

miliónovou péči.“) Mnozí si i po mnoha letech pamatovali jménem konkrétního lékaře nebo sestru, kteří jim nějakým způsobem pomohli, ač to byla zdánlivě maličkost. Tato naše zjištění jsou v souladu s tím, co uvádí Pospíchal (3): „Pokud je pocit bezpečí přítomen, prožívání negativních emocí a strachů bývá mírnější. Také dodržování navržených léčebných postupů pacientem pak bývá preciznější,“ či Svoboda a Halámková (1): „Zájem a informace vytváří bezpečný vztah a vedou k bazálnímu zklidnění.“ Sdělení pacientů v našem souboru se shodovala i s konstatováním, že „vše, co sestra řekne nebo udělá, pacient bedlivě sleduje a ovlivňuje to jeho současný i budoucí vztah k sestře, a tím vlastně i k celému zdravotnickému zařízení“ (7).

Úroveň vztahu a komunikace s lékaři a sestrami představuje aspekt, který má značný potenciál ovlivnit i další strategie zvládání významné v kontextu zdravotní péče: **zodpovědnost a disciplinovaný přístup k léčbě**, a to zvláště v rovině spolupráce, respektu k doporučením a ochotě přijmout nevyhnutelné kroky a **vyhledání a využívání odborné péče v oblasti péče o duševní zdraví**. Většina pacientů vítá a využívá psychologickou pomoc, pokud o ní ví (např. z nástěnky v čekárně nebo nabídky lékaře a nemusí ji sami hledat) a je nabízena nestigmatizující formou – psychoonkologická péče jako standardní součást péče; za potřebu této formy podpory se pacient nemusí stydět nebo ji vnímat jako svoji slabost nebo selhání („Paní doktorka říkala, že se to zjistí po vyšetřeních a že chápe můj stres a že mi, pokud bych potřebovala, zajistí nějakou psychologickou pomoc.“) U pacientů ve výzkumném souboru se jednalo o péči od jednorázové intervence po několikiletou pravidelnou (onko)psychologickou péči, kterou hodnotili velmi kladně. Vnímali ji jako pomoc pro sebe a zároveň s motivací chránit druhé – mít svůj prostor, kde je možné sdílet i to nejbolestnější, nejděsivější, před čím měli snahu druhé uchránit („Využívám jak psychiatrii, tak onkopsychologii, protože tam vypustím zbytek toho děsu, co mě děsí, a čím tady nechci nikoho trápit.“ „Jsou věci, které neřeknete ani nejlepšímu příteli, protože víte, že z toho bude zraněný a moc bolavý, a že ho to bude trápit minimálně tak, jako to trápi vás, někdy možná ještě víc, protože to za vás nemůže vybojovat.“) Mnozí si i o několik let později detailně vybavovali, co jim nejvíce pomohlo („Řekla jsem paní psychologce: mám pocit, že jsem

ten rok proflákala, a ona se na mě podívala a řekla mi: ale vy jste dělala to nejlepší, co jste mohla. Vy jste dávala tělu prostor, aby se uzdravilo, aby se zregenerovalo, abyste byla zdravá, žádné flákání. Ona mě v podstatě postavila jako do latě, když to tak řeknu, ale v dobrém. Přestala jsem si vyčítat, že celý den někdy nic nedělám.“) Drtivá většina pacientů měla zkušenost s momentem či obdobím, které popisovali jako (psychické) zhroucení. Rizikové období představuje nejen sdělení nepříznivé diagnózy nebo prognózy, ale také ukončení aktivní léčby (přechod z hospitalizace do domácí péče) či souběh s dalšími zátěžovými situacemi (např. rozpad vztahu nebo rozvod, finanční nejistota aj.) Slovy jedné pacientky ze souboru (mladé matky s metastatickým onemocněním): „Nejlíp mi bylo na onkologii, mezi svýma. Zhroutila jsem se, že už nebudu s těma svýma, být mezi svýma pro mě bylo důležité.“ **Seberealizace** (různé formy aktivní činnosti, hobby, zapojení do podpory druhým) byla další častou strategií pacientů. Pro některé se stal nástrojem seberealizace jejich osobní příběh a zkušenost s nemocí, kdy našli své místo v činnosti patientské skupiny a začali pomáhat druhým.

Strategiím orientovaným na vyrovnávání se s emocionálním stavem dominovala **snaha o plnohodnotný život**. Pacienti nejčastěji popisovali **nové vnímání hodnoty času, přehodnocování priorit a vědomé zaměření na život v přítomném okamžiku (tady a teď)** – „Dopředu nekoukám, to mě naučila rakovina, neříkám si, co bude za týden, žiju abych byla ráno v pohodě“, „Co je pro ostatní málo, pro mě je hodně. Tohle mi dala nemoc.“) a **ventilaci emocí** (strach, nejistota, hněv, úleva...) způsobem specifickým pro daného pacienta (v kontextu jeho osobnostních charakteristik, zázemí a zdrojů podpory, celkové situace atd.). Častým jevem byla souběžná **cenzura emocí**, resp. vnějších projevů či rozhodování na jejich základě (s ohledem k dětem, blízkým, okolí: „Když je hodně špatnej den, tak chodívám brečet na záchod. Sedím třeba čtvrt hodiny, 20 minut na záchodě a tam brečím, pak vylezu, umyju si obličej, a říkám synovi, nepustíme si nějakou hezkou pohádku? A pak, když to u pohádky nevydržím, tak si tu zase 15 minut pobřečím.“) Velkou kapitolu se zásadním významem představuje u pacientů **konfrontace s existenciálními otázkami** a strategie zvládání v této oblasti, specificky především **hledání a nalézání smyslu života**

či význam spirituality. Ošetrovatelská péče, resp. vztah s ošetřujícími sestrami představuje prostor, který může pacientům pomoci rozvíjet adaptivní strategie zvládání i je přímo uplatňovat s potenciálem nabídnout „posvátné momenty uprostřed všedního dne“ (6). Sestry vytvářejí prostředí, ve kterém je možné otevřít duchovní problematiku, která často odráží životní příběh pacientů a pomoci jim verbalizovat pocity spojené s bolestí a utrpením (6, 10), podpořit je nejen aktivní komunikací, ale častěji doprovázením charakteristickým mlčením, nasloucháním, podporou (6), svoji autentickou přítomností (jednoduché bytí s pacientem) nebo tichými ujištěními (7). Spirituální screening nebo anamnéza patří mezi iniciační kroky ošetrovatelského procesu, sestry se také podílejí na hodnocení míry distresu pacienta včetně identifikace spirituální tísně, která je zařazena mezi ošetrovatelské diagnózy spolu s narušenou religiozitou (00169) (6, 7). V kontextu ošetrovatelského procesu je důležité povědomí o možném uchylování se k maladaptivním strategiím zvládání v důsledku prožívané emoční tísně, která se navenek může projevit pouze v míře a vnímání bolesti. Důraz na pečlivé komplexní posouzení bolesti a management nejen nádorové bolesti je v tomto kontextu nezbytným předpokladem k účinným intervencím (2, 7). „Tento „bludný“ kruh musí být přerušen intervencemi zaměřenými jak na úlevu bolesti, tak na psychické potřeby pacientů“ (13). Mezi další obvyklé strategie patřilo **přerámování, odhodlání situaci přijmout a čelit ji** (nepodlehnout sebelítosti, stále hledat cesty), úsilí o **znovuzískání pocitu kontroly nad situací a svým životem, autenticita** (kontakt se sebou, kongruentní projev), **sebeocenení** (umět se ocenit a odměnit, být k sobě laskavý a shovívavý), **sebeakceptace** (přijetí dopadu onemocnění a léčby na fyzický vzhled, vnímání vlastní krásy) a **humor** (odstup, nadhled: „Kdybych se litovala, líp by mi nebylo, snažila jsem se k tomu přistupovat s humorem.“) Pacienti v souboru byli **zapojeni do patientské skupiny**. Lišila se jejich motivace i délka zapojení, shodně však popisovali **aktivitu nebo aspekty činnosti skupiny, které pro sebe hodnotili jako přínosné**: zdroj informací, autentických zkušeností a vzájemného sdílení v prostředí komunity pacientů; zmírnění obav, nejistoty, úzkosti z neznámého na začátku léčby, v jejím průběhu, v období rekonvalescence či při relapsu i při návratu do běžného, aktivního; nové