

- Hwang, C. S., Janda, K. D. A vision for vaccines: combating the opioid epidemic. *Biochemistry* 2017; 56(42): 5625–5627.
- Chervyakov, A. V., Chernyavsky, A. Y., Sinitsyn, D. O., Piradov, M. A. Possible mechanisms underlying the therapeutic effects of transcranial magnetic stimulation. *Front. Hum. Neurosci* 2015; 9: 303.
- Lejčko, J., Kozák, J., Fricová, J., Hakl, M., Sláma, O., Gabrhelík, T. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. *Bolest* 2016; 19 (Suppl. 1): 1–28.
- Nahin, R. L. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015; 16(8): 769–780.
- Rokyta, R., Fricová, J. Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain. *Physiol. Res.* 2012; 61 (Suppl. 2): 23–31.
- Van der Schier, R., Roozkrans, M., van Velzen, M., Dahan, A., Niesters, M. Opioid-induced respiratory depression: reversal by non-opioid drugs. *F1000Prime Rep.* 2014; 6: 79.
- Zanocchi, M., Maero, B., Nicola, E., Martinelli, E., Luppino, A., Gonella, M., Gariglio, F., Fissore, L., Bardelli, B., Obialero, R., Molaschi, M. Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). *Arch Gerontol Geriatr.* 2008 Jul–Aug; 47(1): 121–8.

# Psychosociální souvislosti naděje v kontextu zdraví i závažného onemocnění: empirické poznatky a možnosti jejich aplikace v lékařské praxi

Alena Slezáčková

O rizikových faktorech ohrožujících tělesné a duševní zdraví se v lékařských a psychologických vědách již ví mnohé. V poslední době se však v medicíně začíná výrazněji prosazovat trend zdůrazňující význam prevence a aktivní podpory zdraví. Také vědecká psychologie, která se do konce 20. století zaměřovala spíše na studium problémových oblastí a pochopení příčin a souvislostí duševních poruch a dysfunkcí, věnuje nyní zvýšenou pozornost zkoumání faktorů duševní pohody a životní spokojenosti. K hlubšímu porozumění protektivním faktorům psychického a tělesného zdraví a jejich vzájemné interakci významně přispívají také poznatky nového směru pozitivní psychologie (Slezáčková, 2012). Jedním z důležitých výzkumných témat, jež má prokazatelné vazby k lepšímu zdraví, efektivnímu zvládnání nemoci a rychlejší úzdavě, je naděje (Slezáčková, 2017).

Cílem této kapitoly je stručně představit aktuální stav vědeckého poznání v oblasti naděje, předložit zajímavé výsledky studií svědčící o významné roli naděje v kontextu zdraví i nemoci a nabídnout možnosti aplikace těchto poznatků v lékařské praxi.

## Přístupy k naději v psychologii

V současné odborné psychologické literatuře nalezneme několik teoretických přístupů k naději: může být definována jako cílesměrný způsob myšlení, jako jedna ze základních pozitivních emocí, jako povahový rys nebo jako fenomén spirituální povahy (Slezáčková, 2017). Někteří autoři rozlišují generalizovanou naději, coby obecnou víru v příznivou budoucnost, a konkrétní naději, která se týká určitého cíle (Clayton et al., 2005).

Jednu z neznámějších teorií naděje představil R. Snyder (2000), jenž naději vymezil jako určitý způsob myšlení, který tvoří základ jakékoli k cíli zaměřené aktivity. Zahrnuje dvě vzájemně interagující složky: schopnost jedince zvažovat a volit různé způsoby a cesty k dosažení žádoucího cíle (*pathways*) a schopnost udržet si motivaci a vůli (*agency*). Důležitou roli hrají také cíle, které si daná osoba klade. Volba adekvátních, dosažitelných a smysluplných cílů zvyšuje pravděpodobnost jejich dosažení. Pro zjištění úrovně nadějněho myšlení byl sestaven osmipoložkový dotazník dispoziční naděje ADHS (*Adult Dispositional Hope Scale*; Snyder et al., 1991), který existuje i v českém překladu (Ocisková, Sobotková, Praško a Mihál, 2016). Výzkumy ukazují, že lidé s vyšší schopností nadějněho myšlení jsou obecně zdravější, odolnější, spokojenější a lépe zvládají stres (Slezáčková, 2017; Slezáčková a Krafft, 2016; Snyder, 2000).

Ne vždy se však lidské naděje týkají toho, na co je možné se připravit a co lze vlastní aktivitou přímo ovlivnit. Řada náročných životních situací a zkušeností, mezi něž může patřit i nepříznivý vývoj závažného onemocnění, se ocitá do značné míry mimo přímou kontrolu daného člověka.

Z toho důvodu stojí za pozornost i nový koncept tzv. prožívané naděje (*perceived hope*), vytvořený švýcarským psychologem A. Krafftem (Krafft, Perrig-Chiello a Walker, 2018). Naděje je v něm chápána jako hluboká důvěra v pozitivní vývoj událostí, která přetrvává i v takových náročných životních situacích, jejichž výsledek jedinec nemůže přímo ovlivnit. Úroveň prožívané naděje lze zjišťovat pomocí krátké šestipoložkové škály PHS (*Perceived Hope Scale*), jejíž česká verze již byla ověřena (Slezáčková, Prošek, Malatincová a Krafft, 2020). Dosavadní



výzkumy ukazují, že prožívaná naděje je úzce spojena s vnímanou smysluplností života, lepší kvalitou mezilidských vztahů, vyšší úrovní spirituality a nižší depresivitou (Slezáčková, Cefai a Prošek, 2018; Slezáčková et al., 2020).

Ve zdravotnictví je nejčastěji využívanou metodou dvanáctipoložková škála HHI (*The Herth Hope Index*; Herth, 1992), která byla navržena speciálně pro zjišťování úrovně naděje v klinickém prostředí, a to jak u pacientů s akutním nebo chronickým onemocněním, tak u pacientů v terminálním stadiu onemocnění (Farran, Herth a Popovich, 1995; Herth, 2000). Další, méně používanou metodou je pak škála NHS (*The Nowotny Hope Scale*; Nowotny, 1989).

V České republice probíhá od roku 2013 systematický výzkum psychosociálních souvislostí naděje (jak ve smyslu nadějného myšlení, tak i prožívané naděje) v rámci mezinárodního projektu *Hope Barometer Research Program* (Krafft et al., 2018). Výsledky každoročních dotazníkových šetření na obsáhlých souborech české populace, do nichž bylo od roku 2013 zapojeno celkem více než 3500 respondentů, nabízejí zajímavý vhled do obsahu nadějí, zdrojů naděje a aktivit, které lidé vyvíjejí ve snaze dosáhnout svých cílů, nadějí a přání (Slezáčková, 2017; Slezáčková et al., 2018). Výzkumná otázka, v co lidé nejčastěji doufají a k čemu nejvíce směřují své naděje, přinesla následující odpovědi: jako nejdůležitější předmět naděje bylo uváděno šťastné manželství/partnerství a rodina, hned na druhém místě bylo vlastní zdraví, dále harmonický a vyrovnaný život, dobré vztahy s druhými lidmi a osobní svoboda. Zjišťováno bylo také, co lidé nejčastěji dělají ve snaze dosáhnout svých cílů a naplnění nadějí. Většina respondentů uváděla, že analyzují okolnosti, hledají informace a důkladně o svých cílech a přáních přemýšlejí. Často také převzou iniciativu, osobně se angažují v plnění svých nadějí a zapojují a motivují také své blízké a členy rodiny. Třetí, neméně významná otázka přinesla zajímavé poznatky o tom, koho nebo co lidé považují za zdroj své naděje, od koho čerpají v těžkých časech podporu a sílu. Nejčastěji uváděná odpověď zněla, že lidé se snaží nacházet zdroj naděje především sami v sobě, což svědčí o přijetí zodpovědnosti za vlastní prožívání a postoj k životu. Mezi další často zmiňované zdroje naděje patřily nejbližší osoby, poskytovatelé tzv. sociální opory: životní partner/partnerka, přátelé, rodiče a prarodiče. Opakovaně bylo také uváděno, že významným zdrojem vlastní naděje mohou být osudy druhých lidí, kteří úspěšně zvládají své životní problémy a náročné situace a slouží tak jako příklad a vzor pro ostatní.

Vzhledem k prokázaným souvislostem vyšší míry prožívané naděje (ve smyslu víry v příznivý průběh události, které mnohdy nelze přímo ovlivnit) s řadou faktorů duševního a tělesného zdraví (Slezáčková a Krafft, 2016) byla další výzkumná pozornost zaměřena na odhalení psychosociálních prediktorů prožívané naděje. Bylo zjištěno, že lidé, kteří si dokážou i v obtížných životních situacích, souvisejících například se zhoršeným zdravotním stavem, snáze udržet nadějný přístup, jsou primárně ti, kteří nepropadají pesimistickým myšlenkám a katastrofickým očekáváním, netrpí osamělostí, a proto mají možnost čerpat oporu ze sítě mezilidských vztahů. Tito lidé také projevují vyšší míru tzv. generativity, tj. ochoty věnovat svůj čas a energii také potřebám druhých lidí a přispět něčím hodnotným společnosti (Slezáčková et al., 2018).

## Naděje v kontextu zdraví a nemoci

Výstupy zahraničních i tuzemských výzkumů poukazují na důležitou roli naděje v posilování psychické i fyzické odolnosti a udržení dobrého zdraví (Groopman, 2005; Miller, 2007; Scioli et al., 2016; Slezáčková a Krafft, 2016; Willes, Cott a Gibson, 2008).

Také výsledky rozsáhlejší studie realizované na vzorku českých dospělých ( $N = 1409$ , věk 15–75 let, 59 % úplně nebo spíše zdravých), zaměřené na odhalení psychosociálních souvislostí subjektivně hodnoceného zdravotního stavu, ukázaly, že osoby s vyšší mírou nadějného myšlení posuzovaly svůj celkový zdravotní stav jako významně lepší a uváděly také vyšší úroveň pozitivního emocionálního naladění a celkové životní spokojenosti (Slezáčková, Humpolíček a Malatincová, 2014). Protektivní role nadějného myšlení byla prokázána také ve výzkumu faktorů zdravého/úspěšného stárnutí (*healthy/successful ageing*) u souboru 53 českých seniorů ve věku 62–99 let (průměrný věk 78 let). Osoby, které vykazovaly vyšší úroveň nadějného myšlení, vykazovaly nejen lepší zdravotní stav, ale také vyšší míru duševní pohody a pocitu smysluplnosti života (Hesová, 2014 in Slezáčková, 2017).

Opakovaně prokázané pozitivní souvislosti mezi nadějí a lepším fyzickým zdravím (Simmons a Nelson, 2001; Snyder, Irving a Anderson, 1991) lze do určité míry vysvětlit i díky poznatkům o vztahu naděje s chováním souvisejícím se zdravím (*health-related behaviour*) (Burešová et al., 2016). Výstupy výzkumu uskutečněného na souboru 1634 českých respondentů ve věku od 15 do 80 let ukázaly, že lidé se schopností nadějného myšlení vykazují

významně více zdraví podporujícího chování, vyšší úroveň duševního zdraví a méně subjektivně hodnocených zdravotních potíží (Slezáčková a Vémolová, 2017).

Tento efekt byl potvrzen také v zahraničních studiích realizovaných na klinické populaci. Ženy po léčbě rakoviny prsu, které si dokázaly udržet vyšší naději, se více věnovaly aktivní podpoře svého zdraví, pravidelněji cvičily a dodržovaly doporučené dietologické požadavky (Scioli et al., 2016). Osoby s vyšší mírou naděje také projevovaly větší ochotu podstoupit preventivní vyšetření (Irving, Snyder a Crowson, 1998).

V kontextu lékařské péče o nemocné lze posilování a udržování naděje považovat za jeden z klíčových faktorů napomáhajících optimálnímu průběhu a výsledku léčby (Brooksbank a Cassel, 2005; Sanatani, Schreier a Stitt, 2009). Naděje má pozitivní vliv jak na úspěšnost terapie, tak na schopnost pacientů vyrovnat se s nemocí, ať již rakovinou (Felder, 2004; Peh, Kua a Mahendran, 2016), nebo roztroušenou sklerózou (Madan a Pakenham, 2014).

U pacientů, u nichž byla zjištěna vyšší schopnost nadějného myšlení, docházelo k rychlejšímu zotavení po operaci koronární tepny a vyšší pooperační kvalitě života po 6 měsících (Scheier et al., 1989). Vyšší naděje také pozitivně ovlivňovala duševní pohodu pacientů zotavujících se po operaci zranění páteře (Brazeau a Davis, 2018).

Nedostatek naděje naopak může zhoršený zdravotní stav komplikovat. Bylo zjištěno, že vysoká míra beznaděje významně predikovala výskyt a mortalitu na infarkt myokardu a rakovinu, a to nezávisle na úrovni deprese a ostatních rizikových faktorech (Everson et al., 1996).

Zvýšený zájem o porozumění obsahu a zdrojům naděje u klinické populace se týká pacientů s onkologickým onemocněním (Holland a Lewis, 2001; Lichwala, 2014; Morse a Doberneck, 1995; O'Connor, Wicker a Germino, 1990). Výzkumy dokládají, že onkologičtí pacienti s vyšší nadějí více důvěřují svým schopnostem vyrovnat se s nemocí, méně podléhají pesimistickému myšlení, udržují si aktivní přístup k řešení problémů a volí efektivní strategie snižující úzkost (Taylor, 2000). Odhaleny byly také vztahy mezi vyšší nadějí a nižším počtem udávaných symptomů onemocnění, a to jak fyzických (bolest, únava), tak i psychických (stres, deprese) (Berendes et al., 2010).

Důležitou roli hraje naděje také u pacientů v paliativní péči (Broadhurst a Harrington, 2016; Olsman et al., 2014). Na základě analýzy rozhovorů se třemi desítkami osob v terminálním stadiu onemocnění bylo rozlišeno deset faktorů ovlivňujících míru naděje. Mezi sedm pozitivně působících faktorů, jež posilují naději pacientů, patří:

- možnost udržovat blízké a důvěrné mezilidské vztahy,
- schopnost stanovovat si dílčí, dosažitelné a smysluplné životní cíle,
- dovednost využívat své silné stránky a pozitivní vlastnosti (vytrvalost, odvaha, nadhled),
- umění odlehčit situaci humorem a udělat si občas drobnou radost,
- schopnost připomínat si minulé příjemné zážitky a dosažené úspěchy,
- umění rozvíjet svou duchovní stránku pomocí modlitby, rozjímání nebo meditace,
- schopnost udržet si pocit vlastní hodnoty a důstojnosti.

Tři faktory však na pacientovu naději působí nepříznivě. Jsou to:

- prožívaná osamělost a pocit opuštěnosti,
- přetrvávající a neovlivnitelná bolest nebo diskomfort,
- pocit devalvace vlastní osoby, nejčastěji zapříčiněný nevhodnými reakcemi od okolí, jako jsou nezájem, bagatelizace problému nebo ponižování (Herth, 1990).

Konkrétní obsah a význam pacientových nadějí je individuální a variabilní, mění se v závislosti na typu a stadiu onemocnění, aktuální životní situaci a pacientových hodnotách (Daneault et al., 2016; Elliott a Olver, 2002). Studie odhalující význam naděje u pacientů v paliativní péči (Benzein, Norberg a Saveman, 2001; DeMartini et al., 2019; Sanatani et al., 2008) ukázaly, že jejich naděje se netýkaly pouze léčby a vyléčení, ale zahrnovaly řadu psychosociálních témat, jako jsou duševní pohoda a vnitřní vyrovnanost, přítomnost blízkého vztahu s druhým člověkem, dožití se osobně významné události nebo smíření se se životem i smrtí.

Pacienti s pokročilým onkologickým onemocněním v paliativní péči uváděli řadu konkrétních zdrojů, které zvyšují jejich naději – ať již je to získávání upřímných a pravdivých informací o svém stavu, možnost plánovat a dosahovat krátkodobých cílů (ve smyslu stanovení náplně pro nejbližší dny) v rámci jednoho dne, udržovat si pozitivní přístup a vnímat podporu rodiny a přátel, nebo možnost zanechat po sobě odkaz či dědictví (Duggleby a Wright, 2004). Lepší adaptaci starších pacientů napomáhalo také jejich přijetí vlastního stáří a vědomí kvalitně prožitého života (Lannie a Peelo-Kilroe, 2019).



## Naděje v lékařské komunikaci

Naděje je nejen významným faktorem ovlivňujícím úspěšnost léčebného procesu u somatických i duševních onemocnění, ale pozitivně působí také na spolupráci pacienta s lékařem (Elliott, Witty, Herrick a Hoffman, 1991). I když pacienti s pokročilým onemocněním nejčastěji hovoří o svých nadějích se svými partnery a členy rodiny, často se obracejí i na své ošetřující lékaře (DeMartini et al., 2019). Poskytovatelé zdravotní péče tak mohou kvalitou své komunikace a interakce s pacienty významně přispět jak ke zvýšení, tak i ke snížení jejich naděje (Hobbs a Baker 2012; Turner a Stokes, 2006).

Při sdělování nepříznivé prognózy pacienti oceňují především empatický způsob komunikace, který zahrnuje nejen jasné a upřímné informace, ale také slova povzbuzení a uklidnění, která otevírají prostor pro naději (Back, Trinidad a Hopley, 2014; Bergqvist a Strang, 2019; Mori et al., 2019). Zároveň by však neměly být posilovány zcela nereálné naděje na vyléčení (Jandík, 2005). Weingartenová (2010) používá v kontextu klinické psychologické praxe pojem „rozumná, střizlivá naděje“ (*reasonable hope*) a zdůrazňuje, že je prospěšnější směřovat pozornost pacienta k tomu, co je dosažitelné, než k cílům, které jsou sice žádoucí, ale nedosažitelné.

O tzv. falešné naději (*false hope*) lze uvažovat tehdy, když očekávání vycházejí spíše z iluzí a představ než z reality, když jsou zvoleny neadekvátní cíle a když jsou nabízeny nebo používány nevhodné strategie dosažení vytčeného cíle (Kwon, 2002; Snyder et al., 2002).

Oproti tomu proces posilování pacientových adekvátních nadějí zahrnuje jednak fázi identifikace počáteční úrovně naděje, dále vytvoření důvěryhodného vzájemného vztahu a konečně transformaci naděje, jež vychází ze sdílení, otevřenosti a vzájemného respektu mezi lékařem a pacientem (Li, 2000). Necitlivá a neempatická komunikace ze strany lékaře naopak může významně snížit úroveň pacientovy naděje a zkomplikovat léčebný proces (Ripamonti et al., 2016).

## Naděje u zdravotnických pracovníků

I když se naděje v medicínském kontextu zkoumá primárně v souvislosti s kvalitou života pacientů, neméně důležitá otázka se týká způsobů udržení a posilování naděje u zdravotníků a psychologů, kteří se denně setkávají s lidskou bolestí, starostmi a ztrátami.

Způsob, jakým sami zdravotníci a klinici přemýšlejí o naději, má rozhodující vliv na to, zda jsou schopni zvýšit naději u svých klientů a pacientů. Terapeuti, kteří jsou náchylní k pocitům beznaděje, nemusí být při práci s klienty příliš efektivní (Weingarten, 2010).

Bylo zjištěno, že schopnost udržet si naději snižuje každodenní psychickou zátěž pracovníků v pomáhajících profesích a působí jako preventivní faktor proti syndromu vyhoření (Sherwin et al., 1992). Výsledky kvalitativní studie založené na rozhovorech s pracovníky ve zdravotnictví ukázaly, že většina z nich přikládá naději velký význam. Považovali vlastní naději za klíčový předpoklad, aby byli schopni vykonávat svou náročnou práci, a uváděli, že pokud by sami ztratili naději, museli by si hledat jiné povolání. Opakovaně také zaznívalo, že schopnost udržet si naději a víru je nezbytná, aby dokázali podporovat naději svých pacientů a klientů (Sælør, Ness, Borg a Biong, 2015).

Také studie realizovaná na souboru zdravotních sester pracujících na nemocničních odděleních prokázala vztah mezi mírou nadějného myšlení a subjektivně hodnoceným zdravím. Sestry s vyšší nadějí se účinněji vyrovnávaly se stresem, byly schopny lépe plnit pracovní požadavky a posuzovaly se jako zdravější (Simons a Nelson, 2001).

Význam naděje u pracovníků v oblasti péče o tělesné i duševní zdraví by tedy neměl být marginalizován a zaslouží si důkladnější výzkum i přenos poznatků do praxe (O'Hara, 2013).

## Možnosti posilování naděje v lékařské a psychologické praxi

Intervencí a programů na posílení naděje v klinickém a psychoterapeutickém kontextu vzniklo již několik. Larsen a Stege (2010a, 2010b) rozlišují mezi implicitními a explicitními intervencemi, které mohou být použity zvlášť nebo společně.

Implicitní intervence podporující naději jsou ty, kde slovo „naděje“ není během terapie přímo vysloveno a terapeut se spíše soustředí buď na navázání důvěrného a nadějného terapeutického vztahu s pacientem (strategie

zaměřené na vztah), nebo na pomoc pacientovi posílit jeho nadějně myšlení (strategie zaměřené na změnu perspektivy). Terapeut či lékař, který je zaměřen spíše na budování vztahu s pacientem, jej citlivě doprovází svým empatickým a soucitným nasloucháním. Vede ho také k přemýšlení, kdy a jak v minulosti úspěšně zvládnul nějakou náročnou životní situaci, a podporuje jej v tom, aby své dřívější zkušenosti aplikoval na aktuální problém. Naopak intervence zaměřené na změnu perspektivy mají za cíl rozšířit nebo pozměnit náhled pacienta na svou současnou situaci. Toho lze dosáhnout prostřednictvím tzv. přerámcování (*reframing*), kdy se jedná o vědomou změnu úhlu pohledu na skutečnost, externalizaci, jejímž účelem je poskytnout potřebný odstup a nadhled, s použitím metafor a přirovnání nebo humoru, který ve vhodné formě významně snižuje stres.

Explicitní intervence posilující naději uplatňují spíše psychoedukační přístup. Využívány jsou postupy zaměřené na stanovování adekvátních a smysluplných cílů, podpora cílesměrných aktivit (např. začít s nějakou fyzickou aktivitou nebo koníčkem) a práce s časovými dimenzemi naděje (ve smyslu uvědomění, že naděje může být čerpána z minulých zkušeností, ze současnosti i z výhledu do budoucnosti). Využívají se také další strategie, které pomáhají klientům porozumět svým emocím a pocitům a povzbuzují je, aby udržovali a rozvíjeli blízké mezilidské vztahy.

V klinickém prostředí byly efektivně využívány strategie podpory naděje u terminálních pacientů vypracované Gumem a Snyderem (2002), kteří vycházeli z konceptu nadějněho myšlení. Tyto postupy zahrnují společné stanovování cílů péče, dále zvažování a promyšlení způsobů jejich naplnění a také volbu a využívání vnitřních zdrojů posilujících pacienta.

Praktický program pro zvyšování naděje u onkologických pacientů (*Hope intervention*) vytvořila Herthová (2000), která také experimentálně ověřila jeho účinnost. Obsahem bylo šest společných setkání, na nichž se diskutovala čtyři témata související s nadějí:

- zdroje naděje (cílem bylo odhalit svoje zdroje naděje a případná rizika jejich ztráty),
- propojenost a sounáležitost (posilování vztahů s druhými lidmi a vyhledávání nových zdrojů sociální opory ve svém okolí),
- smysluplnost (utřídění životních hodnot a otázky po smyslu a účelu života),
- nadějně myšlení (osvojení si postupů kognitivního přerámcování, upřesnění cílů a odhalení zdrojů pozitivního naladění, jimiž mohou být příjemné vzpomínky, pobyt v přírodě apod.).

U pacientů, kteří absolvovali tento program, bylo zjištěno významné zvýšení naděje a celkové kvality života, které bylo potvrzeno i v opakovaných měřeních po dalších třech, šesti a devíti měsících po ukončení intervence.

Duglebyová a kol. (2007) ověřili efekt psychosociální podpůrné intervence zvané *Living with Hope Program* pro starší onkologické pacienty v domácí paliativní péči. Program zahrnoval zhlédnutí filmu o naději a poté pravidelné týdenní aktivity, jejichž cílem bylo rozpoznat a posílit dostupné zdroje naděje. Pacienti, kteří program absolvovali, vykazovali statisticky významně vyšší míru naděje a kvality života než osoby zařazené do kontrolní skupiny.

Uplatnění širšího, psychosociálně-spirituálního pohledu na naději, kdy „naděje není přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že něco má smysl – bez ohledu na to, jak to dopadne“ (Havel a Hvižďala, 1989), umožňuje naději podporovat i v případě nepříznivé prognózy (Dostálová, 2016; Linhartová, 2007; Slezáčková, 2020 – v tisku).

Pacientovu naději lze podněcovat například rozhovorem o tom, co měl nebo má v životě rád, na čem mu záleží, co považuje za důležité a v čem spatřuje smysl, čeho by chtěl ještě dosáhnout a kdo a jak mu s tím může pomoci.

Tyto otázky úzce související s životními hodnotami mohou pacientovi pomoci ujasnit si, jak nejlépe a smysluplně chce využít zbývající čas. Ať již je to psaní pamětí, vybavování si nejcennějších vzpomínek, příklon ke spiritualitě a duchovním hodnotám, vyjádření vděčnosti, odpuštění nebo smíření, to vše může významně přispět k naplnění naděje na dobrou kvalitu života i v jeho závěrečných fázích.

Vzhledem k tomu, že ne vždy je prakticky možné věnovat každému pacientovi tolik času, kolik by bylo optimální, objevila se snaha zavést a ověřit alespoň krátké jednorázové intervence posilující naději (*brief hope interventions*) do programu péče o pacienty po ukončení aktivní léčby onkologického onemocnění (Chan, Wong a Lee, 2019).

V souvislosti s rozmachem technologií a možností *eHealth* (Oh, Rizo, Enkin a Jadad, 2005) se také testují možnosti využití a efektivita on-line intervencí využívajících webové stránky nebo mobilní aplikace pro zvýšení naděje a duševní pohody nejen u zdravých jedinců, ale také u klinické populace (Bolier a Abello, 2014; Daugherty et al., 2018).



## Závěr

Z výše uvedených poznatků vyplývá, že podpora naděje v interakci a komunikaci s pacienty hraje důležitou roli v kvalitě jejich života a příznivě působí také na průběh léčby. Významné místo zaujímá naděje nejen v situacích, v nichž je reálný předpoklad vyléčení, ale i u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, kde se podoba naděje na úspěšný průběh léčby proměňuje v naději na smysluplný a důstojný závěr života.

Schopnost udržet si nadějný přístup k práci i k životu obecně se také jeví jako významný faktor snižující míru rizika vyčerpání a vyhoření u zdravotnických pracovníků. Péče o vlastní duševní zdraví, zahrnující aktivní využívání zdrojů své psychické a fyzické odolnosti, rozvíjení kvalitních mezilidských vztahů a kultivaci pozitivního přístupu k sobě i druhým, se tedy stává důležitým činitelem ovlivňujícím pracovní a životní spokojenost zdravotníků.

## Literatura a zdroje

1. Back, A. L., Trinidad, S. B., Hopley, E. K., Edwards, K. A. (2014). Reframing the goals of care conversation: „We're in a different place.“ *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1019–1024.
2. Benzein, E., Norberg, A., Saveman, B. I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117–126.
3. Berendes, D., Keefe, F. J., Somers, T. J., Kothadia, S. M., Porter, L. S., Cheavens, J. S. (2010). Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 174–182.
4. Bergqvist, J., Strang, P. (2019). Breast cancer patients' preferences for truth versus hope are dynamic and change during late lines of palliative chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 746–752.
5. Bolier, L., Abello, K. (2014). Online positive psychological interventions: State of the art and future directions. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Eds). *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions* (286–309). Oxford: John Wiley & Sons.
6. Brazeau, H., Davis, C. G. (2018). Hope and psychological health and well-being following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 258–266.
7. Broadhurst, K., Harrington, A. (2016). A mixed method thematic review: the importance of hope to the dying patient. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 18–32.
8. Brooksbank, M. A., Cassel, E. J. (2005). The place of hope in clinical medicine. In J. A. Elliot (Ed.). *Interdisciplinary perspectives on hope* (231–239). New York: Nova.
9. Burešová, I., Dosedlová, J., Havigerová, J. M., Jelínek, M., Klimusová, H., Slezáčková, A., Pučelíková, A., Vašina, L. (2016). *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Muni Press.
10. Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., Tattersall, M. H. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer*, 103(9): 1965–1975.
11. Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Yelle, L., Côté, A., Sicotte, C., Paillé, P., Dion, D., Coulombe, M. (2016). Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. *Canadian Family Physician*, 62(8): 648–656.
12. Daugherty, D. A., Runyan, J. D., Steenbergh, T. A., Fratzke, B. J., Fry, B. N., Westra, E. (2018). Smartphone delivery of a hope intervention: Another way to flourish. *PLoS One*, 13(6): e0197930.
13. DeMartini, J., Fenton, J. J., Epstein, R., Duberstein, P., Cipri, C., Tancredi, D., Xing, G., Kaesberg, P., Kravitz, R. L. (2019). Patients' hopes for advanced cancer treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(1), 57–63.
14. Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing.
15. Duggleby, W. D., Wright, K. (2004). Elderly palliative care cancer patients' descriptions of hope-fostering strategies. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(7): 352–359.
16. Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., Holtslander, L. (2007). Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247–257.
17. Elliott, J., Olver, I. (2002). The discursive properties of „hope“: a qualitative analysis of cancer patients' speech. *Qualitative Health Research*, 12(2), 173–193.
18. Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S. M., Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608–613.

19. Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen R. D., Pukkala, E., Tuomilehto J., Salonen J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113–121.
20. Farran, C. J., Herth K., Popovich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs*. London, UK: Sage.
21. Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27(4), 320–324.
22. Groopman, J. (2005) *The Anatomy of hope: How people prevail in the face of illness*. New York: Random House.
23. Gum, A., Snyder, C. R. (2002). Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. *Journal of Palliative Medicine*, 5(6), 883–894.
24. Havel, V., Hvižďala, K. (1989). *Dálkový výslech (rozhovor s Karlem Hvižďalou)*. Praha: Melantrich.
25. Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250–1259.
26. Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259.
27. Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431–1441.
28. Hesová, M. (2014). *Naděje, spokojenost se životem a životní smysluplnost u seniorů v institucionalizované péči*. Nepublikovaná magisterská diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
29. Hobbs, M., Baker, M. (2012). Hope for recovery – how clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health*, 21(2), 145–154.
30. Holland, J. C., Lewis, S. (2001). *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins.
31. Chan, K., Wong, F. K., Lee, P. H. (2019). A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: A feasibility test. *SAGE Open Nursing*, 5. <https://doi.org/10.1177/2377960819844381>.
32. Irving, L. M., Snyder, C. R., Crowson, J. R. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, 66(2), 195–214.
33. Jandík, P. (2005). Sonda do psychologické situace onkochirurgického pacienta. *Klinická onkologie*, 18(3), 107–109.
34. Krafft, A. M., Perrig-Chiello, P., Walker, A. M. (Eds). *Hope for a good life. Results of the Hope-Barometer International Research Program*. Social Indicators Research Series, Vol. 72, Cham: Springer.
35. Kwon, P. (2002). Hope, defense mechanisms, and adjustment: Implications for false hope and defensive hopelessness. *Journal of Personality*, 70(2), 207–231.
36. Lannie, A., Peelo-Kilroe, L. (2019). Hope to hope: Experiences of older people with cancer in diverse settings. *European Journal of Oncology Nursing*, 40(1), 71–77.
37. Larsen, D., Stege, R. (2010a). Hope-focused practices during early psychotherapy sessions: Part I. Implicit approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), 271–292.
38. Larsen, D., Stege, R. (2010b). Hope-focused practices during early psychotherapy sessions: Part II. Explicit approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), 293–311.
39. Li, J. T. (2000). Hope and the medical encounter. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(7), 765–767.
40. Lichwala, R. (2014). Fostering hope in the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 267–269.
41. Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing.
42. Miller, J. F. (2007). Hope: A construct central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12–19.
43. Mori, M., Fujimori, M., Ishiki, H., Nishi, T., Hamano, J., Otani, H., Uneno, Y., Oba, A., Morita, T., Uchitomi, Y. (2019). Adding a wider range and „hope for the best, and prepare for the worst“ statement: Preferences of patients with cancer for prognostic communication. *The Oncologist*, 24(9): e943–e952.
44. Morse, J. M., Doberneck, B. (1995). Delineating the concept of hope. *Image – the Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 277–285.
45. Nowotny, M. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 57–61.
46. O'Connor, A. P., Wicker, C. A., Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3), 167–175.
47. O'Hara, D. (2013). *Hope in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
48. Ocisková, M., Sobotková, I., Praško, J., Mihál, V. (2016). Standardizace české verze Škály dispoziční naděje pro dospělé. *Psychologie a její kontexty*, 7(1), 109–123.
49. Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e1.



50. Olsman, E., Leget, C., Onwuteaka-Philipsen, B., Willems, D. (2014). Should palliative care patients' hope be truthful, helpful or valuable? An interpretative synthesis of literature describing healthcare professionals' perspectives on hope of palliative care patients. *Palliative Medicine*, 28(1), 59–70.
51. Peh, C. X., Kua, E. H., Mahendran, R. (2016). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer*, 24(5), 1955–1962.
52. Ripamonti, C. I., Miccinesi, G., Pessi, M. A., Di Pede, P., Ferrari, M. (2016). Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try. *Annals of Oncology*, 27(3), 513–519.
53. Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M., Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(3), 141–152.
54. Sanatani, M., Schreier, G., Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer*, 16(5), 493–499.
55. Scioli, A., Scioli-Salter, E. R., Sykes, K., Anderson, C., Fedele, M. (2016). The positive contributions of hope to maintaining and restoring health: An integrative, mixed-method approach. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 135–148.
56. Sherwin, E. D., Elliott, T. R., Rybarczyk, B. D., Frank, R. G., Hanson, S., Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of caregiving: Hope, burnout and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(2), 129–139.
57. Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024–1040.
58. Simmons, B. L., Nelson, D. L. (2001). Eustress at work: The relationship between hope and health in hospital nurses. *Health Care Management Review*, 26(4), 7–18.
59. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.
60. Slezáčková, A. (2017). *Hope and well-being: Psychosocial correlates and benefits*. Centre for Resilience & Socio-Emotional Health, Malta: University of Malta.
61. Slezáčková, A. (2020 – v tisku). Jak pracovat s nadějí u pokročile onkologicky nemocných pacientů. *Klinická onkologie*, 33 (Suppl 1), 138–141.
62. Slezáčková, A., Krafft, A. (2016). Hope: A driving force of optimal human development. In J. Mohan & M. Sehgal (Eds). *Idea of excellence: Multiple perspectives* (1–12). Chandigarh: Panjab University.
63. Slezáčková, A., Vémolová, J. (2017). Jen doufat nestačí: Vztah naděje ke zdraví a ke zdraví podporujícímu chování. *Sborník abstraktů z 24. konference Sekce psychologie zdraví ČMPS*. Vernířovice u Šumperka.
64. Slezáčková, A., Cefai, C., Prošek, T. (2018). Psychosocial correlates and predictors of perceived hope across cultures: A study of Czech and Maltese contexts. In A. M. Krafft, P. Perrig-Chiello & A. M. Walker. (Eds). *Hope for a good life. Results of the hope-barometer international research program* (165–197). Cham: Springer.
65. Slezáčková, A., Humpolíček, P., Malatincová, T. (2014). Kognitivní, sociální a emocionální determinanty subjektivního zdraví. *Sborník abstraktů z 21. konference Sekce psychologie zdraví ČMPS*, s. 25. Vernířovice u Šumperka.
66. Slezáčková, A., Prošek, T., Malatincová, T., Krafft, A. M. (2020). Psychometrické vlastnosti české verze škály prožívané naděje: faktorová struktura a vnitřní konzistence. *Československá psychologie*, 64(3), 288–305.
67. Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
68. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.
69. Snyder, C. R., Irving, L. M., Anderson, J. R. (1991). Hope and health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds). *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (285–305). New York, USA: Pergamon Press.
70. Snyder, C. R., Rand, K. L., King, E. A., Feldman, D. B., Woodward, J. T. (2002). „False“ Hope. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1003–1022.
71. Taylor, J. D. (2000). Confronting breast cancer: Hopes for health. In C. R. Snyder (Ed.). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (355–371). San Diego: Academic Press.
72. Turner, D. S., Stokes, L. (2006). Hope promoting strategies of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 363–372.
73. Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: construct, clinical applications, and supports. *Family Process*, 49(1), 5–25.
74. Wiles, R., Cott, C., Gibson, B. E. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: A narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 564–573.

**Poznámka:** Práce vznikla jako součást řešení projektu *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života* (DECAREL) TL02000360, podpořeného Technologickou agenturou ČR v rámci programu ÉTA.

## Naděje v oboru onkologie

Hana Stankušová

Pojmenování některých nemocí odjakživa budí v lidech hrůzu a strach z bolesti a ze smrti. Jedním z těchto je rakovina, zahrnující ve svém názvu širokou škálu zhoubného nádorového bujení bez ohledu na jeho rozsah a biologické vlastnosti. S nádorovou chorobou se v průběhu života setkáme všichni, ať už onemocní nebo onemocní někdo z našich blízkých. Statistiky hovoří jasně: každý třetí obyvatel České republiky zhoubným nádorem a každý čtvrtý na něj zemře.

Když jsem před půlstoletím, po skončení lékařské fakulty, nastoupila na onkologii, málokdo z mé rodiny věřili, že se vybranému oboru budu věnovat celý život. V povědomí laiků figurovala tehdy onkologie jako beznadějný obor. Tento fakt byl kromě jiného umocňován i tím, že se pacientům diagnóza zhoubného nádoru vykle nesdělovala a ti nemocní, kteří svoji diagnózu znali a úspěšně se vyléčili, o svém vítězství příliš nemluvali. Zato informace o úmrtích a utrpení spojeném s rakovinou byly dobře známy. Přitom vyléčení časného nádoru operací nebo radioterapií nebylo ani tehdy výjimkou. Chemoterapie u solidních nádorů hrála v minulosti jen marginální roli.

Celou řadu zhoubných nádorů lze nyní při včasné zachytné vyléčit a nemocný se dožije vysokého věku a by se s takovým onemocněním nikdy nesešel. Jindy se nádor vyléčí, aniž by pacientovi zkrátil život, ale léčba pacient zaplatí daň v podobě jejích vedlejších účinků, eventuálně i komplikací, které mu mohou snížit kvalitu života. Přestože v onkologii postupně došlo k velkému pokroku díky lepšímu poznání biologie nádorů, uplatnění informačních technologií v přístrojovém vybavení pro diagnostiku a terapii, chirurgickým přístupům a v neposlední řadě díky zavedení nových léků pro systémovou léčbu, stále se vyléčit jen necelou polovinu onkologických pacientů (1).

Pozitivní je, že díky novým možnostem léčby se u mnoha nádorů prodloužila doba přežití. Onemocnění probíhají chronicky i několik let. Stále více lidí tvoří skupinu chronicky nemocných. Všichni tito lidé se snaží psychicky i lidsky vyrovnat s faktem, že žijí a nadále budou žít svůj život, který se v rovině biologie a medicíny stal nějakým způsobem omezeným. Kromě obav o život a myšlenek na možnou blízkost smrti se ještě zátěž způsobená tělesnými projevy nemoci, jako jsou únava, slabost, nechut k jídlu a vedlejší účinky aplikovaných léčebných metod. Nemocniční léčba vyžaduje přizpůsobení se dané situaci: pacienti se míry prožívají závislost na svém ošetřujícím lékaři, musejí důvěřovat jeho rozhodnutí o použití určitého léčebného postupu. Někdy mají pocit, že již nemohou určovat běh svého vlastního života. I život mimo zdi nemocnice se mění. Zpočátku, a někdy i trvale, již není možné vykonávat běžné každodenní činnosti. Objevují se nové otázky: Budu se moci ještě někdy vrátit do zaměstnání? Co se stane s mou rodinou? Starosti, smutky, zlost a otázka „Proč zrovna já?“ jsou nejčastějšími reakcemi při zpracování nemoci.

Nemocnému mohou velmi pomoci jeho nejbližší, pokud dokážou překonat předpojatost a jsou otevřeně o těchto pocitech hovořit. Zároveň se ale musí naučit respektovat, že nemocný s nimi o svých obavách a chu nechce vždy mluvit. K tomu, aby nemocní rakovinou mohli tuto zátěž zvládnout, potřebují podporu a nevtíravou pomoc. Potřebují získat naději, že existuje možnost vyléčení nebo alespoň zlepšení zdravotního stavu.