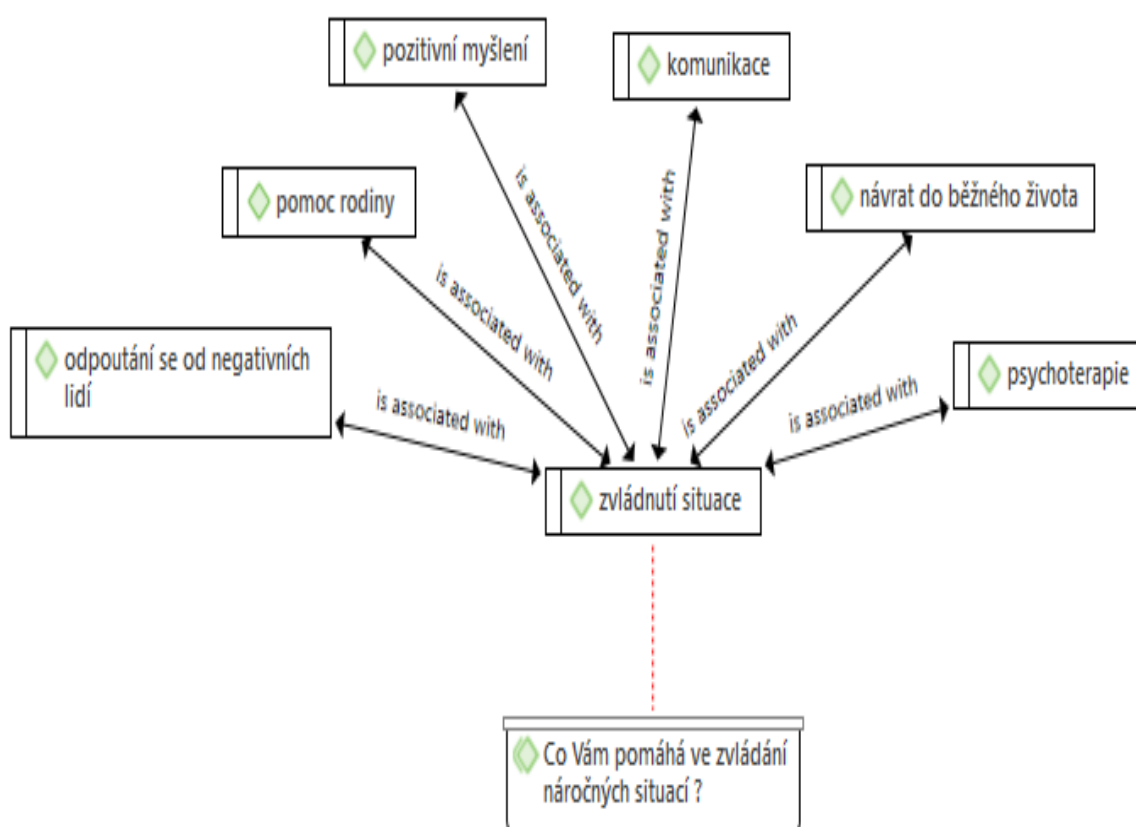
Kód **přístup zaměstnavatele** popisuje, jak zaměstnavatel respondentů reagoval na to, že jeho zaměstnanci byla oznámena nemoc a s tím spojená dlouhodobá pracovní neschopnost. S přístupem zaměstnavatele úzce souvisí kód **nabídka pomoci**. „*Zaměstnavatelka je moje kamarádka, takže jsem jí hned druhý den volala, abych jí všechno řekla, tak mi nabídla snazší práci, doted' jsem dělala pokojskou a teď jsem na pozici recepční. Domluvili jsme se na zkrácení pracovního úvazku k mému invalidnímu důchodu, protože plný bych nezvládala.*“ Jeden z respondentů uvedl nespokojenost s reakcí zaměstnavatele, byl tedy vytvořen kód **podceňování situace**. „*Nejdřív jsem to nechtěl zaměstnavateli vůbec říkat, druhý den jsem mu zavolal, že jdu na neschopenku, ale detaily jsem nesděloval. Asi až za 2 měsíce jsem mu řekl, že mám leukémii a on mi jen řekl: „Dobrý no, takže kdy se už konečně vrátíte do práce?“*“

Jedním z posledních kódů jsou **možnosti řešení**, což bylo vytvořeno na základě nabídky řešení situace, ve které se zaměstnanec vyskytl z pohledu pracovního zařazení. S tímto kódem úzce souvisí kód **méně náročná práce**, což zažila většina dotazovaných respondentů. Kód **ukončení pracovního poměru** byl zvolen na základě odpovědi jediného z respondentů. „*Po té reakci šéfa jsme se tak nějak oba shodli, že bude nejlepší, když pracovní poměr mezi sebou ukončíme, nejdřív jsem vůbec nechápal, co se vůbec děje, už takhle jsem měl svých starostí dost a nenapadlo mě se bát i o zaměstnání. Našel jsem si proto jiné pracovní místo u známého, kde jsem spokojený a berou mě i nemocného.*“

## 7 DISKUZE

Tato část je věnována prezentaci myšlenkových map, které byly sestaveny na základě propojení vytvořených kódů rozepsaných v kapitole 6. Pro větší přehlednost jsou myšlenkové mapy vloženy i do části příloh.

**Průzkumná otázka č.1:** Co Vám pomáhá ve zvládnání náročných situací?



**Obrázek 1: Zvládnání náročných situací**

Způsob zvládnání náročné situace může být u každého individuální. Z mého průzkumu vyplývá, že za největší přínos ve zvládnutí situace je pro respondenty podpora a zájem rodiny. Shodně uvádějí, že rodina podnikala pravidelné návštěvy v nemocnici, a i po návratu do domácího prostředí přizpůsobili prostor všem jejich omezením. Stejný závěr o důležitosti fungující a podporující rodiny vychází i z práce Kláry Bečicové (2013), která uvádí, že největší pomocí ve zvládnutí nemoci pro ně byla právě rodina. I bakalářská práce Michaely Matoušů (2017) ve svých výsledcích uvádí, že si respondenti nejvíce cení podpory rodiny.

Pouze jedna respondentka v mém průzkumu uvádí přínos v podobě psychoterapie a odpoutání se od negativních lidí ve svém okolí, kteří jí ke zvládnutí situace nijak nepřispívají a v jistém

ohledu i zhoršují její psychické zdraví. V práci Kláry Bečicové (2013) si možnost pomoci v podobě psychoterapie zvolilo 9,43 % respondentů.

Ve výsledcích studie, kterou prováděl Gary Rodin (2013) bylo uvedeno, že 65 % pacientů s akutní leukémií pociťovalo během nemoci vysokou úroveň podpory, která jim byla poskytována většinu času nebo po celou dobu nemoci ať už rodinnými příslušníky nebo zdravotnickým personálem.

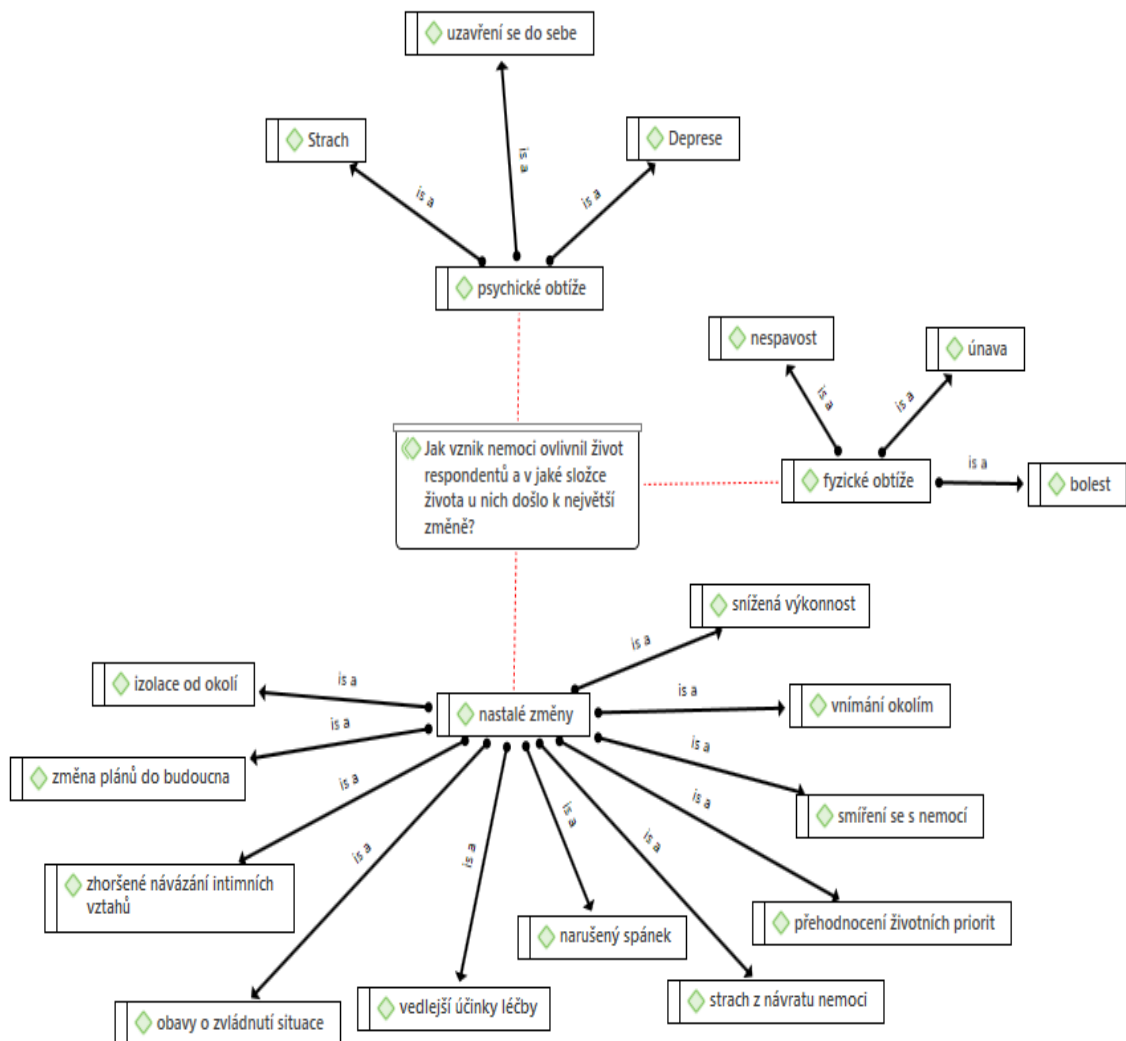
Dalším přínosem je pro 3/5 respondentů možnost komunikovat o svých problémech. Jeden respondent uvedl, že je rád, když ho vyslechnou zdravotníci, kteří mají na jeho situaci objektivní pohled. Další dva pak uvádí, že o tom rádi mluví se svou rodinou, kteří již pacienta znají a vědí, jak s ním komunikovat, aby ho povzbudili. Potřebu nemocných komunikovat o svých problémech s druhou osobou ve své bakalářské práci zjistila i Zdena Klapilová (2012). K podobným výsledkům dospěla i bakalářská práce Michaely Matoušů (2017), ve které uvádí, že 2/6 respondentů chtějí o své nemoci mluvit, ostatní jsou radši, když nemoc nemusí s nikým řešit.

Z dotazovaného souboru respondentů v mé práci nikdo neuvedl zájem o navštívení skupiny sdružující pacienty s leukémií nebo jinak onkologicky nemocné pacienty, dávají přednost mluvit o své situaci s rodinou nebo zdravotníky, kteří jim poskytují péči a znají jejich stav.

Většina respondentů v mém průzkumu uvedla, že jim ve zvládnutí náročné situace pomáhá i pozitivní myšlení, konkrétně víra v uzdravení a zvládnutí nemoci. Dva respondenti dokonce uvedli, že leukémií v současné době již vnímají jako pozitivní změnu, a to ve smyslu, že jim nemoc pomohla přehodnotit své myšlení a pozitivně ovlivnila jednání ve svém životě, ke kterému by bez závažného onemocnění zřejmě nikdy nedošli. Martin Pospíchal (2021) ve svém průzkumu zjistil, že až 66 % nemocných dokáže i po prodělání závažné nemoci v této situaci nalézt něco pozitivního.

Návrat do běžného života jako způsob zvládnutí náročné situace uvedla nejmladší respondentka, které pomohla touha po co nejrychlejším návratu do zaměstnání.

**Průzkumná otázka č.2:** Jak vznik nemoci ovlivnil život respondentů a v jaké složce života u nich došlo k největší změně?



**Obrázek 2: Vliv nemoci na život respondentů**

Závažné a život ohrožující onemocnění s sebou přináší spoustu změn, ať už pozitivních či negativních, které mohou být spojeny jak s psychickou, tak s tělesnou stránkou nemocného a tyto změny mohou přetrvávat i do doby po vyléčení. Respondenti shodně uvádějí zvýšené sebezpozorování, které pouze nejmladší respondentku omezuje v sociálních interakcích z důvodu obav o své zdraví, a proto se více izoluje od okolí. Dopad nemoci na sociální interakce ve své bakalářské práci shodně zjišťuje i Sandra Miklášová (2022), uvádí však, že změny nejsou nijak zásadní.

Strach z návratu nemoci je aktuální u všech 5 respondentů. Důvodem pro tyto obavy může být skutečnost, že i s postupným snižováním rizika pro opětovný rozvoj leukémie v čase toto riziko nikdy zcela nevyjmizí. Nejmladší z respondentek je tímto strachem ovlivněna i ve společenském životě, jak uvádím výše.

Článek „*Going home after blood cancer treatment*“ z roku 2023 uvádí, že strach z návratu nemoci prožívá více než 40 % pacientů s akutní leukémií (LeukemiaFoundation, 2023).

Deprese, které na začátku onemocnění uvedli 3 z respondentů do současné doby trápí respondentku, která v brzké době bude muset léčbu leukémie podstoupit od znovu. S antidepressivní léčbou však respondentka začala již před diagnostikování nemoci, a to z rodinných důvodů, kdy musela řešit rozvod a vysoké pracovní vytížení a necítila se, že by to mohla zvládnout bez odborné pomoci. Sandra Miklášová (2022) ve své práci došla k závěru, že přetrvávajícími depresivními poruchami trpí 23 % respondentů.

Změny ve vnímání okolí si všímaly 2 respondentky ženského pohlaví. Obě udávaly, že jim jejich okolí, zejména sousedé, dávali najevo změnu v jejich vzhledu, což nepříznivě snášely. Pouze jedna z respondentek se s tímto vnímáním dokázala vyrovnat a přenést se přes názory druhých.

Ke změně plánů do budoucna došlo po objevení nemoci u všech respondentů. Nicméně se tyto změny lišily dle fyzického i psychického stavu respondentů. Většinu respondentů tyto změny ovlivnily v pozitivním slova smyslu. Chtějí si užívat života, cestovat a objevovat. Negativní dopad změn měl na respondentku, která omezila své plány a spíše se uzavřela do sebe. Tato respondentka je rovněž jediná, která i po diagnostikování nemoci staví stále na první místo žebříčku svých priorit tvorbu kariéry. Nově však přidala na stejnou úroveň životních hodnot i vlastní zdraví. U ostatních respondentů zdraví své a své rodiny vysoce převyšuje všechny ostatní hodnoty, které dříve vyznávali. Změn v životních prioritách si u respondentů ve své bakalářské práci všímá i Zdena Klapilová (2012), která rovněž uvádí přehodnocení hodnot u 100 % dotazovaných.

Z výsledků mého průzkumu vyplývá, že narušený spánek v podobě nespavosti uvádí 3/5 respondentů, kteří užívají k tomuto účelu i medikaci. Tito respondenti si všímají pocitů únavy v průběhu dne. Pouze dva z těchto respondentů pak únava omezuje natolik, že to snižuje jejich výkonnost pro denní aktivity. Rozdílné zjištění bylo uvedeno v práci Kláry Bečicové (2013) kde téměř žádný z respondentů neuváděl, že by u něj vlivem nemoci nedošlo k omezení při vykonávání denních aktivit. Zdena Klapilová (2012) pak ve své práci uvádí, že únavu

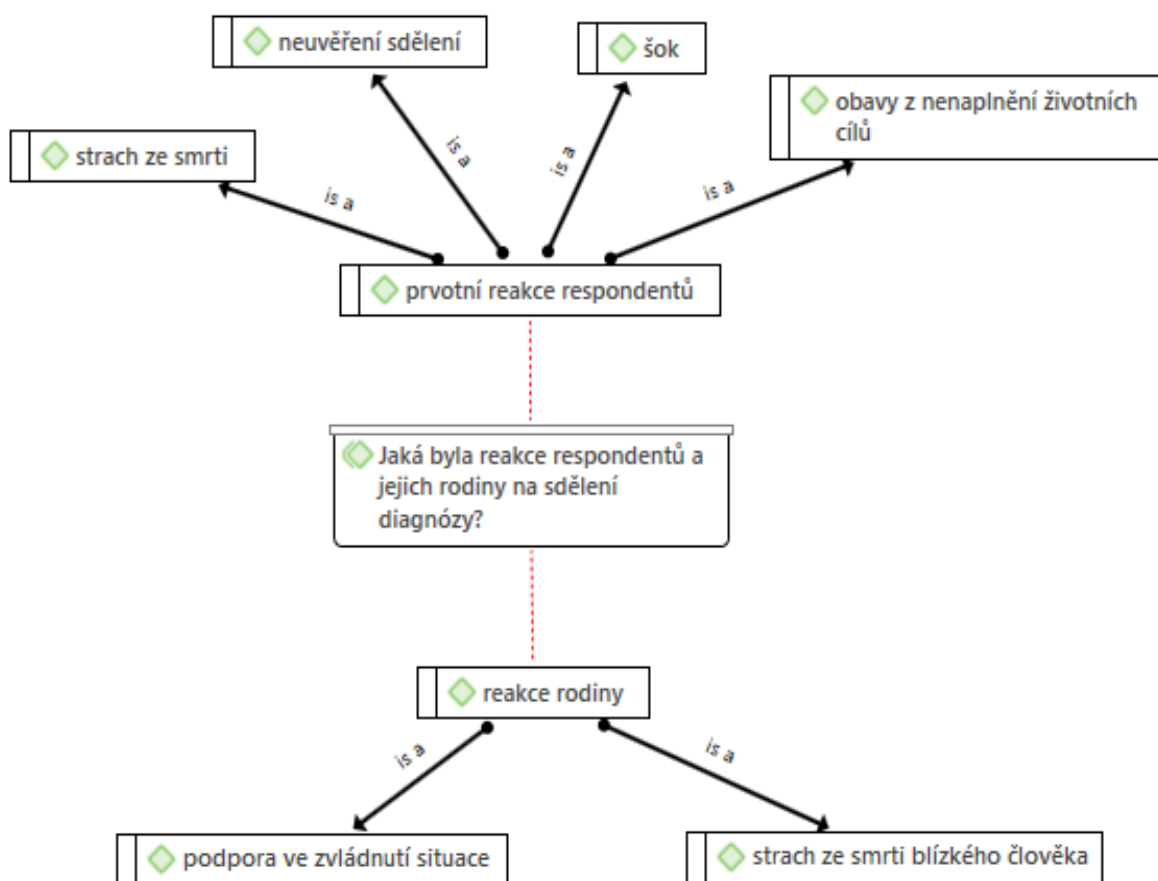


pociťovalo 100 % respondentů, což liší od výsledků mého průzkumu. Výsledky studie, kterou prováděl Gary Rodin z roku 2013 zaznamenaly potíže se spánkem u 57 % pacientů a nedostatek energie u 78 %. Tyto rozdíly však mohou být připisovány tomu, že respondenti této studie podstupovaly chemoterapie o vysoké intenzitě.

Bolest i po akutní fázi léčby leukémie byla v mém průzkumu zjištěna u 1/5 respondentů, což je shodné s výsledky práce Kláry Bečicové (2013), kdy bolest rovněž zaznamenalo minimum z dotazovaných respondentů.

Vedlejší účinky léčby leukémie, které uváděli všichni respondenti, a to v podobě nevolnosti, tvorby aftů v ústech a padání vlasů v současné době přetrvávají u jediné respondentky, která aktuálně podstupuje intenzivní léčbu. Bolest kloubů, kterou uvedla nejmladší respondentka rovněž pacientku stále omezuje a zhoršuje její fyzickou aktivitu. Klára Bečicová (2013) svým průzkumem zjistila, že nežádoucí účinky léčby v podobě nevolnosti popsalo pouze 21,26 % dotazovaných.

**Průzkumná otázka č.3:** Jaká byla prvotní reakce respondentů a jejich rodiny na sdělení diagnózy?



**Obrázek 3: Reakce respondentů a rodiny**

Prvotní reakce u všech respondentů začala fází šoku a prvotnímu neuvěření sdělení. Tři respondenti shodně uvedli, že si mysleli, že se po odběrech v nemocnici vrátí domů. Tyto reakce se postupně členily do rozdílných pocitů. U nejmladší respondentky šok přešel v obavy z nenaplnění životních cílů. Uváděla strach, že jí nebude umožněno budovat kariéru, obavy z neplodnosti a že nebude schopna navázat partnerský vztah. Tyto obavy se nevyskytovaly u starších respondentů. Shodné reakce na sdělení v podobě šoku a neuvěření sdělení u všech respondentů ve své práci popisuje i Michaela Matoušů (2017).

Martin Pospíchal (2018) ve svém článku popisuje harwardskou studii, která byla provedena na skupině více než sedmi set tisíc osob, že u osob, které pocítují oporu v blízkém člověku, byla šance na přežití a lepší zvládnutí onkologické léčby mnohem vyšší.

Všichni respondenti uvedli podporu ze strany rodiny a blízkých přátel. Tři z respondentů uvedli, že se v rodině zlepšila komunikace mezi nimi a respondentem při řešení této náročné situace.

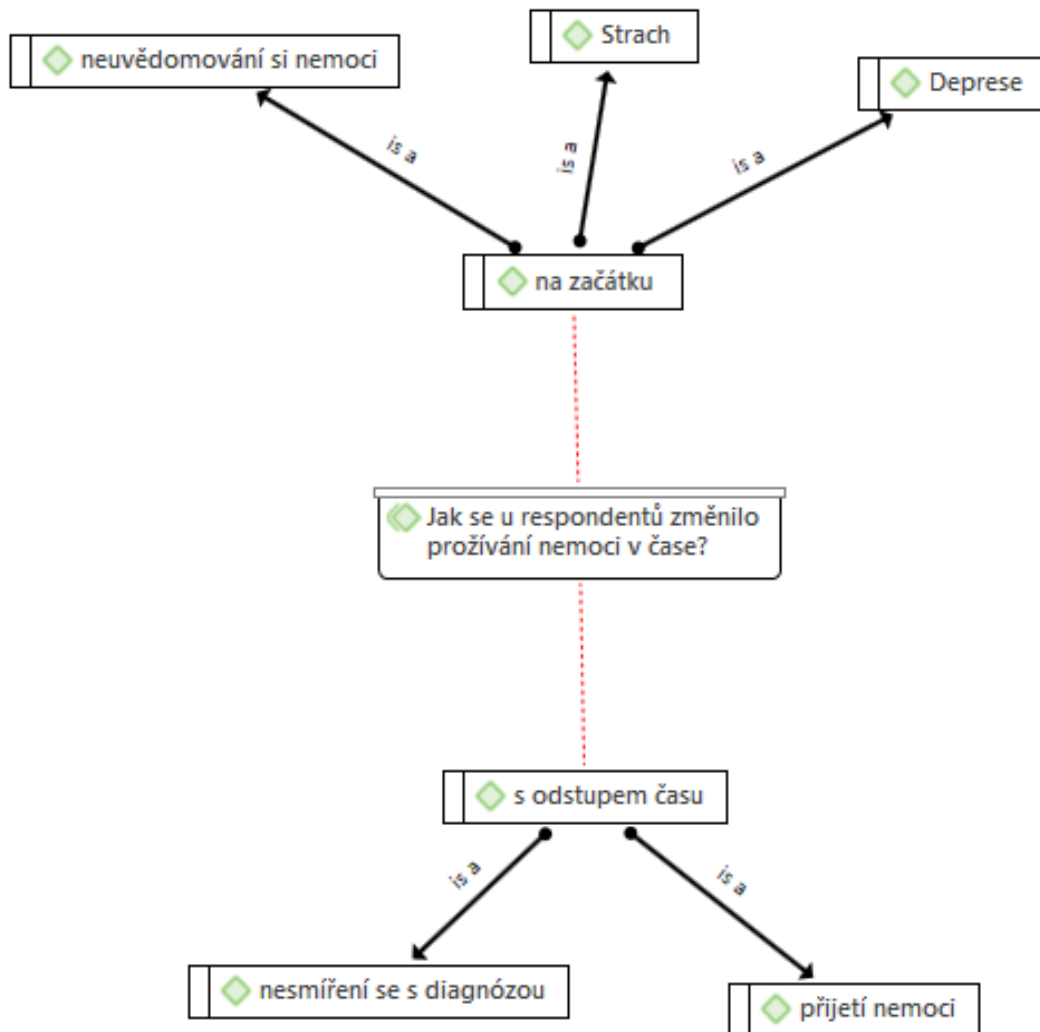
Studie jejímž autorem je Rebecca Crawford (2023) ve výsledcích uvádí, že ke zlepšení a posílení vztahů v rodině došlo pouze u 5,12 % respondentů. 2,10 % dokonce uvedlo zhoršení vztahů s rodiči a přerušeni kontaktů s přáteli. V mém průzkumu došlo k přerušeni kontaktu s přáteli u jedné z respondentek, a to po zhodnocení jejich negativního vlivu na psychické zdraví respondentky.

Ve svém článku Martin Pospíchal (2018) uvádí, jak pozitivní prožitky a pocity opory mohou pacienta žádoucím způsobem ovlivňovat i na biologické úrovni.

Reakce rodin respondentů u všech proběhla v podobě podpory respondentů, jak jsem již uvedla výše. Bylo to především formou návštěv v nemocnici, zájem o nemoc a zjišťování si podrobností, společné konzultace respondenta s lékařem a následně přizpůsobení domácího prostředí po propuštění respondenta z nemocnice. Stejných výsledků ve své práci dosáhla i Zdenka Klapilová (2012), kdy se všichni z respondentů po zjištění diagnózy setkali s podporou své rodiny a blízkých.

Strach ze smrti blízkého uváděla pouze jedna rodina respondenta. Což dle jeho odpovědi mělo lehce negativní vliv na jeho prožívání nemoci. Jednalo se však pouze o prvotní reakci, později respondent uvedl, jak moc mu podpora jeho rodiny ve zvládnutí situace přispěla. A uvedl pochopení pro tento prvotní pocit, který byl z důvodu společné péče o děti s jeho ženou, která byla a je i v současné době na rodičovské dovolené, jak popsal následujícími větami. *„Byl jsem trochu sobec, když jsem chtěl, aby manželka byla optimistická, nedocházelo mi, co to znamená pro ni, když se musela postarat o děti sama na rodičáku. Jsem strašně rád, že ji mám a že při mně celou dobu stála.“*

**Průzkumná otázka č. 4:** Jak se u respondentů změnilo prožívání nemoci v čase?



**Obrázek 4: Změna prožívání**

Jak již uvádím v teoretické části mé práce, prožívání je subjektivní pocit ovlivněný okolnostmi provázejícími onemocnění a premorbidní osobností nemocného. Z tohoto důvodu se prožívání respondentů liší. Shodnou reakcí byl pocit strachu, který byl však způsoben různými skutečnostmi. Dva z respondentů pociťovali strach z důvodu obav o svůj život a nezvládnutí náročnosti léčby. Jedna respondentka pociťovala strach z důvodu, že se nebude schopná vrátit do zaměstnání a ze ztráty finanční nezávislosti. Další dva respondenti pak udávali strach z důvodu hrozícího rizika nedostatečného zajištění péče o vlastní děti. Pouze u jedné respondentky přetrvává obava o svůj život a nezvládnutí léčby leukémie z důvodu vyššího věku. Je to však respondentka s nejkratší dobou uplynulou od stanovení diagnózy, což může

rovněž tuto skutečnost z velké části ovlivňovat. Pocity strachu z návratu nemoci pociťují všichni z dotazovaných respondentů. Z průzkumu Sandry Miklášové (2022) se ukázalo, že ženy své onemocnění snáší hůře než muži, což se dá přirovnat i k výsledkům mé práce.

Nejmladší respondentka uvedla neuvědomování si nemoci na počátku oznámení diagnózy, což může být zapříčiněno nízkým věkem a neporušeným zdravotním stavem až do doby diagnózy.

Depresivní poruchy uvedli 3/5 dotazovaných. Pouze u jedné respondentky pocity deprese závislé na medikaci přetrvávají do současnosti, a to hlavně z důvodu, že po posledním kontrolním odběru kostní dřeně bylo zjištěno, že došlo k relapsu nemoci a léčbu musí podstoupit znovu od začátku.

Martin Pospíchal (2018) ve svém článku popisuje holandskou studii, která dokládá, že dlouholeté prožívání depresivních stavů zvyšuje riziko onemocnění rakovinou, a naopak optimistický přístup zvyšuje šanci na dlouholeté přežití. Uvádí i psychické pilíře, které může lékař u pacienta podpořit ke zvládnutí nemoci, jsou jimi pocit bezpečí, sdílení prožitků, opora, motivace a zvládnutelnost.

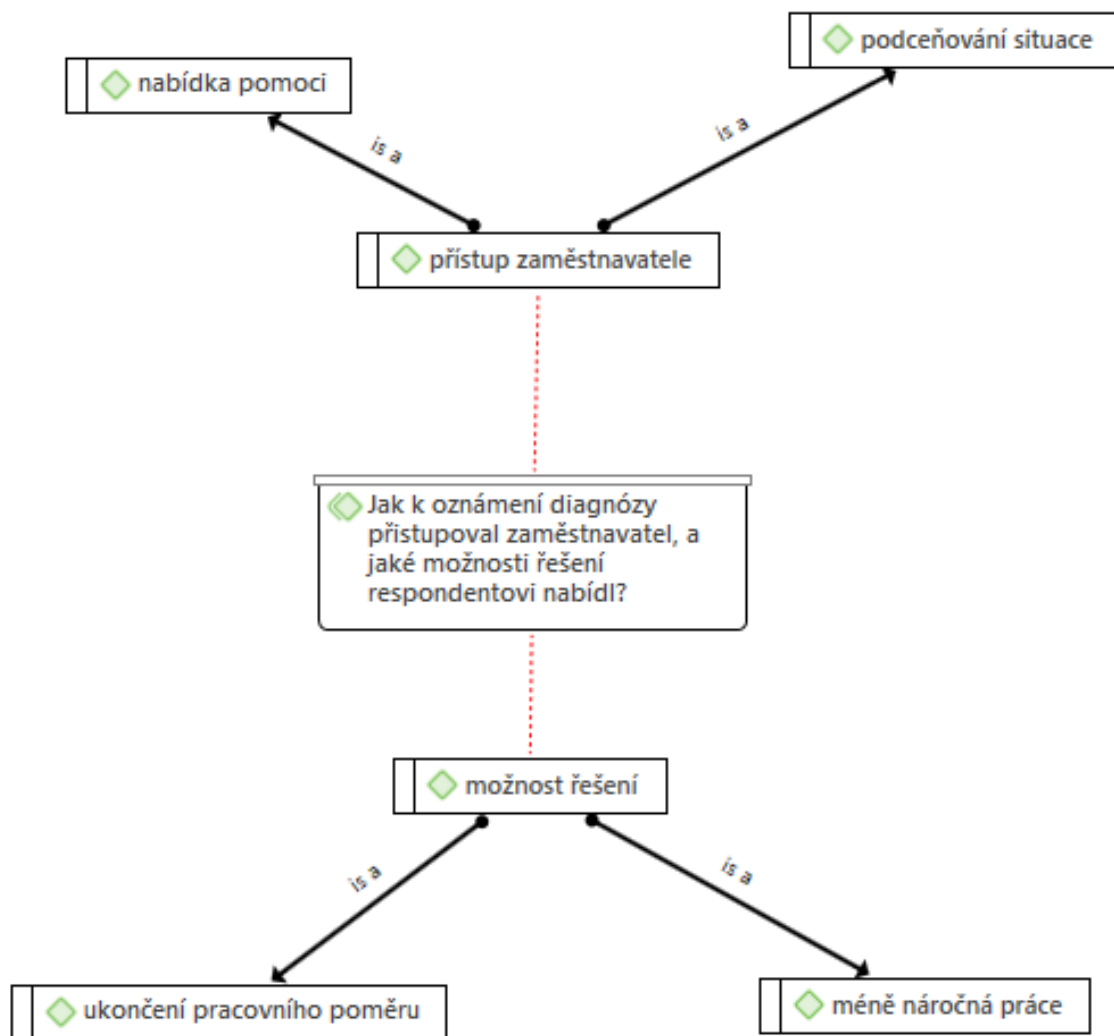
Bethany Lockwood pak ve své studii z roku 2020 zjistila, že 57,1 % pacientů s leukémií trpí úzkostnými pocity a 21,4 % zažívá silné deprese.

Článek „Traumatic Stress in acute leukemia“ uvádí, že 14 % pacientů s leukémií trpí posttraumatickou stresovou poruchou. Tato porucha byla spojena především s dlouhodobými pocity úzkosti a obtížemi v komunikaci se zdravotnickými pracovníky (Gary Rodin, 2013).

S odstupem času se u respondentů v mém průzkumu prožívání nemoci ve většině případů změnilo, a to ve smyslu přijetí nemoci a smíření se s diagnózou, ke kterému došlo u 3/5 respondentů. Optimistický přístup se vyskytuje i u respondentky, které byla leukémie opět diagnostikována, je však stále závislá na antidepresivech, které užívala již před diagnostikováním nemoci. Nicméně tito respondenti nepopisují přetrvávající tělesné obtíže, které je do doby přijetí nemoci sužovaly.

Respondentky, které se s nemocí dosud nesmířily uvádějí přetrvávající psychické i tělesné obtíže. Je otázkou, zda k některým z přetrvávajících obtíží lze přisuzovat fakt, že se s nemocí dosud nevyrovnaly.

**Průzkumná otázka č.5:** Jak k oznámení diagnózy přistupoval zaměstnavatel a jaké možnosti řešení respondentovi nabídl?



**Obrázek 5: Přístup zaměstnavatele**

Návrat do pracovního procesu je důležité řídit dle doporučení ošetřujícího lékaře a dle vlastního uvážení průceschopnosti. Respondenti v mém průzkumu téměř všichni působili v administrativě, pouze jeden respondent pracoval na fyzicky náročnější pozici jako sanitář. Důležitá byla motivace respondentů svým zaměstnavatelem, které se v mém průzkumu dostalo 4/5 respondentů, 2 respondentům byla nabídnuta pomoc i v soukromém životě. Z těchto 4 se 3 respondenti byli schopni vrátit do svého původního zaměstnání na plný úvazek. Jedna respondentka má vyřízený 3. stupeň invalidního důchodu, do původního zaměstnání dochází na zkrácený úvazek a po domluvě se zaměstnavatelem byla přeražena na fyzicky méně náročnou pozici. Druhá respondentka není zatím práce schopná z důvodu stále probíhající léčby

leukémie a setrvává v pracovní neschopnosti, nicméně je jí stále umožněno se po stabilizaci stavu vrátit do původního zaměstnání.

Poslední respondent nebyl svým zaměstnavatelem podpořen, ten podceňoval závažnost zdravotního stavu respondenta a nebylo mu umožněno se do původního zaměstnání vrátit, pracovní poměr byl z důvodu na obou stranách ukončen. Respondent uvedl, že by se ani vrátit do původního zaměstnání nechtěl z důvodu absence podpory vedení a nepříznivého přístupu pracovního kolektivu k jeho dlouhodobé pracovní neschopnosti. Respondent byl nucen najít si jiné zaměstnání se vstřícným zaměstnavatelem a nyní opět pracuje na plný úvazek rovněž s administrativním zaměřením.

Problematiku zpětného zařazení a podceňování zdravotního stavu ve své práci uvádí i Zdenka Klapilová (2012), kde píše o respondentovi, který nebyl v prácechopném stavu, přesto mu nebylo umožněno vyřízení invalidního důchodu na základě posudku jeho obvodního lékaře, který usoudil, že akutní leukémie neomezuje pacienta v návratu do pracovního procesu. Ostatním respondentům byl jinak shodně jako v mém průzkumu nástup do původního zaměstnání umožněn. Podceňování závažnosti situace se v mé práci ukazuje pouze ze strany zaměstnavatele, nikoliv ze strany zdravotnického pracovníka.

Ze studie „Quality of Life from the AML Patients Perspective“ vyplývá, že až 37 % dotazovaného souboru respondentů zažívá obtížný návrat do zaměstnání, a to především z důvodu snížené výkonnosti (Sarah A. Buckley, 2017).

Zásah do zaměstnání respondentů ve své práci uvádí i Karolína Bečicová (2013), v různé míře postihl 95,12 % respondentů.

Finanční potíže v mém průzkumu postihly 2/5 respondentů. Jednou je respondentka, která je stále v pracovní neschopnosti a druhou respondentkou, která je žena samoživitelka s 3. stupněm invalidního důchodu.

Ve studii, kterou prováděl Chunfeng Wang (2020) srovnává kvalitu života, která byla u zaměstnaných pacientů výrazně nižší než u nezaměstnaných respondentů. Tento výsledek je přisuzován pocitům nevolnosti a vyšší fyzické zátěži, které pracovní vytížení zřejmě zvyšuje.

## 8 ZÁVĚR

Hlavních cílů bakalářské práce bylo dosaženo porovnáním publikovaných faktů, které byly dohledány z literárních zdrojů, s empirickými informacemi získanými kvalitativním výzkumem, který probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Cíle byly zpracovány s ohledem na 5 průzkumných otázek.

První průzkumná otázka se zabývala způsoby, jakým respondenti zvládají náročné životní situace. Bylo zjištěno, že největším přínosem ve zvládnutí nemoci je podpora rodiny a možnost o svých problémech komunikovat. Respondenti většinou neuváděli potřebu psychoterapie. Překvapilo mě, jak je většina respondentů i v takové situaci schopna pozitivně přemýšlet a najít v nemoci nějaký přínos. Na základě výsledků porovnávané literatury se většina tvrzení z mé práce plně shoduje.

Další průzkumná otázka zjišťovala, jak nemoc ovlivnila život respondentů a v jaké části života byla změna největší. Na základě zjištění k největším změnám došlo v oblasti psychiky, ve způsobu vnímání nemoci s odstupem času, hodnocení životních priorit a kvalitě spánku. Mé výsledky se pouze částečně shodovali s dalšími výzkumy na podobné téma.

Ve třetí průzkumné otázce jsem zjišťovala, jaká byla reakce respondentů a jejich rodiny na sdělení diagnózy. Prvotní reakcí respondentů byl šok a neuvěření sdělení, což popisují i jiné literární zdroje. Podpora rodiny po dobu nemoci, jako reakce na zjištění nemoci u svého blízkého, kterou uváděli respondenti, se rovněž objevuje v jiných zahraničních pracích na toto téma.

Čtvrtá průzkumná otázka měla za cíl odhalit, jak se změnilo prožívání nemoci respondentů v čase. Počáteční neuvědomování si nemoci a pocity deprese postupně přešly u většiny respondentů k přijetí diagnózy. Všichni však uvedli obavy z návratu nemoci.

Poslední průzkumná otázka se zabývala přístupem zaměstnavatele respondentů k nemoci jejich zaměstnance a možnostmi řešení situace. Tak jako v mém průzkumu i jiné literární zdroje uvádí problematiku zpětného zařazení do zaměstnání, které je pro nemocné velmi náročné, ale ve většině případů došlo k vlídnému přístupu zaměstnavatele a umožnění návratu do původního zaměstnání před diagnostikováním nemoci.



## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
2. ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
4. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
5. BUCKLEY, Sarah A., Diana JIMENEZ-SAHAGUN, Megan OTHUS, Roland B. WALTER a Stephanie J. LEE. *Quality of Life from the Acute Myeloid Leukemia Patient's Perspective*. *Cancer* [online]. 2017, 124(1), s.145-152 [cit. 2023-06-10]. ISSN 0008 - 543X. Dostupné z:  
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.30982>
6. BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ. *Vnitřní lékařství*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-145-2.
7. Constitution. World Health Organization. [online]. ©2023 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
8. CRAWFORD, Rebecca, Slaven SIKIRICA, Ross MORRISON, Joseph C. CAPPELLERI, Alexander RUSSEL-SMITH, Richa SHAH, Helen CHADWICK, Lynda DOWARD. *The Patient Experience of Acute Lymphoblastic Leukemia and It's Treatment: Social Media Review*. *Cancer*. [online]. 2023, Vol. 9, e39852 [cit. 2023-05-06] ISSN: 2369-1999. Dostupné z: <https://cancer.jmir.org/2023/1/e39852>
9. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
10. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: Pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.

11. FABER, Edgar. *Základy hematologické diagnostiky*. Druhé přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3742-6.
12. Going home after blood cancer treatment. Leukemia Foundation. [online]. ©2023 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.leukaemia.org.au/blood-cancer/journey/not-in-active-treatment/going-home-after-treatment/>
13. INDRÁK, Karel, ed. *Hematologie a transfuzní lékařství*. V Praze: Triton, 2014. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-722-4.
14. KALVODOVÁ, Libuše, Alexandra ŠKROBÁNKOVÁ, Hana KYNKOROVÁ, Pavla LHOTOVÁ, Petra NOVÁKOVÁ, Jan POKORNÝ, Martin POSPÍCHAL, Vlasta ROMANOVÁ, Ivona ŠPORCROVÁ, Kristína TÓTHOVÁ, Květa VACHUDOVÁ. *Rakovina v rodině v otázkách a odpovědích blízkým*. Praha: Klika, 2019. ISBN 978-80-88298-44-1.
15. KARAS, Michal. Akutní myeloidní leukémie. *Postgraduální medicína: Hematoonkologie*. Praha: Mladá fronta, a. s., Roč. 19 (2017), č. 5, s.491-507. ISSN 1212-4184.
16. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.
17. KITTNAR, Otomar, Kateřina JANDOVÁ, Eduard KURIŠČÁK, Miloš LANGMEIER, Dana MAREŠOVÁ, Mikuláš MLČEK, Jaromír MYSLIVEČEK, Jaroslav POKORNÝ, Vladimír RILJAK, Stanislav TROJAN. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.
18. KITTNAR, Otomar, Kateřina JANDOVÁ, Eduard KURIŠČÁK, Miloš LANGMEIER, Dana MAREŠOVÁ, Mikuláš MLČEK, Jaromír MYSLIVEČEK, Jaroslav POKORNÝ, Vladimír RILJAK. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1025-4.
19. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta. *Somatologie: učebnice pro obor ošetřovatel*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2467-1
20. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
21. Kvalita života. Národní zdravotnický informační portál. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2023 [cit. 08.06.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

22. LOCKWOOD, Bethany, Areej EL-JAWAHRI, Alison WALKER, Deborah RUSSEL, Jilian GUSTIN, Sarah EHRMAN, Seuli BOSE-BRILL, Maryam LUSTBERG, Bhavana BHATNAGAR. *Psychological Distress in Young Adults with Acute Myeloid Leukemia Undergoing Induction Chemotherapy*. *Blood*. [online]. 2020, 136(1), s.17-18 [cit. 2023-03-02] ISSN: 0006-4971. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497118719642>
23. Opatření obecné povahy. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 28.06.2019 [cit. 2023-03-23] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17529/38030/OOP%20-%20zařazen%C3%AD%20na%20Seznam%20anti-D%20idarubicin.pdf>
24. POSPÍCHAL, Martin. *Možný vliv psychologických faktorů na progresi onkologického onemocnění*. *Onkologie*. [online]. Olomouc, 2018, s.194-197 [cit. 2023-05-08]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2018/04/08.pdf>
25. POSPÍCHAL, Martin. *Pracovní psychická zátěž a strategie jejího překonávání ve vztahu ke stavu imunitního systému člověka*. [online]. Praha, 2021 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/180330/140089427.pdf?sequence=1>. Disertační práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Rymeš, Milan.
26. RODIN, Gary, Dora YUEN, Ashley MISCHITELLE, Mark D. MINDEN, Joseph BRANDWEIN, Aaron SCHIMMER, Charles MARMAR, Lucia GAGLIESE, Christopher LO, Anne RYDALL and Camilla ZIMMERMANN. *Traumatic stress in acute leukemia*. *Psychooncology* [online]. 2013, 22(2), s.299-307 [cit. 2023-10-06]. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808346/>
27. ROHOŇ, Peter. *Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8.
28. Světový den boje s leukémií. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 04.09.2021 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8518>
29. ŠÁLEK, Cyril. Akutní lymfoblastová leukémie. *Postgraduální medicína: Hematoonkologie*. Praha: Mladá fronta, a. s., Roč. 15 (2013), č. 5, s. 505-514. ISSN 1212-4184.

30. ŠÁLEK, Cyril. Akutní myeloidní leukémie. *Postgraduální medicína: Hematonkologie*. Praha: Mladá fronta, a.s., Roč. 15 (2013), č.5, s.486-497. ISSN: 1212-4184.
31. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
32. TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
33. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, 2018. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
34. VYDRA, Jan. Buněčná terapie u akutních leukémií. *Acta Medicinae: Onkologie, Hematoonkologie*. Praha: ERA Média, s.r.o., Roč. 8 (2019), č.11, s.139-140. ISSN 1805-398X.
35. VYDRA, Jan, Jan NOVÁK a Marie LAUERMANNOVÁ. *Hematologie v kostce. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5140-8.
36. WANG, Chunfeng, Jie YAN, Jingyi CHEN, Ying WANG, Ying Chun LIN, Rong HU, Yong WU. *Factors associated with quality of life of adult patients with acute leukemia and their family caregivers in China: a cross-sectional study*. Health and Quality of Life Outcomes. [online]. 2020, 18(1), s.8 [cit. 2023-01-02]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947991/>
37. WISE, Thomas N., Massimo BIONDI, Anna CONSTANTINI. *Psycho-Oncology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-1-58562-423-2.
38. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

### **Bakalářské práce:**

1. BEČICOVÁ Klára. *Pacient s diagnózou leukémie*. [online]. Zlín, 2013 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/21477>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce Pelková, Jana.
2. KLAPILOVÁ, Zdenka. *Psychosociální dopad akutní leukémie na život pacienta*. [online]. Zlín, 2012 [cit. 2023-06-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/19961>.

Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Sedláková, Markéta.

3. MATOUŠŮ, Michaela. *Vybrané aspekty kvality života pacienta s leukémií*. [online]. Zlín, 2017 [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/40180>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Pelková, Jana.
4. MIKLÁŠOVÁ, Sandra. *Pojetí nemoci pacientů s leukémií*. [online] . Hradec Králové, 2022 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/173643/130329112.pdf?sequence=1>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav nelékařských studií. Vedoucí práce Matulová, Jana.

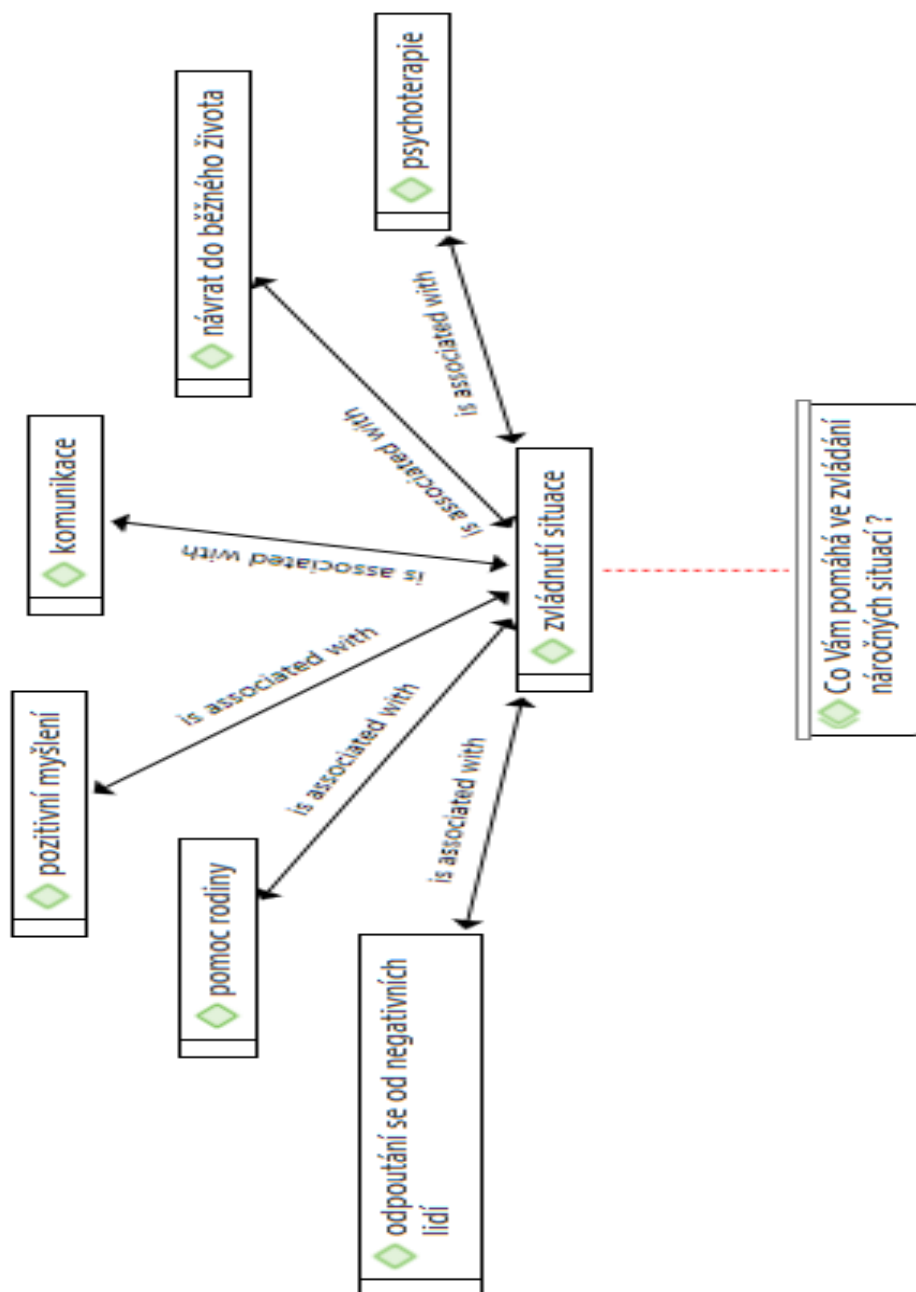
## 10 PŘÍLOHY

- P I Otázky polostrukturovaného rozhovoru
- P II Zvládání náročných situací
- P III Vliv nemoci na život respondentů
- P IV Reakce respondentů a rodiny
- P V Změna prožívání
- P VI Přístup zaměstnavatele

## **Příloha P I: Otázky polostrukturovaného rozhovoru**

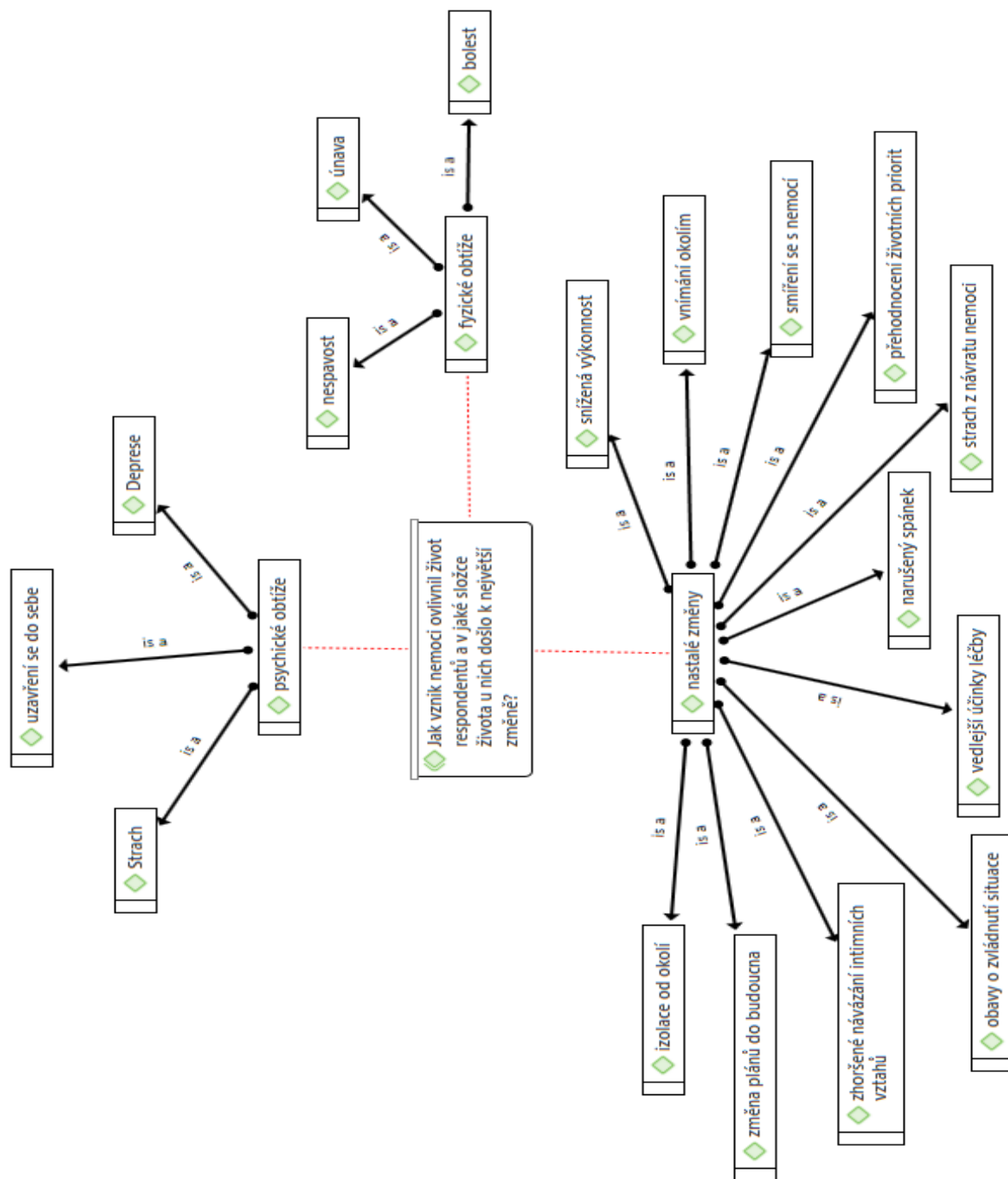
1. Jak byste zhodnotil/a Vaše zdraví před diagnostikováním akutní leukémie?
2. Jaké byly Vaše prvotní příznaky a jak byla Vaše nemoc zjištěna?
3. Jaká byla podle Vás příčina vzniku Vaší nemoci?
4. Jak je to dlouho, co Vám byla nemoc zjištěna?
5. Trápí Vás v současné době nějaké problémy v souvislosti s nemocí?
6. Jaký vliv měla nemoc na Vaši psychickou a fyzickou stránku? Jakých dalších změn v souvislosti s nemocí jste si všiml/a?
7. Jak se změnilo Vaše vnímání sebe sama. Změnily se vaše životní hodnoty?
8. Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy? Jaké byly Vaše emoce a myšlenky? Na co jste jako první myslel/a po sdělení diagnózy? Co Vám působilo největší strach?
9. Jaká byla reakce Vaše a Vaší rodiny na diagnózu? Ovlivnil Vás nějak jejich názor na léčbu? Pokud ano, jak?
10. Informoval jste Vašeho zaměstnavatele o Vaší diagnóze? Vyšel Vám Váš zaměstnavatel vstříc po zjištění diagnózy? Pokud ano, jak? (PN, nabídka méně náročné práce...)
11. Cítíte nebo cítil/a jste nějakou formu diskriminace od Vašeho okolí z důvodu Vaší nemoci? Změnila nebo si myslíte, že Vaše diagnóza změní Váš společenský život? Pokud ano, jak?
12. Jaký byl podle Vás Váš největší problém, který jste po diagnostikování nemoci musel/a řešit?
13. Vnímáte svoji diagnózu stejně jako na začátku, kdy Vám byla sdělena? Případně jakou změnu pozorujete?
14. Změnila Vaše diagnóza Vaši denní aktivitu? Pokud ano, jak? Jak trávíte volný čas?
15. Vyskytly se u Vás v souvislosti s nemocí problémy se spánkem? Pokud ano, trvají tyto obtíže i teď?
16. Co Vám pomáhá se vyrovnat s náročnou situací?

## Příloha P II: Zvládání náročných situací

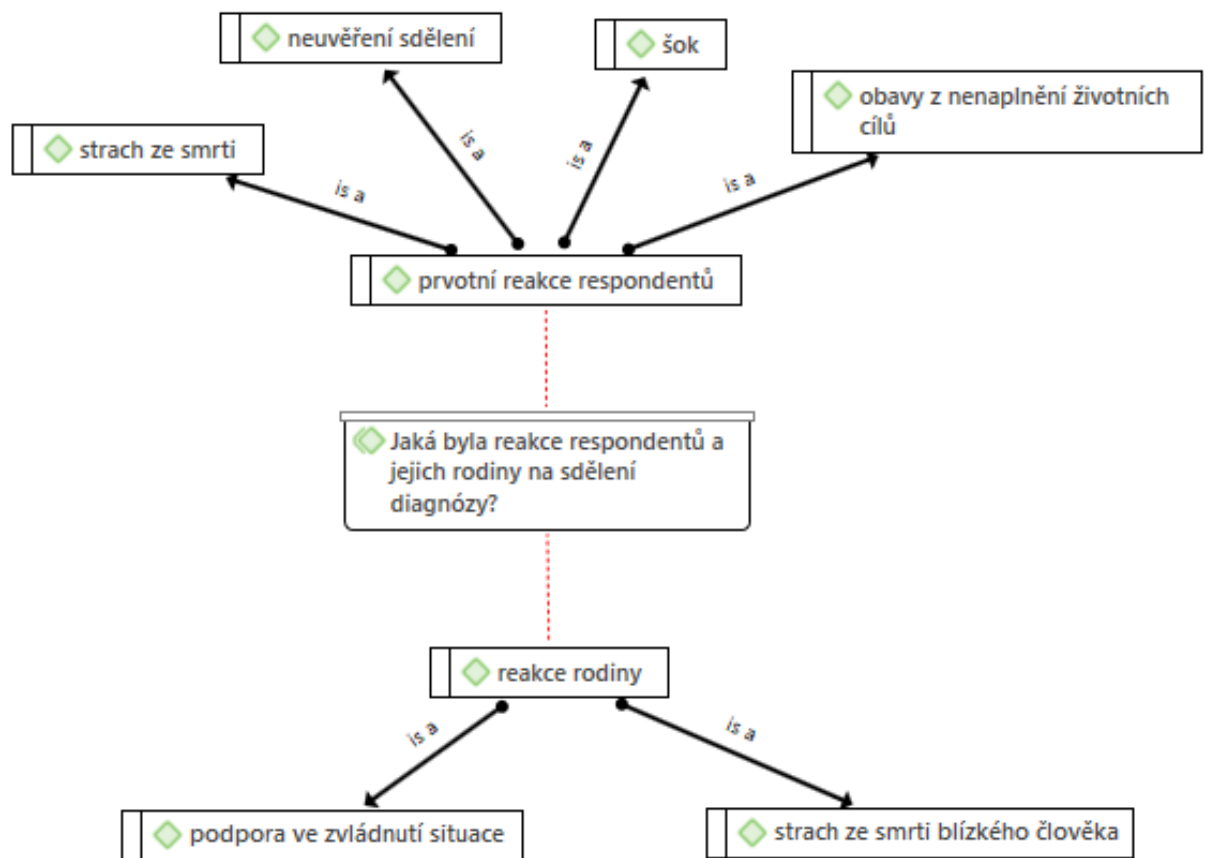




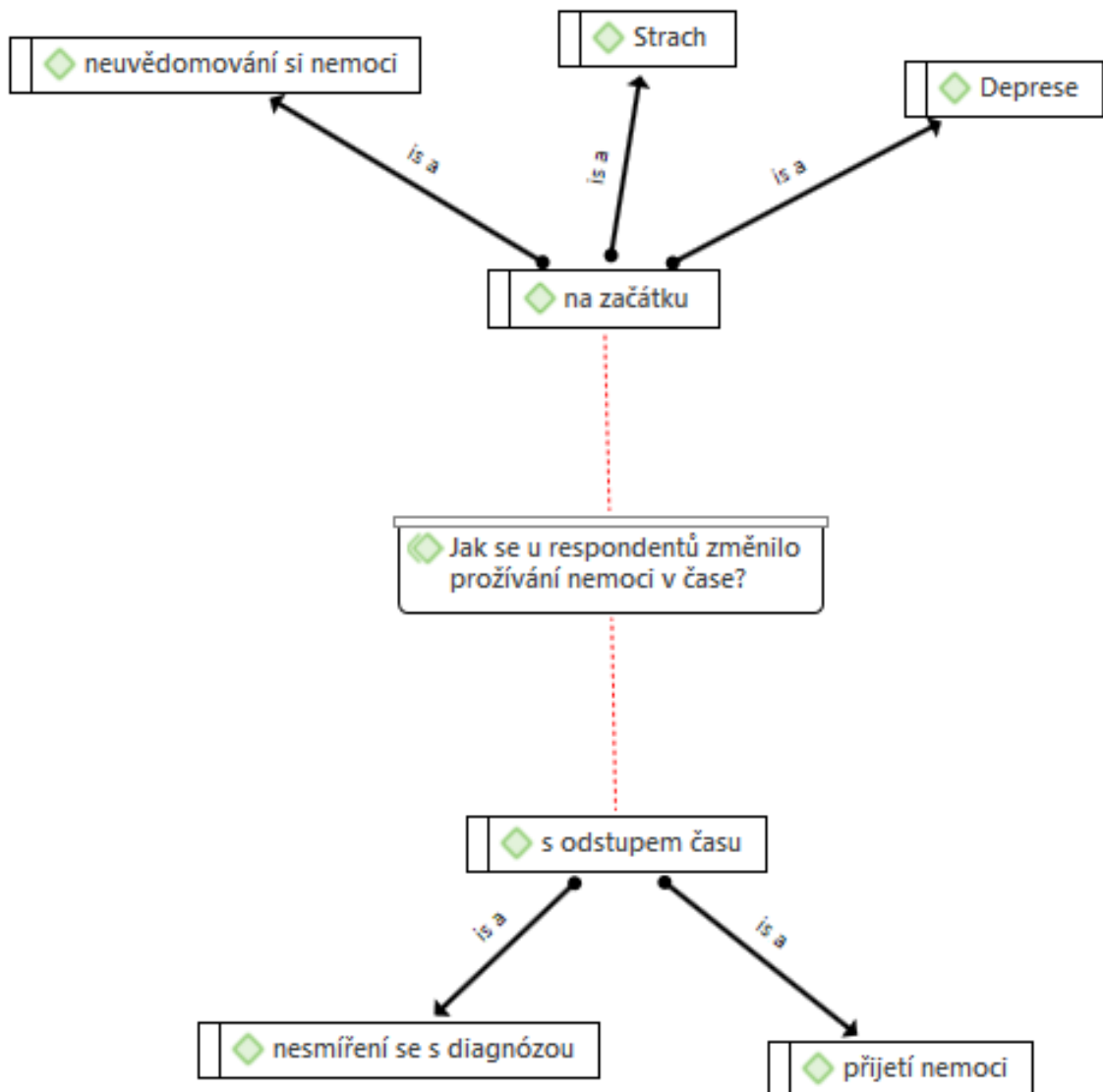
### Příloha P III: Vliv nemoci na život respondentů



## Příloha P IV: Reakce respondentů a rodiny



## Příloha P V: Změna prožívání



## Příloha P VI: Přístup zaměstnavatele

