

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Kristýna Kubíková

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Autoplastický obraz u nemocného s Ca pankreatu

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D

Plzeň 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23.3.2019

Vlastnoruční podpis:

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové Ph.D za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů. Děkuji také lůžkovému oddělení C 1. Interní kliniky za možnost realizace výzkumného šetření.

## Anotace

Příjmení a jméno: Kubíková Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Autoplastický obraz u nemocného s Ca pankreatu

Vedoucí práce: Mgr. Ratislavová Kateřina Ph.D

Počet stran: 90

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: holismus – karcinom pankreatu – paliativní péče – potřeby – přání – vnímání

Diplomová práce se zabývá komplexní problematikou Ca pankreatu, psychologií nemoci a autoplastickým obrazem nemoci. Dále popisuje holistické pojetí ošetrovatelství, kdy úlohou sestry je uspokojovat potřeby nemocného na všech úrovních ošetrovatelské péče. Nemocní s Ca pankreatu mají nepříznivou prognózu a jsou často hospitalizováni, proto úloha sestry je pro ně nepostradatelná. Dále teoretická část představuje statistické údaje z Národního onkologického registru a z 1. interní kliniky Fakultní nemocnice Plzeň, které upozorňují na incidenci Ca pankreatu, ale i na jeho mortalitu. Výzkumná část bude představovat získané informace z oblasti potřeb a přání hospitalizovaných pacientů, subjektivního významu hloubkového rozhovoru všeobecné sestry s pacientem a přínosu hloubkových rozhovorů pro všeobecnou sestru. Naši pacienti vnímají toto onemocnění jako velkou zátěž, která jim postupně ubírá nejen sílu ale i chuť do života. Mezi jejich přání pak patří jíst, netrpět bolestí, zůstat co nejdéle soběstačný a v kruhu svých blízkých. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že nemocní strádají nejvíce v oblasti fyziologických potřeb a potřeb bezpečí a jistoty. Komunikace ve vztahu sestra – nemocný má velký význam, pacientům může dopomoci ke zlepšení jejich psychického stavu. Během našich rozhovorů jsme si uvědomily, že nepůsobíme jen my na nemocné, ale i oni na nás. Ovlivňují nás zejména v péči o ně, nevyžadují nic víc než jen pomoc se základními potřebami a vlídné chování. Jediné, v čem takto nemocným můžeme pomoci, je zajistit jim takovou péči a pomoc, kterou si oni přejí a kterou potřebují k tomu, aby zbytek jejich života byl kvalitní.

## Annotation

Surname and name: Kubíková Kristýna

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Autoplastic image in pancreatic cancer patients

Consultant: Mgr. Ratislavová Kateřina Ph.D

Number of pages: 90

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 52

Key words: pancreatic cancer – palliative care – needs – desire – perception

The diploma thesis deals with complex problems of pancreas Ca, psychology of the disease and autoplastic picture of the disease. It also describes the holistic concept of nursing, where the role of the nurse is to satisfy the needs of the patient at all levels of nursing care. Pancreatic Ca patients have an unfavorable prognosis and are often hospitalized, so the role of a nurse is indispensable to them. Furthermore, the theoretical part presents statistical data from the National Cancer Registry and from the 1st Internal Clinic of the University Hospital in Pilsen, which draws attention to the incidence of pancreatic Ca, but also to its mortality. The research part will present the acquired information from the area of needs and wishes of hospitalized patients, the subjective significance of in-depth interview of the nurse with the patient and the contribution of in-depth interviews for the nurse. Our patients perceive this disease as a great burden, which not only reduces their strength but also their desire for life. Their wishes include eating, not suffering from pain, staying self-sufficient for as long as possible and in the circle of their loved ones. The research also suggests that patients suffer most from physiological needs and safety and security needs. Nurse-patient communication is of great importance, helping patients to improve their mental state. During our conversations, we realized that we were not just acting on the sick but also on us. They affect us in particular in the care of them, they require nothing more than just help with basic needs and kind behavior. The only thing we can do to help the sick is to provide them with the care and help they desire and the need for the rest of their lives to be good.

## ÚVOD

Karcinom pankreatu je závažný a velmi agresivní typ maligního onemocnění, který bývá lokálně pokročilý již v době stanovení diagnózy a je téměř vždy neřešitelným nálezem. Každý rok je diagnostikováno po celém světě zhruba 270 tisíc nových případů a z toho 260 tisíc pacientů zemře. S touto závažnou diagnózou se na svém pracovišti setkávám téměř denně. Pracuji už deset let jako zdravotní sestra na 1. Interní klinice Fakultní nemocnice Plzeň, na oddělení, které je zaměřené na choroby zažívacího traktu. Na našem oddělení je toto onemocnění často diagnostikováno a jsou zde řešeny komplikace, které nemocnému snižují kvalitu života. Sdělení závažné diagnózy, okamžik, který změní z minuty na minutu život každému, kdo ji vyslechne. To, co člověk vnímá bezprostředně po sdělení diagnózy a co pociťuje v průběhu svého boje se závažným onemocněním je pro zdravého jedince těžko pochopitelné. Poznání toho, co nemocní opravdu pociťují a vnímají, je důležitým krokem k pochopení jejich chování a k realizaci takové ošetrovatelské péče, kterou si oni sami přejí.

Proto jsme se rozhodli v naší diplomové práci věnovat autoplastickému obrazu u nemocných s diagnózou Ca pankreatu. Autoplastický obraz neboli subjektivní prožitek, je reakcí člověka na změnu ve zdravotním stavu. Nemoc, v našem případě neléčitelná rakovina, je závažným narušením života, které sebou nese spoustu změn, nejistoty a strachu z umírání a smrti.

Cílem naší práce je komplexně zpracovat téma péče o pacienty s karcinomem pankreatu a zjistit co cítí a vnímají nevléčitelně nemocní, jaká mají přání a co je pro ně nejtěžší. Pacientům s naší diagnózou nelze zajistit vyléčení, ale je možné jim co nejvíce ulevit od zatěžujících příznaků onemocnění a zkvalitnit jim život, který jim ještě zbývá. Empirická část práce probíhala ve FN Plzeň na 1. Interní klinice lůžkách C. Souborem respondentů byly hospitalizovaní nemocní s diagnózou Ca pankreatu ochotní podstoupit krátký anonymní rozhovor. Na základě poskytnutých informací vypracujeme informační brožuru pro nemocné, která jim bude přínosem a pomoci při zvládnání jejich nepříznivé životní situace.

Zdroje pro naši práci jsme čerpali z bibliografické rešerše, kterou jsme si nechali vypracovat Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje, dále z elektronických informačních zdrojů a odborných internetových stránek.

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>1 KARCINOM PANKREATU.....</b>	<b>- 11 -</b>
1.1 INCIDENCE A MORTALITA .....	- 11 -
1.2 ETIOPATOGENEZE.....	- 11 -
1.3 KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA .....	- 12 -
1.4 LÉČBA.....	- 14 -
1.4.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	- 14 -
1.4.2 ONKOLOGICKÁ LÉČBA .....	- 15 -
1.4.3 LÉČBA BOLESTI.....	- 15 -
1.4.4 PSYCHOLOGICKÁ A PODPŮRNÁ PÉČE.....	- 17 -
<b>2 PALIATIVNÍ A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA.....</b>	<b>- 18 -</b>
2.1 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE .....	- 19 -
2.2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	- 21 -
2.3 PRÁVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE .....	- 22 -
<b>3 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ DRENÁŽ ŽLUČOVÝCH CEST.....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>4 PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH.....</b>	<b>- 26 -</b>
4.1 OSOBNOST ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO .....	- 26 -
4.2 AUTOPLASTICKÝ OBRAZ NEMOCI.....	- 27 -
4.2.1 POSTOJ K NEMOCI.....	- 28 -
4.2.2 CHOVÁNÍ V NEMOCI.....	- 29 -
4.3 SDĚLENÍ A ZPRACOVÁNÍ DIAGNÓZY TERMINÁLNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	- 29 -
<b>5 POTŘEBY NEMOCNÉHO.....</b>	<b>- 32 -</b>
<b>6 HOLISMUS A ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....</b>	<b>- 35 -</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>- 38 -</b>
<b>7 METODIKA.....</b>	<b>- 38 -</b>
7.1 SOUBOR RESPONDENTŮ .....	- 39 -
7.1.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1 .....	- 39 -
7.1.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2 .....	- 41 -

7.1.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3 .....	- 43 -
<b>8 ROZHOVORY.....</b>	<b>- 45 -</b>
8.1 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 1 .....	- 45 -
8.2 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 2 .....	- 48 -
8.3 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 3 .....	- 50 -
<b>9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>- 53 -</b>
9.1 HLAVNÍ CÍL .....	- 55 -
9.2 DÍLČÍ CÍL 1 – POTŘEBY A PŘÁNÍ NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH.....	- 56 -
9.2 DÍLČÍ CÍL 2- VLIV ROZHOVORŮ NA NEMOCNÉHO.....	- 61 -
9.3 DÍLČÍ CÍL 3- VLIV ROZHOVORU NA ZDRAVOTNÍ SESTRU .....	- 62 -
<b>10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>- 64 -</b>
10.1 MANAGEMENT NEMOCNICE .....	- 64 -
10.2 LÉKAŘSTÍ A NELÉKAŘSTÍ PRACOVNÍCI .....	- 64 -
<b>DISKUZE .....</b>	<b>- 65 -</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 69 -</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	
<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	



# 1 KARCINOM PANKREATU

Karcinom pankreatu je závažné devastující onemocnění, které má dlouhodobě omezené možnosti léčby a velmi špatnou prognózu. Pro zvyšující se incidenci a vysokou mortalitu je významným medicínským problémem ve všech vyspělých zemích. Nejčastěji se setkáváme s duktálním adenokarcinomem, ten tvoří asi 90 % z celkového počtu. Lokalizován je pak ze 70 % v hlavě pankreatu, ve 20 % se nachází v těle a 10 % tvoří nádory ocasu pankreatu. V roce 2011 byla doba přežití u neoperovaných nemocných 4-6 měsíců, u pacientů po resekci se tato doba zdvojnásobila. Nicméně střední hodnotou celkového přežití bylo 6 měsíců (Krechler Tomáš, 2011).

## 1.1 INCIDENCE A MORTALITA

Dle posledních informací z národního onkologického registru, které jsou dostupné z roku 2015 je incidence karcinomu pankreatu zhruba 21 případů/ 100 000 obyvatel populace. Česká republika je celosvětově na druhém místě v incidenci tohoto nádorového onemocnění, častější výskyt má před námi jen Japonsko (Ryska, 2016). V Plzeňském kraji se počet nových případů zvýšil za posledních 10 let z 16 na 22 případů/ 100 000 obyvatel. Co se týká úmrtnosti na toto onemocnění je ČR celosvětově na sedmém místě. Mortalita je zhruba 18 případů/ 100 000 obyvatel celé populace. V plzeňském kraji má mortalita srovnatelné hodnoty jako incidence (Masarykova univerzita, 2007). Poměr mortality/ incidence se odhaduje na 89 %.

Ve Fakultní nemocnici v Plzni na 1. Interní klinice bylo v letech 2012–2017 nově diagnostikováno 1307 případů karcinomu slinivky břišní. Hospitalizováno bylo v tomto období 878 pacientů, z toho bylo 441 mužů a 437 žen. Na tuto diagnózu zde zemřelo 307 pacientů, 161 mužů a 146 žen (Fakultní nemocnice Plzeň, 2012-2017).

## 1.2 ETIOPATOGENEZE

Karcinom pankreatu vzniká stejně jako jiná nádorová onemocnění důsledkem poškození DNA. Poškození může být vrozené nebo získané působením rizikových faktorů. Rizikové faktory rozdělujeme na dědičné a nedědičné.

Mezi dědičné řadíme hereditární pankreatitidu, u které je až 40 % riziko vzniku karcinomu. Familiární vznik karcinomu pankreatu je možným, ale nevýznamným rizikovým faktorem.

Do nedědičných faktorů patří kouření, diabetes mellitus, obezita způsobená nadměrným příjmem tuků, chronická pankreatitida, vysoký věk a mužské pohlaví. Kouření představuje nejvýznamnější rizikový faktor, výskyt karcinomu u kuřáků je dvakrát vyšší než u nekuřáků. U kuřáků je snížený i věk nástupu a to o 10 let, u kuřáků s chronickou pankreatitidou až o 20 let. Zvýšené riziko vzniku, až o 50 %, mají pacienti, kterým byl v posledních 4 letech diagnostikován DM (Novotný, 2013).

Obezita způsobená nadměrným příjmem tuků je mírný rizikový faktor, efekt diety s vysokým obsahem ovoce a zeleniny nebyl prokázán. Riziko vzniku stoupá s věkem, až 80 % pacientů je starších 60 let. Další faktory, které mohou způsobovat karcinom pankreatu jsou pankreatické intraepiteliální neoplazie (PanIN), intraduktální papilární mucinózní neoplazie (IPMN) a mucinózní cystické nádory (MCN). PanIN jsou nejčastěji lokalizované v hlavě pankreatu, vznikají v menších pankreatických vývodech a dělí se do tří stupňů, přičemž léze PanIN- 3 je odpovědná za invazivní a metastatický charakter tumoru (Hucl, 2012). IPMN vycházející z hlavního pankreatického vývodu mají vyšší maligní potenciál než ty, které vycházejí z jeho větví. MCN nekomunikují s pankreatickými vývody, lokalizují se do těla a ocasu pankreatu a jsou častější u žen. Duktální adenokarcinom lze najít až u jedné třetiny těchto cystických nádorů.

### 1.3 KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA

Klinická symptomatologie je zpočátku onemocnění nevýrazná a nemocní ji nevěnují pozornost, proto je nádor diagnostikován až v pokročilém stádiu, kdy infiltruje okolní tkáň a metastazuje. Klinické projevy jsou závislé na lokalizaci. U nádoru hlavy pankreatu bývá prvním příznakem bezbolestný obstrukční ikterus, popřípadě akutní cholangitida, při lokalizaci v kaudě bývá bolest v oblasti bederní páteře. Dalším projevem je nechutenství, dyspepsie, váhový úbytek, bolest, porucha glukózové tolerance, hmatná rezistence v dutině břišní a migrující tromboflebitida. Toto jsou příznaky již pokročilého onemocnění (Trna, 2016).

Bolest vzniká v době, kdy nádor prorůstá do nervových plexů dutiny břišní. Hubnutí je pravidlem, až 75 % pacientů má váhový úbytek v průměru 10 kg.

Časná diagnostika je velmi obtížná, nádor je diagnostikován v pokročilých stádiích s malou perspektivou na léčebnou resekci, která je možná asi jen u 20 % nových nálezů.

V současné době se k diagnostice maligních lézí pankreatu využívají zejména zobrazovací metody, které dokáží detekovat i malé léze. První volbou je transabdominální ultrasonografie břicha, ta dokáže zobrazit až 95 % nádorů větších než 3 centimetry.

Přímou známkou je hypoechogenní nebo smíšené ložisko, které je oproti okolní pankreatické tkáni neohraničené. Nepřímou známkou pak bývá biliární obstrukce, přítomnost jaterních metastáz a ascites. Nevýhodou tohoto vyšetření může být tělesná konstituce nemocného nebo přítomnost plynů ve střevech nebo žaludku. Sonografie břicha je základním vyšetřením, od kterého se odvíjí další možné vyšetřovací metody.

Endoskopická ultrasonografie je kombinace endoskopické techniky se sonografickým obrazem. Tato metoda může detekovat léze už od 3 mm, určuje lokálně – regionální rozsah postižení a hodnotí lokální prorůstání do velkých cév. Diagnostická spolehlivost u této metody se pohybuje mezi 93–100 % a je vyšší než u CT vyšetření. Výhodou této metody je možnost cíleného odběru nádorové tkáně, která je dále cytologicky a histologicky vyšetřována. Nevýhodou jsou komplikace, které jsou spojené s endoskopickými výkony (Krechler, 2012).

Další metodou je kontrastní CT vyšetření, které je v současnosti klíčové pro stanovování pokročilosti nádoru v kombinaci s PET, tedy pozitronovou emisní tomografií, která zobrazuje vzdálené metastázy.

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie je významná v určení obstrukce, kterou způsobuje růst nádoru. Při tumoru hlavy pankreatu jsou většinou postiženy oba vývodné systémy, pankreatický i žlučový. I toto vyšetření je spojeno s rizikem komplikací spojených s endoskopickými metodami.

Pro laboratorní diagnostiku je stanoveno mnoho nádorových markerů. Markery mají význam, u již diagnostikovaných nádorů, jinak jsou nespecifické. Jejich hladinu také zvyšuje pankreatitida, biliární obstrukce, karcinom žlučových cest, jater a tlustého střeva. Nejčastějším markerem je sérová hladina karbohydrát antigenu 19–9.

## 1.4 LÉČBA

Každý lékař si pokládá otázku, co je optimální léčbou pro určitého pacienta v určitém stádiu nemoci, přitom většinou není schopen stanovit optimální léčbu pro konkrétního jedince s maligním onemocněním a zjistit účinek léčebných možností. Současná medicína se samozřejmě snaží nalézat nejvhodnější léčbu, proto řadí pacienty do skupin podle klinického stadia a prognózy. Pro tyto skupiny je pak z klinických studií známa léčba, která je v současnosti považována za optimální. U karcinomu pankreatu se rozdělují nemocní na základě výsledků zobrazovacích vyšetření do tří skupin.

Do první skupiny spadají pacienti, jejichž nález je resektabilní nebo potencionálně resektabilní a cílem léčby je radikální resekce. Do druhé skupiny spadají nemocní s lokálně pokročilým nálezem, který je neresektabilní a cíl léčby je paliativní. Třetí skupinu tvoří nemocní s generalizovaným onemocněním a vzdálenými metastázami kdy léčba je také paliativní (Trna, 2016).

### 1.4.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Radikální resekce je stále jediným možným způsobem, který vede k vyléčení i přesto, že často nádor recidivuje a je nutná pooperační chemoterapie. Pětiletá míra přežití je u takto léčených pacientů mezi 20-25 %. O chirurgické léčbě rozhoduje gastroenterolog, radiolog, chirurg a onkolog. Léčba je náročná a velmi riziková, proto je také přihlíženo k věku, klinickému stavu, a hlavně k tomu co si pacient sám přeje. Radikální resekce je odstranění všech tkání poškozených nádorem a možná je pouze u 20 % nálezů. Resektabilní je nález bez vzdálených metastáz a bez prorůstání do cév.

Mezi radikální výkony se řadí hemipankreatoduodenektomie podle Whipplea, totální resekce pankreatu s lymfadenektomií a distální pankreatektomií. První z uvedených operací je nejčastější u nádorů lokalizovaných v hlavě pankreatu (Halámková, 2010). Jde o odstranění pravého oddílu slinivky břišní mimo ocasu, celého duodena, žlučníku s ductus choledochus a částečně i žaludku. Poslední z uvedených výkonů se provádí u malých nádorů zejména endokrinního typu.

U pokročilých nádorů lze provést paliativní chirurgický výkon, který by měl vést ke zkvalitnění života, nicméně dlouhodobá prognóza nebývá těmito výkony ovlivněna. Paliativní výkony jsou indikovány zejména k zajištění pasáže.

Mezi tyto výkony patří gastroenteroanastomóza a choledochojejunoanastomóza. Gastroenteroanastomóza je indikována minimálně, choledochojejunoanastomóza jen při nemožnosti výměny stentu, a to jen tehdy, pokud je předpokládán delší přežití.

Paliativní výkony se indikují jen u některých mladších nemocných v celkově uspokojivém stavu, a to jen z psychologického hlediska. Chirurgické výkony, jak radikální, tak paliativní, sebou přinášejí komplikace. Nejzávažnější komplikací bývá dehiscence v anastomóze a tvorba píštělí, zejména pankreatické a enterální. Dalšími závažnými komplikacemi je krvácení a nitrobřišní infekce (Ryska, 2016).

Tyto komplikace vedou k častým reoperacím a k prodloužení hospitalizace. Pooperační mortalita se za poslední roky snížila, ale i přesto je přítomna až v 5 % případů.

#### 1.4.2 ONKOLOGICKÁ LÉČBA

Dle Modré knihy České onkologické společnosti je po radikální resekci doporučena adjuvantní chemoterapie na dobu 6 měsíců. Chemoterapeutikem první volby je gemcitabin, alternativou pak 5- fluorouracil s leukovorinem. Dle současné studie však adjuvantní chemoterapie nezlepšuje celkové přežití ani dobu do znovuobjevení příznaků nemoci. Pro lokálně pokročilé nádory, které nejsou resekabilní, je indikována paliativní chemoterapie. U metastatických karcinomů pankreatu je indikována paliativní chemoterapie Folfirinoxem u nemocných v dobrém klinickém stavu a bez dalších vážnějších onemocnění a gemcitabinem u nemocných v celkově horším stavu (Česká onkologická společnost, 2018).

#### 1.4.3 LÉČBA BOLESTI

Bolest je u karcinomu pankreatu přítomna u většiny pacientů už v době diagnózy. Řízení pankreatické bolesti je vzhledem k agresivitě onemocnění složité. Individuální farmakoterapie je základem léčby, jejím cílem je snížení bolesti na únosnou úroveň tak, aby nemocného neomezovala a nezhoršovala jeho každodenní prožívání (Hameed, 2011).

Farmakologická léčba se řídí pacientovým vnímáním bolesti (charakterem a intenzitou) a třístupňovým analgetickým žebříčkem stanoveným Světovou zdravotnickou organizací.

Analgetika prvního stupně jsou indikovány u mírné až středně silné bolesti, zejména somatické a viscerální. Pokud nedochází po několika dnech na plné dávce k úlevě, posouvá se léčba k analgetikům druhého a třetího stupně. U analgetik prvního stupně je neúčinnější kombinace paracetamolu a metamizolu s nesteroidními antiflogistiky.

Analgetika druhého stupně používáme u středně silné až silné bolesti, nazýváme je též slabými opioidy. Zástupcem slabých opioidů je Tramadol. Účinnější je v kombinaci s analgetiky prvního stupně a koanalgetiky.

U silné nádorové bolesti se léčba analgetiky druhého stupně vynechává a přechází se k podávání silných opioidů, tedy k analgetikům třetího stupně. Silné opioidy se dávkuje podle analgetického účinku a míry nežádoucích účinků. V počáteční fázi léčby jsou výhodnější lékové formy s rychlým uvolňováním před formami s pomalým uvolňováním. Dále je opět vhodná kombinace s analgetiky prvního stupně a koanalgetiky. Léčba silnými opioidy je spojena s léčbou nežádoucích účinků, mezi které patří zácpa, nevolnost a sedace.

Koanalgetika, léky doplňující medikaci léčby bolesti. Mezi tyto léky patří antidepressiva, antiepileptika, antipsychotika, benzodiazepiny a hypnotika, myorelaxancia, spasmolytika a kanabinoidy.

Antidepressiva, benzodiazepiny a hypnotika jsou indikovány zejména u poruch spánku, jejich podávání zkvalitňuje usínání i spánek samotný. Antiepileptika jsou podávána u silných neuropatických bolestí. Antipsychotika působí antiemeticky, jejich hlavní indikací jsou nevolnosti spojené s léčbou opioidy. Spasmolytika snižují aktivitu hladké svaloviny a mohou tak zmírňovat zejména kolikovitě bolesti. Kanabinoidy jsou indikovány pro svůj antiemetický, analgetický a spasmolytický účinek.

Další důležitou součástí je léčba průlomové bolesti. Českou onkologickou společností je průlomová bolest definována jako: „*Krátkodobá epizoda silné bolesti u pacientů, kteří se léčí pro chronickou bolest a ta je většinu dne dobře zmírněna zavedenou analgetickou medikací*“ (Česká onkologická společnost, 2018).

Touto bolestí může trpět až 60 % pacientů. Hlavním požadavkem pro léčbu je rychlý nástup a krátké trvání účinku.

#### 1.4.4 PSYCHOLOGICKÁ A PODPŮRNÁ PÉČE

Psychoonkologie je relativně mladý obor, který se v současné medicíně postupně prosazuje. Každý nemocný si po sdělení onkologické diagnózy prochází psychickými změnami a krizemi. Psycholog poskytuje nemocnému pomoc před, v průběhu i po ukončení léčby, spolupracuje a sjednocuje léčebné postupy s lékařem, spolupracuje se sestrami a je prostředníkem mezi pacientem a jeho rodinou. Pomocí vhodných terapeutických technik dokáže uvolnit pacientovu mysl, odstranit strnulost a navodit u něj pocit bezpečí (Angenendt, 2010). V České republice zatím není zcela propracovaný systém psychoonkologické péče. Ne ve všech onkologických centrech je psycholog součástí týmu, který nemocného léčí.

Podpůrná péče je komplexem medicínské, ošetrovatelské, psychosociální a rehabilitační podpory, kterou onkologicky nemocní potřebují po celou dobu nemoci.

Onkologické onemocnění sebou přináší spoustu zásadních životních změn. Změny zasáhnou všechny stránky pacientova života i života jeho rodiny.

Cílem podpůrné péče je pomoci nemocnému setřídít velké množství informací spojených s nemocí do jednoho rámce, kterému lépe porozumí. Podpůrnou psychosociální péči mohou přijímat i rodinní příslušníci nemocného a lidé, kteří mají z rakoviny panický strach.

Potřeba podpůrné péče se mění podle toho, jakou fází onemocnění člověk prochází. V době zjištění diagnózy potřebuje člověk hlavně podporu, zklidnění, utřídění a vyjasnění informací. V průběhu léčby je důležité pevné zázemí, vyplnění volného času a kontakt s vnějším okolím. Po ukončení léčby je potřeba pomoci nemocnému s postupným návratem do běžného života a změnou životního stylu. Při recidivě onemocnění nebo jeho nevléčitelnosti je důležitá podpora, práce se strachem z umírání, smíření, bilancování či doprovázení nemocného.

Podpůrnou péči poskytují onkologická centra a kliniky, mimo nemocnici jsou to většinou neziskové a pacientské organizace.

## 2 PALIATIVNÍ A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA

Paliativní léčba je dle WHO „*Aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodinu*“ (Kupka, 2014).

Paliativní péče je orientovaná na kvalitu života nemocného, zaměřena je na přání pacientů a na to, co oni sami v léčbě upřednostňují. Měla by být dostupná všem a pokud je protinádorová a život prodlužující léčba vyčerpána nebo ji nemocný odmítá, měla by být jediným a hlavním léčebným přístupem (Česká onkologická společnost, 2018).

Indikací pro paliativní léčbu jsou obtížně zvládnutelné tělesné potíže, výrazná psychická nepohoda, další přidružené choroby, časté hospitalizace způsobené komplikacemi základního onemocnění, předpokládané přežití kratší než jeden rok a vlastní přání nemocného.

V paliativní péči jsou přání a potřeby pacienta hodnoceny a řešeny etickým a kulturně citlivým přístupem s přihlédnutím k právnímu řádu. Základem tvorby léčebného paliativního plánu je rozhovor lékaře a pacienta o rozsahu diagnostických a léčebných metod a využití život prodlužujících postupů. Důležitou součástí plánu je také pacientovo stanovisko k zahájení léčebných postupů v době, kdy už nebude schopen svůj postoj vyslovit. Toto dříve vyslovené přání musí být dokumentováno a musí mít právní platnost. Pacienti jsou podporováni k vyjadřování svých přání a jejich přání jsou maximálně respektována (Kozák, 2014).

Kvalitu života nemocného v terminálním stádiu Ca pankreatu výrazně ovlivňují časté cholangioitidy, které vznikají při obstrukci žlučových cest nádorem, ale také nepříjemné symptomy jako nechutenství, nauzea, ztráta hmotnosti, tvorba ascitu a bolesti.

Nauzea, nechutenství a s tím spojená ztráta hmotnosti se dotýká až 80 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Úbytek hmotnosti nemocného oslabuje, dochází k úbytku svalové hmoty a tím i ke snížení svalové síly. Nedostatečná výživa může negativně ovlivňovat protinádorovou léčbu, ale může být také jejím důsledkem. Léčba nechutenství a hubnutí může být nutriční nebo farmakologická.



Nutriční podporou se snažíme nemocnému zvýšit energetický příjem úpravou diety, podáváním doplňků stravy, popřípadě umělou výživou.

Přirozená strava by měla být vždy první volbou, měla by být podávána v menších porcích s vyšší energetickou hodnotou a vždy s ohledem na to co si nemocný přeje. Sipping nemocný popíjí po malých porcích mezi jednotlivými jídly.

Farmakologickou cestou se snažíme ovlivnit symptomy, které k samotnému nepřijímání potravy vedou. Pro zlepšení kvality života je možné podávat léky stimulující chuť k jídlu, které jsou dostupné v tabletové formě nebo suspenzi. Tyto léky je třeba začít podávat ihned na začátku váhového úbytku a ke zlepšení dochází během několika dní. Dle klinických studií dochází ke zlepšení chuti až u 70 % pacientů.

Enterální výživa bývá v určitých případech indikována i v paliativní péči, parenterální výživa by indikována být neměla, neboť vede k prodlužování terminální fáze neléčitelného onemocnění. Výživa jako taková nevede ke zlepšení prognózy, je jen nástrojem, který může vést ke zkvalitnění života (Lukešová, 2011).

Tvorba ascitu je známkou pokročilosti nádorového onemocnění a u Ca pankreatu vzniká nejčastěji při infiltraci jater. Nemocní pocítují zvětšující se obvod břicha, pocit napětí v břiše až jeho bolest, nauzeu a dechové obtíže. Symptomatickou léčbou je evakuace ascitu. Odstranění nebo zmírnění bolesti je nejdůležitějším úkolem v paliativní péči, proto ji byla věnována samostatná kapitola.

## 2.1 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

Dle komplexnosti a služeb, které jsou poskytovány, dělíme paliativní péči na obecnou a specializovanou. Pokud má nemocný nebo jeho rodina potíže, přechází se z obecné péče na specializovanou a přechod je plynulý.

Obecná paliativní péče je poskytována ošetrovatelským personálem na odděleních různých odborností. Jejím cílem je rozpoznat, sledovat a ovlivnit to, co je důležité pro kvalitní život pacienta. Nejčastěji jde o symptomy pokročilého onemocnění, respektování člověka a jeho rozhodnutí, citlivou komunikaci a zajištění domácí péče. Tuto péči by měl zvládat veškerý ošetrovatelský personál v rámci svých kompetencí.

Speciální péče je péčí multidisciplinární, je složena z odborníků, kteří mají zkušenosti a jsou školeni v oblasti paliativní péče.

Tuto péči poskytuje tým, který se skládá z paliativního lékaře a sestry, sociálního pracovníka, psychologa či psychoterapeuta, duchovního a odlehčovacích asistentů či dobrovolníků. Lékař nemocného přijímá, zhodnocuje jeho příznaky a nastavuje léčbu, sestra je pak v každodenním kontaktu s nemocným a plní ordinace lékaře. Sleduje zdravotní a psychický stav a reaguje na něj koordinací další pomoci. Sociální pracovník je pomocí v praktických věcech jako je uzavírání smluv, vyřizování příspěvku na péči a zajišťování kompenzačních pomůcek. Psycholog je pomocí ve smírání se s těžkou úzkostí a v komunikaci o náročné životní situaci s nemocným i jeho rodinou. Duchovní je pak na požádání tím, kdo pomáhá hledat víru a naději. Odlehčovací asistenti pomáhají s běžnými denními činnostmi a provozem domácnosti. Multidisciplinární tým zůstává s rodinou i po smrti jejich blízkého a pomáhá s vyřizováním posledního rozloučení, a hlavně s truchlením (Loučka, 2014).

Specializovanou paliativní péči poskytují lůžkové, ale také mobilní hospice, oddělení paliativní péče nemocničních zařízení, zvláštní zařízení, denní stacionáře, specializované ambulance a konziliární týmy. Mezi zvláštní zařízení řadíme poradny a tísňové linky. Hospic je příslibem pro nemocného, že nebude trpět bolestmi, bude vždy respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nebude osamocen. Smyslem hospice je naplnit den životem. Lůžkový hospic slouží nemocným, kteří nechtějí závěr svého života trávit doma, nebo ho tam trávit nemohou. Snahou lůžkového hospice je zajistit komplexní péči a prostředím se přiblížit domovu. Příbuzní se svými blízkými mohou být téměř nepřetržitě a v hospici mohou být i ubytováni.

Komplexní specializovanou péči v domácím prostředí s nepřetržitou dostupností zajišťuje domácí hospic. Hlavní péče o nemocného je na rodině, které však mohou časem dojit síly. Koordinace všech typů pomoci je složitější, ale domácí prostředí je pro umírajícího nejideálnější.

Stacionární hospicovou péčí se myslí příchod nemocného do zařízení ráno a odchod ve večerních hodinách, přičemž dopravu zajišťuje rodina či hospic. Tento typ péče je často využíván z odlehčovacích důvodů. Rodina si potřebuje občas odpočinout, odpočinek je zároveň i prevencí vyhoření.

Specializovaná nemocniční paliativní péče zatím není součástí služeb všech nemocnic, ale můžeme se s ní setkat ve formě konziliárních paliativních týmů nebo na odděleních s hospicovými lůžky.

Paliativní péči se do nemocnic snaží začlenit program Spolu až dokonce, tento grantový program v roce 2016 podpořil 18 nemocnic prostředky na rozvoj paliativních týmů, školení personálu, vytvoření metodik a standardů péče o nevléčitelně nemocné.

Základním kamenem organizovanosti hospicové péče v ČR jsou Evropské standardy a normy (Radbruch, 2010). Popisují základní principy a možnosti paliativní medicíny, které jsou propojitelné a využitelné v systému zdravotní péče.

## 2.2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Komunikace je základní lidskou potřebou a jednou z důležitých oblastí v ošetrovatelské péči. Cílem komunikace je předání nebo získání informací, ale také poradit nebo přesvědčit (Dostálová, 2016). Komunikace je prakticky výměna informací, zkušeností a pocitů.

Moderní ošetrovatelství je zaměřené na pacienta a jeho osobitost, kdy hlavním pilířem je vztah sestry a nemocného. Pokud zdravotník správně komunikuje, získává pacienta nejen ke spolupráci, ale také odstraňuje jeho nervozitu, strach, úzkost a pocit izolace.

Sestra je článkem mezi nemocným a nemocničním zařízením a důležitým prvkem v uspokojování potřeb. Interakční schopnost sestry je tedy charakteristickým znakem ošetrovatelské péče. Svým každodenním chováním vytváří psychoterapeutický přístup vůči nemocnému, tento přístup lze chápat jako terapeutickou komunikaci.

Terapeutická komunikace představuje pro sestru nepřetržitou soustředěnost, uvědomění si, co mluví a jak mluví (Poláková, 2008). Mezi specifické prvky této komunikace patří naslouchání, empatie, rezonance, reflexe, povzbuzování, mlčení a rozhovor jako takový. Empatický přístup dává nemocnému prostor se rozpovídat, pomáhá pojmenovat emoce v těžkých situacích.

Tato forma komunikace sestře pomáhá lépe pochopit problémy a starosti pacienta, zmírňuje emoční napětí, posiluje žádoucí chování a jednání, podporuje sebeúctu a rozhodování pacienta v léčbě sebe sama.

Z pohledu pacienta je uvědoměním, že je zájmem sestry, která ho bere takového, jaký je, nesoudí ho a nemá úsilí ho měnit.

Přesvědčení pacienta musí být takové, že je sestra schopná mu porozumět, pomoci, podpořit a respektovat jeho i názory, myšlenky a postoje, které má.

V paliativní péči je komunikace velmi složitá, je při ní nutné přihlížet k psychickému stavu nemocného ale také k jeho informovanosti o diagnóze, léčbě a prognóze. K nevléčitelně nemocným je nutné přistupovat individuálně. Nemocní procházejí po sdělení diagnózy krizí, mají depresi, strach, pocity beznaděje a o problémech spojených s nemocí hovoří málo. Umírající pak nechtějí hovořit téměř vůbec, a pokud hovoří, tak jen o bio – psycho – socio – spirituálních problémech (Poláková, 2008). Proto v oblasti komunikace se skupinou těžce nebo nevléčitelně nemocných jsou kladeny nároky na osobní zralost a profesionalitu ošetřovatelského personálu.

## 2.3 PRÁVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Nevléčitelně nemocný má stejně jako ostatní pacienti právo na péči lege artis, tedy na ochranu zdraví a náležitou péči poskytovanou na odborné úrovni. Paliativní péče by měla být vykonávána odborně správně s respektem k pacientovi, konkrétním podmínkám a možnostem. Intenzivní léčení a zatěžování nemocného marnou léčbou je nevhodné. Marnou léčbou se myslí to, pokud léčba nevede k plnému uzdravení a zkvalitnění života, pokud je proti zájmům nemocného, nepomáhá mu a on strádá, pokud nedokáže zastavit postup nemoci nebo odvrátit smrt není indikována, a proto by neměla být zahajována nebo by se v ní nemělo pokračovat. Specifická právní úprava paliativní péče chybí, a to nejen v ČR. Problematice paliativní péče se věnuje Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Etický kodex České lékařské komory, doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, konsensuální doporučení, zákon 372/2011 Sb. a prameny trestního práva (Kozák, 2014).

Přijetím Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti a následně i přijetím Zákona o zdravotních službách má nemocný právo na informace o svém zdravotním stavu a nahlížení do dokumentace. On je jediným, kdo může rozhodovat o další léčbě, o poskytování či neposkytování informací. Právo rozhodovat o léčbě má nemocný pomocí Informovaného souhlasu či nesouhlasu.

V zákoně o zdravotních službách č.372/2011 Sb. v paragrafu 36 je popsán dokument Dříve vyslovené přání (Parlament ČR, 2011). Tento dokument obsahuje přání nemocného o budoucí léčbě pro případ, že nemocný v danou chvíli své přání nebude schopen vyslovit. Tento dokument musí mít splněné zákonem stanovené podmínky, aby mohl být zdravotníky akceptován. Musí mít písemnou formu a úředně ověřený podpis. Součástí dokumentu je i poučení o důsledcích.

Poskytovatel zdravotní péče bere tento dokument v úvahu, pokud ho má k dispozici a pokud nastala předvídatelná situace, která je v přání uvedena a v danou chvíli, není nemocný schopný rozhodnout jinak.

Nemocný své přání může vyslovit při nástupu do nemocnice, a i v průběhu své hospitalizace pro služby, které nemocnice poskytuje. Toto přání se zaznamená do dokumentace a nemocný ho podepíše. Dále ho svým podpisem stvrdí i zdravotník a svědek.

Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud aktivně nabádá k smrti, je ohrožením pro ostatní nemocné nebo nebylo k dispozici před započítím úkonů, které by při jejich přerušení mohly způsobit smrt.

I v paliativní péči je důležitá zdravotnická dokumentace a zdravotník je povinen ji vést. Součástí dokumentace musí být záznamy o zdravotním stavu nemocného, o mimořádných situacích, které během péče nastaly, a hlavně pacientovy souhlasy či nesouhlasy (Kozák, 2014).

### 3 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ DRENÁŽ ŽLUČOVÝCH CEST

Tento výkon se často provádí u nemocných s karcinomem pankreatu. Vrůstání nádoru do žlučvodů způsobuje poruchu v odtoku žluči, která většinou není endoskopicky řešitelná. Perkutánní transhepatální drenáž je intervenční výkon, kdy na jeho začátku radiolog napíchne dutou jehlou jaterní žlučvod, ten pak naplní kontrastní látkou a zobrazí tak žlučový strom, po naplnění zavede přes jehlu vodič a po vodiči pak drén, který umožní odtok žluči (Hůlek, 2018).

Existují dvě možnosti drenáže, zevní a zevně – vnitřní. Drén u zevně – vnitřní možnosti je protažen přes stenózu žlučvodu až k jeho vývodu do střeva. Žluč tedy může vytékat přes břišní stěnu do sběrného sáčku nebo při uzavření do střeva. Nemocnému zůstává zhruba 10 cm drenu nad kůží, drén je fixován a lze ho používat pro další úkony. Tento drén je ale nutné proplachovat, jinak dojde k jeho ucpaní. Životnost katetru je podle typu 6-12 týdnů, pak je nutné ho vyměnit. Výkon se provádí nalačno, v analgosedaci a vždy za hospitalizace. Při nápichu žlučvodů je nutná maximální spolupráce nemocného, ten by měl ležet v klidu, neměl by provádět rychlé pohyby a náhle se hluboce nadechnout. Zárok trvá zhruba 1 hodinu, poté je nutné, aby byl dodržen minimálně 4 hodiny klidový režim. Jako každý výkon může mít i tento komplikace. Komplikace rozdělujeme na klinicky významné a nevýznamné. Mezi klinicky nevýznamné se řadí horečka, bolest po zavedení trvající několik hodin, únava a přechodný lehce krvavý odpad z drenu, tyto obtíže vymizí do 24 hodin. Klinicky významnou komplikací je neúspěšná drenáž, zánět žlučvodů, poranění střeva a alergická reakce na kontrastní látku (Štefánek, 2011). V tomto případě je klinicky významnou komplikací komplikace, která vyžaduje prodloužení hospitalizace nebo další intervenční či chirurgický zárok.

U našich pacientů se nejčastěji provádí zevně – vnitřní drenáž. Je to pro ně často jediné řešení, jak zajistit odtok žluči, zmírnit potíže, které mají a zkvalitnit jim život. To znamená, že se jim zlepšují laboratorní výsledky, ustupuje žluté zbarvení kůže, ustupuje svědění kůže, zmírňují se i bolesti břicha. Drén představuje určité omezení v denním životě, několik dní po jeho zavedení udávají nemocní bolestivost v místě vpichu, a i nemožnost ležet na pravém boku. Pokud je drenáž definitivním řešením, jsou s ní nemocní propouštěni do domácí péče.

Drenáž vyžaduje pravidelné kontroly, převazy a proplachy proto pokud je v plánu nemocného propustit je nutná edukace jeho i rodiny.

Nemocný zpravidla péči o drenáž kvůli jejímu uložení nezvládá, ale edukace příbuzných probíhá bez problémů a pokud chtějí, naučí se převazy a proplachy během několika dnů. Pokud péči nechtějí provádět nebo si ještě nejsou jistí je možné, aby je navštěvovala sestra a péči převzala.

## 4 PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Nemoc je možné definovat různě. Z patologického hlediska je nemoc ztráta harmonického uspořádání organismu. Další definice uvádí, že nemoc je patologický stav těla nebo mysli, kdy dochází k funkčním a morfologickým změnám buněk, tkání a orgánů.

Rakovina je kruté a zákeřné onemocnění, které významně zasahuje nemocnému do života. Po sdělení takto závažné diagnózy se v hlavě člověka rodí různé myšlenky. Reakce na toto sdělení mohou být různé. V minulosti byl onkologický pacient považován předem za ztraceného jedince, který je odsouzen k pomalému umírání v bolestech. Až s rozvojem celostního přístupu v oblasti medicíny se tento pohled pomalu měnil a zásluhu na tom mají dvě psychiatričky Elisabeth Kubler – Ross a Jimmie C. Hollandová. První z uvedených lékařek je autorkou teorie pěti stádií zármutku a utrpení. Druhá je iniciátorkou a zakladatelkou Mezinárodní psychoonkologické společnosti.

### 4.1 OSOBNOST ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO

*“Osobnost představuje souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností člověka“ (Cakirpaloglu, 2012).*

Dále lze osobnost definovat jako integrovaný a dynamický systém psychických, morálních a sociálních kvalit, které se projevují ve vztahu k ostatním. Dle psychosomatické medicíny jsou lidé s příbuznou osobnostní strukturou předurčeni k tomu onemocnět stejnou chorobou. Jednu dobu se dokonce mluvilo o tom, že typ osobnosti je predispozičním faktorem.

Pro onkologicky nemocného je přiřazen typ osobnosti C, který se v současné době již neužívá. Osobnost typu C je charakterizována taktickým zvládnutím stresu a smířlivým řešením těžkých životních situací při současné vnitřní krizi. Dominantními charakterovými vlastnostmi jsou sklony k popírání negativních emocí, nekonfliktnost, submisivita, nedostatek poslušnosti a harmonizující chování. Lidé spadající do tohoto typu jsou také přehnaně ochotní, trpěliví, upřednostňují potřeby ostatních nad ty své a jsou velmi racionální. Právě potlačování emocí a vlastních potřeb dle studií může snižovat odolnost organismu proti karcinogenním látkám.



Dle experimentální psychologie je obecná charakteristika onkologické osobnosti tato:

*„Především je to člověk prostý rozmáchlých gest a hlasitých projevů. Jeho nesmírně bohatý citový život je okolnímu světu skryt. Své radosti i smutky prožívá ve svém nitru, v myslí, protože se mu zdá nepatřičné obtěžovat svými problémy okolí“* (Adam, c2011).

V poslední době je v oblasti osobnostních charakteristik zkoumán fenomén zvaný bojový duch. Tento fenomén nemocným výrazně napomáhá zvládat nemoc a zlepšovat kvalitu života, jeho přítomnost je pro ně tedy velmi prospěšná.

## 4.2 AUTOPLASTICKÝ OBRAZ NEMOCI

Prožívání pacienta je charakterizováno tím, co si uvědomuje ze svého duševního života, co cítí a vnímá. Je sebeuvědoměním, pochopením situačních faktorů, dějů, jevů a vnějšího prostředí. Prožívání je subjektivní a probíhá v čase, kdy si člověk někdy více a někdy méně uvědomuje, zda jeho chování či jednání je správné nebo ne. Každý člověk je jedinečný, a stejně tak je vzniklá nemoc prožívána každým člověkem různě.

Průběh, prožívání a chování nemocného v době, kdy nemoc propukla a on se jí snaží přizpůsobit je souhrnně nazývána autoplastickým obrazem. V psychologii tímto pojmem objasňujeme subjektivní prožívání nemoci. Subjektivní prožívání nemoci je podmíněno rázem onemocnění, okolnostmi, ve kterých nemoc probíhá a charakterem osobnosti před onemocněním. Premorbidní osobnost je podmíněná věkem, celkovou citlivostí, citovou reaktivitou, hierarchií hodnot, zdravotním uvědoměním a sociálním postavením nemocného (Zacharová, 2017). Dále závisí na stupni celkové citlivosti na nepříjemné podněty, zvýšeně odolní se ohrožují přecházením nemoci. Citová reaktivita je spjatá s temperamentem, citově založení spíše podléhají lítosti a balancují mezi beznadějí a optimismem.

Autoplastický obraz má několik stránek. První stránka je senzitivní, do které patří prožívání lokální bolesti, tělesných pocitů a obtíží. Po ní následuje stránka emoční, v té se odráží strach, úzkost, ale i naděje. Třetí stránkou je stránka volní, ta představuje úsilí jedince bojovat s nemocí a být aktivní v uzdravování.

Poslední je racionálně informační stránka, která představuje znalost nemoci, její léčbu a prevenci. Stránky se v subjektivním prožívání prolínají. Nestane se, že by probíhaly samostatně (Zacharová, 2011).

#### 4.2.1 POSTOJ K NEMOCI

V literatuře je pacient definován jako léčící se nemocný člověk. Pacientem se člověk nerodí, ale stává. Každá změna související se zdravím a nemocí má svou fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální stránku. Většinou nemocní reagují přiměřeně nemoci, přijímají diagnózu a navrženou léčbu, dodržují doporučení a snaží se uzdravit. Postoj člověka k nemoci závisí na hodnotě, kterou nemoc má a je rozdělen do několika skupin (Dostálová, 2016).

Přiměřená adaptace na nemoc je znakem normálního postoje k nemoci, postoj nemocného je přiměřený informacím, které má. Pokud nemocný podceňuje závažnost nemoci, přeceňuje své síly a nedodržuje pokyny, zaujal bagatelizující postoj.

Postoj, kdy příznaky nebo onemocnění samotné člověk zapuzuje, nenavštěvuje lékaře a o nemoci ani neuvažuje je repudiační. Dále se můžeme setkat s naopak přehnanými obavami z nemoci, nemocný se opakovaně nechává vyšetřovat, střídá i lékaře a má obavy zejména z nevléčitelné choroby. Je si vědom přehnaných obav, ale nutkání je silnější. V tomto případě jde o nosofóbní postoj. Pokud nemocný nemá jen obavy z vážné nemoci, ale má pocit, že závažnou chorobou trpí nebo jen mírné obtíže velice prožívá, zaujal hypochondrický postoj. Takovýto člověk svým potížím podléhá a nebojuje s nimi. Pokud se člověk snaží z nemoci vrátit co nejdříve do práce, záměrně pravdivě neinformuje lékaře, zkresluje své obtíže a popírá je dopouští se bagatelizace. Důvodem může být strach ze ztráty zaměstnání, finanční situace, ale i pocitu nepostradatelnosti.

Poslední postoje, které v této kapitole uvedeme spolu souvisejí. Jde o nozofilní a účelový postoj. Nozofilní představuje spojení příjemných stránek nemoci a uspokojení z nich. Člověk nemusí plnit své povinnosti, je mu poskytována zvýšená péče a je na něj brán větší ohled (Zacharová, 2007). Vystupňovaný nozofilní postoj se nazývá účelový. Je to více méně vědomé získávání soucitu, ohledu, unikání z povinností a získávání určitých hodnot. Toto chování může být vázáno jak na zdravého, tak i na člověka u kterého probíhá lehčí nebo i těžší onemocnění.

## 4.2.2 CHOVÁNÍ V NEMOCI

Tento pojem je z druhé poloviny 20. století a užívá se ve spojení s chováním v roli nemocného. Chování je soubor behaviorálních rozhodnutí. Zahrnuje komunikaci, samotné chování a neverbální projevy.

Jde o způsob, kterým člověk reaguje na nemoc, jak ji prezentuje, sleduje, léčí a jak využívá zdravotní systém. Chování v nemoci je tedy v užším smyslu způsob chápání, vnímání, hodnocení a projevování symptomů nemoci a reakce na ně. Reakce lidí na změnu jsou různé, někteří navštíví lékaře, jiní hledají v odborných knihách a na internetu, jak si pomoci a ti ostatní se snaží na příznaky nemoci nemyslet, simulují, popřípadě i disimulují. Chování v nemoci je ovlivněno biologickými faktory, původem příznaků, naučeným vzorcem reakcí, predispozicí, situačními vlivy, systémem zdravotní péče v dané zemi, citlivostí jedince, sociokulturními a sociopsychologickými faktory (Raudenská, 2011). Ze sociálních faktorů jde především o věk a pohlaví. Chování je ovlivnitelné psychologickými postupy.

## 4.3 SDĚLENÍ A ZPRACOVÁNÍ DIAGNÓZY TERMINÁLNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V dnešní době je povinností lékaře sdělit nemocnému veškeré informace o jeho onemocnění. Tato povinnost vychází z lidského práva na informaci, ale také z prospěšného důvodu, protože jen dobře informovaný pacient může dostatečně spolupracovat. Lékař sice má povinnost nemocnému sdělit všechny informace, ale nemocný už nemá povinnost všechny tyto informace přijmout. Zdraví je bráno jako přirozená samozřejmost života, a proto zdravý člověk asi jen těžko pochopí prožívání druhého, kterému byla sdělena závažná diagnóza.

Sdělení závažné diagnózy vyvolá v člověku existenční krizi a reakce na ni jsou různé. Mezi nejčastější emoční reakce, které provázejí sdělení diagnózy, patří úzkost, panika, bezmocnost a zmatenost. Často dochází ke křiku, hlasitému pláči a projevům zoufalství. Projevují se i tělesné reakce ve smyslu dýchacích obtíží, záchvatů, třesu, pocitů horka nebo chladu, ale také pocitu silného vnitřního rozrušení.

To, jak bude nemocný na sdělení reagovat, lze předvídat z několika aspektů: zda již má zkušenost s krizí, jak ji překonal, zda má dobré sociální zázemí, jaká je jeho ochota spolupracovat a důvěřovat lékařům a v neposlední řadě nám napoví struktura jeho osobnosti.

Podle Grumanové si člověk první dva dny po sdělení diagnózy neuvědomuje, že existují nějaké léčebné možnosti. Snaha vstřebat zdrcující zprávu pohltí veškerou jeho sílu (Grumanová, 2008).

Ve svém průvodci mezními situacemi doporučuje nemocným nesnažit se situaci popírat, chránit si své soukromí, nespěchat s řešením plánu léčby, jíst, odpočívat, dýchat a hýbat se.

Prožívání nemocného po sdělení diagnózy, která má fatální prognózu popsala v teorii pěti stádií zármutku a utrpení Elisabeth Kübler-Ross.

Prvním stádiem je popírání a izolace. Charakterizuje ho prvotní odmítání sdělené diagnózy, tím ve většině případů prochází většina pacientů po sdělení terminálnosti svého onemocnění nebo i v pozdějších fázích. Popírání je obrannou reakcí, která tlumí šokující informaci a dává člověku čas se vzchopit, bývá vystřídáno částečným přijetím skutečnosti.

Druhým stádiem je zlost. Hněv nemocného je směřován do všech stran a padá na kohokoliv, kdo je poblíž. Toto stádium je tak těžké pro rodinu nemocného, tak pro ošetřující personál. Rodina reaguje pláčem, pocitem provinění či odmítáním dalších návštěv, tyto reakce však vedou jen ke zhoršení situace.

Smlouvání je třetím stádiem a je charakterizováno pokusem o odložení, které obsahuje odměnu, koncový termín a slib, že nic jiného už nebude požadováno.

Čtvrtým stádiem je deprese. Smrtelně nemocnému člověku ubývá sil a zažívá pocit velké ztráty nebo pociťuje strach ze ztrát, které mohou nastat. Ztráta soběstačnosti, rodiny, zaměstnání, finanční nezávislosti a mnoho dalších bývá právě důvodem deprese. Kubler – Rossová ve své knize O smrti a umírání píše, že je možné rozlišit dva typy depresí (Kübler-Ross, 2015). Reaktivní a přípravnou. Reaktivní deprese je popsána výše. Přípravnou deprese pak označuje zármutek, kterým musí projít nevléčitelně nemocný, aby se připravil na umírání.

Posledním stádiem je akceptace. Toto stádium přichází, pokud má nemocný dostatek času a dostane se mu určité pomoci při procházení dříve popsanými stádii.

Akceptace je doba zbavená všech pocitů, člověk je unavený a zesláblý, upřednostňuje samotu a spánek. Dostavuje se vnitřní klid a smíření, jde o tiché očekávání nadcházejícího konce

.

U všech pacientů ve všech stádiích je přítomna naděje. Naděje je to, co člověku dává sílu přestát utrpení. Pokud odchází naděje, přichází smrt.

Smrt je nedílnou součástí lidského bytí, je to akt, na který se nelze připravit. Nikdo z nás totiž neví, kdy a jak nastane. Umírání je bráno jako další fáze života, ve které se člověk loučí se vším, co měl rád a se všemi, které měl rád. V minulosti člověk umíral v rodinném kruhu obklopen nejbližšími, v současnosti lidé umírají ve většině případů v ústavním ošetřování.

Pro členy rodiny je blížící se smrt stejně emočně zatěžující jako pro umírajícího. Rodiny věří, že ústavní péče je to nejlepší pro jejich blízké, protože tam jsou jim poskytnuty nejúčinnější a nejmodernější léčebné postupy.

Psychologická reakce člověka na umírání má pět fází – negaci, agresi, vyjednávání, depresi a smíření. Tyto fáze jsou seřazeny tak, jak většinou přicházejí, ale nemusí to tak být vždycky. Fáze se mohou opakovat nebo v jednom dni prolínat.

## 5 POTŘEBY NEMOCNÉHO

Potřeba je definována jako projev nedostatku, který je žádoucí odstranit. Potřeba je motivací, kterou člověk potřebuje ke svému životu a vývoji (Šamánková, 2011). Lidé mají stejné potřeby, jen jejich uspokojování se liší způsobem života.

Nemoc a okolnosti jejího vzniku zásadně ovlivňují uspokojování potřeb a jejich psychickou odezvu. Nemocný člověk je lidská bytost, která potřebuje kontakt, porozumění, pochopení a pomoc. Bytost, která jinak vyjadřuje a uspokojuje své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Svou roli sehrává i závažnost nemoci a individualita jedince, do které patří emoční stabilita či labilita a odolnost vůči zátěži.

Potřeby mohou být závislé na charakteru nemoci, sociálních poměrech a člověku jako takovém. Tyto potřeby rozdělujeme do tří skupin: potřeby, které se nemocí nemění, mění nebo upravují a na potřeby nemocí vznikající. Neměnné potřeby nesouvisejí s nemocí, ale v nemoci mohou být intenzivněji vnímány. Modifikované potřeby vycházejí z onemocnění a jeho závažnosti, jsou ovlivňovány věkem, pohlavím a společenskými faktory. Potřeby, které vzniknou s nemocí, by měli být uspokojovány během léčebného procesu (Trachtová, 2013).

Z definice zdraví vycházejí 4 typy základních potřeb člověka. Potřeby biologické jsou základem toho, co člověk potřebuje ve svém životě i nemoci. Patří mezi ně například dýchání, výživa, vyměšování, pohyb a spánek. O většinu těchto potřeb bývá odborně pečováno i v nemocnici. Základem je tedy péče o nemocné tělo, pokožku a prevenci dekubitů.

Do psychologických potřeb patří zejména potřeba vlastní důstojnosti a její respektování. Nemocný potřebuje komunikovat a při komunikaci je třeba myslet na to, že nemluvíme jen slovy, ale i gesty, postojem, mimikou i očima. Velmi důležitá je i komunikace s nemocným v agónii.

Člověk je tvor společenský, a proto má i své sociální potřeby. Nechce žít sám, nechce být sám v době nemoci ani v době kdy umírá. Potřebuje návštěvy, má na ně právo a měl by si je i sám usměřňovat. Potřeba návštěv totiž neplatí vždy a pro všechny. Nejsilnější pouto je vždy s rodinou. Příchod nemoci člověka vytrhne z běžného života a rolí, které doteď zastával a těžko říci nad čím vším přemýšlí, co ještě nestihl nebo nedokončil a jaké problémy mu nemoc přináší.

Lidské potřeby jsou předmětem několika teorií. Abraham H. Maslow byl známým psychologem z jehož teorie motivace vznikla hierarchická teorie potřeb.

Podle této teorie má každý jedinec individuální systém motivů, které jsou pevně uspořádané od základních potřeb k takzvaným vyšším potřebám. Do této hierarchie patří potřeby fyziologické, bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace (Trachtová, 2013). Fyziologické potřeby jsou nutné k přežití a člověk je uspokojuje dříve, než se stanou aktuálními. Potřeba bezpečí je touhou po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. Afiliační potřeby jsou potřebami sociální integrace, lásky a souznění. Potřeby uznání a seberealizace jsou touhou člověka být tím, čím si myslí že může být a získávat za to uznání a respekt.

Americký psycholog H. Murray ve svém díle představil komplexní teorii motivace. V této teorii rozděluje potřeby člověka na primární a sekundární. Primární potřeby se tvoří a uspokojují fyziologickými procesy. Sekundární potřeby jsou potřebami psychogenními a jsou podstatou osobnosti. Dále rozděluje potřeby na manifestní a latentní. Manifestní potřeby se projevují v chování nemocného, toto chování si může a nemusí uvědomovat.

Americký sociální psycholog McLelland rozlišuje u člověka bez ohledu na věk a pohlaví tři potřeby. Potřebu výkonu, touhy po moci a potřebu někam patřit.

Základní psychické a psychosociální potřeby popisuje česká psycholožka Marie Vágnerová. Obsah těchto potřeb a jejich uspokojování je rozmanitý a závisí na normách společnosti. Pro člověka je podle ní důležitá potřeba stimulace správnými podněty, smysluplnosti světa, plánování, uvědomění si vlastního já, potřeba bezpečí a sociální role a potřeba otevřené budoucnosti (Kobylková, 2018).

Onkologická a nevléčitelná onemocnění jsou zejména velkou psychickou zátěží. Takováto nemoc ovlivňuje prožívání, chování a způsob uvažování jedince. Důležitost potřeb a jejich uspokojování závisí na fázi onemocnění. Nejtěžším úkolem pro sestru je rozpoznat a pochopit potřeby nemocného a určit, které jsou pro něj prioritní. Na základě toho jim zajistit profesionální péči, která je ale zároveň i péčí humánní. Z hlediska komplexního přístupu je vedle uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb důležité uspokojovat i potřeby spirituální. Duchovní potřeby nemají jen věřící lidé, ale i lidé, kteří ve víře nežijí (Svatošová, 2012).

Člověk v těžké životní situaci nebo na sklonku života hodnotí svůj život, potřebuje mít pocit, že jeho život měl a stále má smysl.

Má potřebu odpuštění nebo sám odpouští. Pokud není tato potřeba uspokojena, pokud nemá nemocný pocit smysluplnosti, tak u něj nastává duchovní nouze a on trpí.



## 6 HOLISMUS A ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Moderní ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, která je tvořena specifickými vědeckými poznatky a metodou praxe. Ošetřovatelství je založeno na několika hodnotách, kterými jsou respekt k osobnosti, vnímání jedince jako celku, uznání faktorů ovlivňujících život, uznání potřeb podpory a ochrany zdraví a uznání práva na spolurozhodování v péči o zdraví.

Filosofií moderního ošetřovatelství je holismus, který vnáší do ošetřovatelství hodnotový systém a etické přístupy. Holismus je směr poukazující na celistvost a jedinečnost celku, kdy při nesprávné činnosti jedné části bude ovlivněn celý celek. Tento směr v ošetřovatelství začala prosazovat v 60. letech 20. století Americká asociace holistických sester, která ve svých pravidlech profesionální péče uvádí, že nedílnou součástí ošetřovatelství je úcta k životu, důstojnosti a právům nemocných. Cílem této asociace bylo vyvažovat narůstající technický pokrok a uspokojování bio – psycho – socio – spirituálních potřeb.

Holistická ošetřovatelská péče zdůrazňuje respekt k člověku jako k celku a jeho jedinečnost. Péče je zaměřena více na problémy nemocného, na jeho duši, emoce a prostředí ve kterém žije než na výkony. Tato péče není jen něco, co sestry vykonávají, ale je i postojem, filosofií a způsobem života. V holistické péči je důležité rozlišit a pochopit dva pojmy: uzdravení a léčení. Léčení je odstranění toho, co nemoc způsobuje. Uzdravení je pojmem holistickým a jeho podstatou je nalezení rovnováhy těla a duše. Ošetřovatelství zaměřené na člověka využívá bio – psycho – sociálně – spirituální model, který zohledňuje tělo, mysl a duši člověka (Šlajchrtová, 2018). Zdravotníci mohou porozumět a reagovat na utrpení nemocných jen tehdy, pokud sledují současně biologické, psychologické a sociální rozměry nemoci. Spiritualita je pro každého jedinečná, může být vyjádřena náboženstvím, které má své rituály a chování nebo duchovní vírou. Duchovní víra je pro některé lidi směr a smysl života.

Ošetřovatelskou péči poskytují všeobecné sestry, ty úzce spolupracují s lékařem a ostatními zdravotnickými pracovníky. Základem a podmínkou spolupráce je to, jakou sestra budí důvěru, jak vypadá, jak se chová a také jak jedná. Sestra má své profesionální role, které vycházejí z etických zásad. Mezi tyto role patří, role ošetřovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, pacientovi obhájkyne a role nositelky změn. Sestra by měla být samostatná, odpovědná, ochotná a měla by maximálně hájit zájmy a potřeby nemocného.

Holistická sestra je sestrou, která opravdu pečuje, která poskytuje individualizovanou péči a vidí nemocného jako člověka, a ne jako lékařskou diagnózu.

Pokud sestra rozpozná psychologickou a emocionální stránku pacienta, usnadní následné fyzické léčení. Povzbuzuje nemocného k sebepéči, zachovává jeho důstojnost, podporuje jeho naději, energii a vitalitu. Jednou z cností, která by neměla chybět pečujícím sestřím, je soucit.

Soucít je myšlení a porozumění i beznadějnému utrpení, aniž by byly projeveny negativní emoce.

Schopnost ale může být i vlastností, která pomáhá vybavit si a prožít to, co momentálně prožívá ten druhý, a to se všemi okolnostmi. Definice soucitu, která vzešla z Mezinárodní konference Royal College of Nursing zní: *„Soucit je způsob, jakým se věnujeme lidským bytostem. Zahrnuje zjištění zranitelnosti jiné osoby, prožívání emoční reakce na ni a jednání s ní za účelem jí ulehčit“* (Royal College of Nursing. Information and Knowledge Management, 2010).

Soucít je úzce spjat s empatií a altruismem. Empatie je schopnost vcítění se do něčeho nebo někoho. Altruismus je chování zaměřené na pomoc druhým, které je konáno bez vyzvání a bez toho, aniž by konající čekal odměnu.

Nezbytným, ale také očekávaným aspektem kvalitní ošetrovatelské péče, je péče soucitná. Soucitná péče je nejcennější hodnotou ošetrovatelství, kterou nelze předstírat. Každý jedinec má schopnost soucitu a je jen na něm do jaké míry je schopen tuto schopnost rozvíjet. Rozvoj této schopnosti záleží na hodnotách a přístupu k životu. V každodenních ošetrovatelských činnostech, které všeobecná sestra provádí, by měl být začleněn soucit. Soucitná péče by neměla být ovlivněna zvyšujícím se počtem vážně nemocných pacientů, snižujícím se počtem všeobecných sester a zvyšujícím se nárokům na jejich administrativní a manažerské dovednosti.

Naše práce se zabývá nevléčitelným onkologickým onemocněním, které značně zatěžuje hlavně nemocného, ale i jeho okolí. Péče o těžce nemocné je založena na určitých etických principech. Etika bývá definována jako nauka o hodnotově orientovaných přáních a jednání člověka. Etický princip je pak souborem hodnot, které by měl uctívat každý slušný člověk. Ošetrovatelská a lékařská péče je vymezena těmito etickými principy, principem autonomie, beneficence, nonmaleficence a spravedlnosti.

Princip autonomie je právem nemocného chovat se a jednat na základě osobních hodnot a přesvědčení. Člověk je morální bytostí, která je za své jednání a chování odpovědná.

Morální osobnost má svůj morální status a tím je u člověka přirozenost. Autonomii nemocných je třeba respektovat až do konce jejich života.

Do principu autonomie můžeme zařadit lidskou důstojnost, která by měla být tím nejvyšším principem vůbec. Důstojnost je základní hodnotou existence a žádná nemoc člověka této hodnoty nezbavuje. Reálná ztráta důstojnosti nebo jen pocit ztráty představuje pro člověka největší utrpení, které mu život může připravit.

Princip beneficence je princip, jehož cílem je neškodit a podporovat tělesnou a duševní pohodu nemocného. Udělat pro nemocného vše, co pro něj je nebo může být prospěšné, je závazkem.

Nonmaleficence zakazuje ubližovat, poškozovat či usmrcovat jiné, je přirovnáním k pátému božímu přikázání – nezabiješ.

Principem spravedlnosti se myslí to, že všichni lidé by měli mít právo na stejné jednání a stejnou péči. Jde o rovnoprávnost, kdy z morálního hlediska je absolutně vyloučena jakákoliv forma diskriminace (Ondriová, 2012).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 METODIKA

Pro výzkumnou část naší diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Naše práce je zaměřená na pacienty proto je pro naše šetření nejvhodnější metodou případová studie. Případová studie se vyznačuje detailním zkoumáním jednoho nebo několika málo případů. Předpokládáme, že prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným. Výzkumné šetření probíhalo formou rozhovoru dle návodu. Stanovili jsme si pět základních oblastí – osobnost nemocného, rodinné zázemí, sdělení diagnózy, autoplastický obraz nemoci a pobyt v nemocnici. K dotazování jsme používali volné otázky, respondent tak měl prostor se vyjádřit (Hendl, 2005). Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a posléze přepisovány. Šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Plzni na 1. Interní klinice – lůžkách C od 15.9–31.10 2018.

Naše práce je zaměřena na nevléčitelné onkologické onemocnění, které poměrně rychle postupuje a nemocný je tak často odkázán na ústavní péči. Cílem praktické části je snaha o pochopení prožitků takto nemocných pacientů, na základě jejich potřeb a přání jim poskytnout péči, která zachová jejich autonomii a povede ke zkvalitnění života.

Hlavní cíl:

- Porozumět pacientům s neléčitelným onkologickým onemocněním pankreatu a jejich subjektivnímu vnímání nemoci.

Dílčí cíle:

- Zmapovat potřeby a přání nevléčitelně nemocných.
- Zjistit vliv hloubkových rozhovorů na nemocného.
- Vliv hloubkového rozhovoru s nemocným na všeobecnou sestru.

Výzkumné otázky:

- Do jaké oblasti potřeb zasahuje nemoc nejvíce?
- Jak komunikace ovlivňuje psychický stav nemocného?
- Jak nevyлéčitelně nemocní působí na osobnost sestry?
- Do jaké míry jsou nemocní informováni o své diagnóze a potřebují další informace?

## 7.1 SOUBOR RESPONDENTŮ

Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti s inoperabilním karcinomem pankreatu, bez specifikace pohlaví a věku hospitalizovaní na 1. Interní klinice – lůžkách C. Respondenti byli seznámeni s důvodem výzkumného šetření a s cíli, kterých chceme dosáhnout. Původně měl být rozhovor proveden s pěti nemocnými, dva nemocní však byly z důvodu zhoršení stavu vyřazeny.

Pokud nemocní souhlasili, byl jim předložen informovaný souhlas. Respondenti byli dále poučeni, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit nebo zcela ukončit.

### 7.1.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

Prvním respondentem byl 47- letý muž s diagnostikovaným tumorem hlavy pankreatu v září 2018 mimo Fakultní nemocnici Plzeň. Na 1. Interní kliniku byl plánovaně přijat pro obstrukci žlučových cest při infiltraci zadní stěny pyloru a bulbu duodena. Po rozhovoru s lékařem, který mu vysvětlil nález na pankreatu a plán léčby však nemocný ze své vůle ukončuje po několika hodinách hospitalizaci. Důvodem podepsání negativního reverzu je šok ze sdělení diagnózy a dohledání dalších informací na internetu. Z důvodu neprůchodnosti žlučových cest pro endoskop bude nemocnému v říjnu 2018 zavedena zevní drenáž za hospitalizace.

Ošetřovatelská anamnéza:

Soběstačnost a kognitivní funkce:

Při příjmu je nemocný plně soběstačný, bez anamnézy pádu, při vědomí, orientovaný všemi kvalitami, komunikující a plně spolupracující.

Výživa:

Momentálně váží 80 kg a měří 180 cm. Příjem jídla je snížený, sní tak polovinu porce někdy nejlí vůbec. Nemoc se projevuje nechutenstvím a bolestmi břicha. Faktor stresu je vzhledem k onkologickému onemocnění značný. Ztráta hmotnosti je vyšší než 6 kg, přesnou hodnotu však neví.

Vylučování:

Močí spontánně, stolice je nepravidelná se sklonem k zácpě.

Dýchání a závislosti:

Dechové obtíže neudává, plicní onemocnění nemá, je kuřák. Kouří i přes nevolnosti, které nyní má, jen ne tolik. Vykouří kolem 10 cigaret za den, alkohol nepije, kávu nyní netoleruje.

Stav kůže:

Kůže celého těla je suchá, podrážděná a s četnými exkoriacemi v oblasti DK a břicha. Při dotazování nemocný udává několik měsíců trvající urputné svědění s mírnou úlevou po škrabání.

Bolesti:

Trápí ho nepříjemné bolesti v oblasti břicha, analgetika zatím užíval minimálně.

Spánek:

Spánek se mu v poslední době zhoršil, usíná dlouho, často nemůže najít správnou polohu, hypnotika neužívá.

Sociální podmínky:

Žije s manželkou a syny v rodinném domě. Pracoval v pojišťovně, nyní je v pracovní neschopnosti.

Víra a etnikum:

Věřící není, statut migranta nemá.

V den nástupu je nemocnému cestou intervenční radiologie zavedena perkutánní transhepatální drenáž, která je po příjezdu na oddělení napojena na sběrný sáček. Za prvních 24 hodin byl odpad do této drenáže 4000ml, dále pak v průměru 1500ml za 24 hodin.

Drenáž se proplachuje 10ml fyziologického roztoku dvakrát denně. V době nástupu je u nemocného přítomna cholangitida proto je zahájena léčba antibiotiky intravenózně. Po několika dnech se stav nemocného lepší, postupně ustupují bolesti břicha, ustává i svědění, chuť k jídlu je pořád nízká. Po domluvě lékaře s nemocným dochází ke změně diety, nemocný bude každý den konzultovat stravu s nutričním terapeutem. Dieta je doplněna o sipping. Pro zlepšení klinického stavu a laboratorních výsledků je přistoupeno k uzavření drenáže na vnitřní.

Uzavření drenáže nemocný netoleruje, znovu se objevují bolesti břicha, a proto je znovu otevřena na spád. Po domluvě s lékařem bude nemocný a jeho rodina edukována v péči o drenáž, aby bylo možné nemocného propustit do domácího ošetřování.

Pro špatnou dostupnost drenáže nemocný péči nezvládá, manželce byl ukázán převaz a proplach drenáže, po několika nácvicích péči zvládá. Po deseti dnech hospitalizace je nemocný propuštěn do domácího ošetřování.

### 7.1.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

Druhým respondentem je 62 - letý nemocný s generalizovaným tumorem hlavy pankreatu s metastatickým postižením jater po provedeném ERCP v 6/2018, kdy byl zaveden plastický stent a byla nucena brzká výměna pro ucpání stentu nádorovými hmotami.

Nyní přichází pro progresi obstrukčních enzymů. Dle CT vyšetření je zřejmá progresse nádoru i metastáz v játrech, nově jsou postiženy i uzliny coeliacké skupiny. Nemocný je po sérii paliativní chemoterapie v nemocnici Cheb. Proveden neúspěšný pokus o ERCP, kdy je duodenum pro progresi nádoru neprůchodné pro endoskop. V den neúspěšného pokusu o ERCP byla zavedena perkutánní transhepatální drenáž, drén byl zaveden do duodena a byl ponechán uzavřený. Po výkonu došlo k septické atace provázené horečkami, bez hemodynamické nestability. Byla zahájena léčba antibiotiky. Další dny se již teploty neobjevují, nemocný má klidný nález na břicho a je bez bolestí. Nemocný udává bolesti v epigastriu, které se objeví ihned po jídle a ustoupí až po vyvolání zvracení. Příčinou těchto bolestí je nejspíše stenóza duodena.

## Ošetřovatelská anamnéza:

### Soběstačnost a kognitivní funkce:

Nemocný je soběstačný, spolupracuje. Orientovaný je všemi kvalitami, jen je na první pohled smutný a unavený.

### Výživa:

Nemocný je hubený. Jídlo nepřijímá skoro vůbec, po každém jídle ho bolí žaludek a musí si vyvolat zvracení. Ani mu moc nechutná. V poslední době se mu zdá, že hodně zhubl. Faktor stresu u nemocného značný.

### Vylučování:

Močí spontánně, stolice je bez potíží.

### Dýchání a závislosti:

Dýchá se mu celkem dobře. Alkohol nepije, kouřil 30cigaret denně do zjištění diagnózy.

### Stav kůže:

Kůže je bez ran a defektů.

### Bolest:

Co má náplasti tak bolesti skoro nemá. Jediné, co ho trápí je ta bolest břicha po jídle.

### Spánek:

Spí špatně, pořád myslí na to, jak je nemocný. Léky na spaní zatím neužíval.

### Víra a etnikum:

Věřící není, statut migranta nemá.

### Rodina:

Žije s manželkou v rodinném domě.



### 7.1.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3

Třetím pacientem je 50-letý muž s inoperabilním tumorem hlavy pankreatu se zavedenou zevně – vnitřní drenáží, který k hospitalizaci přichází pro recidivu akutní cholangitidy.

Nemocný si doma opakovaně měřil vysoké horečky, zimnice pociťoval, třesavku neudával. Po přijetí byl nemocný zajištěn antibiotiky a drenáž byla otevřena na spád. Po 24 hodinách dochází k rozvoji septického šoku s oběhovou nestabilitou a nemocný je k observaci přeložen na KARIM. Následující den je vrácen zpět k nám na oddělení, oběhově stabilní a ve zlepšeném stavu. Antibiotika trvají, drenáž je stále otevřena. Po odeznění známek zánětu je nemocný indikován k zavedení metalického stentu a k předání do péče onkologů. Po několika dnech dochází k výraznému zlepšení a zavedení metalického stentu je indikováno ještě za hospitalizace. Z kultivací žluči vychází patogen vankomycin resistantní Enterokok a nemocný je proto izolován.

#### Ošetrovatelská anamnéza:

##### Soběstačnost a kognitivní funkce:

Nemocný je při příjmu plně soběstačný, orientovaný, spolupracuje, jen je vyčerpaný horečkou. Cítí se velmi unavený.

##### Výživa:

Nemocný má dlouhodobě nechutenství a bolesti břicha. Hodně zhubl. Snaží se jíst, ale dělá mu to velké obtíže.

##### Vylučování:

Močí spontánně, stolice je pravidelná. Je plně kontinentní.

##### Dýchání a závislosti:

Dýchá se mu dobře, je celoživotní nekuřák. Pije jedno pivo za měsíc, kávu jen někdy.

##### Stav kůže:

Kůže je velmi suchá hlavně na dolních končetinách. Nemocný je bez defektů, bez chronických ran, má jen hematomy po náběrech na horních končetinách.

Bolesti:

Nemocný udává nepříjemné pocity v oblasti břicha a bolesti zad. I přesto, že má náplast proti bolesti, pociťuje je stále. Žáda ho bolí hlavně v oblasti kříže a podél páteře.

Spánek:

Spí velmi málo, špatně usíná. I přes léky, které bere, není spánek kvalitní.

Sociální podmínky:

Žije s přítelkyní v rodinném domě.

Víra a etnikum:

Věřící není, duchovní služby nevyhledává, statut migranta nemá.

## 8 ROZHOVORY

Rozhovory s našimi respondenty probíhaly v nemocnici, vždy ale bylo zajištěno soukromí a rozhovor nebyl nikým a ničím rušen.

### 8.1 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 1

Za hospitalizace nemocný ležel na nadstandartním pokoji, proto rozhovor probíhal tam. Přáním nemocného bylo, aby při rozhovoru byla přítomna manželka. Ošetrovatelským personálem jsme po celou dobu rozhovoru nebyly rušeni.

Dobrý den, děkuji vám za možnost udělat s vámi rozhovor. Na začátku mi prosím řekněte něco o vás: jak byste se charakterizoval, jaké jsou vaše zájmy, co jste v životě dělal za povolání?

*„Jsem úplně normální, býval jsem veselý, velmi společenský a aktivní chlap. Rád čtu, poslouchám různou muziku, sleduji sport. Pracoval jsem, nebo teoreticky vlastně ještě stále pracuji v pojišťovně. Je to sice kancelářská práce ale baví mě to. Rakovina mě mění, jsem dlouhodobě v pracovní neschopnosti a té síly a vitality postupně ubývá.“*

Jak vypadal váš běžný den před onemocněním?

*„Přes týden hodně pracovně. Každé ráno po probuzení jsem si dal kávu, snídání a také cigaretu. Kouřil jsem hodně, i 20 denně, teď vykouřím tak 10 cigaret. V práci jsem býval tak do 16 hodin, ale někdy také ne, hodně to záviselo na klientech. Po práci jsem se věnoval rodině a také trochu pohybu. Víkendy byly odpočinkové, jezdily jsme na kole, navštěvovaly jsme přátele a rodiče.“*

Co vaše rodina?

*„Jsem ženatý už víc jak 20 let, moje manželka je skvělá ženská, a to neříkám jen proto, že je tu s námi. Rozumíme si, máme se rádi. Máme spolu dva syny, jsou to fajn kluci. Byl jsem takový přísný táta. Mají to teď se mnou těžší, ale už jsou skoro dospělí tak snad to zvládnou. Manželka za mnou chodí každý den, sedíme tu spolu povídáme si a držíme se za ruce. Včera tu dokonce byli i moji rodiče, bylo to fajn.“*

Co vás přivedlo do nemocnice?

*„Delší dobu mě svěděla kůže a pak jsem z ničeho nic zežloutnul. Podle výsledků jsem měl ucpané žlučové cesty. Zkoušeli mi je zprůchodnit, ale nešlo to. Lékař tedy zavolał sem do nemocnice a objednal mi na další vyšetření. Mám rakovinu slinivky břišní, moc už mi z toho života nezbyývá.“*

Věděl jste, co vám je, než jste se dostavil k hospitalizaci?

*„Lékař, co mě sem posílal, mi něco naznačil, ale asi jsem ho nepochopil nebo nevím. Vím jen, že mi sem manželka vezla autem a já si pročítal tu zprávu, kde byl popsán prorůstající nádor slinivky. Byl to šok, asi jsem byl i naštvaný a nepříjemný. Taky jsem si nějaké informace našel na internetu. Tady mě to vaši lékaři potvrdili. Paní doktorka mi vše vysvětlila, řekla mi, co a jak a co mě čeká, proto jsem zareagoval tak jak jsem zareagoval.“*

Jak jste zareagoval?

*„Všechno jsem odmítl, i přes všechna rizika, které to mé rozhodnutí neslo. V hlavě se mi honilo jen to, že mám rakovinu, která je nevyléčitelná. Měl jsem najednou potřebu vše zajistit. Odmítl jsem výkon i hospitalizaci abych mohl za právníkem. Potřeboval jsem si vše srovnat v hlavě a vyrovnat se s tím. Nenechal jsem se přemluvit, ale domluvili jsme se, že přijdu v jiný termín, a to už jsem neodmítl.“*

Jaký dojem jste měl z lékaře, který tady s vámi mluvil?

*„Mluvila se mnou paní doktorka, mladá a milá. Mluvila srozumitelně tichým hlasem, snažila se mi vše vysvětlit. Mluvila o všem, co se týká nemoci, vyšetření a léčby. Rozuměl jsem jí a věřil. Ujasňoval jsem si i fakta, která jsem našel na internetu. Neslibovala mi vyléčení, ale říkala, že uděláte vše proto, aby mi bylo lépe.“*

Jaký postoj měla k vašemu prvnímu rozhodnutí?

*„Snažila se mě přemlouvat, ale ve finále respektovala mé přání, ale pod podmínkou, že se vrátím. Jsem rád, že ke mně byla vstřícná byl jsem docela nepříjemný.“*

Tak měl jste důvod být nepříjemný. Po sdělení vážné diagnózy jsou takovéto reakce normální.

Jak zvládáte nemoc? Máte bolesti?

*„Je to teď těžké, ještě úplně s tím nejsem smířený, jinak to zvládám celkem dobře, hlavně kvůli rodině. Bolesti mám mírné, zatím si беру jen občas kapky. Jsem ale od doktora poučený, že pokud budou silnější, domluvíme se na něčem jiném. Víc mě trápí, že mi bývá špatně po jídle a občas i zvracím. Mám odpor k masu, a to jsem ho měl rád.“*

Jak se nyní cítíte?

*„Je mi už lépe, za pár dní snad půjdu domů. Kůže mě už tolik nesvědí, i ty škrábance už se pomalu hojí. Drenáž prý funguje dobře, manželka se jí bude učit obsluhovat. Chtěl bych jít domů. Všechno se teď změnilo, život se mi obrátil vzhůru nohama. Potřebuji ještě něco dořešit, aby až zemřu bylo vše v pořádku. Bojím se umírání, nechci, aby to trvalo dlouho.“*

Co je nyní vašim největším přáním?

*„Jít domů a být s rodinou. Víím, že u mě není možné vyléčení. Čeká mě návštěva na onkologii kvůli zpomalovací chemoterapii, ale nevím, co bude. Ale pokud mi toho času moc nezbyvá, chci být s rodinou.“*

Co tedy vše víte o své nemoci? Je něco, co by vám mohlo pomoci?

*„Vím, že mám rakovinu v pokročilém stádiu, kterou nelze operovat ani vyléčit. Z internetu a od lékaře víím, že je možnost zpomalovací chemoterapie, ale i ta má svoje proti.“*

Vyhledáváte i jiné způsoby léčby?

*„Abych pravdu řekl, tak jsem chvílku hledal nějaké léčitele, ale pak jsem nad tím přemýšlel a pokud mi nemohou pomoci lékaři tak asi ani léčitelé. Nechci podstupovat něco, co mě bude stát síly a nepomůže to.“*

Měl byste zájem o nějaké materiály, které by vám byly pomoci?

*„Určitě bych uvítal nějakou příručku o drenáži, byly bychom doma klidnější, kdybychom se mohly v případě obtíží někam podívat. Dobré by byly rady i o tom, jak můžeme doma zvládnout to, že kolik dní prostě nejím, protože je mi špatně.“*

Jak byste zhodnotil svůj pobyt v nemocnici? Jak jste zvládl všechna vyšetření?

*„Zvládl jsem je myslím dobře. Zavedení té drenáže je nepříjemné, trvá poměrně dlouho a docela to bolí. I několik dní potom jsem cítil bolest kolem toho místa. Další vyšetření, která jsem zde prodělal, byla bezbolestná. Co snáším hůře jsou náběry a napichování kanyl. Jinak si nemůžu stěžovat, lékařka je hodná a vše mi narovinu vysvětluje. Ani se sestrami nemám problém, i když se některým nelíbí, že kouřím. Děláte vše, co můžete.“*

Kdybyste mohl změnit v nemocnici 3 věci, aby se měli pacienti lépe, které by to byly?

*„Víc možností si popovídat, klidnější prostředí a víc pokojů s méně lůžky.“*

Děkuji vám moc za rozhovor, velice si vážím času, který jste mi věnoval.

## 8.2 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 2

Dobrý den, děkuji vám za možnost udělat s vámi rozhovor. Na začátku mi prosím řekněte něco o vás: jak byste se charakterizoval, jaké jsou vaše zájmy, co jste v životě dělal za povolání?

*„Pracoval jsem nejdříve jako vedoucí dopravy a nyní jsem zaměstnán jako vedoucí ve věznici.“*

Jak vypadal váš běžný den před onemocněním?

*„Stále jsem pracoval, už ne tolik ale přeci. Dělat vedoucího ve věznici není tak náročné. Když má člověk rodinný dům tak je vždy co dělat, takže práce kolem baráku a zahrady vyplní člověku spoustu času.“*

Co vaše rodina?

*„Mám manželku, 2 dcery a vnoučata. Mám je všechny moc rád.“*

Co vás nyní přivedlo do nemocnice?

*„Ta moje rakovina, zase to tam mám ucpané. Prý mám vyšší laboratorní výsledky, než mám mít. Nepovedlo se jim dát mi tam trubičku tak teď mám tenhle drén. Dostávám antibiotika, ale stejně je to k ničemu.“*

Proč myslíte?

*„Nikdy se nevyлéčím, zbývá mi pár měsíců života. Všechno vím, vím celou pravdu o tom, co mi je. Víм už to delší dobu, chodil sem i na chemoterapii, ale nepomáhá a mě je huř.“*

Denně s vámi mluví lékař, jaký z něj máte pocit?

*„Dobrý. Snaží se mi všechno vysvětlovat, jen už mě to moc nezajímá. Chodí za mnou i sestra mého zete, taky tady dělá lékařku i ta mi vše vysvětluje. Péči tu mám dobrou.“*

Jak zvládáte svou nemoc? Máte bolesti?

*„Zvládám to špatně, už aby to vzalo konec. Pořád je mi špatně, nemůžu nic jíst. Pokaždý když se najím, tak musím zvracet abych neměl bolesti. Navíc všechno jídlo mi v ústech hořkne. Jsem unavený a nemám na nic chuť. Jinak jsem míval bolesti v zádech, ale mám ty náplasti na bolest a je to lepší.“*

Co vás nyní trápí nejvíce?

*„Nejvíc to, že se nemůžu najíst. Jsem pořád unavený, jen bych spal. Nějak se s tím nemohu vyrovnat. Tahle nemoc mi vzala skoro všechnu radost, kterou sem měl. Prý za mnou přijde psycholog si popovídat, tak uvidím, jestli mně to trošku pomůže.“*

Co vaše rodina, pomáhají vám?

*„Pomáhají, mají o mě velký zájem. Dělalí si starosti, jen jim nechci být na obtíž. Domů se mi moc nechce, když je mi špatně oni pak se mnou mají starosti, tady je mi lépe.“*

Co si nyní nejvíce přejete?

*„Nejvíc bych si přál se uzdravit, ale to není možné. Tak snad jen abych neměl velké bolesti, mohl se alespoň trošku najíst bez bolesti a abych dlouho netrpěl.“*

Jste léčen podle vašich představ? Hledáte třeba jiné způsoby léčby?

*„Nerozumím tomu, ale vše, co mi doktoři chtějí udělat nebo nasadit tak mi předem oznámí a zeptají se. Tak asi ano. Měl jsem jednu sérii chemoterapie, další už ale nechci, stejně to nepomáhá. Nic nehledám, léčitelství moc neuznávám.“*

Jak zvládáte pobyt v nemocnici a její provoz?

*„Ty první dny byly náročné, měl jsem dva výkony za sebou a pak mi bylo špatně, teď už je to mnohem lepší. Oba ty výkony pro mě nebyly vůbec příjemné, navíc ta drenáž bolela. Akorát v noci tu nebývá takový klid, jaký bych si přál.“*

Zeptám se vás, uvítal byste nějaké informační materiály, které by vám pomáhaly?

*„Zajímaly by mě informace o tom, co jíst a také o tom kam se můžeme obrátit, až bude nejhůře.“*

Nemocného jsem navštívila ještě jednou poté, co ho navštívil psycholog. Cílem bylo zjistit, jestli mu tato psychologická intervence byla přínosem.

Jak se cítíte nyní po návštěvě psychologa?

*„Cítím se trochu lépe, nemůžu říct, že bych nebyl smutný, ale koukám na to vše trochu jinak. Už se i více těším na propuštění. Prý pro mě budou dobrá i další sezení. Dostanu i kontakty na psychologickou péči v okolí bydliště.“*

Jaké tři věci byste v nemocnici změnil, aby tu bylo pacientům lépe?

*„Myslím, že více možností popovídat si. Prodloužil bych návštěvní hodiny a určitě by někteří uvítali i více samostatných pokojů nebo alespoň schopné spolupacienty.“*

### 8.3 ROZHOVOR S NEMOCNÝM 3

Rozhovor je proveden na pokoji, na kterém je nemocný z důvodu izolace sám.

Dobrý den, děkuji vám za možnost udělat s vámi rozhovor. Na začátku mi prosím řekněte něco o vás: jak byste se charakterizoval, jaké jsou vaše zájmy, co jste v životě dělal za povolání?

*„Pracoval jsem jako správce majetku hasičů, byla to klidná kancelářská práce. V mládí jsem byl hodně nemocný. Už jednou jsem rakovinu měl a porazil jí. Mám i defibrilátor, kvůli nemocnému srdci. Musel jsem se šetřit.“*



Jak vypadal váš běžný den před onemocněním?

*„Nebyl nijak zvláštní, prostě normální den. Chodil sem do práce, odpoledne pracoval kolem domu a věnoval se přítelkyni.“*

Máte nějaké denní rituály?

*„Denní rituály nemám.“*

Máte rodinu?

*„Mám přítelkyni. Jezdí sem několikrát v týdnu, teď už tady dva dny nebyla, protože je nastydlá. Ono je lepší, když sem nejezdí aspoň mě nevidí v takovém stavu. Přátele mám, ale co jsem onemocněl, se s nimi moc nestýkám, ani je moc nenavštěvuji.“*

Co vás nyní přivedlo do nemocnice? Znáte svou diagnózu?

*„Mám nejspíš zánět ve žlučových cestách. Mívám je teď častěji a může za ně nádor slinivky, který mi v těle roste. Mám drenáž, která by měla zajišťovat průchodnost. Nádor, co mám je agresivní, četl jsem to na internetu. Strašně jsem sešel od té doby, co ho mám, nemůžu pořádně jíst a hodně hubnu.“*

Mluvil jste o tom, co jste si přečetl s lékařem?

*„Mluvil, pan doktor mi to vše vysvětlil. Bohužel mi to potvrdil a vysvětlil mi i to proč nemůžu být operován.“*

Jak se nyní cítíte?

*„Jsem smutný a asi i nepříjemný. To, že ležím na pokoji sám a každý ke mně chodí zahalený od hlavy až k patě mi nepřidává. Nemůžu se jít ani projít na chodbu. Jen tady ležím a poslouchám hudbu nebo koukám na televizi. Jídlo mi nechutná, nic mě nebaví, mám stavy úzkosti a bezmoci. Tahle nemoc mě hodně změnila a sebrala mi všechnu chuť. Chodí za mnou psycholog, ale nepomáhá to. Mluvil jsem i s psychiatrem, dal mi nějaké léky, tak mi je teď dáváte. V noci sem měl dokonce pocit, že mi nepravidelně bije srdce, že mi vynechává ale doktorka říkala, že EKG, co mi natočily je v pořádku. Já vím, že mám ten přístroj, co mě hlídá, ale bylo to nepříjemné.“*

Když jsme spolu odebíraly ošetřovatelskou anamnézu, mluvil jste o bolestech. Povíte mi, jaké jsou to bolesti a jak je zvládáte?

*„Hodně mě bolí záda. Bolí mě podél páteře, jak jsem hubený, tak mi vystupují obratle a když dlouho ležím tak mě to tlačí a bolí. Když mi tu páteř namažou tak je to lepší. Horší byly ty bolesti v kříži, co mi střílely do břicha, byly hodně silné, ale teď co mám ty náplasti na bolest a tabletky k tomu, jsou už o dost mírnější.“*

Co vás nyní trápí nejvíce?

*„To, že hubnu a ztrácím sílu. Jídlo mi nechutná, vše chutná stejně ošklivě. Jsem každou chvíli v nemocnici, nemám z ničeho radost, pro únavu moc věcí nezvládnou. Mám strach z umírání a ze smrti.“*

Uvítal byste nějaké informační materiály, které by vám pomohly zvládat vaši nemoc?

*„Já už žádné informace vědět nechci, ale pro ostatní, které touhle rakovinou trpí a jsou na tom lépe, by určitě byly přínosem.“*

Řekněte mi, prosím, tři věci, které byste změnil, aby se měli pacienti lépe?

*„Myslím, že by pro takto nemocné, jako já, by byl přínosem psycholog, který by byl dostupný tady na oddělení. Popovídat si s někým je kolikrát nejlepší, sestry na to kolikrát nemají tolik času. Dál bych asi změnil některá jídla a ten čaj tu taky není úplně dobrý. Zrušil bych i návštěvní hodiny, aby tu s námi mohla být rodina, kdy chce a jak dlouho chce.“*

## 9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole postupně objasňujeme získané informace z našich rozhovorů k našim cílům. Máme stanoveny čtyři cíle, jeden hlavní a tři dílčí. Hlavní a dva dílčí cíle jsou zaměřeny na pacienta, třetí dílčí cíl je zaměřen na sestru a na to, jak na ni nemocní působí.

Pro lepší orientaci jsme zpracovali odpovědi nemocných podle kategorií:

### RESPONDENT 1

OSOBNOST NEMOCNÉHO	<ul style="list-style-type: none"><li>• veselý, aktivní a společenský člověk</li><li>• pracuje jako úředník v pojišťovně</li></ul>
RODINA	<ul style="list-style-type: none"><li>• je ženatý už 20 let, manželství je pohodové</li><li>• má dva syny</li><li>• žije v rodinném domě</li></ul>
SDĚLENÍ DIAGNÓZY	<ul style="list-style-type: none"><li>• v nemocnici je ohledně neprůchodnosti žlučových cest</li><li>• svou diagnózu si přečetl ve zprávě cestou do nemocnice</li><li>• následně byl o diagnóze plně informován</li></ul>
AUTOPLASTICKÝ OBRAZ	<ul style="list-style-type: none"><li>• bolest udává mírnou, bolest tlumí neopiátovými analgetiky, po vyřešení průchodnosti žlučových cest se cítí dobře, trápí ho zhoršený příjem stravy a zvracení</li><li>• přeje si být s rodinou doma</li></ul>
POBYT V NEMOCNICI	<ul style="list-style-type: none"><li>• pobyt v nemocnici snáší dobře, výkony jsou pro něj zatěžující a některé dost bolestivé</li><li>• s ošetřujícím lékařem a sestrami nemá problém</li><li>• přál by si klidnější prostředí, pokoj s méně lůžky a více komunikace</li></ul>

## RESPONDENT 2

OSOBNOST NEMOCNÉHO	<ul style="list-style-type: none"><li>• býval normálním občas bručivým chlapem</li><li>• pracoval nejprve jako vedoucí dopravy, poté jako vedoucí ve věznici</li><li>• rád pracuje kolem domu a na zahradě</li></ul>
RODINA	<ul style="list-style-type: none"><li>• je ženatý, má dvě dcery a vnoučata</li></ul>
SDĚLENÍ DIAGNÓZY	<ul style="list-style-type: none"><li>• o diagnóze je plně informovaný</li><li>• důvod své hospitalizace zná</li></ul>
AUTOPLASTICKÝ OBRAZ	<ul style="list-style-type: none"><li>• nemoc zvládá špatně, má bolesti, zvrací a pořádně nejí</li><li>• trápí ho únava a špatná nálada</li><li>• s nemocí se špatně smiřuje</li><li>• přeje si netrpět, nemít bolesti a občas i zemřít</li></ul>
POBYT V NEMOCNICI	<ul style="list-style-type: none"><li>• pobyt v nemocnici zvládá dobře, výkony špatně- jsou pro něj bolestivé</li></ul>

## RESPONDENT 3

OSOBNOST NEMOCNÉHO	<ul style="list-style-type: none"><li>• málo aktivní, byl velmi nemocný už jako malý</li><li>• pracoval jako správce majetku hasičů</li></ul>
RODINA	<ul style="list-style-type: none"><li>• žije s přítelkyní v rodinném domě</li></ul>
SDĚLENÍ DIAGNÓZY	<ul style="list-style-type: none"><li>• hospitalizován je pro zánět žlučových cest</li><li>• diagnózu zná</li></ul>
AUTOPLASTICKÝ OBRAZ	<ul style="list-style-type: none"><li>• cítí se smutně a je našťvaný, má stavy úzkosti a bezmoci</li><li>• nechutná mu jídlo, špatně jí a hubne</li><li>• bolesti má výrazné</li></ul>
POBYT V NEMOCNICI	<ul style="list-style-type: none"><li>• pobyt snáší špatně, je na izolaci a nemůže ven</li><li>• změnil by jídlo a čaj, uvítal by i možnost více si povídat</li></ul>

## 9.1 HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem práce bylo porozumět pacientům s neléčitelným onkologickým onemocněním pankreatu a jejich subjektivnímu vnímání nemoci. Každý člověk je jedinečnou osobností, stejně individuální jsou jeho reakce na nemoc a situace, které sebou přináší.

Pro zdravého jedince, který nepřemýšlí nad tím, jak by jednal nebo co by cítil, kdyby byl nevléčitelně nemocný, je chování takto nemocných těžko pochopitelné. Zdravotníci jsou s takto nemocnými někdy i v denním kontaktu, ale ani oni nedokáží vždy jejich chování a vnímání pochopit. Proto jsme se rozhodli udělat s těmito nemocnými rozhovor a porozumět jim. První otázkou bylo, jak oni vnímají svou nemoc? Odpovědi jsme zpracovali v tabulce.

### **První respondent**

**Vnímá negativní změny spojené s nemocí, ubývá mu vitalita i síla, nemůže pořádně jíst a bývá mu nevolno. Jeho nemoc mu nedovoluje dělat práci, která ho bavila. Přesto, že se snaží být vyrovnaný pociťuje smutek a strach z dlouhého umírání.**

### **Druhý respondent**

**Vnímá svou nemoc tak, že ač lékaři dělají co mohou, nemůže se vyléčit. Podstoupil i paliativní chemoterapii, která mu nepomohla a on se cítí hůře. Je smutný až depresivní, vše zvládá špatně. Nemoc mu vzala veškerou radost, kterou měl. Má spoustu somatických obtíží, které toto vnímání zhoršují.**

### **Třetí respondent**

**Vnímá svou nemoc a to, že je nevléčitelná ho velmi zranilo. Už kdysi rakovinu měl a porazil ji. Vnímá jak somatické, tak psychické změny po vyslechnutí diagnózy. Mluví o ztrátě chuti do života, o svých stavech úzkosti a bezmoci. V noci špatně spí.**

Základem pochopení našich pacientů je zamyšlení se nad tím, jak bychom se cítili my sami a jak bychom vnímali tuto nemoc. Pokud se zamyslíme nad tím, co nemocní odpovídali je karcinom pankreatu pro ně závažným, zatěžujícím onemocněním, které jim postupně bere sílu a chuť do života. Tyto pocity umocňuje i fakt, že je neléčitelné a nevléčitelné.

Všechny tělesné obtíže, které udávají, veškerý smutek a beznaděj, který pociťují je součástí vyrovnávání se s nemocí, ale i voláním nemocného o pomoc. Proto se snažme našim pacientům naslouchat, komunikovat s nimi a snažme se vcítit do jejich situace, pomůže nám to zaujmout správný postoj a vše pochopit.

## 9.2 DÍLČÍ CÍL 1 – POTŘEBY A PŘÁNÍ NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH

Prvním naším dílčím cílem bylo zmapovat potřeby a přání hospitalizovaných pacientů. Potřeba je subjektivním nedostatkem, který je nutno odstranit, aby nedocházelo k frustraci z nenaplnění. Subjektivními nedostatky jsou v našem případě obtíže, které provázejí toto onemocnění. Pro zjištění všech potřeb, které nemocnému narušila nemoc, jsme si vzali na pomoc hierarchii potřeb dle Maslowa. Našich respondentů jsme se ptali na to, jak zvládají svou nemoc a co je nejvíce trápí? Odpovědi jsme opět zpracovali do tabulky.

### **Respondent 1**

**První nemocný trpí nechutenstvím, bývá mu špatně po jídle a zvrací, tohle ho trápí nejvíce. Bolesti má mírné a dobře reagují na běžná analgetika.**

### **Respondent 2**

**Zvládá svou nemoc špatně chce, aby už to skončilo. Nemůže jíst, když se nají má silné bolesti břicha a neuleví se mu, dokud se nevyzvrací. Navíc mu každé sousto hořkne v ústech. Má bolesti i v zádech, na opiátových náplastech jsou mírnější. Je unavený a nenaladěný, v noci špatně spí.**

### **Respondent 3**

**Nejvíce ho trápí nechutenství, hubnutí a silné bolesti zad. Je velmi unavený a moc věcí už nezvládá. Nemoc mu vzala všechnu sílu a radost. V noci nemůže spát, má strach z umírání a ze smrti.**

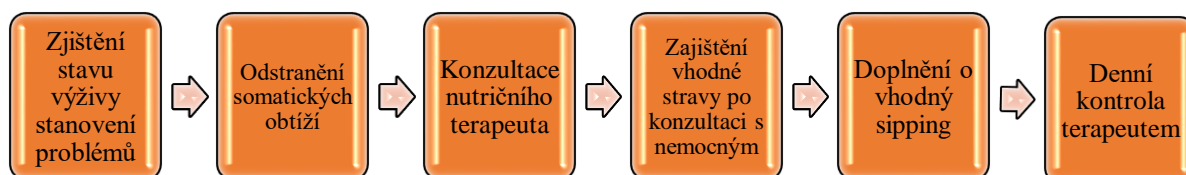
Z našich rozhovorů bylo zřejmé, že mezi nejčastější obtíže, které pociťují pacienti patří snížený příjem stravy, bolesti břicha, narušený spánek, smutek, strach ze smrti a umírání.

Poruchy výživy, spánku a bolesti jsou potíže signalizující nedostatek v oblasti fyziologických potřeb. Fyziologické potřeby jsou základní a mají nejvyšší prioritu, na jejich uspokojení závisí uspokojování potřeb vyšších. Smutek, strach ze smrti a umírání je možné brát jako narušení potřeb bezpečí. Nemoc respondenty izoluje od společnosti i rodiny. Od rodiny jsou izolováni hospitalizacemi, které s progresí onemocnění bývají častější.

Od přátel mohou být izolováni už tím, že jsou nemocní, nemají sílu ani náladu na setkávání, popřípadě vysvětlování toho, co se děje. Narušena je do jisté míry tedy i potřeba sounáležitosti a lásky. Úkolem ošetřujícího personálu by měla být pomoc s uspokojováním těchto potřeb.

Výživa je biologickou potřebou člověka, tudíž je pro život důležitá, neuspokojuje jen žaludek ale i psychosociální potřeby spojené s kladnými emocemi. Všechny naše respondenty spojuje nechutenství, zvracení a snížení přijímané stravy na polovinu. Ošetrovatelský personál by tedy měl zmírnit nechutenství, snažit se odstranit zvracení a spolu s nemocným se snažit o zlepšení výživy. Nechutenství a zvracení je možné zmírnit nebo zcela odstranit farmakologickou léčbou. Naším cílem je zlepšení příjmu stravy a zajištění jejího optimálního složení. Na našem oddělení mají pacienti možnost vybírat si stravu s nutričním terapeutem. Nutriční terapeut zohledňuje diagnózu nemocného, jeho současný příjem stravy, hmotnost, ale také jeho oblíbená nebo neoblíbená jídla. Není nutné se striktně držet dietních opatření, nemocný má prostor říct na co by měl chuť a nutriční terapeut toto doplní vhodnými přísadami. Většinou těchto pacientů je lékařem ordinována nutriční podpora ve formě sippingu k doplnění energie a bílkovin. Ten je dostupný ve formě nápojů nebo krémů a v mnoha příchutích.

Zde je pro přehlednost grafické znázornění procesu zlepšování výživy.



Bolest je pro pacienty nejobávanější a nejhorší symptom. Přítomna byla u všech našich respondentů, jen každý z nich ji vnímal a prožíval jinak. Bolest výrazně narušuje celkové prožívání nemocného a tím i jeho psychický stav, vyčerpává ho a snižuje kvalitu života. Naším cílem by měl být pacient bez bolesti. Analgetickou léčbu řídí ošetřující lékař, popřípadě lékař specializované ambulance bolesti. Moderní medicína nabízí spoustu možností, jak nádorovou bolest zvládnout, závisí jen na její intenzitě.

Za optimální úlevu od bolesti považujeme snížení její intenzity o 90 %. Nemocný by měl být poučen o všech dostupných a pro něj vhodných možnostech léčby. Měl by znát přínos léčiv, ale také žádoucí i nežádoucí účinky. Pacient je tím, kdo rozhoduje o své léčbě a k tomu je třeba aby měl dostatek informací.

Problémy se spánkem udávali dva z respondentů. Mají problémy s usínáním a celkově s kvalitou spánku. U těchto pacientů je spánek narušen psychickým rozpoložením. Jejich nemoc postupuje, oni ztrácí sílu a chuť k životu, přemýšlejí a hodnotí svůj život. Na druhou stranu může být spánek narušen odpočinkem, který mají přes den. V nemocnici nemají takové vyžití jako doma, tím, jak jim není dobře tráví většinu dne na lůžku, a tedy i pospávají. Základem k uspokojení potřeby kvalitního spánku je odstranění příčiny, která ho zhoršuje. V našem případě je to zlepšení psychického stavu. Sestra může pacientovy pomoci zájmem o jeho rituály před spaním, pomoc může třeba i jen vlídné slovo nebo vyvětrání pokoje a zajištění klidu. Zhoršení psychického stavu následkem nevléčitelného onemocnění může být tak závažně, že je potřebné zajištění odborníka a popřípadě i zařazení medikace.

Další obtíže, které nemocní udávali patří podle nás již k vyšším potřebám.

Smutek plyne z nejistoty, jak dlouho a jak kvalitně bude probíhat zbytek jeho života, ale také z aktuálního zdravotního stavu. Strach ze smrti a z umírání je způsoben tabuizováním tohoto tématu.

Smrt je přirozenou součástí života, jen o ní většina lidí nechce mluvit. Bránění se smrti je pudem sebezáchovy. Z pohledu nemoci, pokud není vyléčitelná, je smrt vysvobozením z utrpení, které sebou přináší. V době rozhovorů je smutek znatelný u všech nemocných, známky deprese vykazovali dva respondenti. Udávali další potíže ve smyslu nezájmu o okolí, ztráty smyslu života, snížení chuti do života a jeden z nich dokonce pronesl, že by byl rád, aby už vše skončilo.



Strach z umírání byl přítomen také u všech. Nemocní mají obavy z toho, jaké to bude a jak dlouho to potrvá. Strach z umírání je spíše strachem z utrpení. Tyto obavy jsou přirozenou součástí smířování se s nevy léčitelnou nemocí, proces smířování je u každého jiný.

Náš první respondent uvádí, že je již smířený s tím, že zemře, má už vyřešené i všechny osobní záležitosti a jedinou obavou kterou má je, aby to samotné umírání netrvalo dlouho. U zbylých dvou respondentů je těžké říci, zda jsou smířeni. Racionálně nejspíše ano. Nemoc je velmi zranila. Jejich psychický stav není dobrý a oba jsou v péči psychologa. Podvědomí jim zatím to správné smíření nedovolí. Všechny tyto potíže bychom zařadily k potřebě bezpečí a jistoty.

Nemoc je ohrožuje na životě, mají strach a ten jim nedovoluje cítit se bezpečně. Pokud mají obavy ze smrti a umírání, chybí jim jistota, že umírání nemusí být synonymem k utrpení. Pomoc při uspokojování této potřeby by měla být podle nás odborná. Lékařský a ošetrovatelský personál může v rámci svých kompetencí nemocnému odpovídat na jeho případné otázky, ale nedokáže svou komunikací otevřít mysl nemocného tak, aby sám došel k určité odpovědi a ulevilo se mu.

Potřeba bezpečí a jistoty je důležitá i ve vztahu lékař – pacient a sestra – pacient. Pokud nemocný důvěřuje zdravotnickému personálu cítí se bezpečně a pokud jsou mu v dostatečné míře poskytovány informace, má jistotu, že mu bude poskytnuta péče, kterou si zaslouží, na kterou má právo a se kterou souhlasí.

Potřebou, která by mohla být narušena častými hospitalizacemi je potřeba sounáležitosti a lásky.

Každý z našich respondentů má svou rodinu, na kterou je zvyklí a cítí se v její blízkosti dobře. Při hospitalizaci dochází k výraznému omezení kontaktu. Osobní kontakt probíhá jen v době návštěvních hodin a ne denně. Rodina je pro většinu lidí hnacím motorem, silou pro zvládnutí těžkých životních situací. U takto nemocného člověka může při dlouhodobějším omezení kontaktu dojít ke zhoršení zejména psychického stavu.

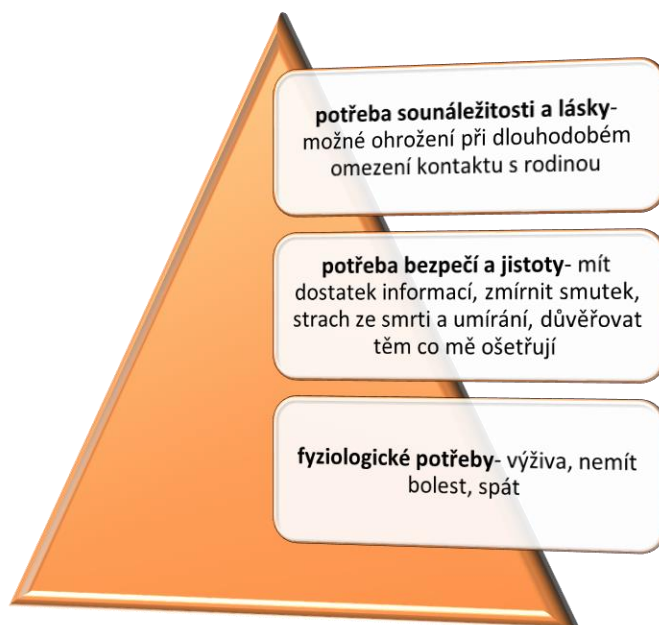
Naším respondentům tedy zásadně nemoc zasahuje do oblasti fyziologických potřeb, dále do potřeb bezpečí a jistoty a sounáležitosti a lásky.

Informovanost našich pacientů o nemoci je dobrá. Znají své onemocnění, dokáží ho popsat a jsou seznámeni i s výhledem do budoucna. Na otázku, zda by jim v boji s touto nemocí pomohl nějaký informační materiál, reagovala většina z nich pozitivně. Jeden z respondentů se vyjádřil negativně v tom smyslu, že on už nic vědět nechce, ale pro ostatní by to mohlo být přínosem. Proto jsme se rozhodly, že výstupem naší práce bude brožura pro pacienty.

Naši respondenti se při otázce na to, co si nejvíce přejí vyjádřili takto. První nemocný by chtěl co nejvíce času strávit s rodinou a ve své nemoci netrpět. Přáním druhého respondenta je netrpět bolestí a moci alespoň trochu normálně jíst a nezvracet. Třetí respondent si přeje netrpět, nemít bolesti. Společným přáním všech je zůstat co nejdéle soběstačným člověkem.

Dále jsme se ptali, co by změnily v nemocnici, aby se zvýšil komfort pro ně jako pro pacienty. Odpověď lze brát jako jiný druh přání. Častou odpovědí a vlastně i přáním bylo více možností a času si s někým popovídat. Dále to byl větší klid na oddělení, méně pacientů na pokoji a výměna nemocničního čaje.

Pro přehlednost potřeb, které jsou zmíněny v předchozím textu vkládáme grafické znázornění.



Pro lepší přehlednost jsme přání nemocných znázornili graficky.

	PŘÁNÍ SMĚROVANÁ SOBĚ	OSTATNÍM PACIENTŮM
RESPONDENT 1	být s rodinou, netrpět, být soběstačný	klidnější prostředí, méně pacientů na pokoji, více času na popovídání
RESPONDENT 2	nemít bolesti, jíst a nezvracet, být soběstačný	více času na popovídání, klidnější prostředí
RESPONDENT 3	nemít bolesti, netrpět, být soběstačný	zrušení návštěvních hodin, změna čaje

## 9.2 DÍLČÍ CÍL 2- VLIV ROZHOVORŮ NA NEMOCNÉHO

Na rozhovory s našimi pacienty jsme vždy měli dostatek času, jeden rozhovor trval zhruba jednu hodinu. Nemocní tyto rozhovory vítali, měli možnost si popovídat a říct nám i to, co rodině neříkají. Pokud chtěl nemocný mluvit i o něčem jiném, nechali jsme ho a pak se k tématu opatrně vrátili. Nemocných jsme se ptali druhý den po rozhovoru, jak se cítí a jestli jim tento rozhovor něco přinesl?

### První respondent

**Cítil se dobře, byl rád, že si mohl popovídat, i přesto že, rozmluva o jeho onemocnění ho na chvílku rozesmutnila.**

### Druhý respondent

**Necítil se lépe, ale možnost si s někým popovídat ho potěšila. Ten samý den ještě mluvil s psychologem a po rozhovoru s ním se cítil o trochu lépe.**

### Třetí respondent

**Cítil se dobře, po rozhovoru mu bylo lépe a stál by i o další a třeba i na jiné téma. Tento nemocný trpěl nedostatkem komunikace snad nejvíce, ležel sám na izolačním pokoji, měl jen minimální telefonní kontakt s přítelkyní, která ho z důvodu nachlazení nenavštěvovala. Tohle vše přispívalo k jeho už tak špatnému psychickému stavu.**

I nemocný člověk má potřebu komunikovat a nemusí jít vždy jen o verbální komunikaci. Z našich poznatků vyplývá, že nemocní chtějí více komunikovat, komunikace s ošetrovatelským personálem a lékaři je pro ně důležitá. Pokud si dokážeme vyhradit čas a chvílku s nimi během dne promlouvat, může to jejich psychický stav pozitivně ovlivnit. Další pro ně příjemnou komunikací byla komunikace s psychologem. Podle zkušeností našich dvou respondentů, a i přes počáteční obavy se jim po návštěvě psychologa ulevilo a oni se cítily lépe.

### 9.3 DÍLČÍ CÍL 3- VLIV ROZHOVORU NA ZDRAVOTNÍ SESTRU

Hlubkové rozhovory s nemocnými ovlivnily náš pohled na péči o ně. Naši pacienti nevyžadují víc než pomoc se základními potřebami, vlídný úsměv a chování. Laskavé chování a popovídání si s nemocným zmírní jeho negativní prožitky, jako je smutek a strach, plynoucí z nevléčitelné nemoci, ale také z hospitalizace. Nemocní často trpí depresemi, strachem z umírání a smrti, dokud nedojde ke smíření se s nemocí, pro takto nemocné je psychologická péče přínosem. Sestra může nemocného podpořit nebo třeba jen uchopením ruky vyjádřit soucit, ale nijak zásadně nezmiří tyto prožitky. Dva z našich respondentů navštívil psycholog po našich rozhovorech a oni se po psychické stránce cítily lépe.

Tělesný stav nemocného souvisí s tím psychickým. Pokud se náš nemocný bude cítit psychicky dobře, bude lépe spolupracovat, a i léčba tělesných potíží půjde lépe.

V rámci akutních interních lůžek jim dokážeme od všech tělesných nepříjemností a komplikací, které sebou toto onemocnění nese, pomoci a navrátit je tak ve většině případů do domácího ošetřování. Rozhovory s nemocnými o jejich přáních a potřebách ovlivňují náš pohled na tuto léčbu. Léčba komplikací je přínosem a nemocnému prodlužuje život. Ale je opravdu léčbou ideální? Pro pacienty je ale tato léčba kolikrát velmi náročná, obsahuje časté náběry, intervenční zásahy a delší pobyt na nemocničním lůžku. Přitom efekt tohoto snažení může být jen krátkodobý, než dojde k dalšímu zhoršení stavu a dalším komplikacím. Všem našim respondentům byla v průběhu času jejich onemocnění zavedena perkutánní transhepatální drenáž. Bylo to v jejich případě jediné možné řešení, které zajišťovalo odvod žluči a tím i zmírnění obtíží.

Všichni shodně vypověděli, že tento intervenční zásah byl pro ně velmi bolestivý a bolesti trvaly v okolí drenáže ještě několik dní.

Stejně tak nepříjemná pro ně byla i délka výkonu. Na druhou stranu byli schopni toto vše překonat za příslib zlepšení stavu a pro každý další den, kdy mohou žít a být se svou rodinou. Uvažovat o tom co je pro vás nejlepší v době, kdy vám není dobře a trpíte nevléčitelnou nemocí, je zcela určitě těžké, ale určitá pokora, kterou člověk k životu má nám k těmto rozhodnutím dopomáhá. Našich respondentů jsme se ptali, jestli oni sami hledají jiné způsoby léčby. Překvapilo nás, že ve většině případů nehledají. Věří moderní medicíně a pokud ona nedokáže člověka vyléčit, nemyslí si, že jiné formy by to svedly. Jeden z respondentů uvedl, že se ze začátku zajímal o léčitelství, ale pak od toho upustil.

Jak působí nevléčitelně nemocný na sestru? Působení nemocných na sestru je individuální, záleží na jejich osobnosti. První respondent na nás působil jako silná osobnost, kterou nic nezlomí. O své nemoci mluvil bez emocí, po sdělení diagnózy vyřešil většinu svých osobních záležitostí včetně poslední vůle. Jen ve chvíli, kdy mluvil o své rodině a čase, který chce trávit s nimi posmutněl. Druhý respondent působil nešťastným a zlomeným dojmem, byl vyčerpaný. Ze začátku hospitalizace téměř nekomunikoval, většinu dne prospal, odmítal pomoc i veškeré informace. Třetí respondent byl velmi smutný a nevyrovnaný, neustále vyžadoval lékařské konzultace, udával mnoho somatických obtíží, které se nikdy nepotvrdily.

Psychické problémy se zhoršily i jeho uložením na izolační pokoj. Toto onemocnění je jedna velká beznaděj, i přes maximální péči, která je nemocným poskytována se zdravotní stav velmi rychle horší.

Naši nemocní si nepřejí trpět, nechtějí mít bolesti, chtějí jíst a být doma. Na tato přání bychom se v péči o ně měli zaměřit. Protože jednou tato přání mohou být těmi, které si budeme přát my a budeme vděční, když nám je někdo pomůže splnit.

## 10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací během kvalitativního výzkumu jsme stanovili tato doporučení pro praxi. Tato opatření se týkají managementu nemocnice a nelékařských pracovníků.

### 10.1 MANAGEMENT NEMOCNICE

- Zajistit grant na vznik a rozvoj konziliárního paliativního týmu při Onkologické klinice nemocnice Plzeň.
- Otevřít alespoň 20 lůžek paliativní péče.
- Zařadit do lékařských týmů Interní kliniky psychologa.

Fakultní nemocnice Plzeň je jednou z posledních nemocnic, která nemá vytvořen paliativní tým. Pro zkvalitnění poskytované péče by byl tento tým pro nemocnici přínosný. Stejně tak by byl přínosný vznik lůžek paliativní péče. Lůžka paliativní péče by byla pro pacienty, pro které je léčba léčbou marnou a pokračovat v ní by bylo neetické. Dalším přínosem těchto lůžek by bylo uvolnění lůžek akutních, na kterých jsou takto nemocní v současné době při obsazení lůžek onkologie hospitalizováni. Důvodem pro zařazení psychologa do lékařských týmů Interní kliniky nejsou jen pacienti s karcinomem pankreatu, ale i další závažná onemocnění, která se zde léčí.

### 10.2 LÉKAŘSTÍ A NELÉKAŘSTÍ PRACOVNÍCI

- Dodržování etických principů – autonomie, spravedlnosti, prospěšnosti a principu neublížit, a to ani slovem.
- Reagovat na pocity, potřeby a přání nemocného.
- Snažit se s nemocným vždy vlídně mluvit a v rámci svých kompetencí mu odpovídat na možné dotazy.
- Zajistit mu kontakt s rodinou, a to třeba i mimo návštěvní hodiny, pokud je to prospěšné jeho stavu.

## DISKUZE

Co již víme je, že karcinom pankreatu je nevléčitelným onkologickým onemocněním se zvyšujícím se výskytem a velmi špatnou prognózou. V době diagnostiky bývá nález pokročilý a chirurgická léčba již není možná. Odhadované přežití pacientů s inoperabilním tumorem pankreatu je 4-6 měsíců. V knize Onkologie minimum pro praxi (Tomášek, 2015) se dočteme, že mortalita tohoto onemocnění je více než 95 %, právě kvůli pozdní diagnostice.

Pokud současná medicína nedokáže nemocného vyléčit, měla by být veškerá lékařská a ošetrovatelská péče zaměřena na to, co si on sám přeje. Péče zaměřená na člověka je péče, jejímž stěžejním východiskem je respekt k pacientovi jako k jedinečné osobnosti a poskytovatelem zdravotních služeb je podporována jeho autonomie. Některé významné zdravotnické organizace vyzdvihují ekonomičnost této péče oproti tradičním přístupům (Nováková, 2016). Mareš (2017) ve svém článku píše, péče zaměřená na osobu je filosofii, která bere nemocného jako rovnocenného partnera v plánování, provádění a hodnocení péče a tím je zajištěno uspokojování všech důležitých potřeb. Základní myšlenka této péče je jednoduchá, ale uplatňování je již složitější. V ČR není tento druh péče tak známý, první informace se objevují v přehledových studiích od roku 2016.

Další formou péče, kterou by takto nemocní mohly od poskytovatelů zdravotních služeb vyžadovat, je péče soucitná. Soucitná péče je právě tou nejcennější hodnotou a jednou z nejsilnějších stránek ošetrovatelské profese. Soucitná péče je pomoc druhým na základě pochopení, schopnost vcítit se a pomoci (Boyd, 2014). V naší práci jsme se zabývali tím, jak pacienti subjektivně vnímají svou nemoc, jaké jsou jejich potřeby a přání, protože to je podle nás základem ošetrovatelské péče zaměřené na člověka.

Kvalitativní výzkum jsme prováděli ve Fakultní nemocnici Plzeň na 1. Interní klinice. Z našich rozhovorů bylo patrné, že pacienti vnímají své onemocnění jako velmi zatěžující, které jim postupně bere sílu a chuť do života. Takto vnímá své onemocnění nejspíše většina onkologických pacientů.

Nejčastějšími obtížemi, které trápí naše pacienty jsou nevolnosti, zvracení a s ním spojený snížený příjem stravy, bolesti a psychické problémy z progresu onemocnění. Nevolnosti, zvracení a změna chuti jsou dle internetového serveru linkos.cz častými příznaky karcinomu pankreatu. Dále se na tomto serveru píše, že by se nemocní měli snažit pravidelnou stravou získat dostatek kalorií a bílkovin k zabránění ztráty hmotnosti. Změnu chuti udával jen jeden z našich respondentů, ostatní dva poukazovali spíše na odpor k masu.

O pravidelnou stravu se snažili všichni naši respondenti, ale v jejich možnostech bylo ujíst pouze tak polovinu z každé porce. Trenzová (2015) ve své diplomové práci poukazuje na roli nutričního stavu v kvalitě života nemocného. Ze studie, kterou uvádí na straně 14 je zřejmé, že podvýživa nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. Onkologické onemocnění jako takové a jeho léčba, ovlivňují pacientův nutriční stav a malnutrice je ukazatelem pokročilosti onemocnění.

Anorexií a kachexií je ohroženo až 80 % nemocných a zabezpečení výživy je vhodné integrovat do léčby již od začátku (Lukešová, 2011). Naši pacienti jsou ve stádiu pokročilého a neřešitelného onemocnění, proto dbáme na jejich výživu a zkusíme k jejich příjmu potravy zařadit i nutriční podporu ve formě sippingu.

Dalším nepříjemným a závažným znakem u našich pacientů je bolest. Bolest je v jejich případě známkou prorůstání nádoru do okolí, a proto její kontrola je nezbytná. V knize Klinická onkologie pro sestry (Vorlíček, 2012) se dočteme, že bolestí trpí až 90 % nemocných v pokročilém či terminálním stádiu nemoci. Dle článku, Dlouhodobá léčba onkologické bolesti, je farmakologická léčba vedená dle intenzity. Kdy cílem terapie je, aby pacient bolestí nebyl omezován v denních činnostech a nedocházelo kvůli ní k nepříjemnému prožívání (Česká onkologická společnost, 2018).

Léčba bolesti může probíhat i alternativním způsobem, u neztížitelné bolesti by mohla vhodná léčba konopím. Předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti Jiří Kozák vnímá léčbu bolesti konopím jako přínosnou i přesto, že neexistují v ČR klinické studie, které potvrzují absolutní účinnost. Podle něj existují skupiny pacientů, kteří stojí o konopí více než o klasické léky. Na diagnózu neztížitelné bolesti je předepisováno 90 % léčebného konopí.



Gram léčebného konopí se v současné době pohybuje kolem 180Kč a dávka, kterou nemocný potřebuje se pohybuje kolem 6 g. Ministerstvo zdravotnictví ale podalo návrh na úhradu léčebného konopí z fondu veřejného zdravotnictví, a to ve výši 90 %.

Návrh ekonomicky zpřístupňuje tuto léčbu a doplatek za konopí by se mohl pohybovat jen kolem několika set korun za měsíc (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

Náš první nemocný je zatím na léčbě neopiátové a pociťuje bolesti jen občas s dobrou reakcí na tyto léky. Zbývá dva nemocní jsou již na léčbě opiátovými analgetiky ve formě transdermálních náplastí a jejich dávka byla během hospitalizace titrována. Podávání opioidů v léčbě nádorové bolesti je časté, nenahraditelné a při správném používání je i základem moderní léčby. Použití je závislé na vhodné indikaci, postupné titraci a sledování nemocného. Článek, Nedostatečné dávky opioidů v paliativní péči mohou poškodit pacienta (Heneka Nicole, 2018), poukazuje na výsledky retrospektivní studie ve třech australských zařízeních, které uvádějí, že při podávání nedostatečných dávek, zejména morfinu a hydromorfinu v paliativní péči, kdy nedochází k dostatečnému zmírňování bolesti, může dojít k poškození pacienta.

Diagnóza onkologického a v našem případě i nevyhlášeného onemocnění je velkým zásahem do duše pacienta. Proces životních změn a vyrovnávání se s tím co se děje může nemocnému způsobovat psychické obtíže. Dva z našich pacientů trpí depresí, která výrazně zhoršuje jejich kvalitu života.

V rozhovoru prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka na téma Onkologická onemocnění a deprese (Vorlíček, 2018) se dočteme, že změny po sdělení onkologické diagnózy jsou tak závažné, že nemocný není schopen je sám zvládnout. On často neumí, nechce nebo nedokáže popsat své problémy.

Podle pana profesora by měl být psychologem každý lékař ale i sestra, která k takto nemocnému přistupuje, ale deprese onkologických pacientů by měl medikací řešit psychiatr nebo psychoterapií psycholog. Ten však zatím standartně není členem léčebných týmů.

Naši pacienti jsou v těžké životní situaci, jsou nevyhlášeně nemocní a ze života jim zbývá několik měsíců.

Moderní péče nám dovoluje zkvalitnit čas, který jim zbývá aktivním vyhledáváním a ovlivňováním všech aspektů pacientova utrpení. Prevencí a léčbou tohoto utrpení se zabývá paliativní péče.

Dle tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví jsou nemocnice akutní a následné péče místem, kde se hojně vyskytují pacienti s potřebou paliativní péče. Nemocnice ČR jsou také často místem, kde prožívají své poslední dny a kde umírají, proto je zcela zásadní, aby paliativní péče byla v nemocnicích systematicky dostupná (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

Paliativní péče reaguje na pacientovy fyzické, psychické a sociální problémy. Sochor a spol. ve svém článku poukazuje na to, že včasné zařazení paliativní péče do standardní onkologické léčby přináší nemocnému benefit v oblasti zkvalitnění života, nálady, symptomů a celkového přežití (Klinická onkologie, 2015).

Pokud jejich stav vyžaduje hospitalizaci, buďme k nim vstřícní, naslouchejme jejich potřebám a nastavme lékařskou a ošetrovatelskou péči tak, aby zbytek jejich života probíhal kvalitně a oni ho mohly trávit v kruhu svých nejbližších.

## ZÁVĚR

V diplomové práci na téma Autoplastický obraz u nemocných s karcinomem pankreatu jsme se věnovali tomu, jak pacient subjektivně vnímá svou nemoc a jak mu v ní nejlépe pomoci. Karcinom pankreatu je neléčitelné onemocnění, u kterého je mortalita téměř srovnatelná s jeho incidencí. Jeho incidence v posledních letech stoupá a toto onemocnění se stává problémem moderní medicíny. Na začátku jsme si stanovili jeden hlavní a tři dílčí cíle, k těmto cílům byly stanoveny i výzkumné otázky. Hlavním cílem bylo porozumět pacientům s neléčitelným onkologickým onemocněním pankreatu a jejich subjektivnímu vnímání. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nemocní vnímají své onemocnění jako velmi zatěžující, které jim postupně ubírá sílu a chuť do života. Pochopení nevléčitelně nemocného není pro zdravého člověka lehké a vyjádřit ho písemně je složité. K pochopení toho, co nemocný cítí a proč jedná tak, jak jedná, je třeba ho vyslechnout a pak se vcítit do jeho situace. Mezi dílčí cíle pak patřilo zmapovat potřeby a přání nevléčitelně nemocných. Dotazováním bylo zjištěno, že potřeby nemocných plynou z jejich největších obtíží. Nemoc zasahuje zejména do fyziologických potřeb, kdy nemocní udávají problémy zejména v oblasti výživy, spánku a přítomnosti bolesti, ale také v oblasti potřeb jistoty a bezpečí. Dalším dílčím cílem bylo zjistit vliv hloubkového rozhovoru na pacienta. Čas, který jsme s nemocnými strávili se zdál pro ně přínosným, po rozhovoru se jejich psychický stav mírně zlepšil. K dalšímu zlepšení došlo u dvou respondentů po návštěvě psychologa. Nejde jen o komunikaci mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky, ale i o komunikaci mezi pacienty. Během výzkumného šetření byl jeden z našich respondentů uložen na izolační pokoj, kde byl několik dní sám a jeho psychický stav se opět zhoršil. I on sám to takto pociťoval. Cestou k pochopení je tedy nejen potřeba naslouchat, ale také potřeba komunikovat. Posledním z cílů bylo zjistit, jaký vliv má hloubkový rozhovor na sestru. Stejně tak jako může ovlivňovat sestra nemocného, ovlivňuje nemocný sestru. Čas strávený s nemocnými nás ovlivnil v pohledu na jejich dosavadní léčbu. I přesto, že se současná medicína snaží dostupnými metodami ovlivnit komplikace a zkvalitnit zbývající život nemocných, tak oni to tak pociťovat nemusejí. Časté hospitalizace, invazivní výkony, náběry krve a antibiotická léčba, to vše je může zatěžovat stejně jako jejich onemocnění. Na druhou stranu pro každý den navíc na tomto světě a za každý den s rodinou, jsou schopni toto podstoupit. Poslední věcí, která nás zajímala byl zájem nemocných o informace, které by se týkaly jejich onemocnění.

Nemocní projevíli zájem o informace zejména v oblasti výživy, zajímali je i další možnosti péče, pokud by to doma nezvládali. Jeden z respondentů uvedl, že on sám už žádné informace slyšet nechce, ale pro ostatní by mohly být přínosem.

Kvalitativní šetření probíhalo formou hloubkových rozhovorů s vybranými pacienty. Základem bylo zpracování případové studie, která nás seznámila s nemocným a jeho diagnózami. Výzkumný soubor tvořili tři respondenti hospitalizovaní na interních lůžkách C, 1. Interní kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Původním záměrem bylo šetření u pěti respondentů, u dvou však došlo k výraznému zhoršení stavu a nám již nepřišlo etické je rozhovory zatěžovat.

Informace z výzkumného šetření posloužily jako základ k vytvoření brožury pro nemocné. Tato brožura je k dispozici na interních lůžkách a na gastroenterologické ambulanci Fakultní nemocnice Plzeň.

## Použitá literatura

1. **Adam, Zdeněk, Krejčí, Marta, Vorlíček, Jiří. c2011.** *Obecná onkologie*. Praha : Nakladatelství Galén, c2011. str. 308. 978-80-7262-715-8.
2. **Angenendt, Gabriele, SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker. 2010.** *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha : Vydavatelství Portal, 2010. 978-807-3677-817.
3. **Boyd, Claire, Dare, Janet. 2014.** *Communication Skills for Nurses*. Chichester : John Wiley, 2014. 978-1-118-76751-1.
4. **Cakirpaloglu, Panajotis. 2012.** *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha : Nakladatelství Psyché, 2012. str. 16. 978-80-247-4033-1.
5. **Česká onkologická společnost. 2018.** *Modrá kniha*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2018. str. 210. 978-80-86793-44-3.
6. **Dostálová, Olga. 2016.** *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha : Nakladatelství Grada, 2016. 978-80-247-5706-3..
7. —. **2016.** *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha : Nakladatelství Grada, 2016. 978-80-247-5706-3..
8. **Fakultní nemocnice Plzeň. 2012-2017.** WinMedicalc- klinický informační systém. *Statistické údaje o karcinomu pankreatu*. Plzeň : Fakultní nemocnice Plzeň, 2012-2017.
9. **Grumanová, Jessie. 2008.** *První dny s vážnou diagnózou: Praktický rádce v mezní životní situaci*. místo neznámé : Nakladatelství Ikar, 2008. 978-80-249-1164-9.
10. **Halámková, Hana, Tomášek, Jiří, Kiss, Igor, Šlampa, Pavel, Burkoň, Petr, Tuček, Štěpán. 2010.** Současné možnosti léčby karcinomu slinivky břišní. *Remedia*. 2010, 6.
11. **Hameed, Mariam, Hameed, Haroon, Erdek, Michael. 2011.** *Pain Management in Pancreatic Cancer*. [článek] Baltimore, USA : Cancers, Univerzita Johnse Hopkinse, Lékařská fakulta, 2011. 2072-6694.

12. **Hendl, Jan. 2005.** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* místo neznámé : Nakladatelství Portál, 2005. 9788073670405.
13. **Heneka Nicole, Shaw Tim, Rowett Debra, Lapkin Samuel, Phillips Jane L. 2018.** Opioid errors in inpatient palliative care services: a retrospective review. *BMJ Journal.* 2018, Sv. 2, 8, stránky 175-179.
14. **Hucl, Tomáš. 2012.** Karcinom pankreatu. *Gastrointestinální onkologie.* 2012, Sv. 66, 5, stránky 350-356.
15. **Hůlek, Petr, Urbánek, Petr. 2018.** *Hepatologie.* 3. Praha : Nakladatelství Grada, 2018. 978-80-271-0394-2.
16. **Kobylková, Blanka. 2018.** Lidské potřeby v paliativní péči z pohledu všeobecných sester. [překl.] Ph.D. Mgr. Martin Kupka. *akademická práce- bakalářská.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2018.
17. **Kozák, Martin. 2014.** *Paliativní péče a její možné dopady do trestního práva.* [článek] Brno : Redakce Law portál, 9. Únor 2014. 1805-9880.
18. **Krechler Tomáš, Hořejš Josef, Ulrych Jan, Zeman Miroslav, Macásek Jaroslav, Dušková Jaroslava, Žák Aleš. 2011.** Současný stav diagnostiky karcinomu pankreatu. *Časopis lékařů českých.* 2011, stránky 587-593.
19. **Krechler, Tomáš., Dvořák, Miroslav, Švestka Tomáš. 2012.** *Současná role endoskopické ultrasonografie v diagnostice nemocí slinivky břišní – vlastní zkušenosti.* [článek] Praha : Praktický lékař, 2012. elektronický článek. 0032-6739.
20. **Kübler-Ross, Elisabeth. 2015.** *O smrti a umírání: Co by se lidé měli naučit od umírajících.* [překl.] Jiří Královec. Brno : Nakladatelství Portal, 2015. 978-80-262-0911-9.
21. **Kupka, Martin. 2014.** *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha : Vydavatelství Grada, 2014. str. 28. 978-80-247-4650-0.
22. **Loučka, Martin, PhDr. PhD. 2014.** paliativní centrum. *Centrum paliativní medicíny.* [Online] 3. Říjen 2014. [Citace: 20. leden 2019.] <https://paliativnicentrum.cz>.

23. **Lucas, Welinsky Sara and Aimee L. 2017.** Familial Pancreatic Cancer and the Future of Directed Screening. *Gut and Liver*. 11 2017, stránky 761-770.
24. **Lukešová, Šárka, Kopecký, Oldřich. 2011.** Problematika výživy u onkologicky nemocných pacientů. *Praktický lékař*. 2011, 6, stránky 321-324.
25. —. **2011.** Problematika výživy u onkologicky nemocných pacientů. *Praktický lékař*. 2011, 6, stránky 321-324.
26. **Masarykova univerzita. 2007.** Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR. *SVOD*. [Online] 2007. [Citace: 20. Říjen 2018.] <http://www.svod.cz/>. 1802-8861.
27. **Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2019.** <https://www.mzcr.cz>. *Web Ministerstva zdravotnictví*. [Online] 29. Leden 2019. [https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-navrhuje-uhradu-lecebneho-konopi-z%C2%A0verejneho-zdravotn\\_16737\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-navrhuje-uhradu-lecebneho-konopi-z%C2%A0verejneho-zdravotn_16737_1.html).
28. —. **2019.** [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz). *Web ministerstva zdravotnictví*. [Online] 23. Leden 2019. [http://www.mzcr.cz/dokumenty/projekt-na-podporu-paliativni-pece-v-nemocnicich-ziskal-odbornou-podporu-a-ceka-\\_16715\\_3970\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/projekt-na-podporu-paliativni-pece-v-nemocnicich-ziskal-odbornou-podporu-a-ceka-_16715_3970_1.html).
29. **Nováková, Konečná, Šídlo. 2016.** Principy zdravotní péče zaměřené na člověka. *Praktický lékař*. 2016, 1, stránky 14-17.
30. **Novotný, Ivo. 2013.** Prekancerózní stavy a rizikové faktory karcinomu pankreatu a žlučových cest. *Klinická onkologie*. 2013, Supplementum, stránky 29-33.
31. **Ondriová, Iveta, Cinová, Janka. 2012.** Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra*. 10. Říjen 2012.
32. **Parlament ČR. 2011.** Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [autor sest.] Vláda ČR. *Sbírka zákonů*. [legislativní dokument]. Zlín : autor neznámý, 2011. Sv. 11, 372.
33. **2017.** Péče zaměřená na pacienta: obecné aspekty a terminologické problémy. *Praktický lékař*. 21. Červen 2017, 3, stránky 99-108.
34. **Poláková, Lenka. 2008.** Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu. [editor] Hajduchová Hana Mgr. Ph.D. *bakalářská práce*. [odborná práce]. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2008.

35. **Radbruch, Lukáš. 2010.** *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* místo neznámé : Cesta domů, 2010. 9788090451612.
36. **Raudenská, Jaroslava, Javůrková, Alena. 2011.** *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha : Nakladatelství Grada, 2011. 978-80-247-2223-8.
37. **Royal College of Nursing. Information and Knowledge Management. 2010.** *RCN Information and Knowledge Management Thesaurus of Nursing Terms : A Thesaurus of Terms Used in Nursing, Midwifery, Health Visiting and Related Subject Areas.* místo neznámé : neznámý, 2010. 9781906633356.
38. **Ryska, Miroslav. 2016.** Karcinom pankreatu - současný efektivní diagnosticko - terapeutický postup. *Časopis lékařů českých.* 2016, 1, stránky 38-43.
39. **Svatošová, Marie. 2012.** *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha : Nakladatelství Grada, 2012. 978-80-247-4107-9.
40. **Šamánková, Marie a kolektiv. 2011.** *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha : Nakladatelství Grada, 2011. 978-80-247-3223-7..
41. **Šlajchrtová, Michaela. 2018.** Holismus a soucitná péče v interních oborech. [autor sest.] Ph.D. Mgr. Lenka Mazalová. *akademická práce diplomová.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomoui, 2018.
42. **Štefánek, Jiří. 2011.** Medicína, nemoci, studium na 1.LF UK. [Online] 2011. <https://www.stefajir.cz/?q=perkutanni-transhepatalni-drenaz>.
43. **T, Hucl. 2012.** Karcinom pankreatu. *Gastrointestinální onkologie.* 2012, stránky 350-356.
44. **Tomášek, Jiří. 2015.** *Onkologie minimum pro praxi.* Praha : Nakladatelství Axonite, 2015. 978-808-8046-011.
45. **Trachtová, Eva, Trejtnarová, Gabriela, Mastiliaková, Dagmar. 2013.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 978-80-7013-553-2.
46. **Trna, Jan, Kala, Zdeněk. 2016.** *Klinická pankreatologie.* Praha : Vydavatelství Mladá Fronta, 2016. 978-80-204-3902-4.



47. **Vorlíček, Jiří. 2018.** <https://www.deprese.com>. *Deprese*. [Online] 4. Červenec 2018. [https://www.deprese.com/2018/07/04/prof-mudr-jiri-vorlicek-onkologicka-onemocneni-a-deprese/?preview\\_id=368](https://www.deprese.com/2018/07/04/prof-mudr-jiri-vorlicek-onkologicka-onemocneni-a-deprese/?preview_id=368).
48. **Vorlíček, Jiří, Abrahámová, Jitka, Vorlíčková, Hilda a kolektiv. 2012.** *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Nakladatelství Grada, 2012. str. 190. Sv. 2. 978-80-247-3742-3.
49. **2015.** Výživa při paliativní péči u onkologických pacientů. *akademická práce diplomová*. Brno : Masarykova univerzita, 2015.
50. **Zacharová, Eva. 2017.** *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení. 2.* Praha : Nakladatelství Grada, 2017. 978-80-271-0155-9.
51. **Zacharová, Eva, Hermanová, Miroslava, Šrámková, Jaroslava. 2007.** *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. Praha : Nakladatelství Grada, 2007. 978-80-247-2068-5.
52. **Zacharová, Eva, Šimíčková- Čížková, Jitka. 2011.** *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha : Nakladatelství Grada, 2011. 978-80-247-4062-1.

## SEZNAM ZKRATEK

Ca	carcinom
DNA	deoxyribonukleová kyselina
DM	diabetes mellitus
kg	kilogram
mm	milimetr
CT	počítačová tomografie
PET	pozitronová emisní tomografie
WHO	Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika
ČLK	Česká lékařská komora
Sb.	Sbírky
ml	militr
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
KARIM	Klinika anesteziologie a resuscitační medicíny
g.	gram

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Rešerše

Příloha 2. Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha 3. Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha 4. Okruhy témat k rozhovoru

Příloha 5. Brožura pro pacienty

Příloha 1.



**Studijní a vědecká knihovna  
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň  
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 106/2018  
Počet záznamů: 47

## Karcinom pankreatu

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová  
říjen 2018

## Analytický list

### Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 9  
ČLÁNKY – 33  
STATI – 3  
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 2

Časové vymezení: 2008-2018

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

### Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné  
databáze Bibliomedica Českoslovača/ MEDVIK  
portál Jednotná informační brána a Knihovny.cz  
Internet

### Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy, články, stati a elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

#### Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Periodika (tj. noviny a časopisy) lze studovat pouze prezenčně v čítárně časopisů SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven jsou zajišťovány prostřednictvím meziknihovních služeb na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; mailový kontakt: [mvs@svkpl.cz](mailto:mvs@svkpl.cz). Služby mohou být zpoplatněny!

### Zkratky, použité v rešerši:

LF UK Hradec Králové = Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové  
MDT = Mezinárodní desetinné třídění  
SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

## Příloha 2.



### FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

#### Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Kristýna Kubíková, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství v interních oborech

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** realizaci rozhovorů s pacienty *I. Interní kliniky kliniky (I. IK) FN Plzeň* a sběr anonymizovaných statistických informací tamtéž. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší diplomové práce s názvem „*Autoplastický obraz nemocného s Ca pankreatu*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *I. IK* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za **dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění.
- **Sběr informací budete provádět pod vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Soňa Galušková, Mgr., vrchní sestra I. IK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů či z rozhovorů s pacienty, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, a to nejdéle k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.**

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast respondentů či zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

Příloha 3.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### AUTOPLASTICKÝ OBRAZ NEMOCI

#### STUDENT

Bc. Kristýna Kubíková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: tynuskakubiku@gmail.com

#### VEDOUcí DP:

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat potřeby a přání u pacientů s onkologickým onemocněním pankreatu. Chtěli bychom získané poznatky využít k lepšímu pochopení toho, jak se cítíte po sdělení diagnózy, v průběhu onemocnění při zavedené léčbě a co pro vás jako zdravotníci můžeme udělat. Dále informace od vás zpracujeme a vytvoříme brožuru s pro vás cennými informacemi.

Péče o vás je pro nás zdravotníky prioritou proto ji chceme neustále zlepšovat a plnit ji podle vašich přání. Děkujeme za váš čas, který věnujete naší studii.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím diplomové práce. Záznamy budou doslovně přepsány a poté ihned z diktafonu vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. V práci nebude uvedeno vaše jméno, bude použito pouze vaše pohlaví a věk. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

## Příloha 4.

### **1) osobnost nemocného:**

- charakter, charakterové vlastnosti, které ho nejvíce vystihují
- povolání, které během života vykonával a jestli ho uspokojovalo
- zájmy, denní aktivity před onemocněním
- denní rituály, na které je zvyklý
- podoba běžného dne, aktivita během dne

### **2) rodina:**

- jestli má rodinu, popřípadě blízké přátele
- kolik má dětí, popřípadě vnoučat
- jaké je jeho/ její manželství (pokud trvá)
- návštěvy rodiny, přátel v nemocnici

### **3) sdělení diagnózy:**

- co ho nyní přivedlo do nemocnice, jaké obtíže
- jestli ví co je způsobuje, jestli zná diagnózu
- informace o lékaři – jak na něj působil, jak se choval, jestli jeho projevu rozuměl
- jestli měl prostor pro otázky

### **4) autoplastický obraz:**

- *percepční složka* – otázky ohledně bolesti, jestli ji má, jak ji snáší, jestli je zvyklý tišit bolest i něčím jiným než léky
- *emoční složka* – jak se nyní cítí, jestli má z něčeho obavy, co ho nyní nejvíce trápí – jaké pociťuje změny od onemocnění, jestli je nemoc velkým zásahem do života
- *volní složka* – co si nyní nejvíce přeje, jak se léčí (využívá i alternativní léčbu?), aktivní zájem při léčbě
- *racionální složka* – co o nemoci ví, vyhledávání informací o nemoci, o léčbě, jestli by uvítal informační materiály, skupinu se stejně nemocnými....

### **5) pobyt v nemocnici:**

- jak pobyt snáší, jak snáší vyšetření a zásahy které jsou u něj prováděny, co je pro něj nejhorší, jestli má možnost se vyjadřovat k výkonům, jak z pohledu pacienta vidí zdravotníky, kdyby mohl změnit v nemocnici 3 věci – směrem k nemocným – které by to byly



Příloha 5.

## MÁM RAKOVINU SLINIVKY BŘIŠNÍ



Malá pomoc pro pacienty a jejich rodinu

## CO VÁS NYNÍ ČEKÁ?

Léčba tohoto onemocnění je chirurgická, onkologická a zejména symptomatická. Způsob léčby závisí na velikosti nádoru, stádiu onemocnění, celkovém stavu nemocného a jeho přidružených chorobách.

- Chirurgická léčba spočívá v úplném nebo částečném odstranění nádoru. Rozsah této léčby závisí na velikosti a uložení nádoru.
- Do onkologické léčby patří radioterapie a chemoterapie. Radioterapie je ozáření nádoru paprsky, které mají vysokou energii. Jedná se o místní léčbu, která ovlivňuje jen nádorové ložisko. Chemoterapie je použití speciálních léků, které ničí nádorové buňky v celém těle. Podává se v cyklech, mezi kterými je určitá doba na zotavení.
- Symptomatická léčba tlumí nepříjemné příznaky onemocnění nebo nežádoucí účinky léčby. Není zaměřená na vyléčení, ale na kvalitu života.

Léčba se individuálně přizpůsobuje nemocnému. Lékař vám vždy vysvětlí všechny možnosti léčby, které jsou ve vašem případě vhodné. Máte právo na veškeré informace a na podílení se na léčbě a jejím průběhu. Proto pokud máte jakékoliv otázky neváhejte se obrátit na vašeho lékaře.

Obecně je pro vás důležité:

- zachování průchodnosti žlučových cest – jejich průchodnost zajišťují většinou plastové stenty, což jsou takové malé pro vás neviditelné výztuže, popřípadě jejich drenáž
- být dostatečně živen
- být bez bolestí
- udržet si psychický klid a kvalitní spánek ( i když to může být velmi těžké)
- udržování kontaktu s rodinou, přáteli a blízkým okolím

## ZAJIŠTĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST

Nádor slinivky břišní většinou narušuje průchodnost žlučových cest, tím, že je zúží. Pokud žluč nemůže řádně odtékat, hromadí se v místě zúžení a způsobuje nejčastěji potíže jako zežloutnutí kůže, bolesti břicha a horečky.

Průchodnost žlučových cest a zajištění odtoku žluči lze zajistit dvěma způsoby:

1) stentem – což je trubička, která se ohebným přístrojem přes ústa a žaludek vloží do zúžených žlučových cest

2) drenáží – zavedení drenáže do žlučových cest je invazivní výkon, který se provádí při nemožnosti zavést stent, část tenkého katetru se zavádí přes kůži do žlučových cest za místo zúžení a část je fixována ke kůži

Oba tyto výkony jsou prováděny pod RTG kontrolou a vyžadují váš písemný souhlas.

Tyto výkony jsou nepříjemné a mohou být i bolestivé, ale pro kvalitu vašeho života důležité. Nepříjemnost výkonů a jejich možnou bolestivost lze potlačit medikací.

Rakovina slinivky břišní je závažné onkologické onemocnění, které zasáhne do všech oblastí vašich potřeb. Mezi základní potřeby, které člověk má patřit být dobře živen, být bez bolesti a kvalitně spát.

## VÝŽIVA

Výživa je základem léčby a pro udržení kvality života je velmi důležitá, proto se snažte udržet si co nejvyšší příjem stravy.

Vaše tělo nyní bojuje s těžkou nemocí, a proto potřebuje všechny důležité živiny.

- nemusíte striktně držet dietní opatření, jezte, na co máte chuť a co víte, že vám dělá dobře
- stravu si rozdělte do 5-6 menších denních porcí
- důležité jsou pro vás bílkoviny, vitamíny a minerály a omega 3 nenasycené mastné kyseliny

Výživa při chemoterapii:

- vyhýbejte se velmi teplým, suchým nebo kořeněným jídlům
- v období chemoterapie nejezte svá oblíbená jídla
- jezte menší, kaloricky bohatější jídla častěji
- tekutiny přijímejte 30 minut po jídle

Pokud máte obtíže, které vám nedovolují dostatečně jíst zkuste některé z nutričních doplňků.

Na trhu je plno druhů a chutí, určitě si vybere.... Nutridrink, Fresubin, Resource, Ensure

- výživové doplňky byste měly konzultovat se svým lékařem nebo nutričním specialistou
- nenahrazují stravu, jen ji doplňují
- užívejte je pravidelně každý den
- z počátku po lžičkách, poté popíjejte po malých doušcích během dne
- na tyto doplňky je možná i částečná úhrada pojišťovnou

## FYZICKÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita obecně záleží na stádiu onemocnění, druhu a rozsahu nádoru, přítomnosti metastáz, probíhající léčbě a komplikacích. Důležitá je i doba trvání a úroveň adaptace na zátěž před vznikem nemoci.

Obecně jsou doporučovány lehké uvolňovací cviky, pomalé procházky a zátěž přiměřená zdravotnímu stavu nemocného.

Snažte se alespoň o nějaký pohyb, aby rychle neklesala vaše fyzická zdatnost a svalová hmota. Pohyb by neměl způsobovat únavu.

Sportovní aktivity nejsou doporučovány.

Dle studií jsou doporučována veškerá tělesná cvičení, relaxační a meditační techniky. Ty vedou k rozvoji výkonného těla, zmírnění nežádoucích tělesných následků emočního stresu a deprese. Patří sem tai – či, jóga a cvičení pilates.

## BOLEST

Bolest je nejobávanější příznak nádorového onemocnění, trpí jí většina takto nemocných pacientů, ale není třeba se bát, současná medicína ji dokáže velmi dobře léčit.

Na léčbu nádorové bolesti se specializují odborné ambulance, seznam těchto pracovišť naleznete na internetové stránce:

<https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/mapa-pracovist-pro-lecba-bolesti/#search=1>

Pokud pociťujete bolest ihned o ní informujte svého lékaře, aby vám mohl pomoci. Pokud bolest trvá delší dobu může zhoršovat tělesný i psychický stav.

Moderní doba dále nabízí i nefarmakologické a alternativní způsoby léčby bolesti například:

- kognitivně behaviorální terapie – zvládání nemoci za pomoci naučených postupů, tato terapie vás naučí žít se zbytkovou, pro vás únosnou bolestí
- psychologická léčba
- tradiční čínská medicína
- muzikoterapie – hudba je nástrojem k relaxaci a uvolnění, tím i ke snížení bolesti
- fytoterapie – léčba bylinami

Zde můžete nalézt pomoc a odpovědi na své otázky:

<http://www.i-clb.cz/cs/>

Centrum léčby bolesti – edukační portál pro laiky

## SPÁNEK

Spánek je důležitý v jakékoliv nemoci. Člověk při něm regeneruje a šetří energii.

Stádium onemocnění a probíhající léčba vám může způsobovat slabost a únavu.

Obecná pravidla kvalitního spánku:

- pravidelný čas usínání a vstávání
- nekonzumovat alkohol, nekouřit, nejíst kořeněná a sladká jídla před spánkem
- vyhýbat se nadměrnému příjmu kofeinu
- mít pohodlné ložní prádlo, příjemnou teplotu a vyvětranou místnost
- eliminovat rušivé zvuky a světlo
- přiměřená fyzická aktivita

K lepšímu spánku vám mohou pomoci i bylinky: poradte se o nich s lékařem

heřmánek pravý, levandule lékařská, kozlík lékařský, chmel otáčivý, meduňka lékařská, třezalka tečkovaná a mučenka pletní



Zdroj: [https://obrazky.seznam.cz/?q=bylinky+na+span%C3%AD&sgId=LREtkGC\\_OXuC4Rb4eOVOhwoknRikGqMknmbYG-vzL%3D%3D&thru=&aq=#id=d8cd46c19ff6e02d](https://obrazky.seznam.cz/?q=bylinky+na+span%C3%AD&sgId=LREtkGC_OXuC4Rb4eOVOhwoknRikGqMknmbYG-vzL%3D%3D&thru=&aq=#id=d8cd46c19ff6e02d)

Pokud špatně spíte...

Je třeba si uvědomit proč k tomuto problému dochází. Vše se dá řešit buď jen úpravou denního režimu, psychologickou péčí nebo v krajním případě i léky na spaní.

Každý člověk si po sdělení závažné diagnózy prochází šokem a s touto zprávou se musí smířit. Doba, po kterou se člověk s nemocí srovnává je individuální a mohou ji provázet pocity smutku, beznaděje a úzkosti.

Sdělení diagnózy znamená přijetí špatné zprávy od lékaře, strach ze smrti a umírání, ztrátu jistoty, náročnou emoční a sociální situaci.

## PSYCHOLOGICKÁ PÉČE

Psycholog je kvalifikovaný pracovník, který vám může pomoci odstranit nebo překonat aktuální obtíže, které vznikly s těžkou životní situací. Onkologické onemocnění je těžkou životní situací a psychickou zátěží.

Fakultní nemocnice Plzeň poskytuje psychologickou péči:

- během hospitalizace
- pacientům odeslaným terénním onkologem
- pacientům odeslaným praktickými lékaři

V případě vašeho zájmu vám psycholog pomůže :

- zorientovat se v nové životní situaci
- srovnat se se ztrátami, které vám onemocnění přináší
- najít znovu smysl a naplnění života
- zabránit tomu abyste přestal být tím člověkem, kterým do teď

Zde si můžete najít psychologickou péči v oblasti bydliště:

<https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologiccka-pomoc/mapa-psychoonkologicke-pece/#search=1>



## SOCIÁLNÍ PODPORA

Každý pacient ve své nemoci má právo na sociální podporu.

Sociální pracovník vám může být nápomocen v různých fázích vaší nemoci.

Může vám poradit se sociálními dávkami a výhodami mezi které patří:

- příspěvek na péči
- příspěvek na zvláštní rehabilitační a kompenzační pomůcky
- domácí zdravotní péče a pečovatelské služby

Pokud se vám nemoc zhorší nebo přejde do terminálního (závěrečného) stádia:

- podpoří a pomůže vaší rodině v péči o vás
- zajistí péči doma, zajistí domácí zdravotní nebo hospicovou péči
- zajistí následnou péči

Použité zdroje:

<https://www.linkos.cz/>

<http://www.i-clb.cz/cs/>

<http://www.tvojetelo.cz/byliny-ktete-podporuji-spanek/>

<https://www.dreamly.cz/5-ucinnych-bylinek-na-dobry-spanek/>

Brožura byla vypracována ve spolupráci s MUDr. Petrou Přenosilovou.