

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK LXXVII

ÚNOR 2008

ČÍSLO 1

PSYCHOLOGICKÁ A PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE U ONKOLOGICKÝCH NEMOCNÝCH – VÝZNAM A POSTAVENÍ V KOMPLEXNÍ PROTINÁDOROVÉ TERAPII Z POHLEDU ONKOLOGA

^{1,2}Ladislav SLOVÁČEK, ³Birgita SLOVÁČKOVÁ, ^{1,2}Ladislav JEBAVÝ, ²Martin BLAŽEK, ^{1,2}Jan M. HORÁČEK

¹Univerzita obrany, katedra válečného vnitřního lékařství Fakulty vojenského zdravotnictví, Hradec Králové

²Oddělení klinické hematologie II. interní kliniky Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

³Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Souhrn

Autoři formou přehledového článku popisují problematiku psychologické a psychosociální intervence u onkologických nemocných, její význam a postavení v komplexní protinádorové terapii.

Klíčová slova: Psychologická intervence; Psychosociální intervence; Onkologický pacient; Nádorové onemocnění; Kvalita života.

Psychological and Psychosocial Intervention in Oncological Patients – Their Importance and Position in Global Antitumorous Therapy from the Oncologist's Point of View

Summary

The authors present the problems of psychological and psychosocial intervention in oncological patients, their importance and position in global antitumorous therapy.

Key words: Psychological intervention; Psychosocial intervention; Oncological patient; Malignant disease; Quality of life.

Úvod

Maligní nádorové onemocnění lze charakterizovat jako neregulovatelný růst buněk, který je autonomní povahy. Tato buněčná proliferace je spojena s poruchou kontrolních mechanismů a s alterací buněčné diferenciace. Nekontrolovaný růst buněk vede ke zvětšení takto postižené tkáně, která může stlačovat okolní struktury, nebo k postupné invazi do okolních struktur a k metastazování (16, 17, 18, 28). Vzhledem k rostoucí průměrné délce života výskyt onemocnění rakovinou v populaci stoupá. Roste i počet lidí, kteří rakovinu přežijí. Přesto pro řadu lidí je toto onemocnění chápáno jako rozsudek smrti,

někteří na něj nahlízejí spíše jako na onemocnění chronické, nebo dokonce vyléčitelné. V každém případě je tato diagnóza pro pacienty šok. Pacienti s rakovinou se musí vyrovnat s pocitem nejistoty týkajícím se jejich dalšího života, s nežádoucími vedlejšími účinky protinádorové terapie, s pocitem izolace, stigmatizace a viny. Tschuschke (28) uvádí, že diagnóza rakoviny vyvolá v každém postiženém jedinci existenční krizi (situační požadavky překročí možnosti zvládnání jedince, pacienti si často stěžují na pocit ztráty osobní kontroly). K úspěšnému zvládnutí nemoci je tedy nutné využít i podpůrné metody, které by vedly ke znovuzískání určité kontroly pacienta nad danou situací.

Protinádorová terapie

Základními metodami v léčbě maligního nádorového onemocnění jsou biomodulační metody, tj. léčba chirurgická (radikální výkony x paliativní výkony x kombinové výkony), chemoterapie (systémová x regionální x kombinovaná, léčebná x paliativní, neoadjuvantní x adjuvantní), imunoterapie (samotná, tj. v monoterapii x v kombinaci s chemoterapií, tzv. imunochemoterapie), radioterapie (celotělová x lokálně ohraničená, zevní x vnitřní). Tyto základní metody jsou pak doplňovány specifickými modalitami (např. transplantace krvetvorných buněk apod.) (17, 25).

Klasická medicína se dlouhou dobu zaměřovala pouze na biologii nádoru a příliš nebrala v úvahu psychologické a sociální faktory, které vstupují do interakce s nádorovým onemocněním (18). V posledních padesáti letech se objevuje stále více studií, které ukazují příznivý vliv psychosociálních opatření na průběh maligního nádorového onemocnění. Podle Tschuschkeho (28) je nutno psychologickou intervenci chápat jako metodu podpůrnou a doplňující, nikoli jako náhradu léčebných postupů.

Chceme-li tedy pojmout protinádorovou terapii komplexně, měla by zahrnovat 3 okruhy (6, 7, 18, 26, 28):

1. **biologický okruh** (chirurgická léčba, chemoterapie, imunoterapie, radioterapie apod.);
2. **psychologický okruh** (psychologická inter-

vence systematicky aplikovaná profesionálními psychology a psychoterapeuty);

3. **sociální okruh** (sociální opora – přítomnost jiného člověka, který na postiženého jedince příznivě působí, užší – rodina, širší – přátelské a pracovní vztahy).

Biologické, psychologické a sociální okruhy jsou v neustálé interakci (viz obr. 1) a často lze velmi obtížně odlišit, které z nich právě působí významněji (18, 28).

Fáze prožívání maligního nádorového onemocnění

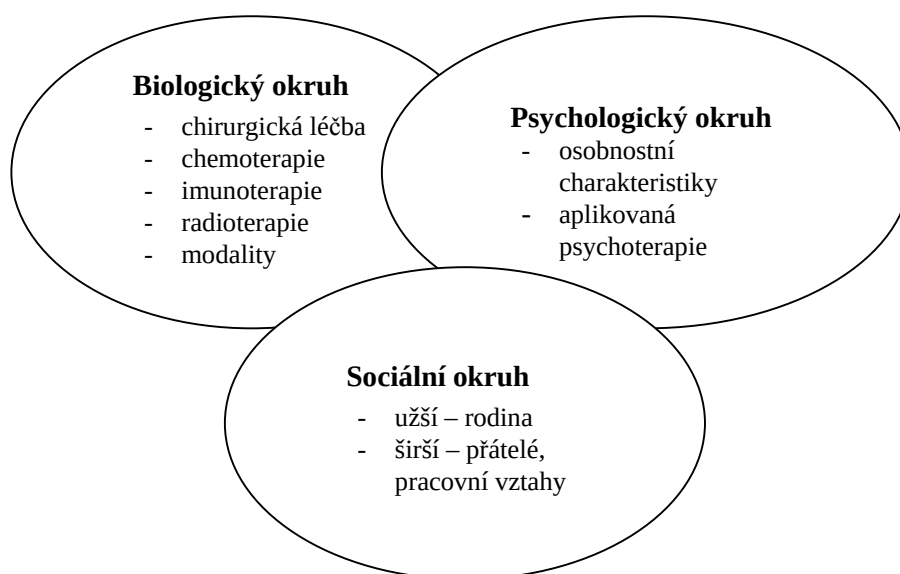
Maligní nádorová onemocnění se vyznačují ve svém průběhu charakteristickými fázemi prožívání (5, 6, 7, 18, 27, 28). Tschuschke (28) je rozděluje na fázi diagnózy, léčby, remise, recidivy, pokročilého stadia nemoci a terminálně paliativní stadium.

1. Diagnóza nemoci

Tato fáze představuje šok a strach, člověk je konfrontován s vlastní smrtelností, existencionálními otázkami.

2. Léčba nemoci

Krize se týká bolestivých a zatěžujících léčebných zákroků, negativních účinků léčby, ubývání psychických a fyzických sil.



Obr. 1: Obecný princip protinádorové terapie – modifikováno podle Tschuschkeho (28)

3. *Remise nemoci*

Mohou převládat pocity strachu z recidivy. Běžné jsou hypochondrické obavy, zejména před kontrolními vyšetřeními.

4. *Recidiva nemoci*

První recidiva nemoci je prožívána jako nejvíce stresující událost v průběhu celé nemoci. Je to podobné, ale jistě intenzivnější než u zjištění nemoci. Pacient je frustrován, že nemoc zvítězila nad léčbou.

5. *Pokročilé stádium nemoci*

Opakovaná léčba je neúčinná, hledají se nové formy léčby, užití některých velmi agresivních je nerealistické. Krize se opakuje, manifestují se panikou a strachem. Pacient se často uchyluje k alternativním metodám, má pocit, že klasická medicína v léčbě jeho nemoci selhala.

6. *Terminálně paliativní stádium nemoci*

Je nutno se zaměřit na nepříjemné symptomy, zajistit psychickou úlevu.

Psychosociální intervenční metody

Psychosociální intervenční metody zahrnují (5, 6, 18, 27, 28):

1. psychologicko-psychoterapeutické intervence
2. sociální oporu

Ad 1. Psychologicko-psychoterapeutické intervence

a) *vzdělávací a na informacích založené metody*

- zprostředkování znalostí a poznatků vztahujících se k nemoci a technikám léčby
- informace o emocionálních aspektech apod.

b) *behaviorální metody*

- progresivní svalová relaxace
- hypnóza
- dechové techniky
- meditace
- biofeedback
- vizualizace

c) *individuální terapie*

- zaměřena zejména na schopnost empatie

d) *skupinová terapie*

- zaměřena na zvládání rakoviny, život s touto nemocí
- skupina může zajišťovat také psychosociální podporu, může využít také faktory, které se

nemohou objevit při individuální terapii (altruismus, katarze, koheze – soudržnost skupiny, rekapitulace primární rodiny, univerzální utrpení, zpětná vazba)

Cílem těchto léčebných opatření je zmírnit pocity osamělosti, zredukovat strach z protinádorové terapie, snížit projevy zoufalství a deprese, objasňovat možná nedorozumění či chybné informace, zmírnit pocity izolace, beznaděje, opuštěnosti. Vést pacienta k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení, zlepšit spolupráci se zdravotníky a v neposlední řadě zlepšit celkovou kvalitu života (18, 28).

Ad 2. Sociální opora

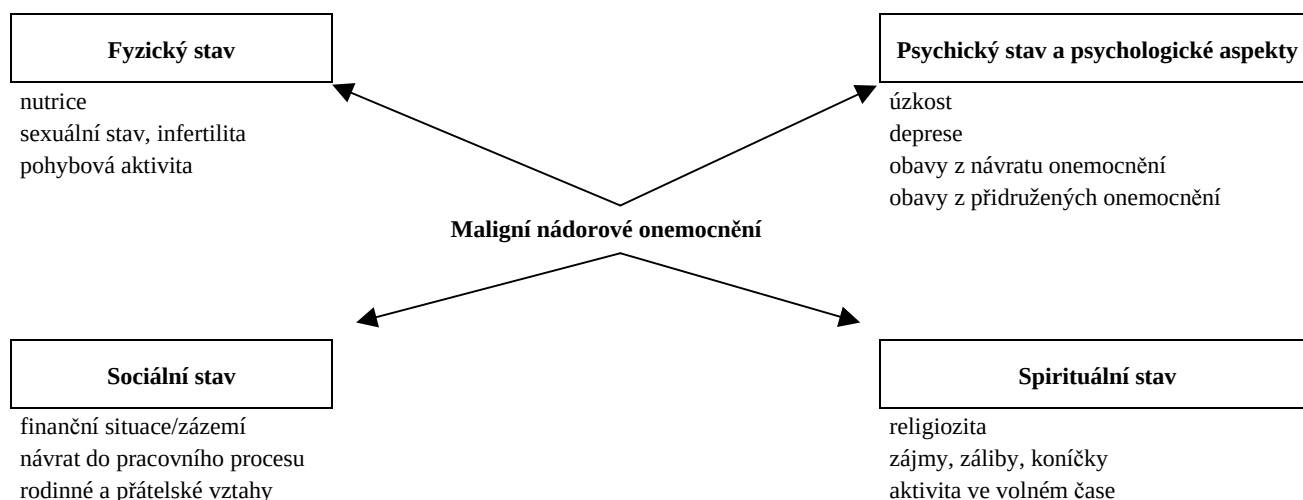
Profesionální psychosociální pomoc pravděpodobně nemůže být příliš úspěšná bez důležité vztahové cesty. Nejdůležitějším zdrojem sociální opory je pro pacienta nejužší rodinný kruh, přátelé. Zajišťují pocit nevyřazenosti, pocit hodnotného bytí, pocit podpory při zvládání nemoci (18, 27, 28).

K dosažení co největší efektivity je nejlépe u pacientů s maligním nádorovým onemocněním kombinovat metody, které jim budou „ušity“ na míru. Tak je možno snížit pocity zoufalství, deprese, strachu, vytvořit strategii zvládání (coping), posílit chuť do života, v neposlední řadě zvýšit celkovou kvalitu života (18, 20, 27, 28).

Kvalita života onkologických nemocných

Kvalita života je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ (1, 2, 3, 9, 10, 13, 14, 23, 24, 25, 26, 27). Ferrell (8) a Grant (10) uvádějí, že definice kvality života vychází z tzv. koncepčního modelu kvality života, který je dán 4 doménami plnohodnotného života jedince:

1. fyzický stav (mobilita, nutrice, sexuální stav, infertilita apod.),
2. psychický stav a psychologické aspekty (poruchy přizpůsobení, afektivní poruchy, obavy z návratu onemocnění, obavy z přidružených onemocnění apod.),
3. sociální stav (návrat do pracovního procesu, rodinné a přátelské vztahy, finanční zajištění nemocného apod.),
4. spirituální aspekty (religiozita, koníčky, aktivity ve volném čase apod.) (pro ilustraci viz obr. 2).



Obr. 2: Konceptní model kvality života onkologických nemocných – modifikováno podle Ferrella (8) a Granta (10)

Psychický stav a psychologické aspekty versus kvalita života onkologických nemocných

Harder uvádí (11) jako nejčastější změny psychického stavu u nemocných s hematologickým onemocněním: 1. sociální izolaci, 2. ztrátu motivace, 3. depresi, 4. anxiety. Názor Hardera doplňuje De Souza (4) o poznatek, že výše uvedené psychické obtíže jsou důsledkem fyzického a mentálního vyčerpání v průběhu náročného procesu protinádorové terapie. Někteří autoři, např. Molassiotis (20, 21), popisují specifické rozdíly v psychické dysfunkci u nemocných s hematologickým onemocněním léčených transplantací krevetvorných buněk. U kohorty nemocných po autologní transplantaci autor zaznamenal více projevů anxiety a deprese. Opačný názor má Fradique (9), jenž poukazuje na to, že neexistují zásadní rozdíly mezi typem transplantace krevetvorných buněk a projevy anxiety a deprese.

Sociální stav versus kvalita života onkologických nemocných

Podle Haupta (12) mají někteří nemocní s hematologickým onemocněním problémy v osobním životě, respektive v osobních vztazích, vycházející zejména z projevů jejich emoční lability, někdy až s projevy agresivního chování. Autor (12) dále uvádí, že vztah mezi partnery bývá obvykle pod značným tlakem. Mnoho nemocných po ukončení protinádorové terapie uvádí nejružnější obtíže spočívající v jejich sociálních interakcích, obtížnějším chá-

pání a porozumění. Hayese (13) tyto změny dává do souvislosti se změnami fyzického stavu, zejména pak vliv přetrvávající únavy, a v neposlední řadě s osobními změnami (změny ve vnímání sebe samotného – změny identity, pocity sebeobviňování se, pocity studu a frustrace). Zásadní problém týkající se sebeobviňování a zejména pak frustrace u onkologických nemocných vidí Molassiotis (20, 21) a Toy (27) ve finančních obtížích daných ztrátou zaměstnání vlivem dlouhodobé pracovní neschopnosti. Stran kompenzace těchto obtíží je zapotřebí klást důraz na rodinu a přátele umožňující návrat nemocného do společnosti, tzv. socializace nemocného. Rodina a přátelé zabrání sociální izolaci nemocného a umožní obnovit jeho sociální role po náročné protinádorové terapii.

Podle Saleha (24) rodinný stav a s ním spojené fungující rodinné a přátelské zázemí velmi pozitivně ovlivňuje kvalitu života onkologických nemocných po transplantaci krevetvorných buněk. Proces protinádorové terapie z pohledu samotného pacienta je velmi náročný, zejména pak z hlediska časového. Pacient se v průběhu protinádorové terapie dostává do role sociálně izolovaného člověka a fungující rodinné a přátelské zázemí je jedním z možných východisek, jak této sociální izolovanosti předejít.

Obdobný trend nachází Heinonen (14, 15) u skupiny hematologických nemocných léčených transplantací krevetvorných buněk, který poukazuje na vyšší kvalitu života u pacientů/pacientek ženatých/vdaných, dáno do souvislosti s dostatečným rodinným a sociálním zázemím, naopak nižší kvalitu života u rozvedených pacientů/pacientek s deficitem rodinného a sociálního zázemí.

Autor rovněž porovnal kvalitu života u rozvedených mužů a žen, přičemž dospěl k závěru, že rozvedení muži mají nižší kvalitu života v porovnání s rozvedenými ženami. Týž autor (14, 15) dále uvádí, že nejpravděpodobnějším důvodem je přetrvávající sociální izolovanost u rozvedených mužů po transplantaci krvetočivých buněk. Dalším z autorů potvrzujících výše uvedený trend, tj. lepší kvalita života nemocných s dostatečným rodinným zázemím, je Boyle, podle něhož rodinný stav a s ním spojené uspokojivé sociální zázemí pozitivně ovlivňuje kvalitu života nemocných. Zajímavé poznání v této problematice přináší Baker (1), který prokázal obtížnější začleňování pacientů po náročné protinádorové terapii do rodinného a přátelského prostředí v důsledku psychických obtíží – úzkost, deprese, stigmatizace onemocněním.

Spirituální aspekty versus kvalita života onkologických nemocných

Podle Pospíšilové (22) souvisí „opravdová“ kvalita života s duchovním růstem člověka. Jde tu o skutečné vnitřní bohatství, které nikdo nikomu nemůže dát, ani vzít. V neposlední řadě jde o hodnoty tvůrčí, zážitkové a zejména pak postojové, které podle Pospíšilové křesťanská tradice nazývá ctnostmi. Změny v hodnotovém žebříčku u onkologických nemocných, konkrétně u nemocných léčených transplantací krvetočivých buněk, zaznamenal Entonen (7). Tyto změny mnohdy obnášejí upuštění od nejrozličnějších aktivit, včetně zájmů a zálib. Zásadní změny u této kohorty nemocných s náboženským vyznáním prokazuje Boyle (3), který uvádí, že věřící nemocní vykazují mnohem vyšší kvalitu života v porovnání s nemocnými bez náboženského vyznání.

Závěr

Lze konstatovat, že psychologická a psychosociální intervence má své pevné a nepostradatelné postavení v komplexní péči o onkologického nemocného. Její význam je soustředěn zejména na osobnostní charakteristiky onkologických nemocných, sociální oporu a aplikovanou psychoterapii u této specifické kohorty nemocných. Oba typy interakcí napomáhají klinickému onkologovi vnímat změny ve zdravotním stavu onkologického nemoc-

ného v širším úhlu pohledu. Právě tyto informace obohacují naše poznání o potřebách pacienta, a mohou tak významně přispět ke zkvalitnění péče. Také umožní odhalit mechanismy, které modifikují vznik a průběh onemocnění. Velmi dobré zkušenosti, zejména pak v zahraničí, jsou s tzv. „Quality of Life Team“ (25). Tyto týmy jsou personálně složeny z ošetřujícího lékaře-onkologa, středního a vyššího zdravotnického personálu se specializací na klinickou onkologii edukovaného v problematice kvality života onkologických nemocných, klinického psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka a data manažera. Důvodem, proč zřizovat tyto speciální týmy je, že péči o nemocného a jeho rodinu je připravováno prostředí, do kterého se nemocný vrací po proběhlé transplantaci krvetočivých buněk a které ovlivňuje jeho adaptaci (19, 25).

Tento článek je pouze přehledový, podrobněji je tematika psychosociální intervence zpracována v celé řadě monografií, z nichž některé jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Literatura

1. BAKER, F., et al. Reintegration after bone marrow transplantation. *Cancer Pract.*, 1999, vol. 7, no. 4, p. 190–197.
2. BLOCK, HI. The role of the self in healthy cancer survivorship: a view from the front lines of treating cancer. *J. Mind-Body Health*, 1997, vol. 13, p. 6–23.
3. BOYLE, D., et al. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nurs*, 2000, vol. 23, no. 3, p. 193–203.
4. DE SOUZA, CA., et al. Quality of life in patients randomized to receive a bone marrow or a peripheral blood transplantation. *Haematologica*, 2002, vol. 87, no. 12, p. 1281–1285.
5. DUNKEL-SCHETTER, C., et al. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol.*, 1992, vol. 11, p. 79–87.
6. EDMAN, L., et al. Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *Eur. J. Cancer Care*, 2001, vol. 10, no. 2, p. 124–130.
7. ENTONEN, A. Adaptation to severe intestinal GVHD after BMT. *EBMT Nurses Group Newsletter*, 1992, vol. 2, p. 15–17.
8. FERRELL, BR. – GRANT, MM. Quality of Life Scale: Bone Marrow Transplant. In *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives: Theory, Research, Practice*. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, 2003, p. 455–465.
9. FRADIQUE, E., et al. Contribution to the panel discussion on quality of life. *EBMT Nurses Group Newsletter*, 1992, vol. 1, p. 26–29.
10. GRANT, MM., et al. Measurement of quality of life in

- bone marrow transplantat survivors. *Qual Life Res.*, 1992, vol. 1, no. 6, p. 375–384.
11. HARDER, H., et al. Cognitive functioning and quality of life in long-term adult survivors of bone marrow transplantation. *Cancer*, 2002, vol. 95, no. 1, p. 183–192.
 12. HAUPT, K. Quality of Life after Bone Marrow Transplantation. *EBMT Nurses group Newsletter*, 1992, vol. 2, p. 31–33.
 13. HAYES, S., et al. Quality of life changes following peripheral blood stem cell transplantation and participation in a mixed-type, moderate-intensity, exercise program. *Bone Marrow Transplant*, 2004, vol. 8, no. 6, p. 156–172.
 14. HEINONEN, H., et al. Gender-associated differences in the quality of life after allogeneic BMT. *Bone Marrow Transplant.*, 2001, vol. 28, no. 5, p. 503–509.
 15. HEINONEN, H., et al. Quality of life and factors related to perceived satisfaction with quality of life after allogeneic bone marrow transplantation. *Ann. Hematol.*, 2001, vol. 80, no. 3, p. 137–43.
 16. CHOVANCOVÁ, Z. – VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor a co dál*. Praha, Grada, 1998.
 17. KLENER, P., aj. *Klinická onkologie*. Praha, Grada, 2002.
 18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha, Grada, 2002.
 19. MESANYOVÁ, M. – ŠIMEK, J. Transplantace kostní dřeně z pohledu pacienta. *Prakt. Lék.*, 2004, roč. 84, č. 9, s. 536–540.
 20. MOLASSIOTIS, A. Further evaluation of a scale to screen for risk of emotional difficulties in bone marrow transplant recipients. *J. Adv. Nurs*, 1999, vol. 29, no. 4, p. 922–927.
 21. MOLASSIOTIS, A., et al. Psychological and physical difficulties in patients post BMT. *EBMT Nurses Group J.*, 1994, vol. 1, p. 2–6.
 22. POSPÍŠILOVÁ, J. *Úvod do spirituality*. (Studijní skripta). Praha, Olomouc, Institut Františkánských studií, 2004.
 23. SALAJKA, F. Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče. *Klin. Onkol.*, 2001, roč. 1, s. 27–29.
 24. SALEH, US. – BROCKOPP, DY. Quality of life one year following bone marrow transplantation: psychometric evaluation of the quality of life in bone marrow transplantation survivors tool. *Oncol. Nurs Forum*, 2001, vol. 28, no. 9, p. 1457–1464.
 25. SLOVACEK, L. – SLOVACKOVA, B. – JEBAVY, L. Global Quality of Life in Patients Who Have Undergone the Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Finding from Transversal and Retrospective Study. *Exp. Oncol.*, 2005, vol. 27, no. 3, p. 238–242.
 26. STABLOVÁ, A. Kvalita života dialyzovaných nemocných. Praha, UK FTVS. <http://www.ftvs.cuni.cz>.
 27. TOY, A. *Out pateint care following bone marrow transplantation*. Proceedings of the 5th Meeting of the EBMT Nurses Group 1989, Badgastein, Austria.
 28. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. Praha, Portál, 2004.
- Korespondence: Mjr. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.
Univerzita obrany
Fakulta vojenského zdravotnictví
Katedra válečného vnitřního lékařství
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: ladislav.slovacek@seznam.cz
- Do redakce došlo 4. 4. 2007