

dopad než na mladší jedince, zejména co se týče překvapení ze zjištění onemocnění nebo přijetí role pacienta (6). Dle výsledků zahraničních studií existuje vztah mezi strategií zátěže, kterou jedinec využívá a kvalitou života včetně jeho vnímání nemoci, rozhodování a každodenního prožívání nebo míry úzkosti a depresivnosti (3, 4, 5).

Metodika

Příspěvek je koncipován jako tradiční přehledový text, jehož hlavním cílem bylo zmapovat dosavadní poznatky k danému tématu, zvýšit povědomí o této problematice a podpořit propojení pomezí zdravotní, resp. ošetrovatelské praxe se zdravotně-sociální oblastí. K jeho zpracování bylo využito převážně zahraničních odborných informačních zdrojů. Ty byly vyhledány pomocí elektronických databází PubMed, ScienceDirect, Web of Science a Google Scholar. Zdroje byly vyhledávány v anglickém a českém jazyce s datem publikování od roku 2013 po současnost a s pomocí těchto klíčových slov: coping strategy, illness/disease, older adults/elderly, cancer, nursing care. K následné obsahové analýze bylo poté z textů, jež splňovaly kritéria inkluze (dostupnost v plné verzi, specializace onkologie, cílová skupina geriatrických pacientů, kontext ošetrovatelské péče), vybráno celkem 18 materiálů.

Strategie zvládání u nemocných seniorů

Zvládání (coping) představuje individuální způsob snahy o zvládnutí stresové, zátěžové nebo krizové situace a „*neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zaměřené na zvládání specifických vnějších a/nebo vnitřních požadavků, které jsou jedincem hodnoceny jako přetěžující nebo přesahující jeho zdroje*“ (11). Uplatňuje se v případech, kdy musí daný jedinec vzhledem k okolnostem a své odolnosti vyvinout ke zvládnutí dané situace zvýšené úsilí (12, 13). Dle základního dělení se copingové strategie rozlišují na odklonové a příklonové. Pro odklonové je charakteristické vypořádání se se stresující událostí přes pasivní, nepřímé, dokonce i vyhýbavé chování, popření, fantazii, vinění sebe či druhých. Naopak příklonová copingová strategie se orientuje na využívání aktivních, přímých a na cíl orientovaných

činností, např. vyhledávání informací, aktivní řešení problému, plánování nebo vyhledání sociální opory (14). Individuální volba strategie zvládání včetně preference odklonové nebo příklonové strategie je u nemocných seniorů dle výzkumných zjištění pravděpodobně ovlivněna kromě jiných aspektů také typem nemoci (15). Zahraniční studie zaměřené na strategie zvládání u nemocných seniorů se již zaměřily mimo jiné na onkologické onemocnění (8), chronické postižení páteře (16) nebo zkušenosti s bolestí (17). U seniorů s chronickým postižením páteře se například prokázalo převažující využívání následujících copingových strategií: rozptýlení, omezení, prevence, pohyb, zmírnění bolesti a vyhýbání se (únik). Preferovanými strategiemi většiny participantů byly krátkodobé, reaktivní strategie zahrnující rozptýlení (definováno jako krátkodobá změna aktivity nebo pozornosti při přítomnosti spinálních příznaků) a omezení (definováno jako snížení nebo zastavení činnosti za účelem snížení současných nebo probíhajících spinálních symptomů). Proaktivní, dlouhodobé strategie zahrnovaly prevenci a pohyb. Strategie zaměřené na zmírnění bolesti mohou vyžadovat interakci s poskytovatelem zdravotní péče, zatímco strategie zaměřené na unik měly za následek odpojení a izolaci od ostatních lidí a aktivit (16). V průběhu onemocnění jsou strategie zvládání různě adaptovány vzhledem k fyzickým, psychosociálním, duchovním, ekonomickým a environmentálním potřebám jedince (14).

Strategie zvládání u onkologicky nemocných seniorů

„*Na rozdíl od mladších pacientů s onkologickým onemocněním, kteří jsou obvykle zahrnuti péčí a pozorností, starší pacient si musí mnohokrát se situací poradit víceméně sám*“ (2).

Biopsychosociální faktory, které se typicky pojí s obdobím stáří, mohou do značné míry limitovat schopnost seniora zvládat zátěž spojenou s onkologickým onemocněním. To ve svém důsledku negativně ovlivňuje nejen jeho momentální prožívání a psychický i fyzický stav, ale především celkovou kvalitu života (8). Výrazný distres je u seniorů s onkologickým onemocněním obvyklý, na rozdíl od mladších pacientů ale není pro seniory zpravidla typický proaktivní přístup, což se

projevuje i ve volbě konkrétních strategií zvládání zátěže, které preferují (1). To, jaké strategie senior volí, často do značné míry ovlivňuje lokalizace a rozsah onemocnění a s tím související celková náročnost léčby a prognóza. V případě lokalizovaného (resekovatelného) onemocnění jsou obvyklejší strategie orientované na problém, zatímco u pokročilého, diseminovaného onemocnění se dostávají do popředí strategie orientované na emoce. S progresí onemocnění je obvyklé využívání kombinace strategií, nikoli jen jedné (9). Výzkumy potvrzují, že klíčovou roli mají pro onkologicky nemocné seniory **strategie zaměřené na získání emoční a sociální podpory**, které se současně osvědčují jako neefektivnější, s prokazatelně pozitivním vlivem na kvalitu jejich života a celkovou pohodu (4, 7, 8). Není výjimkou, že onkologicky nemocný senior je současně primární pečující osobou o svého blízkého, a pacientům v takové situaci by měla být věnována intenzivnější pozornost. Jejich potřeby zvláště v oblasti sociální podpory mohou být zvýšené, zároveň může nutnost péče o druhého výrazně ovlivňovat jejich zdravotní stav, rozhodování ve vztahu k vlastní léčbě i strategie zvládání zátěže, které tyto seniory volí (8). **Pozitivní přerámování** je další běžnou strategií, kterou často využívají i pacienti v paliativní péči (4). Zejména u starších pacientů představuje běžnou a vyhledávanou strategii zvládání zátěže také víra nebo duchovní život, resp. **strategie zvládání založené na duchovních hodnotách** (1, 5). Ta může mít značný pozitivní potenciál ve vztahu k celkové kvalitě života i specificky v oblasti jak duševního, tak fyzického zdraví. Současně ale může představovat riziko, pokud daný jedinec pokládá nemoc, infaustní prognózu nebo jiné nepříznivé okolnosti za důsledek svého hříchu, Boží trest nebo nedostatek Boží lásky a trápí se sebeobviňováním (9). **Sebeobviňování**, pocity studu a viny se také častěji objevují u pacientů s určitým typem nádorového onemocnění v kontextu s jejich osobní anamnézou (např. kouření, rizikové sexuální chování, zanedbávání preventivních prohlídek) (4). K dalším obvyklým strategiím patří u seniorů s onkologickým onemocněním **rezignace, pasivní přijetí situace a popření**, které však dle výzkum-