

Život pacienta před a po onkologické léčbě

Kateřina Petulová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Petulová**
Osobní číslo: **H14580**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Život pacienta před a po onkologické léčbě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti onkologie a ošetrovatelské péče v onkologii.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace otázek k rozhovoru.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Analýza a zpracování získaných informací včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE – KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE.

Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. 1.Vyd. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-736-7477-9.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

SIMONTON, O. Carl, Stephanie MATTHEWS-SIMONTON a James L. CREIGHTON. Návrat ke zdraví: léčebná metoda pro pacienty s karcinomem a jejich rodinu : můžete překonat rakovinu nebo jinou životu nebezpečnou nemoc. 2. vyd. Přeložila Alena AMCHOVÁ. Praha: Plot, 2011. 182 s. ISBN 978-80-7428-075-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jarmila Verešová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

A. Longálová
doc. Ing. Anežka Longálová, Ph.D.
děkanka



Z. Dorková
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Deju na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má VTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (j. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.2.2014



¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním abstraktů prací

²⁾ Včetně díla nevyřetěně zveřejňuje abstrakt, anotaci, bibliografii a referát práce, a těchto prací lze obhajovat, včetně poměrně omezené a výše uvedené obhajoby prostřednictvím elektronické knihovny prací, kterou spravuje. Způsob zveřejněním práce v těchto případech

(2) Doktorát, diplomand, bakalářské a magisterské práce odpracované v zahraničí a obhajobě musí být též uveřejněny při pracovních dnech před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě výkonu úředního pověřeného úřadu školy nebo ministerstva školství, v němž pracovníci vykonávají školu, kde se má konat obhajoba práce. Každý se může se zveřejnění práce setkat na své adrese v písemné, elektronické nebo tiskopisové podobě.

(3) Škola, ke které byla práce odevzána, musí poskytnout práci zdarma s výjimkou, že v případě neobjevitelnosti obhajoby.

2) zákon č. 131/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem duševního vlastnictví a o právních předpisech v oblasti kulturního dědictví ve znění pozdějších předpisů, § 25 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nepatří právo škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ačkoliv škola za účelem přenosu nebo nepřímého kopírování nebo elektronického přenosu a jeho nebo k účelům poskytnutí díla vyučovacími učitelé nebo studenty ke splnění školních nebo jiných povinností vypracovaných jako pracovní materiál ke škole nebo vyučování či vzdělávání učitelé (školské dílo).

3) zákon č. 131/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem duševního vlastnictví a o právních předpisech v oblasti kulturního dědictví ve znění pozdějších předpisů, § 29 školské dílo;

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obhajobu plněné, pokud na autorovi bezohledně odloží a není školní dílo dle § 25 odst.

3). Náprávu má autor nebo jeho zákonné zástupce, včetně důvodu, možná se jím může domáhat náhrady obhajobního práva jako díla v souvislosti s ustanovením § 25 odst. 3 zákona o duševním.

(2) Nemá-li právní předek, může autor školního díla mít dílo i při poskytnutí jiným osobám, pokud to v souvislosti s poskytnutím školního díla nebo školního či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla v případě jeho zveřejnění v souvislosti s tímto dílem či poskytnutím díla nebo odměny z příjmové příjmy na úhradu nákladů, které mu vznikly při zveřejnění a to pokud ochránce od do jeho zveřejnění před tímto se přihlásí k jejímu zveřejnění školní nebo školového či vzdělávacího zařízení a učil školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na onkologického pacienta procházejícího onkologickou léčbou. Nastiňuje změny, ke kterým dochází v případě zjištění onkologické diagnózy a související léčbu a postup, kterým musí pacient projít.

Práce je rozdělena na část teoretickou, která nám přiblíží problematiku onkologického oddělení, léčby a práce sestry na onkologickém oddělení, dotkne se komunikace v onkologii a prožívání nemoci.

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum realizovaný pozorováním pacientů procházejících onkologickou léčbou a rozhovory s nimi. Součástí práce je zpracování a grafické znázornění získaných informací.

Klíčová slova: komunikace, kvalita života, onkologická léčba, onkologie, pacient, role sestry

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on a cancer patient undergoing cancer therapy. It outlines the changes that follow when a patient is diagnosed with cancer and related treatment and procedure the patient must undergo.

The theoretical part reviews this issue from the perspective of an oncology department and the care and work of a nurse at an oncology department. It briefly discusses the role communication in oncology and quality of life with cancer.

The practical part of the thesis includes qualitative research conducted via an interview and observation of patients undergoing cancer therapy. Obtained data are processed and presented also graphically.

Keywords: cancer treatment, communication, oncology, patient, quality of life, the role of nurses

Poděkování

Děkuji PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení, ochotnou spolupráci, cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu, čas a důvěru. Děkuji také mé rodině a přátelům za jejich podporu a toleranci během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ONKOLOGIE	12
1.1 HISTORIE ONKOLOGIE	12
1.2 CHARAKTERISTIKA ONKOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ FN OLOMOUC.....	13
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY V ONKOLOGII	13
1.3.1 ANAMNÉZA	14
1.3.2 CELKOVÉ VYŠETŘENÍ	14
1.3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	15
1.3.4 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ	15
1.3.5 ZOBRAZOVACÍ METODY	15
1.4 LÉČBA V ONKOLOGII.....	16
1.4.1 CHEMOTERAPIE.....	17
1.4.2 RADIOTERAPIE	17
1.4.3 HORMONÁLNÍ LÉČBA	18
1.4.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA	18
1.4.5 PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ.....	19
2.1 ROLE SESTRY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ.....	20
2.2 POVINNOSTI SESTRY PŘI CHEMOTERAPII A PÉČE O INTRAVENÓZNÍ VSTUPY	21
2.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU PRÁCE SESTRY	22
2.3.1 SYNDROM VYHOŘENÍ	23
2.4 PÉČE O PSYCHIKU NEMOCNÝCH.....	23
3 KOMUNIKACE V ONKOLOGII	25
3.1 ZPŮSOBY KOMUNIKACE	26
3.2 ZÁSADY KOMUNIKACE	26
3.3 PŘEDPOKLADY SESTRY PRO SPRÁVNOU KOMUNIKACI S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM.....	27
3.4 PRAVIDLA EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE.....	28
4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	29
4.1 NEPŘIMĚŘENÁ ADAPTACE NA NEMOC	30
4.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ADAPTACI NA NEMOC.....	30
4.3 FÁZE PŘIJETÍ NEVYLÉČITELNÉ NEMOCI (DLE KÚBLER - ROSSOVÉ).....	31

4.4	PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	32
4.5	ETICKÉ ASPEKTY PÉČE U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	33
4.6	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	35
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	METODIKA PRÁCE.....	37
5.1	CÍLE PRÁCE	37
5.1.1	HLAVNÍ CÍL	37
5.1.2	DÍLČÍ CÍLE	37
5.2	METODA PRÁCE	38
5.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉ SKUPINY	38
5.4	VÝZKUM	38
5.4.1	OTÁZKY ROZHOVORU.....	39
6	VÝSLEDKY	40
6.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ VEDENÝCH S ONKOLOGICKÝMI PACIENTY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ.....	40
6.1.1	ROZHOVOR S RESPONDENTEM R1	40
6.1.2	ROZHOVOR S RESPONDENTEM R2	43
6.1.3	ROZHOVOR S RESPONDENTEM R3	47
6.1.4	ROZHOVOR S RESPONDENTEM R4	51
6.1.5	ROZHOVOR S RESPONDENTEM R5	56
7	DISKUZE.....	61
8	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM GRAFŮ	71
	SEZNAM TABULEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

„Skutečné přátelství je jako pevné zdraví; stěží si uvědomujeme jeho hodnotu, dokud o něj nepřejdeme.“

Charles Caleb Colton

Onkologická onemocnění se v dnešní době dostávají čím dál víc do popředí mysli lidí. Stále častěji se setkáváme s onkologicky nemocnými. Když se setkáme s onkologickým onemocněním v úzkém kruhu rodinném, změní se život všech blízkých. Není to nemoc, o které za týden nevíme, že jsme ji měli. Je to nemoc, se kterou se musíme poprat déle, než bychom sami chtěli. A někdy se s ní lidé perou moc dlouhou dobu. V tomto případě je to velmi náročné a vyčerpávající nejen pro samotného pacienta, ale také pro jeho blízké. Vítěz je ten, který nad ní vyhraje. I když v případě onkologického onemocnění nikdy nevíme, zdali jsme vyhráli.

Pokud se v dané situaci neocitneme, nemůžeme pochopit, jak moc může zasáhnout a ovlivnit náš život. Nepochopíme, jak moc nám onkologické onemocnění změní pohled na svět. Jak moc onemocnění zasáhne naše blízké, kterým nejsme lhostejní. Čím víc nás milují, tím větší to bude pro ně rána. Já, jako zdravotní sestra pracující na onkologickém oddělení již 13. rokem, můžu jen potvrdit, že najednou vám život nepřipadá tak samozřejmý. Najednou ty problémy, co dosud pro nás byly problémy závažnými, jsou pouhé malichernosti a zbytečnosti. Naučí vás to přistupovat k životu s velkou pokorou. S pokorou tak velkou, že najednou máte chuť zpomalit a více si vážit všeho toho, co dosud bylo tak běžné a ne vzácné. Najednou je chvíle s vašimi nejbližšími to nejcennější, co si za nic nemůžete koupit. A tato pokora bohužel mnoha lidem chybí. A je to strašná škoda. Škoda i pro ně, protože si neváží takových věcí a uvědomí si jejich hodnotu, až je ztratí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE

Onkologie je obor, který jde v dnešní době do popředí vědomí lidí. Je oborem vnitřního lékařství zabývajícím se prevencí, diagnostikou a nechirurgickou léčbou nádorových onemocnění. Onkologická onemocnění jsou v České republice v současnosti častější, než dříve, a jejich výskyt zásluhou znečištění ovzduší i vinou současného životního stylu stále stoupá. V důsledku onkologického onemocnění zemře u nás každý čtvrtý člověk. Část onkologicky nemocných se vyléčí, tudíž je výskyt nádorových nemocí ještě větší. (Adam et al., 2011, s. XXI)

1.1 Historie onkologie

Již od pravěku jsou známá onkologická onemocnění. Provázejí lidstvo od jeho vzniku. Archeologické nálezy přinesly důkazy u mumií a v egyptských papyrusech. Laici nazývají nádorové onemocnění jako „rakovinu“. Onkologická léčba se datuje od 19. století, kdy se o tuto problematiku začali zajímat patologové, gynekologové a internisté. Zpočátku šlo jen o léčbu chirurgickou, později s objevem radia a rentgenového záření přibylo více léčebných technik. Profesor V. Rubeška, K. Maydl, L. Sylaba a praktický lékař Mudr. Skalička se zasloužili o ustanovení Spolku pro potírání rakoviny v roce 1904. Od roku 1928 existoval v Brně „Dům útěchy“, protože byla potřeba se postarat o nevléčitelné onkologicky nemocné pacienty. Dům se nacházel v prostorách dnešního Masarykova onkologického ústavu. Spolek pro potírání rakoviny se postaral svou iniciativou o vznik Radioléčebného ústavu, vybudovaný roku 1936. Vznikly odborné společnosti onkologická a radiologická. S přibývajícimi možnostmi léčby byla schválena odbornost klinického onkologa, zabývajícím se léčebnými aplikacemi systémové léčby a je členem multidisciplinárního týmu, který navrhuje pacientovi optimální vyšetřovací a léčebný plán. Multidisciplinární tým se skládá z klinického onkologa, radiačního onkologa, patologa, radiologa, chirurga, gynekologa, odborníka jiných chirurgických oborů, klinického psychologa, odborníka v nukleární medicíně, farmaceuta a molekulárního biologa. Po roce 1990 vznikla nejstarší a nejznámější Liga proti rakovině, která je řádným členem mezinárodních organizací UICC a ETL. (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9)

1.2 Charakteristika onkologického oddělení FN Olomouc

Onkologická klinika ve Fakultní nemocnici v Olomouci a Lékařská fakulta Univerzity Palackého jsou součástí Komplexního onkologického centra, což pro pacienty znamená, že se zde provádí specializovaná nechirurgická onkologická léčba pro pacienty se zhoubnými nádory, především radioterapie a chemoterapie. Podává se zde léčba cílená, hormonální, imunoterapie, podpůrná a symptomatická. Některé druhy léčiv, které se zde podávají, nejsou v nemocnicích bez statusu onkologického centra k dispozici. Probíhá tu i léčba nenádorových onemocnění. Lékaři kliniky jsou součástí multidisciplinárního týmu, zahrnujícího mimo mamárního týmu i onkochirurgický tým zaměřený na horní gastrointestinální trakt nebo onkochirurgický zaměřený na kolorektální karcinom, uroonkologický tým, pneumologický, hemato-onkologický a mnoho dalších. Onkologická klinika se zabývá výzkumnými a pedagogickými úkoly. Lékaři onkologické kliniky vyučují na Lékařské fakultě a na Fakultě zdravotnických věd onkologickou problematiku. Klinika má akreditaci pro postgraduální vzdělávání lékařů v oborech klinické a radiační onkologie. Klinika se dělí na onkologickou část, kde mimo kartotéky a ambulantních vyšetřoven je i aplikační stacionář, kde se podává ambulantně onkologická léčba. Protinádorová léčba se podává i na lůžkové části. Lůžková oddělení jsou na klinice 2 s kapacitou každého oddělení 27 lůžek. Na klinice se nachází brachyterapeutická jednotka a ozařovny, zajišťující velkou škálu radioterapeutické léčby. (FnoI, © 2016 - 11 - 25)

1.3 Vyšetřovací metody v onkologii

Včasná diagnóza onkologického onemocnění je velmi důležitá pro jeho průběh a pro jeho vyléčení. Je zároveň velmi obtížná, protože zpočátku nemá nemocný žádné nebo zanedbatelné potíže nebo se nepozná zpočátku ani z laboratorních hodnot. Bohužel, ale stále neexistuje specifický test, určující přítomnost zhoubného onemocnění. Diagnostické vyšetření nám pomáhá určit diagnózu, staging - zjistit stadium nádorového onemocnění, vyhodnotit úspěšnost onkologické léčby, kontrolovat nemocného, zjistit případný relaps onemocnění, naplánovat radioterapii, zjistit případné komplikace způsobené onemocněním nebo léčbou a pomoci v intervenčních léčebných zákrocích. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 62)

1.3.1 Anamnéza

Anamnéza je velmi důležitá k včasnému zjištění nádorového onemocnění. Při anamnéze se zaměřujeme na otázky týkající se např. krvácení či výtok z rodidel, močového měchýře či konečníku, na zduření či jiné anomálie na prsou, na nehojící se rány, zduření na kůži, změnu znamének, nehojící se vřed na kůži nebo sliznici, přetrvávání zažívacích obtíží či kašel a dechové potíže, krvavé sputum, dlouhodobý chrapot, výpadky zorného pole, ztráta sluchu, dvojité vidění, závrať, intenzivní bolest hlavy, subfebrilie a febrilie nejasné etiologie, úbytek na váze, nechutenství. (Adam et al., 2011, s. 44; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 62-63)

1.3.2 Celkové vyšetření

Co se celkového vyšetření týká, vyšetřuje se krk a ústní dutina, kůže a lymfatické uzliny. Zaměřujeme se na velikost uzlin a štítné žlázy, vředy na sliznici úst, bílá místa – leukoplakie, která vznikají v místech chronického dráždění a jsou prekancerózou. Dále se vyšetřují u žen prsa, což by mělo předcházet mamografickému nebo sonografickému vyšetření. Provádí se vyšetření konečníku a prostaty per rectum a gynekologické vyšetření spojené s odběrem na cytologii a okultním krvácením. U okultního krvácení se vyšetřují 3 vzorky po sobě následujících stolic. V případě pozitivitu testu se provádí kolonoskopie. Od věku 55 let je možné se nechat vyšetřit jednou za dva roky Haemocutem nebo jednou za deset let kolonoskopií. Provádí se rentgenové vyšetření srdce a plic, krevní obraz, biochemické vyšetření krve a vyšetření moči. Při cytologickém vyšetření se pozorují izolované buňky, vytržené nebo odloučené ze vzájemných souvislostí. Cytologické vyšetření je levné a rychlé, vhodné převážně ke screeningu. V onkologii se používá zejména ke screeningu prekanceróz, k včasnému zachytu recidivy především u karcinomu močového měchýře, nebo k průkazu maligních buněk v tělních dutinách. Při histologickém vyšetření se zkoumá, jak se tyto buňky chovají ve tkáni k dalším strukturám a zda je zde zřetelná invazivita. (Adam et al., 2011, s. 35, 71; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 63)

1.3.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření mají velkou úlohu ve screeningu, k upřesnění diagnózy a rozsahu onemocnění a při sledování průběhu léčby a nežádoucích účinků. Hematologické vyšetření nás může informovat o hodnotách krevních elementů, o stavu bílých krvinek před a po léčbě, o zvýšené hodnotě sedimentace, kterou nacházíme u řady zhoubných nádorů. Biochemické vyšetření pomáhá k upřesnění diagnózy. Vyšetřují se např. markery, které nás informují zvýšenou hodnotou u pokročilých nádorů o jejím průběhu. Odebírají se před operací a pak při pravidelných kontrolách, kde opakovaný vzestup může ukazovat recidivu onemocnění. Mikroskopickým vyšetřením zjistíme, o jaké nádorové buňky se ve vyšetřovaném vzorku tkáně jedná.

1.3.4 Endoskopická vyšetření

U endoskopických vyšetření jde o vyšetření dutých orgánů pomocí endoskopu. Uplatňuje se hlavně v diagnostice onemocnění a může se provést i malý operační výkon. Vyšetřuje se buď kovovými tubusy, nebo ohebnými s vláknovou optikou. Endoskopem lze vyšetřit například průduškový strom, jícen, žaludek a dvanáctník, konečník, močový měchýř a mnoho dalších. Získáváme tím materiál např. na cytologické vyšetření.

1.3.5 Zobrazovací metody

Zobrazovacími metodami můžeme zjistit přítomnost nádoru, jeho umístění, velikost, zda metastazuje do okolí nebo zda jsou poškozeny i lymfatické uzliny. Mezi nejčastěji používané metody v onkologii patří rentgenové vyšetření, počítačová tomografie - ta se využívá i při plánování radioterapie, magnetická rezonance, ultrazvuk, radionuklidová vyšetření a v onkologii velmi často používaná emisní pozitronová tomografie. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 63 - 69)

1.4 Léčba v onkologii

Onkologická léčba je daleko více zatěžující než kterákoliv jiná, protože je zaměřena proti vlastním buňkám, které se přeměnily v nádorové buňky. Onkologickou léčbou se neničí jen buňky nádorové, ale i některé fyziologické buňky v těle a tím dochází k závažným nežádoucím účinkům. Onkologickou léčbou dochází k dočasnému a někdy k trvalému zhoršení kvality života pacienta. Proto bychom tento fakt měli mít vždy na paměti při plánování léčby. Pro úspěch léčby je velmi důležitý včasný záchyt. (Adam et al., 2011, s. 83)

Onkologická neboli protinádorová léčba se dělí dle cíle, kterého léčbou chceme docílit:

Kurativní - jejím cílem je vyléčení nemocného, naprosté odstranění onemocnění. Předpokládá se, že charakter onemocnění a celkový stav nemocného povede k vyléčení. Kurativní chemoterapie se dává například u nádorů varlat, akutní leukémie, některých maligních nehodgkinských lymfomů a jiných.

Adjuvantní - má za cíl vyléčení, ovšem s ohledem na možnost přítomnosti mikrometastáz. Běžně je spojena se zhoršením kvality života.

Neoadjuvantní - podává se předoperačně a má za cíl zmenšit primární nádor, aby se usnadnilo odstranění nádoru. Dává si za cíl i zmenšení mikrometastáz. Není podána u všech nádorů.

Nekurativní - jejím cílem je zničit nádorové buňky, ale počítá se s tím, že se nezničí všechny nádorové buňky. Volíme ji tam, kde není možno nemocného úplně vyléčit, jelikož je nádor pokročilý nebo zdravotní stav nemocného neumožňuje dát agresivní léčbu. Je možné nemocnému prodloužit život o roky, ale třeba jen o týdny. Je nutné zvážit přínos konkrétní léčby u konkrétního nemocného tak, aby nežádoucí účinky nepřevážily její přínos.

Podpůrná - usiluje o dobrou kvalitu života nemocného. Mírní obtíže spojené s onkologickým onemocněním. Její součástí je i redukce psychosociálních a duševních obtíží pacienta a jeho blízkých.

Paliativní - je to nekurativní onkologická léčba, která by měla být komplexní podpůrnou léčbou pro nemocné s pokročilým onemocněním v období posledních fází života. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 76 -77)

1.4.1 Chemoterapie

V onkologii se podávají jako chemoterapie cytostatika. Cytostatika mají za cíl poškodit genetickou informaci nádorové buňky, obsažené v DNA. Zastavují buněčné dělení a poškozují genetickou informaci a tím zničí nádorovou buňku. Stejnou dávku cytostatik snáší každý s velkým rozdílem. Dávka cytostatik se počítá dle povrchu těla, vypočítaného z výšky a váhy nemocného. Zároveň se musí brát v potaz funkce ledvin a jater. Principem léčby je podání léčby v takových intervalech, aby nádorové buňky nenarůstaly, ale naopak se jejich počet zmenšoval. (Zítková, 2016, s. 12; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 119, 121)

1.4.2 Radioterapie

Léčbu radioterapií podstupuje velká část onkologických pacientů (50 – 70 %). Radioterapii dělíme na zevní (zářič je mimo tělo pacienta - asi 80 - 100 cm od těla) a vnitřní brachyterapie (zdroj záření je zaveden do těsné blízkosti ložiska nádoru). Obě metody se mohou kombinovat. (Adam et al., 2011, s. 130)

Radioterapii dělíme na radioterapii:

Kurativní (radikální) - cíl je vyléčení pacienta a eradiace nádoru, max. dávka záření je 60 - 80 Gy, indikuje se nejčastěji u nádorů kožních, u karcinomů děložního hrdla a spinocelulárních karcinomů anu.

Adjuvantní (zajišťovací) - cíl je zneškodnit případné zbytky nádorových buněk, je nejvíce indikována po chirurgickém řešení (po mastektomii, resekci rekta, karcinom žaludku a jiné), aplikované dávky jsou menší než u kurativní.

Neoadjuvantní - jejím cílem je zmenšit velikost nádoru a předchází většinou operačnímu výkonu, může být aplikována současně i s chemoterapií (např. u pokročilého nádoru rekta).

Paliativní - cílem je odstranit či zmírnit příznaky nádorového onemocnění (krvácení, bolest, útlak) a prodloužení přežití. Nejčastěji se ozařují např. metastatická ložiska mozku nebo skeletu nebo při krvácení (k jeho zastavení). Paliativní radioterapie je často aplikována v pár frakcích s vyšší dávkou a ozařuje se většinou jen v 1 - 2 ozařovacích polích.

Nenádorová - jejím cílem je úleva od obtíží, které způsobuje nenádorové onemocnění. Využívá se nízkých dávek záření pro analgetický a antiflogistický účinek. Není vhodná u mladých lidí a žen v reprodukčním věku. Využívá se nejčastěji např. u patní ostruhy, tenisového loktu, u artrózy. (Adam et al., 2011, s. 116 - 117)

1.4.3 Hormonální léčba

Hormonální léčba se podává u nádorů hormonálně závislé tkáně (mléčná žláza, prostata, děložní sliznice) a tím ovlivňují růst nádoru. Závislost na hormonech je dána přítomností hormonálních receptorů uvnitř nádorové buňky. Pokud hormon pronikne do buňky, spojí se s receptorem a tento komplex, pak může nastartovat změny vedoucí k růstu a dělení nádorových buněk. Má méně nežádoucích účinků než chemoterapie. Podává se dlouhodobě. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 120)

1.4.4 Biologická léčba

Biologickou léčbou se rozumí podávání takových látek, které jsou tělu vlastní, podávané v daleko vyšší dávce, než je v tělu běžné. Označuje se jako nová protinádorová léčba. Narozdíl od chemoterapie, jejíž účinek je zaměřen proti genetické výbavě nádorových buněk, ale zasahuje i zdravé buňky. Jeho cíl je zaměřit se na molekuly nádorových buněk. Podává se u počátečních nádorových onemocnění, ale i v pokročilých stádiích. Patří sem i hematopoetické růstové faktory, interferony a cytokiny.

1.4.5 Paliativní péče

Dle WHO – světové zdravotnické organizace je paliativní péče definována jako „*aktivní komplexní péči 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 rodiny.*“ (SZO,1986) in (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 218)

Paliativní péče je tzv. podpůrná. Není cílena na zneškodnění nádorových buněk, ale na zmírnění následků nádorového onemocnění jako je tišení bolesti, zvracení a infekčních komplikací. Jejím cílem je prodloužit život a zmírnit nebo předcházet některým příznakům a komplikacím nádoru. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 218)

2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Sestra, která pracuje na onkologickém pracovišti, vykonává komplexní onkologickou ošetrovatelskou péči. Cílem její práce je holistický přístup a důležitost uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, který kvůli nemoci není schopen si tyto potřeby plnit sám. Sestry pracující na onkologickém oddělení by měly být vysoce erudované, zručné a vzdělané. Vzdělání si sestra může rozšířit specializačním studiem na NCO NZO. Je zde mnoho druhů specializačních studií podle § 33 vyhlášky č. 77 / 1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a podle ustanovení § 96 odst. 2 Zákona č. 96 / 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání se specializační studium oboru Ošetrovatelská péče v klinické onkologii již nerealizuje. Já osobně jsem ještě toto studium absolvovala a dokládám vysvědčení z tohoto studia (viz příloha P I). V rámci celoživotního vzdělávání jsem se účastnila různých vzdělávacích konferencí a seminářů (viz. příloha P II, P III a P IV). Práce sester na onkologickém oddělení je náročná. Práce s onkologickým pacientem vyžaduje obrovskou dávku zodpovědnosti, vcítění, komunikačních dovedností, lásku k člověku, ke své práci, svému poslání. Onkologický pacient je velmi specifický, protože nikdy nemá jen jeden problém. Po diagnostice onemocnění, které bohužel ovlivní nejen psychiku pacienta ale i jeho fyziologii, zasáhne těžká a dlouhodobá onkologická léčba do života pacienta, ale i do života jeho rodiny. Pacient přehodnotí své priority a sociální status. Onkologická sestra pracuje ve škodlivém prostředí, kde pracuje s cytostatiky a denně přichází do možného styku s infekcí. Na onkologickém oddělení jsou často lidé imobilní, slabí a mívají mnoho ordinací, proto to bývá pro sestru velmi fyzicky náročné. Na onkologickou sestru je vyvíjen tlak především na psychiku. Komunikace s onkologickým pacientem vyžaduje od sestry dostatek komunikačních dovedností, které si osvojíme neustálým kontaktem s pacientem. Sestra na klinické onkologii hlavně podává chemoterapii, podává antibiotika a podpůrnou infuzní terapii. Pečuje o pacienty, kterým se zdravotní stav zhorší, mají problémy s útlumem krvetvorby, kožní problémy spojené s léčbou nebo progredující onemocnění. Sestry na onkologickém oddělení pracují ve třísměnném provozu. Onkologická sestra podává kromě chemoterapie pacientům i jiné léky. V dnešní době již většinou cytostatika neředí, ředí se v centrální ředírně. Při uspokojování potřeb vychází z hierarchie potřeb dle Maslowa. Snaží se uspokojovat potřeby fyziologické (péče o hygienu, o výživu a vylučování,...), bezpečí a jistoty, potřeby lásky, přijetí, sounáležitosti, potřeby uznání a úcty a potřebu seberealizace. Sestra pacienta polohuje

a stará se o jeho spánek. Dále pečuje o psychickou pohodu a sociální kontakt, pečuje o duchovní potřeby, péče o pacienta s neutropenií a pečuje o umírajícího. Priority potřeb se v průběhu nemoci mění. Pokud byly biologické potřeby prvořadé, v průběhu mohou být důležitější potřeby spirituální. Péče o onkologického pacienta je celostní a nepřetržitá, někdy může skončit úmrtím pacienta. Obor onkologie potřebuje nejen zkušenou a erudovanou sestru, ale především člověka, který si váží pacienta jako osobnosti. (Berč a Palková, 2008, s. 12-16; Svatošová, 1995, s. 21-23)

2.1 Role sestry na onkologickém oddělení

Úlohou sestry na onkologickém oddělení je citlivě, ohleduplně komunikovat a identifikovat problém a neuspokojené potřeby pacienta. Sestra musí umět komunikovat i s rodinnými příslušníky pacienta. Při uspokojování potřeb vychází z hierarchie Maslowa, jak jsme již uvedli výše. Ovšem vyřešením jednoho problému péče nekončí. Následně se objeví problém další a mnohdy mnohem závažnější. Problémy jsou často spojené s nežádoucím účinkem léčby jako je únava, vyčerpání, postupující zhoršování zdravotního stavu. Sestra realizuje ošetrovatelský proces. Pro ošetrovatelský proces využívá svých zkušeností, vědomostí, kritického myšlení a také uplatňuje kreativitu. Sestra při své práci musí dodržovat zásady a principy zdravotnické etiky. Sestra na onkologii musí pečlivě sledovat stav ozařované kůže v případě radioterapie. Musí být vzdělaná v oblasti konkrétních chemoterapií, musí znát konkrétní preparáty a jejich nežádoucí účinky a způsob podání. Pacienta edukuje o nežádoucích účincích onkologické léčby. Zná zásady bezpečné manipulace s cytostatiky a podle nich se řídí. Sestra pracující na onkologickém oddělení je vystavena přímému ohrožení při možném úniku cytostatik a vzniku aerosolu nebo při kontaktu s kůží. 1x ročně podstupuje povinné zdravotní vyšetření v souvislosti s každodenním kontaktem s cytostatiky. Ve FN Olomouc se vyšetření týká fyzikálního vyšetření, měření fyziologických funkcí, odběrů krve, elektrokardiogramu a spirometrie, které je prováděno na klinice pracovního lékařství. (BERČ a PALKOVÁ, 2008, s. 12-22)

Umí manipulovat s implantabilním podkožním portem, se kterým se v praxi velmi často setkává. Kompetence NLZP pro péči o invazivní vstupy upravuje Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – (odkaz viz seznam internetových zdrojů). Zná komplikace související s portem a umí je řešit. Zajišťuje maximální délku používání a brání infekčním komplikacím. Umí pohotově

zareagovat při případné nežádoucí alergické reakci při podání chemoterapie. Měla by znát riziko extravazátů a umět při jejich vzniku včas a správně zareagovat. Vždy postupuje dle standardních ošetrovatelských postupů daného zařízení, ve kterém pracuje. Jednotlivé standartní ošetrovatelské postupy se mohou od různých zdravotnických zařízení lišit.

Mimo podání onkologické léčby se velmi často na onkologickém oddělení setkáváme s bolestí. Onkologická sestra by měla umět rozpoznat a správně popsat a monitorovat bolest pomocí škál. Mezi nejčastěji používané škály jsou vizuální analogová škála (viz příloha P V), numerická škála bolesti (viz příloha P VI), mapa bolesti (viz příloha P VII), škála výrazů obličeje pro měření bolesti (viz příloha P VIII). Měla by znát druhy analgetik a opiátů, jejich způsob aplikace a zásady užití. Měla by umět zvyšovat kvalitu života pacienta v paliativní péči a umět rozpoznat a včas informovat lékaře v případě potřeby psychologické podpory pro pacienta. V první řadě je psychologická podpora poskytována sestrou, která je danému pacientovi nejbližší. Měla by probírat pacientův problém, jen pokud to sám pacient chce. Pokud vyjádří strach ze smrti, měla by si s ním sednout a vyslechnout z čeho konkrétně má obavu. Není vhodné se pokoušet odradit ho od jeho plánů. Dříve většina lidí stonala a umírala doma. Dnes tomu je naopak. Velice důležitá je spolupráce s rodinou a to nelze bez aktivní spolupráce rodiny. Rodinu nelze v nemocnici nahradit, proto by se měla sestra a lékař postarat o to, aby rodina věděla, jak důležitá je jejich přítomnost a pomoc svému blízkému. V případě nemoci se pacient ocitá v nové roli – roli pacienta, ve které ztrácí např. soukromí, postavení, možnost aktivity, práci, životní jistoty a spoustu dalšího. Navíc přibývá bolest, slabost, obavy a jiné nepříjemné věci. Pacient má právo reagovat podrážděně a sestra by měla být na takovou situaci připravená. Měla by být i přes prvotní nezájem pacienta jeho nejbližší oporou. V případě potřeby může psychologickou podporu poskytnout v daném nemocničním zařízení klinický psycholog, který je určen konkrétní klinice a měl by být přítomen a podle potřeby poskytnout psychologickou podporu pro daného pacienta. (Svatošová, 1995, s. 15-21; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 135-221 ; Křivohlavý, 2002, s. 29-31)

2.2 Povinnosti sestry při chemoterapii a péče o intravenózní vstupy

Sestra by měla znát dobře účinky cytostatické léčby a její nežádoucí účinky. Její znalosti je nutné neustále doplňovat a rozšiřovat. Má povinnost dodržovat předpisy a způsoby bezpečné práce s cytostatiky. Umět poskytnout pacientovi ústní i písemné informace o tom,

jak bude podání léčby probíhat, o vedlejších účincích a způsobu aplikace, frekvenci a délce podání a o názvech preparátů. Upozornit na konkrétní nežádoucí účinky u podané chemoterapie. Sestra má povinnost zkontrolovat identifikaci pacienta a chemoterapie, kterou podává. Ověřuje si, zda pacient získaným informacím rozuměl. Kontroluje místo vpichu a možný vznik paravazace. Jelikož se v onkologii nejčastěji plánuje podání chemoterapie, podpůrné léčby nebo parenterální výživy, je potřeba, aby měl pacient zaveden žilní přístup. Sestra pracující na onkologii pečuje o periferní žilní katétr, který vzhledem k velmi častému výskytu flebitid a paravazace ustupuje do pozadí. Častěji využívaný v onkologii je centrální žilní katétr, intravenózní port nebo nově PICC katétr. Cílem sestry je udržet žilní vstupy průchodné, zajistit maximální dobu užívání a předcházet infekčním komplikacím. (Zítková a kol., 2016, 83 - 84 ; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 137, 156, 428)

Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků upravuje kompetence nelékařských zdravotních pracovníků péči o invazivní vstupy. Všeobecná sestra a porodní asistentka může dle § 4 na základě lékařské indikace bez odborného dohledu podávat léky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a radiofarmak. Teoretické a praktické dovednosti získává pracovník v průběhu adaptačního procesu a na vzdělávacích akcích. (Zítková a kol., 2016)

2.3 Faktory ovlivňující kvalitu práce sestry

Stres patří k faktorům, ovlivňující, kvalitu práce sestry. Ve stresu člověk myslí a vykonává činnost rychleji. Když ovšem míra stresu překročí optimální hranici, odčerpá naši psychickou energii a oslabí náš výkon. Velmi zásadní faktor, který dokáže ovlivnit kvalitu práce sestry je syndrom vyhoření, vztahy mezi kolegy a s tím spojený případný mobbing. (Smidbauer, 2015, s. 218; Fontana, 2016, s. 14-27)

Už Florence Nightingalová napsala, jaká by měla sestra být. Podle Americké národní ligy pro vzdělávání sester by sestra měla být *„citově zralá, cílá, důkladná, kritická a kritiku přijímající, loajální, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, vděčná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá a zdvořilá. Dále by měla být schopná dobrého úsudku, dobré spolupráce a plánování práce, dobře provádět jednotlivé ošetrovatelské výkony. Měla by mít vysokou sebekontrolu,*

respekt k autoritám a nadřízeným. Navíc by měla mít široký kulturní a společenský rozhled, měla by mít smysl pro krásu a smysl pro humor.“ (Špirudová, 2015, s. 42)

2.3.1 Syndrom vyhoření

Právě zdravotnictví jako první upozornilo na burnout syndrom a to hlavně v hospicích, na onkologiích a na odděleních intenzivní péče. Syndrom vyhoření (burnout) se stal společenským problémem západní civilizace a nezpůsobuje jen finanční škody, ale i trápení. Označuje se jako civilizační choroba s nejasným původem. Autorka Mirriam Prieß ve své knize zdůrazňuje, že je syndrom vyhoření velmi podceňován a měl by se léčit. Dodává, že se hlavně léčit dá. (Prieß, 2015, s. 10-11, 53-56 ; Křivohlavý, 2012, s. 26)

Syndromem vyhoření trpí nejčastěji schopní, ambiciózní a zodpovědní lidé. Mezi nejčastějšími profesními skupinami jsou lékaři (a to až v 45%), sestry, psychologové, duchovní, policisté, učitelé, kriminalisté, pracovníci věznic, ale i rodiče pečující o dlouhodobě nemocné dítě a mnoho dalších. (Pešek a Praško, 2016, s. 16)

Janáčková, 2008 popisuje syndrom vyhoření neboli burn - out, syndrom vyprahlosti, vypálení jako „profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocnění a negativní postoje k povolání.“ (Venglářová a kol., 2011, s. 23)

Jako prevence syndromu vyhoření slouží střídání práce u lůžka s prací na ambulanci nebo v kartotéce apod. Naučit se správně odpočívat ve volném čase, relaxovat a svůj volný čas využívat smysluplně. Je velmi důležité, aby měla sestra správně uspořádaný osobní a rodinný život. Důležitá je dobrá spolupráce s kolegy, vzájemná výpomoc a harmonie. Podstatná je i funkčnost managementu, který by měl možný syndrom vyhoření včas odhalit a nenechat dojít tak daleko. (Angenendt, Schutze - Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 221; Schmidbauer, 2015, s. 225)

2.4 Péče o psychiku nemocných

Je velmi důležité nevystavovat se zbytečně nadměrnému stresu. Dr. Samudzen, který provedl pokusy na experimentálních zvířatech, potvrdil souvislost zvýšeného růstu karcinomu u stresovaných zvířat oproti zvířatům nestresovaným. Dr. Friedman na

sympoziu na newyorské Lékařské akademii doporučil, aby se již tyto pokusy neprováděly, protože se tento vztah už dostatečně opakovaně potvrdil.

Zdravotničtí pracovníci a rodinní příslušníci nemocného by měli mít na paměti, že je důležité nemocného podporovat v samostatnosti v péči o sebe a vyjádřit mu obdiv za to, jak je silný. Všimát si a projevit radost ze zlepšení zdravotního stavu nemocného. Je dobré, aby se nemocný nepřestal bavit. Čím víc bude radostný, tím víc bude chtít žít. I v době uzdravení je potřeba se nemocnému věnovat. (Simonton, m. d, Matthews - Simontonová a L. Creighton, 2011, s. 45, 179)

V onkologické péči má nezastupitelnou roli rodina, jak je již uvedeno výše a klinický psycholog. Diagnostikuje psychopatologie, poruchy osobnosti, psychózy onkologických pacientů. Je-li třeba medikace, povolává se konziliární psychiatr. Psycholog zprostředkovává individuální i skupinovou psychoterapii. Konkrétní metoda je volena individuálně dle potřeb pacienta. (Adam et al., 2011, s. 315)

3 KOMUNIKACE V ONKOLOGII

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním.“ (Janáčková a Weiss, 2008, s. 11)

Lidská mluva je prostředek k dorozumívání a její vývoj začíná už od narození. Začíná broukáním s napodobováním zvukových vjemů, následují jednoduché věty a pokračuje to až k rozsáhlým souvětím. Komunikovat ve zdravotnické péči znamená mj. předávat a získávat informace, na nichž závisí mnohdy zdraví a dokonce i život. Naše informace by měly být srozumitelné, jasné a měly by být předány odpovídajícím tónem a rychlostí. Nemělo by se zapomínat na kontrolu, zdali byla informace správně přijata a pochopena.

Základem ošetrovatelské péče je komunikace. Dochází k ní při každém setkání sestry s pacientem. Probíhá hlavně neverbálně. *„Racionální složka se vyjadřuje pomocí slov, řeč emocí je vyjádřena neverbálně.“* Měli bychom myslet na možný vznik nedorozumění a pokusit se vyhnout se mu. Efektivní komunikací přecházíme stížnostem a žalobám. A dokládá to, že pacienti cítící se být léčeni s úctou a respektem, jsou málokdy ti, co podávají žalobu. (Špatenková a Králová, 2009, s. 124; Janáčková a Weiss, 2008, 11-13, 71-72) Doporučení ke komunikaci vedoucí k eliminaci stížností a žalob (viz příloha P IX).

Na psychiku pacienta procházejícího onkologickou léčbou jsou kladeny vysoké nároky. A nejen na něj, ale i na jeho nejbližší okolí. Pacienti s onkologickou diagnózou jsou nuceni se zabývat myšlenkou na smrt. Onkologičtí pacienti se v souvislosti se svým onemocněním střetávají s tělesnými projevy nemoci jako je únava, slabost, nechutenství a celou škálou nežádoucích účinků onkologické léčby. V každé fázi psychického prožívání po sdělení onkologické diagnózy se k pacientovi musí přistupovat jinak. (Špatenková a Králová, 2009, s. 28) Nemoc obzvláště chronická vytváří pocit tísně a způsobuje stres a s tím související výskyt velké škály emocionálních reakcí. Pacienti se dostávají vinou nemoci do složité situace. (Janáčková a Weiss, 2008, s. 75) Komunikace sestry s lékařem a s celým týmem na profesionální úrovni je jedním ze základních předpokladů úspěšné týmové práce. Komunikace velmi značně ovlivňuje interpersonální vztahy. Pokud je potřeba komunikaci zlepšit, měli by se na tom podílet všichni z týmu. (Vévoda a kol., 2013)

3.1 Způsoby komunikace

Komunikovat můžeme několika způsoby. Mezi tyto způsoby patří verbální komunikace, neverbální komunikace a paralingvistika.

Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je pravdivější a přesvědčivější než verbální komunikace. Je známo, že pro druhého člověka je ze 70 % informačně směřodatnější než verbální. To, co se neříká slovy, se hůře maskuje a ovládá.

Je to komunikace bez použití slov a mnohdy může nahradit komunikaci verbální nebo ji jen doprovází. Některé pocity se dají vyjádřit výstižněji právě neverbální komunikací pomocí pohybů těla, dotekem a výrazem v obličeji. Mezi neverbální komunikaci patří vzhled a úprava zevnějšku. Pacienti od sester očekávají, že budou slušné, čisté a upravené. Mnohdy předpokládají, že se nebude vybočovat z normy kupříkladu tetováním nebo piercingem. Mimikou můžeme vyjádřit překvapení, radost, štěstí, neštěstí, spokojenost a smutek. Pacienti jsou velmi vnímaví a na to bychom měli v případě komunikace s nimi myslet. Velmi důležitý ve vztahu sestry k pacientovi je dotek. Lehký dotek může být pro pacienta ve stresových situacích velmi uklidňující a podporující. Kant označil oči jako „*přímou cestu do duše*“, tak bychom neměli podceňovat v neverbální komunikaci pohled.

Paralingvistika

Vyjadřuje přechod od neverbální komunikace k verbální. Zahrnuje tón a rytmus hlasu, plynulost a kvalitu řeči.

Verbální komunikace

Rozumí se jí sdělování pomocí řeči a slov. U verbální komunikace si musíme dát pozor na nesprávně zvolená slova, které mohou být příčinou nedorozumění. Měla by být stručná, jasná a srozumitelná.

Nesprávně zvolená komunikace může vést k sororigenii, tedy poškození pacienta sestrou. Pacient, je vnímavější v období nemoci a nevhodně zvolená slova mu mohou hodně ublížit. (Pešek a Praško, 2016, s. 98, ; Špatenková a Králová, 2009, s. 29-37)

3.2 Zásady komunikace

Mimo obsahu toho, co chceme říci, je bezesporu důležitá také jejich významová struktura sdělení. Pro snadnější pochopení uvádíme „*pětikomponentový model významové struktury sdělení podle Janouška*“;

1. „*záměr- strategický cíl sdělení;*
2. *smysl sdělení pro mluvčího;*
3. *věcný obsah sdělení;*
4. *smysl sdělení pro příjemce - jak tomu, co je sdělováno, rozumí;*
5. *efekt sdělení – jaký je výsledek a důsledek toho, co bylo sdělováno.*“ (Janáčková a Weiss, 2008, s. 15-16)

3.3 Předpoklady sestry pro správnou komunikaci s onkologickým pacientem

Hildegarda E. Peplau, popsala role, ve kterých sestra pracuje s pacientem:

„**Role cizince**“ - sestra se s pacientem zprvu nezná, jsou pro sebe cizinci. Přístup sestry k pacientovi je zdvořilý, bez předsudků.

„**Role zdroje**“ - sestra je pro pacienta zdrojem informací, dává mu odpovědi na otázky. Je mu nápomocna k pochopení jeho zdravotního stavu a plánu léčby.

„**Role učitele**“ - sestra pacienta učí a edukuje ho v tom, co neví a chce znát.

„**Role poradce**“ - sestra pacientovi radí a povzbuzuje, aby se lépe sžil s nemocí a léčbou

„**Role advokáta**“ - sestra pacientovi pomáhá v oblasti nezávislosti, závislosti a závislosti vzájemné.

„**Role aktivního vedoucího**“ - pomáhá sestře lépe poznat problémy pacienta a akceptovat je. (Vévoda a kol., 2013, s. 73-74)

3.4 Pravidla efektivní komunikace

Opatrná (2008, s. 107) uvádí zásady a předpoklady:

1. *„Akceptace – základní postoj – zdravotník akceptuje, přijímá bez výhrad nemocného jako bytost, která má svou důstojnost, která si zasluhuje úctu a respekt.*
2. *Empatie – schopnost vcítit se do pacientovy situace, vcítující se porozumění (jak bych se v situaci cítil já, co bych nejvíce potřeboval).*
3. *Autenticita – opravdovost, důvěryhodnost, bytí sebou samým*
4. *Schopnost mlčet a aktivně naslouchat*
5. *Schopnost jasného vyjadřování (pochopitelného/srozumitelného pro daného nemocného).*
6. *Schopnost nezahltit pacienta množstvím informací.*
7. *Informovat pacienta a následně rodinu, pokud pacient souhlasí.*
8. *Podávat jen pravdivé informace.*
9. *Vyrovnanost s vlastní smrtelností a schopnost překonávat vlastní úzkost a strach.*
10. *Schopnost navodit důvěru.“*

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Zjištění a přijetí onkologické diagnózy je velmi důležité pro další průběh nemoci. V praxi se potvrdilo, že přežívají déle ti lidé, kteří se po zjištění onkologické diagnózy nevzdávají, ale bojují. Onkologická léčba s sebou nese mnoho problémů, proto je důležitý postoj který pacient zaujme. (Křivohlavý, 2002, s. 128-129)

Fawzy (2004) uvádí pět fází "nádorového prožívání":

1. Zjištění diagnózy a její sdělení

Nemocní popírají závažnost svého onemocnění, odmítají návrhy léčby. Obvykle prožívají akutní smutek, vztek i depresi zároveň. Dochází u nich k psychomotorickému zpomalení a s tím souvisejícím problémům se spánkem a chutí k jídlu. Měl by být brán důraz na upřesnění informací od sestry, individuální psychoterapii a farmakologické opatření. Po zjištění diagnózy prožívají nemocní krizi. Velmi důležité je, jak je diagnóza podána. V anglosaských zemích je preferována naprostá otevřenost při sdělení diagnózy. U nás ještě stále existují odpůrci úplného otevřeného sdělení diagnózy. Lékař by měl informovat otevřeně, ale citlivě.

2. Léčba

Na začátku léčby nemocní prožívají všeobecný strach ze ztráty kontroly, pocity viny, vzteku a bezmoci. Mají tendence odsouvat léčbu, protože mají strach v souvislosti s léčbou. Velmi příznivě tu působí skupinová terapie nebo individuální psychologická terapie psychologem nebo psychiatrem.

3. Zotavování

Skoro každý nemocný se zabývá tím, že se rakovina může objevit znovu. Mají sklon ke zvýšené vnímavosti a opakujícím strachům. Je zde velmi důležité nabídnout psychoterapii s následnou farmakologií.

4. Případný nástup recidivy

Nemocní prožívají fázi zjištění diagnózy, ale ještě mnohem intenzivněji. Objevuje se velmi často vztek, popření či hluboká deprese. Důležité je poskytnutí dostatku informací o dalších léčebných možnostech.

5. Terminálně-paliativní opatření

Nemocní mají obavy z izolace od své rodiny a ošetřujícího týmu. Obávají se smrti, bolesti či potíží dýchacích. V této fázi je velmi důležité tlumit bolest, nutné jsou farmakologické prostředky. Je zde důležitá emocionální náklonnost jiných osob, které nemocný potřebuje. Nedostatek může vést k nárůstu stresu. (Hoskovcová, 2009, s. 26-29)

4.1 Nepřiměřená adaptace na nemoc

Slovo „*rakovina*“ vyvolá v mnohých lidech pocit blížící se smrti, kterou nebude možnost odvrátit a zároveň je mají spojené s dlouhotrvající a protražovanou smrtí. I přes to, že existuje spousta nelehkých nemocí končících smrtí, ovšem nádorové onemocnění působí na spoustu lidí mysticky. Dle některých studií se neprokázala přímá souvislost psychosociálních faktorů na vzniku nádorového onemocnění. Adaptační schopnost jedince závisí na adaptační kapacitě jedince. (Zemanová, 2008, s. 249 - 252, ; Křivohlavý, 2002, s. 129)

4.2 Faktory ovlivňující adaptaci na nemoc

Faktory ovlivňující adaptaci na nemoc jsou sociální a emoční podpora, podpora hlavně rodiny a blízkých, vlastní aktivita nemocného, ochota bojovat s nemocí a psychologická a psychoterapeutická podpora.

První fáze nemoci a uzdravení končí v dobrém případě remisí. S ukončením léčby nastává u pacienta úleva, ale i strach zda léčba dopadla co nejlíp. Po dobu léčení bral léčbu jako svou ochranu. Každá kontrola je pro pacienta vzpomínkou na nemoc. Čas a zapojení do běžného života oddaluje možnost recidivy. V případě recidivy a to první je tato recidiva označována jako maximálně stresující událost v průběhu onemocnění pacienta. Recidiva je zklamáním pro pacienta, jeho blízké a pro lékaře, pro kterého to je i doklad selhání medicíny. Po dalším podání léčby se stává organismus unaveným a nastává stadium pokročilé nemoci, které klade velké nároky. Samozřejmě se vytrácejí ze života pacienta. Nastává čas pro paliativní medicínu. V tomto období pacienti sahají po alternativních možnostech ve víře, že jim to pomůže - čekají na zázrak. Ve všech těchto obdobích je velmi důležitá možnost psychoterapie.

Cíle psychoterapeutické intervence jsou zmenšení pocitů osamělosti, zmenšení strachu z léčby, redukce pocitů zoufalství a deprese, pomoc při nedorozumění nebo při nejasných informacích a zmírnění pocitu beznaděje, bezmoci a izolace, lepší spolupráce

s lékaři a zlepšení kvality života. Psychoterapie u onkologických pacientů je flexibilnější a ne vždy probíhá v smlouvanou dobu. Odvíjí se od zdravotního stavu pacienta a mnohdy probíhá u lůžka pacientů, ať už v nemocničním zařízení nebo domácím prostředí. (Zemanová, 2008, s. 249 - 252)

4.3 Fáze přijetí nevléčitelné nemoci (dle Kübler - Rossové)

Americká lékařka Elizabeth Kübler - Rossová popsala ve své knize fáze, kterými prochází pacient s nevléčitelnou nemocí.

1. Fáze: Popírání a izolace (Zavírání očí před skutečností a osamění)

Většina pacientů při zjištění onkologické diagnózy reaguje - "Já? To není možné, to se určitě netýká mě!" Jsou přesvědčeni, že došlo k záměně - např. výsledků. Skoro všichni pacienti se pokoušejí nejen v prvním okamžiku zjištění nemoci, ale také později a opakovaně nemoc od sebe odehnat. Je to druh obrany, kterou si nechce pacient vzít na vědomí těžkou nemoc. V této fázi by se pacientovi neměl zdravotnický personál vyhýbat.

2. Fáze: Zlost (Zloba)

V této fázi si pacient klade otázku "Proč právě já? Proč ne tamten?" V této fázi je velmi těžká spolupráce s pacientem, a to nejen pro zdravotníky, ale i pro jeho blízké. Pacienti jsou ke zdravotním pracovníkům nevraživí, často zvoní, vynucují si pozornost, nebo naopak dávají najevo, že nechtějí být rušeni. Svůj hněv si vybíjí na všech, co se zrovna namanou. Návštěvy rodiny přijímají bez radosti. Zloba má své opodstatnění. Lidé přemýšlí co s našetřenými penězi, které teď jsou na nic. Cítí zlost na lidi, kteří si mohou užívat života, pobíhají kolem, zatímco nemocný třeba už slabostí nemůže vstát. Všude kam se podívá je důvod ke zlobě. Kübler-Rossová touto fází chtěla říct - "Oprávněný i neoprávněný hněv je potřebný. Musíme se učit, jak našemu nemocnému naslouchat a některou i nepodloženou zlost uznat, neboť víme, že se mu uleví."

3. Fáze: Smlouvání (Vyjednávání)

Nejméně známá fáze, kdy se pacient se pokouší oddálit příchod nevyhnutelného. Přeje si prodloužení života, zbavení bolestí a obtíží. Smlouvání je pokus o odklad - např. ještě stihnout svatbu syna, divadelní vystoupení. Pacienti velmi často něco slibují, jen aby „získali čas“. Většinou za tím je pocit viny z něčeho co v minulosti neudělali.

4. Fáze: Deprese

V této fázi pacientovi dochází povaha jeho nemoci. Zlost střídá pocit hrozná ztráta. Dochází ke ztrátě zaměstnání, nemožnosti žít rodinu, nemožnosti zajistit chod domácnosti a rodiny. Většinou člověk trpí nízkým sebevědomím. Velmi pomůže, když v této fázi někdo nemocnému pomůže např. s chodem domácnosti, finanční pomocí. Lépe se pak vyrovnávají s nastalou situací a deprese velmi rychle pomine. Pacientovi by se nemělo říkat, ať není smutný. Je pro něj důležité, aby svůj žal vyjádřil, tím se lépe se situací vyrovná a tím snáze dojde ke smíření.

5. Fáze: Souhlas - akceptace

K této fázi se dostane pacient, pokud neumírá náhle nebo pokud překonal 1. fázi. Je velmi slabý, unavený, vzrůstá potřeba spánku. Má potřebu podřimovat, nejde však o únik do spánku, ale prodlužuje si tím večer spojený se spánkem. Je to fáze blízká rezignaci. V této fázi potřebuje více podpory a porozumění rodina nemocného. Je jen menšina pacientů, kteří bojují až do konce a nedosáhnou fáze souhlasu. Považována za fázi bez pocitů. Pacient v této fázi dává přednost samotě před ruchem všedního dne. Většinou nemá náladu na návštěvy a je rád když se nezdrží dlouho. Avšak naše blízkost ho může ujistit, že nezůstal sám. (Kübler - Ross, 2015, s. 51-135)

Model Elizabeth Kübler - Rossové není přijímán jen v ošetrovatelství, ale i v psychologii. Ne každý pacient však prochází všemi těmito fázemi. Mnozí se vracejí z jedné do druhé a někteří zůstávají v jedné fázi až do úmrtí. Každý pacient je jedinečný, takže i prožívání situací je jedinečné. Je potřeba to respektovat a přizpůsobit ošetrovatelskou péči tomu, jak pacient reaguje a jaké má aktuální potřeby. (Špatenková a Králová, 2009 s. 114)

4.4 Psychosociální problémy onkologických pacientů

Po skončení onkologické léčby se ocitá nemocný v určité nejistotě. Byla léčba dostatečně účinná? Nezbyla ještě v těle nějaká nádorová buňka? Nevzniknou metastázy? Nemůže se stát, že onemocnění znovu propukne? Podvědomě očekává rychlé uzdravení. Když tomu tak není, je zklamán a k lékaři ztrácí důvěru. V této situaci se někteří nemocní obracejí k léčitelům a různým paramedicínským praktikám. Často se stává, že je pacient propuštěn z nemocnice, aniž by byl dostatečně informován o obtížích, které mohou nastat. Neinformovaný pacient se shání po informacích a nastává u něj negativní postoj k lékařům a sestřám, protože se ocitl sám s nedostatkem informací. Odpovědi na tyto otázky musí nemocnému zodpovědět onkolog, který nemocného musí stále sledovat. Psychologická

intervence pozitivně ovlivňuje další průběh nádorového onemocnění a dle studií má smysl. Dopad má nemoc i na manželství a rodinu. Role v rodině se mohou pozměnit, a ne každý se s tím dokáže vyrovnat. Celkově je možné říci, že se rodiny vlivem nemoci mění. Jsou potlačovány negativní emoce, vzrůstá míra celkové únavy všech členů rodiny. (Křivohlavý, 2002, s. 132-134 ; Hoskovcová, 2009 s. 24)

4.5 Etické aspekty péče u pacientů s onkologickým onemocněním

Sestra by měla znát důležité lékařské etické kodexy, které vyplývají také z partnerského vztahu asociací sester a lékařských komor. Důležitá kritéria spolupráce jsou profesionalita přístupu k pacientovi, rovnocenný vztah sestry a lékaře a snaha o odborný růst zdravotníků. (Kutnohorská, 2011, s. 101)

Ve zdravotnictví se setkáváme se třemi základními pravidly vzájemných vztahů (viz příloha P X), (Humpl, Prokop a Tobiášová, 2013, s. 108-110)

Zdravotnická etika má nejzákladnější principy jako je respekt k důstojnosti jednotlivce, jeho práva a naprostá samozřejmost, že zdravotnický pracovník musí stát vždy na straně pacienta. V onkologii jsou velmi důležitá, ale obtížná témata, kterým se nedá vyhnout. Mezi tyto témata patří sdělování onkologické diagnózy, zejména nepříznivé prognózy onemocnění. Pacient má právo, aby byl informován o svém zdravotním stavu, ale není nikde napsáno v jakém rozsahu. Záleží tedy na konkrétním lékaři, jak a s jakým taktem diagnózu sdělí. Pacientovi by se měla ponechat naděje na zlepšení stavu. Je zde velmi důležité navození důvěry. Označujeme onkologické onemocnění jako „onemocnění celé rodiny“. Je vhodné komunikovat s rodinou v přítomnosti pacienta. Tímto se zamezí případným nesrovnalostem v podaných informacích. Každý občas něco zapomeneme, a když bude přítomna i rodina, mohou se díky kolektivní paměti doplnit chybějící informace.

Velmi důležitá je psychosociální podpora pacienta v průběhu jeho nemoci. Lékař po celou dobu nemoci pacienta doprovází. Je s ním v úzkém kontaktu během hospitalizace i při kontrolách. Pacient očekává, že mu lékař poskytne správnou lékařskou péči, informace a pozornost. Lékař by měl pacientovi naznačit, že tu bude pro něj celou dobu. Velmi důležité je rozhodnutí o ukončení agresivní onkologické léčby. Lékař by se měl umět rozhodnout o ukončení léčby včas, aby nepodával zatěžující léčbu pacientovi, který nebude schopen tuto léčbu snést a naopak zdravotní stav zhorší. Ukončení by mělo být správně načasované. Pokračování onkologické léčby i přes její selhání je neetické, nehumánní. Nepomůže

v prodloužení života, ale naopak se prodlouží útrapy s tím spojené. Péče o umírající pacienty je dalším z témat. Umírání v nemocnici je velmi stresující pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu. Pacientovi by se měla nabídnout důstojná smrt. Smrt v kruhu jeho blízkých. Je stále často diskutovaná smrt v domácím prostředí, která pro umírajícího má velké výhody. (Ulrichová, 2015, s. 75, ; Ptáček a Bartůněk a kol., 2011, s. 171-177 ; Adam et al., 2011, s. 314-315)

Saszem a Holledrem (1956) byla vyvinuta typologie vztahu lékař - pacient, dle které existují tři typy vztahů mezi lékařem a pacientem:

Vztah aktivita - pasivita je to podobný vztah jako vztah rodiče k bezmocnému kojenci. Lékař je oproti pacientovi aktivní, pacient je pasivní a neprolíná se zde vztah mezi osobnostmi.

Vztah vedení - spolupráce je nejrozšířenějším vztahem. Postavení pacienta je zde vyjádřeno slovy: „*Řekněte mi, co mám dělat, a já budu postupovat dle Vašich rad.*“ Tento vztah je podobný jako vztah rodiče a dospívajícího dítěte. Lékař zde vystupuje jako odborník, který radí, jak se má pacient chovat. Jsou zde prvky skrytého paternalismu. Vztah vzájemné participace je vztah, kde lékař „*pomáhá pacientovi, aby si sám pomohl*“. Jedná se hlavně o chronická onemocnění, kde je důležitá konzultace mezi lékařem a pacientem. Tento vztah se podobá vztahu dvou dospělých lidí. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2015, s. 72 - 73)

Čtyři hlavní etické zásady Hippokratovy přísahy, které dodnes platí v onkologii a v medicíně obecně:

1. „*o dobro/blaho nemocných (dnešní princip beneficence)*“
2. „*o ochranu před poškozením, křivdou, tj. zlem (dnešní princip nonmaleficence)*“
3. „*o dodržování zákazu zabití nemocného (dnešní zákaz eutanazie a asistovaného suicidia ve většině států světa)*“
4. „*o zachování tajemství – princip platný rovněž dodnes (např. mladý, už plnoletý nemocný si nepřeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byla poskytnuta jeho rodičům).*“ (Opatrná, 2008, 23-24)

4.6 Kvalita života pacientů s onkologickým onemocněním

Kvantita života je běžně spojena s počtem let. Kvalita se ovšem tak jednoduše jako kvantita vyjádřit nedá. Již Aristoteles v Nichomachově kronice něco podobného pravil a to, že (štěstí do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory a každý ho vidíme v něčem jiném. Aristoteles pravil, že „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“ S pojmem kvalita života se můžeme setkat v různých oblastech lidského myšlení. Kvalita života je subjektivní pocit spokojenosti. Vysoké úrovně kvality života dosáhneme, když je člověk v co nejlepším fyzickém i emocionálním stavu. Mirriam Prieß, ve své knize uvádí Model broučka. Je to model brouka, kde u každé jeho nožky je oblast života, která je velmi důležitá. Jsou to oblasti zdraví/fyzická kondice, práce, rodina/partnerství, sociální kontakty, individualita/koníčky, víra/spiritualita. Pokud máme ke každé nožičce dostatečné množství, jsme spokojeni. Pokud se nám nějaká hodnota nožky oslabí nebo ztratí, budeme pociťovat nepohodu a narušení spokojenosti. Vliv na kvalitu života má věk, nemoc, léčba a to, jak se pacient s nastalou situací vyrovnává. Kvalitu života můžeme měřit metodami, kterých je nepřeberné množství. Tyto metody jsou rozděleny podle toho, kdo hodnotí. Buď hodnotí druhá osoba, nebo sám hodnotitel, nebo jde to kombinaci obojího. Lékaři stanovují svůj názor na celkový stav např. onkologického pacienta k danému datu pomocí Karnofskyho indexu (viz. Příloha P XI). Kvalitu života zlepšíme nutriční podporou, která je v onkologii velmi důležitá. Nádorová malnutrice je charakterizovaná anorexií, ztrátou tělesné hmotnosti, úbytkem podkožního tuku a svalstva, celkovou slabostí a mnohdy velmi častou anemií. Již při zjištění onkologické diagnózy vykazuje pacient známky malnutrice. Porucha výživy velmi negativně ovlivňuje prognózu onemocnění. Výrazná ztráta hmotnosti zhoršuje výkonnost pacienta a kvalitu jeho života. V případě, že nestačí dietní rady nutričních pracovníků, nemělo by se zapomínat na doplňky stravy ve formě sippingu farmaceutických přípravků, které obsahují velkou škálu živin. Onkologové po absolvování nutriční specializace mohou předepisovat tyto přípravky na recept. Pokud není možné nutriční stav zlepšit dietními doporučeními a sippingem, je důležité přistoupit k enterální a parenterální výživě. Jelikož se nedostatečná výživa velmi odráží na celkovém zdravotním stavu a stavu onemocnění, měl by být dáván velký důraz na podporu výživy.

(Vašina, 2009, s. 21, ; Křivohlavý, 2002, s. 162-167 ; Adam et al., 2011, s. 315-327)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Podle Juříčkové a Ivanové (2015, s. 100), je kvalitativní výzkum vysvětlen takto: *„Předmětem kvalitativního výzkumu je studium každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách, proto se sleduje výzkumný problém z perspektivy aktéra, v jeho životním kontextu a v jeho vlastní interpretaci. Výstupem nejsou objektivní, zobecnitelná data, ale subjektivní významy, které přikládají sociální skutečnosti samotní aktéři.“*

5.1 Cíle práce

5.1.1 Hlavní cíl

Zjistit, ke kterým změnám, vlivem onkologické léčby, u pacientů s nádorovým onemocněním dochází nejčastěji.

5.1.2 Dílčí cíle

Cíl 1

Zjistit pocity, které měl pacient při zjištění onkologické diagnózy.

Cíl 2

Zjistit, co pacientovi pomáhá při onkologické léčbě.

Cíl 3

Zjistit, zdali chování sester může ovlivnit chování pacienta, a která zkušenost převládá.

Cíl 4

Zjistit, zdali má pacient bolest, pokud ano, zjistit zdali je u něj zvládnuta otázka bolesti.

Cíl 5

Zjistit, zdali se u pacienta objevily nežádoucí účinky onkologické léčby a pokud ano, zdali byly řešeny.

5.2 Metoda práce

Metoda práce byla zvolena po vzájemné domluvě při konzultaci s vedoucí práce PhDr. Jarmilou Verešovou. Rozhodly jsme se pro polostrukturovaný rozhovor. S paní doktorkou jsem otázky konzultovala a pomohla mi je poupravit a doplnit.

„Rozhovor jako přirozený prostředek lidské komunikace je patrně nejstarší a nejčastěji používaný způsob získávání informací. Rozhovor – interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější techniky pro získání kvalitativních dat. Při jeho zvládnutí nejde pouze o získání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také o kultivaci schopností pozorovat a o umění obě metody vzájemně provázat a dokázat z nich pro výzkum vytěžit maximum.“ (Kutnohorská, 2009, s. 40)

5.3 Organizace šetření a charakteristika průzkumné skupiny

Průzkum byl zaměřen na pacienty procházející onkologickou léčbou. Věková hranice byla nastavena 50 - 60 let u obou pohlaví. Rozhovory byly vedeny s pěti respondenty. Probíhaly ve Fakultní nemocnici v Olomouci na onkologickém oddělení, kde byli vybráni vhodní respondenti, odpovídající zmíněným požadavkům. Vybraní pacienti obdrželi otázky dopředu, aby si mohli promyslet odpovědi. Otázek bylo celkem 16, z toho poslední byla volná. Pacient podepsal anonymní informovaný souhlas. (viz PŘÍLOHA P XII).

Každý rozhovor byl po předešlém souhlasu pacienta nahrán na diktafon. Každý z dotazovaných respondentů byl dopředu informován o účelu rozhovoru a byl ujištěn o dodržení anonymity zpracovaných informací. Materiál získaný a nahraný na diktafon byl následně přepsán do písemné podoby. Z etických důvodů nebyly všechny rozhovory autenticky přepsány. Následně byl získán písemný souhlas s verzí uveřejněnou v této práci. Jsme si zcela vědomi citlivosti tématu otázek a velmi si vážíme ochoty všech respondentů, kteří byli svolni s námi spolupracovat a odpovídat na naše dotazy.

5.4 Výzkum

Rozhovory byly řazeny chronologicky v pořadí, v jakém byly pořízeny. Respondenti byli značeni R1 - R5.

5.4.1 Otázky rozhovoru

1. Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.
2. Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?
3. Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl/a o své onkologické diagnóze?
4. Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?
5. Připouštěl/a jste si závažnost onemocnění?
6. Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?
7. Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?
8. Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?
9. Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která Vám utkvěla v paměti?
10. Prožíváte momentálně bolest?
11. Řešil/a jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?
12. Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?
13. Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?
14. Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?
15. Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?
16. Je ještě něco co byste chtěl/a sdělit závěrem našeho rozhovoru?

6 VÝSLEDKY

6.1 Výsledky rozhovorů vedených s onkologickými pacienty na onkologickém oddělení

6.1.1 Rozhovor s respondentem R1

Respondent R1, 60letý muž s onkologickou diagnózou karcinomu duodena. V rodině není přítomna onkologická diagnóza, otec umřel v 67 letech, matka v 80 letech. Je rozvedený, žije s družkou. Momentálně je v invalidním důchodu, dříve pracoval jako vedoucí skladu. Důvod momentální hospitalizace je podání 4. cyklu chemoterapie za hospitalizace na onkologické klinice.

Rozhovor byl veden na pokoji, kde nebyl nikdo přítomen. Trval asi 20 minut a probíhal o víkendu. Jeho spolupacienti byli t.č. na povoleném vzdálení - tzv. propustce. Pacientovi momentálně dokapávala chemoterapie a toho dne odpoledne měl být propuštěn. Velmi se těšil. Během rozhovoru jsme nebyli rušeni a rozhovor probíhal plynule.

T: Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.

R1: *„Psychicky to snáším vcelku jakž takž. Co se týká fyzické stránky, tak jsem docela dost zhubnul, cítím se unavenej a slabej, ale myslím si, že se to zase spraví.“*

T: Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?

R1: *„No asi to možné je. Člověk když zjistí, že onemocněl takovým onemocněním, tak získává takový jiný náhled na ten svět a taky na ten svůj život. Stává se více tolerantním a takovým mírnějším. Už netrvá na těch méně podstatných věcech. Už vnímá více ty důležitější věci. Malichernostma už se nezabývá. Důležité věci jsou přednější. A asi si i toho života víc váží. Toho, že tu vlastně může ještě být. Taky si uvědomíte, že ani to soukromí není samozřejmý. Ležím tu s 2 spolupacienty a až tady jsem si to uvědomil, jak dobře je mi doma v soukromí.“*

T: Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl o své onkologické diagnóze?

R1: „*Prodělal jsem několik vyšetření českými lékaři a neobjevil to nikdo. Podezření bylo na vřed na dvanáctníku. Šel jsem od doktora k doktorovi. A nic. Až africký lékař v Ostravě Vítkovicích přišel po endoskopickém vyšetření na to, že mám nádor. Byl to velice příjemný člověk, který jako jediný poznal, že se jedná o zhoubný nádor a celou tu léčbu urychlil a po jeho zákroku to nabralo rychlé obrátky. Konečně se pořádně začalo něco dít.*“

T: Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?

R1: „*Já jsem věděl, že jednou musí něco přijít, takže když má člověk 60 let, tak už pomalu musí počítat s tím, že se něco dostaví. Moje dcera je psychologka, ale ne že bych se s ní o tom nějak extra radil nebo to, ale prostě nerozhodilo mě to nějak úplně. Jsou rád, že to беру tak, jak to přichází a jsou vcelku optimista, takže to беру asi líp než ostatní. Já jsem vlastně měsíc pořádně nejedl, takže člověk si to pořád v té hlavě probíral a s touto eventualitou jsem taky počítal.*“

T: Připouštěl jste si závažnost onemocnění?

R1: „*Ne, vůbec jsem si to nepřipouštěl. Bral jsem to nějak tak laxně. Aspoň do doby než jsem se ocitl tady a bylo mi sděleno, že dostanu chemoterapii. Pak už mi to nějak docházelo, že to není zanedbatelné onemocnění, o kterém za týden nebudu vědět.*“

T: Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?

R1: „*Noo, tak to je těžké říct. Během svého pobytu v nemocnici, jsem se setkal s lidma, kteří vedli celý život dobrou životosprávu, a pak se ocitnuli zde na onkologii. Setkal jsem se s lidma, co kouřili 60 cigaret za den, pili ve velkém množství alkohol a jsou tady tak nemocní jako já. Takže těžko říct jako. Snad jediný, co si vyčítám, jen, že jsem měl trochu nadváhu. Měl jsem 104 kg. Do té doby jsem si myslel, že je všechno v pořádku. Měl jsem nadváhu, ale přece všechno jsem se věnoval hodně turistice. Ještě v létě jsme byli na Šumavě. Takže jsem nepředpokládal, že se něco takového může stát. Ale bohužel, člověk miní, život mění.*“

T: Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?

R1: „*Tak největší oporou je moje žena. Je velmi vstřícná a jsem vždycky strašně rád, že když tu ležím, tak mě často navštěvuje. Moc mi to pomáhá. A samozřejmě děti. Moc mi pomáhá trávení času s nimi. Zapomenu v tu chvíli, že jsem vlastně nemocný. Dělají mi radost.*“

T: Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?

R1: „Samozřejmě, že to může ovlivnit a to dost. Setkal jsem se v naprosté většině případů s ochotou sestřiček. Jsou někdy výjimky, ale sestřičky jsou také jenom lidi. I ony mají své starosti a trápení. Ale vyloženě s negativním chováním sestřiček jsem se nesetkal.“

T: Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která by Vám utkvěla v paměti?

R1: „Většinou mám pozitivní zkušenosti. Pozitivní zkušenost si vybavuji, když jsem se poprvé po operaci probudil, tak byla u mě sestřička. Ta sestřička byla na mě strašně moc hodná a to po celou dobu, co jsem ležel na jipce, tak byla strašně moc milá a příjemná. Taková starostlivá. Starala se velmi pečlivě. A mám příjemné vzpomínky nejen na sestřičky, ale i na doktory. Třeba chirurg, pan doktor Loveček, se moc pěkně staral a chodila za mnou i na pokoj, a ptal se, jak se mi daří. Dokonce i o víkendu volal a ptal se, jak se mi daří. Honil sestřičky, aby mě proháněly, abych co nejdříve chodil, aby nenastaly komplikace.“

T: Prožíváte momentálně bolest?

R1: „Teď momentálně bolest nepociťuju.“

T: Řešil jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?

R1: „Teď když tu ležím, tak ne, ale na té jipce po operaci jsem bolesti opravdu měl. Ale naštěstí mi dávali takové léky, po kterých jsem měl bolesti minimální. A mohl jsem si kdykoliv o ně říct.“

T: Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?

R1: „Po operaci jsem dostával opiáty, takže bolest byla malá, skoro žádná. V té pozdější době jsem si brával Novalgin, s kterým to docela šlo zvládnout a bylo to v pohodě. Teď momentálně od bolesti neberu nic.“

T: Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

R1: „Ano, projevíly. A to silné nevolnosti. Mám čtvrtý cyklus chemoterapie a pokaždé je mi týden zle. Při prvním cyklu to nastalo až v průběhu, myslím, že druhý den chemoterapie. V druhém cyklu to bylo podobné. A teď ve třetím a čtvrtém cyklu mi už nebylo dobře hned, jak jsem chemoterapii zahájil. Asi to mám už v hlavě vsugerované a bylo mi zle hned kvůli tomu. Průjem jsem neměl vůbec. Asi 3-4 x jsem zvracel.“

T: Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?

R1: „*Ano, dostávám léky proti nevolnosti. V průběhu mi zabírají. Před zahájením je dostávám do žíly. Jinak beru Degan třikrát denně. A když mi to někdy nestačí a je mi na zvracení, tak dostanu ještě něco do žíly a většinou se mi uleví.*“

T: Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?

R1: „*Myslím si, že to záleží hodně na pacientovi, protože ze stran personálu a ze strany lékařů jsme obeznámeni s tím, že si máme říct zavčasu, když je nám zle a nenechávat to až je pozdě a už zvracíme. Mě třeba doktorka Švébišová říkala, že mám být raději protivný a hned si vyžádat léky proti nevolnosti.*“

T: Je ještě něco, co byste chtěl sdělit závěrem našeho rozhovoru?

R1: „*No ani nevím. Snad jen, ať je těch onkologických nemocných čím dál méně, a ať se co nejdříve vynaleznou léky proti ní, abychom ji úplně vymítli.*“

6.1.1.1 Vyhodnocení rozhovoru s respondentem R1

Respondent popisoval změny, které se vlivem onkologické léčby u něj objevily, a to únavu a slabost. Udává, že psychicky to snáší celkem dobře. Uvedl, že vzhledem ke svému věku a k potížím, jako např. nechutenstvím, které jeho zdravotní stav doprovázely, s možnou eventualitou nemoci počítal. Respondentovi je největší oporou manželka, která ho velmi často navštěvuje a tráví s ním hodně času. Děti mu dělají velkou radost. U respondenta převládají pozitivní zkušenosti se sestrami. Vyjádřil, že chování sester může hodně ovlivnit chování pacienta a jeho zdravotní stav. Momentálně bolest nepocítuje. Po operaci byla u něj otázka bolesti zvládnuta velmi dobře. U respondenta se nežádoucí účinky onkologické léčby objevily, ale byly řešeny dostatečně. Dostával léky proti nevolnosti a zvracení v tabletové formě a ve formě intravenózního podání.

6.1.2 Rozhovor s respondentem R2

Respondentka R2, 57letá pacientka s onkologickou diagnózou tumor předního mediastina, histologicky leiomyosarkom, 2015 extirpace tumoru s parciální resekcí sternu, subclavikulárního skloubení, klíčku levého žebra, parciální thymektomie, resekce a náhrada protézou véna subclavia, jugularis interna a brachiocephalica. Leden 2017 progrese meta skeletu, jater a plic bilaterálně, prokázané na vyšetření PET - CT. Paliativní radioterapie na oblast páteře a kyčle vpravo, celkem 5 frakcí. V rodině výskyt nádorového

onemocnění u jednoho bratra v oblasti lopatky, (zemřel ve 33 letech), druhý bratr tumor mozku (zemřel v 54 letech), matka bez onkologické diagnózy, stále žije. Respondentka momentálně v invalidním důchodě, dříve pracovala jako vedoucí číšnice. Momentálně přijata ke 2. cyklu paliativní chemoterapie ve složení Ifosfamid + Doxorubicin.

Rozhovor byl veden na pokoji, kde byla s další pacientkou, která v době rozhovoru měla návštěvu a nacházela se v respiriu na chodbě oddělení. Rozhovor trval necelých 20 minut, probíhal plynule a nebyli jsme při něm rušeni.

T: Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.

R2: *„Pocituji fyzické změny ve smyslu takové omezenosti. Opravdu nejste sama sebou. Člověk je takový úplně jiný, než jak jste byli zvyklí. Cítím se dost slabá a unavená. Nemám těch sil, na které jsem byla zvyknutá. Hodně mi vadilo, že mi vypadaly vlasy. To teď už se tím netrápím. Jsem ráda, že si kolem sebe obstarám sama.*

Po psychické stránce je to takové na vážkách. Někdy dobře, z toho zase špatně. Takové jak na horské dráze.“

T: Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?

R2: *„Nevím, jestli jsou to zrovna kladné změny, ale člověk si toho života tak více váží. Váží si okamžiků, které jsem brala jako samozřejmosti.“*

T: Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl o své onkologické diagnóze?

R2: *„No my jsme se nabourali autem a vlastně mně to zlomilo hrudní kost, takže mě odvezli do Šumperka do nemocnice. A když mně dělali CT vyšetření, tak mi přišli na to, že mám tumor. Tak pak mě objednali sem do Olomouce a tady už mě operovali. No, a už je to rok a třičtvrtě, co mě operovali tady na I. hrudní chirurgické klinice.“*

T: Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?

R2: „*No byl to takový strašný šok. Že to není možný. Že se museli splést. Vždyť mně nic celou dobu nebylo, tak přece nemůžu mít nádor. Nic mě nikdy nebolelo. Trošku možná záda. Ale koho dnes záda nebolí, že? Pak jsem se léčila se zádami, ale na nic mi nepřišli. Bolívalo mě za krkem. A ten tumor mně už tehdy tlačil na tu krční páteř. Nebýt té autonehody, tak jsem to snad dnes ani nevěděla. A možná ještě ani nějakou dobu ani neobjevila.*“

T: Připouštěl jste si závažnost onemocnění?

R2: „*Závažnost jsem si nepřipouštěla. Nic mě nebolelo. Vyoperovalo se to a já se cítila naprosto klidná. Myslela jsem si, že jsem se toho zbavila, a že se to všechno vlastně odebralo. I ty výsledky byly dobré. No a za ten rok mi začalo být tak slabo. Cítila jsem se strašně unavená, musela jsem hodně odpočívat, neměla jsem síly. Točila se mi hlava, a když jsem šla na kontrolu, tak mě paní doktorka objednala na to pecéčko nebo jak se to jmenuje a tam mi zjistili, že mám další nález na žebrech, na plicích a na játrech. No a od té doby jsem tady.*“

T: Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?

R2: „*No to vážně nevím. Já jsem si myslela, že je všechno odebrané a nikdy by mě nenapadlo, že se to rozšiřuje. I výsledky vypadaly dobře a nic nenasvědčovalo, že není. Žádnou ochrannou léčbu jsem nedostala, takže jsem to brala tak, že je všechno v pořádku.*“

T: Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?

R2: „*No určitě nejvíce rodina. Vnoučátka jsou veselá a bezprostřední. Nevědí, o co se jedná. Oni si myslí, že jsem jen nemocná. Moje dcera mi moc pomáhá.*“

T: Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?

R2: „*No určitě. Vždyť to sama víte, že když je na Vás někdo milý, tak to na vás moc dobře působí. Už jen když vás někdo jen pohladí, tak to neuvěřitelně pomáhá. Pomáhá mi, že je tady takový klid a takové milé chování moc pomáhá.*“

T: Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která by Vám utkvěla v paměti?

R2: *„Negativní se může taky objevit. Ale tady jsem zaznamenala velmi vlídné chování ke starší vážně nemocné pacientce, co jsme tu měli. A byla jsem tu svědkem moc pěkného chování. Nechci jmenovat, ale co mi utkvělo v paměti, co se zkušenosti se zdravotníkem týče, jsem tu zažila s jednou sestřičkou. Ne, že by byla zlá, ale je taková odměřená. Nevím, jak bych to popsala, ale taková neosobní bych řekla.“*

T: Řešil jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?

R2: *„Ano, momentálně trpím bolestí. Bolí mě záda, bolí mě játra, i hrudník a žebra. Bolí mě to stále. Ale už jsou aspoň snesitelné. Mně se to vždycky zklidní těma lékama na určitou dobu, ale jak se blíží další dávka opiátů, tak už se to zase ozývá. Nemá to vliv, jestli chodím nebo ležím.“*

T: Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?

R2: *„Ano, jsem vedena v ambulanci léčby bolesti a tam mi navrhli ty léky, co teď momentálně беру. Myslím, že jsou dobré.“*

T: Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

R2: *„Ano, projevíly. Nebylo mi dobře od žaludku a neměla jsem chuť k jídlu. Dostávám ty léky v určitých naordinovaných časech. Někdy se sestřičky nabídnou s masáží zad, což mi taky uleví. Ale sama si o ni neříkám. Vidím, že i tak mají moc práce, tak je mi to tróufalé. Ale sestřičky se samy nabídnou, tak toho ráda využiju.“*

T: Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?

R2: *„Pomůžou mi léky, když mám „žaludek na vodě“. Nikdy nevím, jestli budu nebo nebudu zvracet.“*

T: Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?

R2: „*Jo, jo. Když si řeknu, tak je hned dostanu, ty léky na zvracení. Dostávám tu i ty pitíčka, abych měla nějakou tu energii, ty nutridrinky. Ty jsou někdy fajn. Z toho se mi stane, že se na ně nemůžu ani podívat.*“

T: Je ještě něco, co byste chtěl sdělit závěrem našeho rozhovoru?

R2: „*Akorát snad, že je to neskutečné, kolik je nemocných. Denně na té chodbě je plno lidí. Je toho strašně moc toho nasetýho, když to tak škaředě řeknu. Člověk se snaží jíst zdravě a pak skončí tam, kde skončí.*“

6.1.2.1 Vyhodnocení rozhovoru s respondentem R2

Respondentka pocítuje vlivem onkologické léčby a onemocnění určitou omezenost. Uvádí slabost a alopecii. Psychicky to zvládá střídavě dobře a střídavě hůře. Uvádí, že si více váží okamžiků, které brala jako samozřejmost. Při zjištění diagnózy zmiňuje šok. Popisuje prožívání jako v 1. fázi popírání a izolace dle Kübler - Rossové. Respondentka se cítila zdravá a jen z důvodu autonehody se z plného zdraví dozvěděla o své onkologické diagnóze. Jako největší oporu zmiňuje rodinu a vnoučata. Chování sester považuje za velmi důležité. Z momentální hospitalizace převládají kladné zkušenosti. Jen o jedné sestře se zmiňuje jako o sestře s neosobním a odměřeným chováním. Bolestmi momentálně trpí, ale udává zlepšení. Dostává léky, které byly naordinovány klinikou léčby bolesti. Nežádoucí účinky onkologické léčby se objevily a byly dobře řešeny medikací.

6.1.3 Rozhovor s respondentem R3

Respondentka R3, 54letá žena s onkologickou diagnózou tumoru krku prorůstající k bázi lebni s obturací foramen ovale s propagací do zadní jámy lebni. Dle vyšetření PET - CT prokázané meta postižení lymfatických uzlin nad bránicí, podkoží, svalů, peritonea, skeletu s destrukcí skeletu a propagací do páteřního kanálu, ovaria. Patrný ascites v břišní dutině.

V rodině se žádné onkologické onemocnění nevyskytuje. 6. 1. 2017 byla zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie, z důvodu zajištění nutrice. Žije s manželem. Pracuje jako technická pracovnice u Českých drah. Momentálně je v pracovní neschopnosti.

Rozhovor byl veden na pokoji, po předchozím požádání spolupacientky o opuštění pokoje na dobu konání rozhovoru. Spolupacientka chtěla jít zrovna na procházku po chodbě se

stojanem s infúzní pumpou s chemoterapií. Ochotně nám vyhověla. Respondentka uvedla, že by jí přítomnost spolupacientky vůbec nevadila. Je slabá a točí se jí hlava, tak se necítila na rozhovor mimo lůžko. Během rozhovoru nás přerušil příchod sestry, který iniciovala respondentka z důvodu zvukového alarmu na pumpě, v které byla aplikována infúze s parenterální výživou. Rozhovor trval asi 30 minut a na pohled dost respondentku unavil. Ale respondentka nechtěla rozhovor přeložit na jindy. Podle jejích slov je takto unavená pořád a nevádí jí to.

T: Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.

R3: *„No tak já myslím, že ty psychické až tak moc nejsou, protože se tím nechci zabývat. Dávám to na druhou kolej, protože se nechci prostě trápit. Má to přijít, tak to přijde, ale jak to přijde, vůbec netuším a neřeším to.*

Fyzicky se cítím velice slabá, unavená. Nemám žádnou sílu navíc. Nevládám činnosti, na které jsem byla běžně zvyklá.“

T: Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?

R3: *„O kladných změnách si myslím, hovořit asi nejde. To asi nikdy nemůže existovat. Kladné změny na takových věcech jako je onkologické onemocnění.“*

T: Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl o své onkologické diagnóze?

R3: *„No nahmatala jsem si na krku asi před půl rokem bulku a šla jsem s tím k obvodnímu doktorovi. Ten mě poslal do špitálu do nemocnice, a tam už se to rozjelo. Tady ve špitále. Prošla jsem různými vyšetřeními. No a tu mou diagnózu mi sdělili na ORL.“*

T: Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?

R3: *„No, že asi skončil můj život no. Co taky jinýho mi mohlo proběhnout v hlavě, že?“*
(respondentka se rozplakala.)

T: Připouštěl jste si závažnost onemocnění?

R3: *„Připouštěla jsem si to, ale teď si to už nechci připouštět. I když vím, že to není dobrý, tak prostě si to nechci připouštět. Tím si nepomůžu, že se tím budu trápit.“*

T: Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?

R3: *„To teda vážně netuším. Ptám se, proč zrovna já? Proč?“*

T: Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?

R3: *„Manžel a rodina je má největší opora. No a samozřejmě pomáhá to, co nás ještě čeká. Čeho se chci ještě pořád dožít a co chci prožít.“*

T: Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?

R3: *„No to rozhodně. A tady jsou sestřičky tak strašně moc hodný, že jako si právě myslím, že tamten todlensto velmi pomáhá a směřuje pozitivním směrem. Člověk se necítí tak sám, když má sestra o něj zájem a popovídá si s ním. Pohladí ho. Prostě projeví zájem o vás jako o člověka.“*

T: Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která by Vám utkvěla v paměti?

R3: *„No určitě pozitivní. Těch negativních je málo. Ale jak říkám, většinou pozitivní. No, a když se vcítíte do člověka s onkologickou nemocí, tak si dokážete představit, že když se k vám bude chovat sestra s odstupem, bude nedobře naladěná nebo dokonce bude nepříjemná, tak vám to asi na psychice moc nepřidá. A když za váma přijde, pohladí vás, tak ani nemusí mluvit a hned máte pocit, že jí na vás záleží a zajímá se o vás.*

A tady jsem se vůbec nesečkala s těmi negativními prožitky ohledně sester. Vždycky tu byly vstřícné a hodně milé a cokoliv jsme potřebovali, tak nám vždycky udělali. Takže odsud vůbec žádné negativní prožitky se sestrami nemám.“

T: Řešil jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?

R3: *„Momentálně bolest nemám. Ale už jsem to několikrát řešila. A řešili jsme to i s tou klinikou léčby bolesti. Odeslali mě tam odtud. Tam mi napsali, co by mi tu měli dávat a to*

jsem si dávala i doma. A dobrý. Lepila jsem si náplastí. A ty tu dostávám taky. Jednou za 3 dny novou.“

T: Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?

R3: „No, jak už jsem zmiňovala, pomohli mi těmi náplastmi. Dohodli se s naší doktorkou tady na onkologii a ta mi je napsala. Napsala mi je i na recept, jak jsem byla doma. Mívala jsem bolesti a ty byly většinou stále, takže teď jsem spokojena. Bolesti buď nemám, nebo jen mírné, takže se to dá.“

T: Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

R3: „Zatím nezvracím. Mám jen žaludek na vodě. Průjem taky nemám. I když mě tu upozorňovaly sestřičky i paní doktorka co může nastat. Mám ještě velmi sucho v ústech. A to s tím taky vlastně souvisí. Na tu suchost si kloktám po každém jídle speciální roztoky, které docela pomáhají.“

T: Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?

R3: „No dostávala jsem při chemoterapii léky proti nechutenství, tak to mi asi taky pomáhalo.“

T: Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?

R3: „Myslím si, že ano. Sestry se mě pořád ptají, jestli něco nepotřebuju nebo jestli je vše v pořádku. Takže kdyby nebylo, řekla bych.“

T: Je ještě něco, co byste chtěl sdělit závěrem našeho rozhovoru?

R3: „Tak já teď už nevím co bych dodala. Léčím se od listopadu minulého roku. Za sebou mám chemoterapii a radioterapii. Teď ještě čekám, jestli se bude něco dít. Chemoterapie moc nezabrala. Nosím tento krční límec, aby se mi nezbortila krční páteř. Tak teď jen doufám, že mi ještě nějak budou moci pomoci.“

6.1.3.1 Vyhodnocení rozhovoru s respondentem R3

Respondentka se snaží nemocí příliš nezatěžovat a tudíž se tím netrápit. Fyzicky se cítí velmi slabá a unavená. Tudíž nezvládá činnosti, na které byla běžně zvyklá. Při zjištění diagnózy ji proběhlo hlavou, že jí skončil život. Nechce si závažnost připouštět, i když si je jí vědoma. Největší oporou je jí její manžel a rodina. Pomáhají jí myšlenky na budoucnost. Podle jejich slov chování sester velmi ovlivňuje chování pacientů. Zkušenosti se sestrami ve Fakultní nemocnici Olomouc na onkologickém oddělení má pozitivní. Respondentka řešila otázku bolesti. Lepí si náplasti s opiáty. Bolesti momentálně buď nemá, nebo jen mírné. Trpí xerostomií a dostává při chemoterapii antiemetika. Nežádoucí účinky jsou dle respondentky řešeny dostatečně.

6.1.4 Rozhovor s respondentem R4

Respondent R4, 59letý, s onkologickou diagnózou hrtanu, v lednu 2017 disekce uzlin. V rodině výskyt nádorového onemocnění jen u dědečka a to plic. Otec zemřel v 57 letech na emfyzém plic, matka zemřela na následky morbu Bechtěreva v 58 letech. Žije sám, děti nemá. Pracuje jako operátor výroby, předtím Lachema. Důvod momentální hospitalizace je 4. cyklus radikální chemoterapie v kombinaci s probíhající radikální radioterapií, momentálně 28. frakce z celkových 35 frakcí.

Rozhovor probíhal na onkologické klinice na pokoji pacienta, kde byl sám, protože spolupacient byl na povoleném vzdálení neboli na propustce. Pacient také chodíval na propustky, ale z důvodu zhoršení polykání nebyla tentokrát doporučena. Ani sám pacient se momentálně necítil na to jít na víkend domů. Pacientovi byla při rozhovoru aplikována infúze a transfúze. Při rozhovoru jsme byli celkem třikrát rušeni. Dvakrát sestrou, která z důvodu pomalé aplikace transfúze dvakrát proplachovala periferní žilní katétr a jedenkrát sanitárkou, která kontrolovala, zda není nutné vylít močovou láhev. Po vyrušení jsme opět navázali plynule na otázky rozhovoru. Respondent trpěl xerostomií, opakovaně při rozhovoru pokašlával, často popíjel čaj. Špatně se mu mluvilo a bylo mu velmi špatně rozumět. Rozhovor probíhal asi 55 minut z důvodu diskomfortu při mluveném projevu. Při popíjení pocítoval respondent bolest a bylo potřeba nechat pacienta chvíli odpočinout.

T: Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.

R4: „*No podívejte se, já Vám to řeknu asi tak. Já když mluvím o svém stavu, tak si prostě nepřipouštím žádnou onkologickou léčbu. Já jsem prostě nemocnej a odsud se vrátím zdravej. A jediný, co mě štve, je že nemůžu jíst a mluvit. To je to, co mně vadí. Ozařování hrtanu má svá specifika. Taková nepříjemná, že jo. Mám potíže s polykáním, s mluvením. Mám celý spálený krk zvenku i zevnitř. Trochu jsem i zhubnul, ale vážil jsem o 15 kilo nadváhy, takže pořád je odkud brát.*

Co se psychiky týče, tak kdo se mi na to zeptá, jako co je rakovina, tak já prostě žádnou rakovinu nemám. Jsem prostě jen nemocnej a hotovo.“

T: Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?

R4: „*Takhle hluboko filozoficky jsem opravdu nepřemýšlel a neuvažoval, takže opravdu nevím.“*

T: Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl o své onkologické diagnóze?

R4: „*No při běžné kontrole, respektive při běžném onemocnění angíny. Obvodní lékař mě poslal na ORL na kontrolu, pak druhá kontrola, nějaký cétečko, no a pak mě nakonec poslali ještě na biopsii, no a tam mi zjistili, že mám nádor.“*

T: Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?

R4: (respondent se směje). „*No co si myslíte, že může proběhnout v hlavě? No že Vás to nasere. Zrovna v ten moment jsem sehnal práci, která mě bavila, no a taková rána. Dělal jsem tam jen 2 měsíce. Jsou 2 kategorie. To, že Vás to nasere a ta druhá, že Vám to přijde líto. Tak tohle mě spíš přišlo líto. No, ale je to nepředstavitelná bezmoc v tu chvíli. Takže jsem to raději nakonec pustil z hlavy, že jsem nemocný. Pak se mi podařilo dostat se na operaci do Olomouce, za což jsem hrozně rád, protože když jste někde, kde lidem důvěřujete, tak jde všechno líp. Je totiž důležité, když člověk řeší něco takového operativně a ozařováním, tak je důležité, aby mohl těm lidem, kteří o něj pečují důvěřovat. Když tak to*

škrtněte, jestli jsem řekl název té nemocnice, ke které nemám důvěru. Ale prostě se tu cítím daleko lépe.“

T: Připouštěl jste si závažnost onemocnění?

R4: „Ne nepřipouštěl a ani nepřipouštím. Jak už jsem Vám řekl, jsem nemocnej a budu zdravěj. Tak to je.“

T: Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?

R4: „No můžu si za to akorát já sám, že jsem si někde uhnal nádor na hrtanu. Podívejte se, samozřejmě, že každý řekne, že si za to můžu sám téma cigaretama, co jsem vykouřil. Kouřil jsem asi 40 let, 20 cigaret za den. Jenomže to je velice diskutabilní. Samozřejmě, má to asi vliv, ale na druhé straně, když jsem byl v Brně v Lachemě v chemikárenské výrobě, tak si nedokážete představit, jak to tam vypadalo. Takže spíš tohle vedlo k mé nemoci. Je to kombinace všeho možného. Samozřejmě, když člověk kouří, tak si k tomu pomáhá a musí počítat, že to asi přijde. Ale vedle mě ležel človíček, velmi hodný chlapík, který se před 35 lety vsadil se svým synem, a prohrál, tak přestal kouřit. No a teď tu ležel vedle mě s rakovinou. V Lachemě jsem dělal, to už je strašně dlouho, ale myslím si, že jsem tam mohl dostat nějaké ty dispozice k tomu, proč tu teď ležím. Byla to chemická výroba. Dneska je karcinogenní úplně všechno, takže je těžké přisuzovat to jen něčemu.“

T: Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?

R4: „Já jsem si sám sobě oporou. Já žiju sólo, mám nějaké kamarádky, ale s rodinou si telefonuju denně. Brácha mě tu navštěvuje a vozí mě tu. Vozil mě ,když jsem jezdil na propustku domů. Brácha je pro mě moc důležitý. Ale jinak jsem hodně blbnul, takže s rodinou momentálně nemám nějaké extra kontakty. Ale vím, že se mají dobře a jsou spokojení, takže to je dobře.

Pomáhá mi, když na to nemyslím. Je blbost řešit to. Zbytečně se nervovat. Zbytečně řešit to, co tu všichni pořád řeší. Svou nemoc. To stejně nevyřeším já. Vyřeší se to samo. Nepřidá to nikomu se tím zatěžovat. To mě nevyléčí.“

T: Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?

R4: (Respondent se směje). „No možná tohle by mělo být mimo záznam. Ne, ne. Dělán si srandu. No jistěže je to velmi důležité. Jejich chování je strašně důležité. Tady i na krčním je velmi příjemný personál. V podstatě, když se dodržují oboustranně pravidla, tak je to dobrý. Má to velký vliv. Když vidí, že se o něčem nechci bavit, tak se nevnucují. Za což, jsem velmi rád. Pochopitelně Vás to vyvede z míry, když tu přijdete jako zdravý člověk a teď se tu dějí takovéto věci. Teď tu mám druhou transfúzi, mám rozhašený žlučník, dostávám výživu do žíly. Ale k tomu to asi patří. K tomu, aby mě uzdravili, mě musí nejdřív skoro zabít. Jinak holt ten nádor zničit nejde. V Lachemě, vždycky když jsem tam byl, v těch osmdesátých letech minulého století, tak jsme tu cisplatinu, co mi tu zrovna dávají, tam zrovna vyráběli. Já moc dobře vím, co je to za jed. Prostě to napadne organismus, ten nádor to napadne trošku víc. Ale na sedmdesát procent ho to zruší.“

T: Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která by Vám utkvěla v paměti?

R4: „Většinou pozitivní. Je to velmi těžké povolání. Já sám to tu sleduju. Co všechno ty holky musí dělat. No nezávidím jim to. Jsou tu všichni moc hodní. Jsem rád, že nejsou přehnaně starostlivý. Podle mýho je to složitý povolání. Jak chodím na záchod, tak vidím, jak tam vzadu přebalují ty ležící lidi. Takže oni v sobě musí mít tu chuť to dělat. Je to poslání. Jinak by to nemohli dělat. Smekám před jejich prací.

Negativní zkušenost mám od obvodního doktora. Ta jeho sestra, to je strašný. Hned jak ji uvidíte, tak už víte, jak se vyspala. A jak dokáže být nepříjemná, to je někdy opravdu neskutečné. To si tady ty holky asi ani nemohou dovolit. Nemůžou být protivné na tak vážně nemocné lidi. Věřím, že je to hrozné, když jsou pacienti nadměrně protivní, často zvoní i kvůli blbostem, ale asi to tak nějak berou a snáší v pohodě. I na pooperačním byly strašně vstřícné.“

T: Řešil jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?

R4: „Samozřejmě, že řešil. Mám bolesti. Mám je stále. Nejvíce při polykání. To mě bolí nejvíc. On je totiž ten krk tak spálený. Je to spálený zvenku i zevnitř. Hodně mi pomáhá, že to mám zabalený. Je to zabalený do nějakých léků, což mi přivádí úlevu. Aspoň mě to tak nepálí a nesvědí. No a při polykání jídla, ale i slin, které vlastně skoro vůbec nemám, protože mi pan profesor na krčním vyoperoval jednu slinovou žlázu na krku a tu druhou mi

úspěšně spalují na ozárkách. Díky tomu nemám chuťové buňky. Nebudu vám vyprávět, co mám zrovna za chuť v ústech. Naštěstí jsou tu věci, kterými si výplachama a kloktáním pomáhám.“

T: Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?

R4: „Od bolesti dostávám léky. Myslím si, že až moc. Za celý život jsem nesnědl tolik léků, jako teď, co jsem tady v nemocnici. Dostávám ty léky v tabletách anebo rovnou do žíly, což mi pomáhá rychleji a dýl. Jezdívám na víkendy domů, ale teď už jsem nejel. Už to nešlo. Nemůžu polykat, přestal jsem jíst. Takže doma by to byl asi problém. Kdybych to zvládal ambulantně, tak jsem to chtěl tak řešit. Ale teď zpětně jsem moc rád za to, že tu nakonec ležím. Doma bych se asi trápil. Tady když něco, tak jsem pod ochranou a péčí.“

T: Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

R4: „Jo mám strašnou suchost v ústech. Je to dost nepříjemný. Zvracel jsem, ale bohužel nebylo co, takže to bylo hrozný. Měl jsem i průjem. Jsem unavený. Je to prostě koncentrovaný jed, když se to nařadí, takže se s tím musí počítat. Je to vysoce ale vysoce jedovaté, takže nás to zabíjí. Naše buňky to zabíjí. A ty nádorové jsou na tohle citlivější, takže to zabije nejdřív je. Nás jen částečně. Všichni mě o nich informovali, takže jsem s tím počítal.“

T: Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?

R4: „Od nevolnosti jsem dostával léky. Na krk mám vodičky i se znecitlivující složkou takže to pomáhá. Na bolest mám léky. Mám tady veškeré zaopatření. Krk mi ošetřují sestričky. Dávají tam nějaké 2 složky. Nejdřív takovou chladivou a pak 10 minut potom to setrou a dají tam nějakou léčivou. Pak mi to zabalí do další speciální směsi, kde je obsaženo stříbro, které léčí a zabalí mi to. To bych doma nezvládl.“

T: Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?

R4: „Jo, jo. Řešilo se to dle mě, jak už jsem řekl dostatečně.“

T: Je ještě něco, co byste chtěl sdělit závěrem našeho rozhovoru?

R4: „*No snad jen to, ale to už jsem asi taky říkal, že jsem rád, že tu vlastně ležím a nejezdím ambulantně. Mám kamarádku, která jezdila na ozářky ambulantně. Léčí se s nádorem prsu. Ale ta nemá takové komplikace jako já. Takže to zvládá dobře. Tak a teď už čekám, až nebudu nemocný a půjdu zdravý domů. Tak a na závěr našeho rozhovoru Vám přeju ať tu práci lehce a dobře obhájíte.*“

6.1.4.1 Vyhodnocení rozhovoru s R4

Respondent si nemoc příliš nepřipouští. Připadá si běžně nemocný a až podstoupí celou léčbu, bude zdravý. Za fyzické změny pociťuje úbytek váhy a potíže s polykáním. Při zjištění diagnózy pociťoval respondent pocit naštvání s lítostí. Popisuje to jako nepředstavitelnou bezmoc v tu chvíli. Hodně mu pomáhala důvěra, kterou měl v lékaře ve Fakultní nemocnici. Závažnost onemocnění si nepřipouští. Jako příčinu onemocnění zmiňuje kouření a dlouhodobou práci v chemikárenském průmyslu. Největší oporou je on sám sobě a bratr. Zmiňuje důležitost pozitivního chování sester. Zkušenosti má většinou pozitivní. Negativní zkušenost popisuje se sestrou u obvodního lékaře. Respondent uvádí, že bolest má. Od bolesti dostává léky, které mu zabírají. Krk mu ošetřují mastmi, které mu ulevují. Jako nežádoucí účinky léčby uvádí xerostomii, průjem, zvracení i únavu. Řešeny byly dostatečně.

6.1.5 Rozhovor s respondentem R5

Respondentka R5, 55letá s onkologickou diagnózou karcinomu rekta. Poprvé diagnostikované v roce 2015, kdy byla také podána chemoterapie i radioterapie. V roce 2016 prokázána vícečetná ložiska v játrech. Od listopadu 2016 podávána paliativní chemoterapie v kombinaci s biologickou léčbou Erbitux. Ze strany rodiny byla onkologická diagnóza přítomna u matky – karcinom prsu, zemřela v 76 letech na infarkt. Otec měl cévní mozkovou příhodu, na kterou v 63 letech zemřel. Sourozenci a syn zdrávi. Je ovdovělá od loňského roku, momentálně žije se synem. Je na pracovní neschopnosti. Pracuje jako prodavačka. Důvod momentální hospitalizace je k podání 8. Série paliativní chemoterapie v kombinaci s biologickou léčbou.

Rozhovor probíhal na pokoji s použitím ochranných pomůcek. Respondentka byla na izolačním pokoji z důvodu prokázání přítomnosti Methicilin-rezistentního stafylokokka aurea, prokazaného ze stěru z nosu a krku. Při rozhovoru jsme nebyli vůbec rušeni. Rozhovor probíhal plynule a respondentka byla velmi hovorná a vstřícná.

T: Které změny se vlivem onkologického onemocnění u Vás objevily? Mám na mysli změny psychické i fyzické.

R5: „*No tak co se psychického stavu týče, tak mě to hodně zlomilo. Ale už jsem se s tím nějak sžila. Ale bylo to moc těžké. Ale musím to tak brát. Prostě co nadělám.*

Z té fyzické stránky je to hlavně únava, nevykonnost, slabost. Už si ani nevzpomenu, kdy jsem se cítila silná. Jako myslím plná sil. Ten pocit. To už ani nevím, kdy to bylo. Moc mě to zmáhá ta léčba. Čím dál míň jím a jsem čím dál víc slabší a slabší. Stojí to za kočku.“

T: Je možné vlivem onkologického onemocnění mluvit i o kladných změnách? Nebo je to nemožné?

R5: „*No možná snad jen to, že ještě žiju. Jsem sice nemocná, ale žiju. A užívám si každého nového rána a dne, kdy mi je celkem obstojně a zvládám si udělat kolem sebe základní věci a když je i fajn tak i poklidím.“*

T: Kdy a za jakých podmínek jste se dozvěděl o své onkologické diagnóze?

R5: „*No tak to bylo po kolonoskopii, když jsem si šla k doktorovi pro výsledek. Tam mi bylo už nastíněno, že by to mohl být nádor, a že to potvrdí nebo vyvrátí vyšetření pet. No a pak, když jsem si šla vyslechnout výsledek petu, tak to dopadlo tak, jak jsem si skrytě myslela, ale doufala, že ne. Pořád jsem doufala, že to bude jen polyp a že mě pošlou na operaci a budu mít zase klid.“*

T: Co Vám v první chvíli proběhlo hlavou?

R5: „*No v první chvíli mě proběhlo hlavou, že to není pravda, a že drží v ruce výsledky někoho jiného. Pořád jsem čekala, že mi snad řeknou, že si dělali srandu a všechno dopadlo dobře. Ale nestalo se tak. Byla to pro mě fakt rána. Ještě dobrý týden jsem se z toho vzpamatovávala a brečela.“*

T: Připouštěl jste si závažnost onemocnění?

R5: „No když už mně to potvrdili, tak ano. Ale bylo to pro mě moc těžké. Moc mě to trápilo.“

T: Napadá Vás příčina, která mohla onemocnění způsobit?

R5: „Cože? Vůbec mě nenapadá nic, co by mohlo za tím stát. Opravdu nic. Stravovala jsem se běžně. Zeleninu i ovoce jsem do jídla zahrnovala taky, takže fakt netuším.“

T: Kdo je Vaší největší oporou v období onemocnění a co Vám nejvíce pomáhá?

R5: (respondentka se při položení otázky rozplakala). „Nezlobte se. No, ještě do loňska to byl můj manžel. Ten bohužel loni v srpnu náhle zemřel. Tak jsem se najednou ocitla sama. Naštěstí mám syna, který se mnou teď bydlí a je to moje opora. Velká opora. Jsem moc ráda, že ho mám. Moc mi pomáhá. Je to mé jediné dítě. O něj se můžu momentálně opřít. Nejvíce mi pomáhá, když jsem doma. Člověk přijde na jiné myšlenky a vypustí spoustu věcí z hlavy.“

T: Myslíte si, že chování sester může ovlivnit prožívání nemoci? Pokud ano, jak?

R5: „To víte, že jo. A jak! Tady odsud mám naštěstí jen dobré zkušenosti. Myslím si, že pokud cítíte od sestry její zájem o vás, tak to strašně pomáhá. Když se k vám chová hezky, tak se hned všechno zvládá lépe. A v této nelehké situaci je moc příjemné vědět, že se za vámi staví sestra, třeba jen tak. Popovídá si s váma, aniž by sledovala hodiny. Pohladí vás. Víím, že to ty holky nemají lehké, ale o to víc to zahřeje, že si najde chvílku na prohození pár vět.“

Naopak, když je sestra nepříjemná, člověk cítí, že ji obtěžuje, tak by tu člověk nejradši nebyl ani vteřinu. Tohle se na psychice podepíše nejvíce.“

T: Jaké jsou Vaše nejčastější zkušenosti se sestrami? Vybavujete si nějakou zkušenost, která by Vám utkvěla v paměti?

R5: „Nejčastěji asi kladné. No a jedna zkušenost se mi teď vybaví. Bylo to právě na chirurgii, kde mi jedna sestra úplně znepríjemnila celý pobyt. I když ostatní sestřičky byly zlaté, tak tahle zkušenost přebyla všechny pozitivní. Byla jsem přijata den před operací. Ten den, a pamatuju si to jako dnes, měla službu mladá sestra, která by toto povolání

opravdu dělat neměla. Něco tak nepříjemného a arogantního jsem už dlouho nezažila. Fakt strašný. Připadalo mi, že každým dotazem ji velice obtěžuji. A když jsem si dovolila zazvonit, že už mám vyprazdňovací roztok vypitý, odsekla, že jestli si dělám srandu na ni zvonit kvůli takové blbosti, a že nemá na starost jen mě, a kdyby takto zvonil každý, tak že by jí nestačilo ani 10 párů noh. Byl to velice nepříjemný zážitek a dodnes si ho pamatuju. Ostatní sestřičky byly zlaté. Ale tahle byla opravdu zlá. To jsme si potvrdili ještě se spolupacientkou, která ležela vedle. Byla jsem šťastná, když se vyměnila směna a já se nebála na cokoliv zeptat. Nechápu, jak takový člověk může pracovat v nemocnici. Nechápu, jak ji tam můžou trpět. Nejsem z těch pacientů, kteří zbytečně otravují, ale takhle jsem si tam za její směny připadala. Bylo to pro mě strašné. Strašně mě to tehdy rozhodilo.“

T: Řešila jste otázku bolesti během pobytu v nemocnici?

R5: „Řešila a pořád řeším. Ted' momentálně mám bolest ramenního kloubu a strašně to bolí. Nemůžu s ním ani hýbat. Kvůli špatným odběrům na srážlivost nemůžu dnes podstoupit punkci kloubu. Jinak dostávám léky v tabletách, ale můžu si říct i o injekci. Ale většinou mi stačí ty tabletky. O injekci jsem si řekla zatím jen jednou.“

T: Jak Vám bylo od bolesti pomůženo?

R5: „No jak už jsem uvedla, pomůženo mi bylo tabletkami a injekcí. Ty mi fakt pomáhají. A mám pak na nějakou dobu pokoj.“

T: Projevily se u Vás nějaké projevy nežádoucích účinků onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

R5: „Ano, hodně mně prořídly vlasy, bolí mě v puse při polykání, mám tam boláky. Jsem unavená. Po celém těle mám vyseto plno vyrážek. Občas to i svědí. Více mě to pálí. No a nevím, jestli to patří k nežádoucím účinkům, ale z výtěru mi zjistili nějakého odolného bacila, kvůli kterému tu musím být sama. Nemůžu vycházet mimo pokoj, což mě docela štve.“

T: Jakým způsobem došlo k jejich zvládnutí?

R5: „*No tak na tu kůži mám masti a krémy, kterými se mažu pravidelně. Na pupínky mám takovou léčivou vodičku. Pusu si vyplachuju kloktadly, která mají znečistlivující složku, takže mě to pak nebolí. No a na žaludek dostávám taky léky.*“

T: Máte pocit, že se řešily nežádoucí účinky dostatečně?

R5: „*Jo myslím, že ano. Určitě pociťuju zlepšení.*“

T: Je ještě něco, co byste chtěl sdělit závěrem našeho rozhovoru?

R5: „*No snad jen to, že chci, aby to už bylo za mnou a konečně bych si mohla oddechnout a užívat si zbytku života ve zdraví a v pohodě. Dokud jsem neonemocněla, vůbec jsem si neuvědomovala, jak je důležité být zdravý. Člověk to bere všechno tak automaticky, že si pak toho, že je zdravý vůbec neváží.*“

6.1.5.1 Vyhodnocení rozhovoru s respondentkou R5

Respondentka udává, že to pro ni byl šok zjistit, co má za onemocnění. Ale uvedla, že se s tím nějak sžila. Jako změny související s onkologickou diagnózou uvádí únavu, nevykonnost, slabost a to, že čím dál míň jí. Při vyřknutí diagnózy čekala, že řeknou něco jiného. Udává, že se z toho vzpamatovávala dobrý týden. Zjištění diagnózy ji velmi trápilo. Loni ztratila manžela, který jí byl velkou oporou. Momentálně je jí velkou oporou syn, který jí velmi pomáhá. Zkušenosti se sestrami zmiňuje převážně kladné. Negativní zkušenost uvedla na chirurgii s jednou sestrou. Její chování bylo neosobní, povrchní, neempatické a arogantní. Bolest momentálně má. Bolí jí ramenní kloub. Dostává analgetika s efektem. Jako nežádoucí účinky pociťuje prořídnutí vlasů, bolest v ústech, afty, mukozitidu, únavu a puchýřky, způsobené biologickou léčbou. Řeší se mastmi. Řešeny byly dostatečně.

7 DISKUZE

V první řadě bych chtěla strašně moc poděkovat všem respondentům, kteří se mnou vedli rozhovor. I přes jejich zdravotní stav ochotně odpovídali na mé otázky. Cítila jsem, že jsou rádi, že se o ně někdo zajímá. Jsem jim moc vděčná, jelikož bez nich bych tyto získané informace nemohla použít v této práci. Předmětem diskuze je zhodnocení výsledků cílů, které jsme si stanovili. Ani jeden z oslovených respondentů mi rozhovor neodmítl, i když ne všichni se cítili nejlépe. Respondenti mi sdělili pocity, které měli při zjištění diagnózy. Uvedli výčet nežádoucích účinků onkologické léčby. Zmínili velkou oporu v rodině. Všichni respondenti byli spokojeni s řešením bolestí a nežádoucích účinků na onkologickém oddělení. Všichni z dotazovaných respondentů mají kladné zkušenosti se sestrami na onkologickém oddělení ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Analýza získaných dat k hlavnímu cíli

Zjištěná data byla získaná z rozhovorů s pěti respondenty, kteří byli hospitalizováni na onkologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc, a u každého respondenta probíhala onkologická léčba, tudíž měli s nežádoucími účinky onkologické léčby své zkušenosti.

Dva z pěti dotazovaných respondentů uvedli změnu související s onkologickou léčbou ve smyslu hospitalizace a s tím související ztrátu soukromí a každodenních zvyklostí. Uvádí, změnu kvality života jako únava, slabost. Dva z pěti uvedli, že si uvědomují, že život není samozřejmost. Tudíž si více váží věcí, které brali jako samozřejmost.

Analýza získaných dat k cíli 1

Pocity při zjištění diagnózy byly vesměs smíšené. Jeden z respondentů s tím, vzhledem ke svému věku a pak k úbytku váhy, trochu počítal. Převážně udávali šok, bezmoc. Dva z respondentů uvedli, že výsledky nemohou být jejich. Tato skutečnost koresponduje s výsledkem výzkumné otázky č. 2 v magisterské diplomové práci studenta Bc. Ondřeje Machúta (2017). Jeho respondenty je popisováno zjištění diagnózy jako šokové a stejně jako v mé práci, tak i v práci pana Machúta, proběhla u některých respondentů fáze popření.

Analýza získaných dat k cíli 2

Čtyři z pěti respondentů uvedli, že mají největší oporu a pomoc v rodině. Jako největší zdroj psychické a sociální podpory pro pacienta byly interpretovány výsledky výzkumné otázky č. 4. v bakalářské práci studentky Jitky Fazourové (2016), kde byly jednoznačně prokázány. Pouze jeden z mých respondentů uvedl, že je oporou sám sobě. Ale nakonec zmínil bratra, který mu moc pomáhá.

Analýza získaných dat k cíli 3

Absolutně všichni respondenti uvedli, že chování sester ovlivňuje chování pacientů a na onkologickém oddělení měli všichni respondenti kladné zkušenosti se sestrami. Dva respondenti uvedli pozitivní pocity při neverbální komunikaci se sestrou. Tři z pěti respondentů uvedli negativní zkušenost se sestrou na jiném pracovišti.

Analýza získaných dat k cíli 4

Bolest uvedli tři z pěti respondentů. Všichni tři respondenti udávají, že je otázka bolesti dobře zvládnuta. Zbývající dva respondenti bolesti buď nemají, nebo jen mírné. Dobré zkušenosti se zvládáním bolesti díky odborníkům z centra bolesti, uvedla ve své bakalářské práci studentka Hana Zourková (2014). S tímto výsledkem korespondují výsledky i naší praktické části bakalářské práce.

Analýza získaných dat k cíli 5

Jako nejčastější nežádoucí účinky uvedli respondenti únavu, slabost, nechutenství, nevolnost, xerostomii, úbytek na váze, potíže s polykáním, alopecie a průjem (viz graf 2). Únavu, jako nejčastější fyzické potíže pacienta procházejícího onkologickou léčbou, uvádí ve své bakalářské práci studentka Jitka Fazourová (2016), ve vyhodnocení výzkumné otázky č. 1, kde mimo jiné zmiňuje i nevolnost, nechutenství, střevní potíže a vypadávání vlasů, které uvádíme i my. Dle slov všech mých dotazovaných respondentů byly tyto nežádoucí účinky řešeny dostatečně.

Doporučení pro praxi zdravotníků

V případě bolesti u onkologického pacienta je vhodné řešit případná analgetika přes specialisty v ambulanci léčby bolesti.

Obeznámit pacienty o možných nežádoucích účincích chemoterapeutické léčby, které mohou u pacienta vzniknout. Můžeme tím předejít mnoha komplikacím.

Při hovorech s pacienty používat více neverbální komunikaci jako je pohlazení a dotek. Pacienti tento způsob komunikace hodnotí kladně.

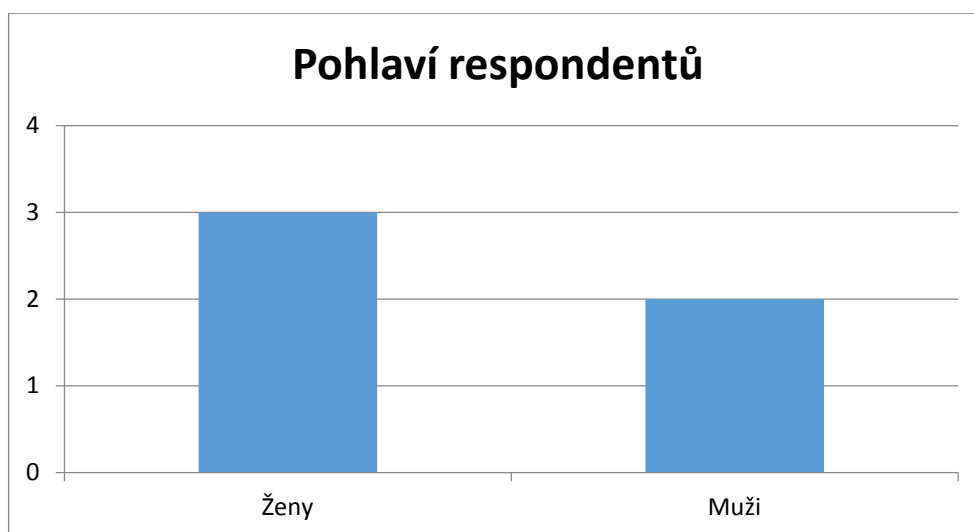
Pokud je to možné a pacient chce, je dobré navazovat komunikaci, více si s pacienty povídat. Rádi uvítají pocit, že zdravotníkům na nich záleží.

Pokud pacient nevyžaduje více pozornosti, nevnucovat se mu příliš. Ne každý pacient více pozornosti hodnotí kladně.

Uvědomit si, že pacient vnímá, jak se zdravotník chová i k jiným pacientům a vnitřně to hodnotí.

Tabulka1 Zastoupení pohlaví dotazovaných respondentů

Pohlaví respondentů	Počet respondentů
Ženy	3
Muži	2

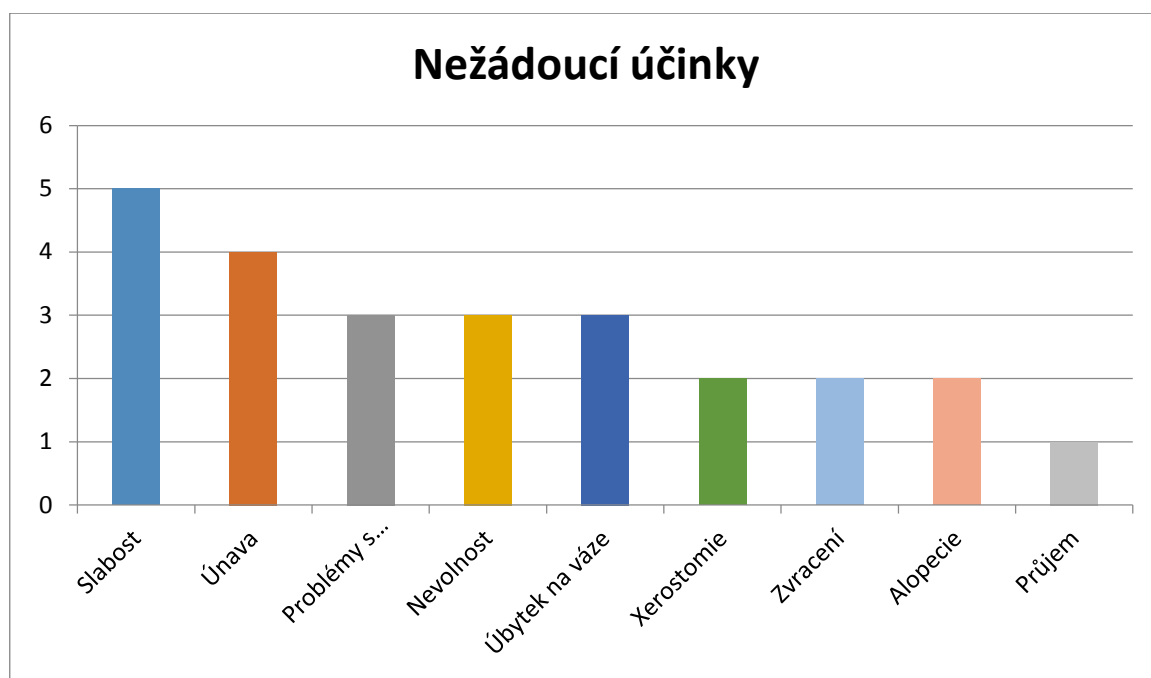


Graf 1 Pohlaví dotazovaných respondentů

Komentář: Rozhovory byly vedeny celkem s 5 respondenty. Z celkového množství respondentů byly 3 ženy a 2 muži. Ženy jsou zastoupeny v 60 % a muži ve 40 %.

Tabulka 2 Přehled nežádoucích účinků dotazovaných respondentů

Nežádoucí účinky	Celkový počet
Slabost	5
Únava	4
Problémy s polykáním	3
Nevolnost	3
Úbytek na váze	3
Xerostomie	2
Zvracení	2
Alopecie	2
Průjem	1



Graf 2 Přehled nežádoucích účinků respondentů

Komentář: Jako nejčastější nežádoucí účinek uvedlo všech 5 z dotazovaných respondentů slabost. 4 z respondentů uvedli únavu. 3 respondenti uvedli nevolnost a úbytek váhy. 2 respondenti zmínili xerostomii, zvracení a alopecii. Pouze u jednoho respondenta se objevil průjem.

8 ZÁVĚR

V naší bakalářské práci jsme přiblížili život pacientů, procházejících onkologickou léčbou. Je velmi těžké si připustit, že jsme onemocněli nádorovým onemocněním. Je velmi dobré, aby měl onkologicky nemocný člověka, ve kterém bude mít oporu a důvěru. Sdílená nemoc je nemoc poloviční a u onkologicky nemocných to platí dvojnásob. Je důležité, aby byli tito pacienti dobře informováni o možných nežádoucích účincích onkologické léčby. Je také neméně důležité, aby sestry uměly naslouchat a včas rozpoznat, objeví-li se nějaký problém. Z výsledků v praktické části jsme zjistili, že ani jeden respondent se na onkologickém oddělení nesetkal s negativní zkušeností se sestrami. Což je velmi dobrá vizitka sester pracujících na pracovišti, kde rozhovory probíhaly. Dva respondenti uvedli pozitivní pocity při použití neverbální komunikace u sester.

Teoretickou částí jsme se dotkli provozu onkologické kliniky, onkologické léčby, specifik práce sester na onkologii, etických aspektů.

V praktické části byly díky kvalitativnímu výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru získány informace, poskytnuté 5 respondenty, u kterých probíhala onkologická léčba. Stanoven byl 1 hlavní a 5 dílčích cílů. Otázky byly sestaveny tak, aby bylo získáno, co nejvíce informací, které nám přibližují prožívání respondenta při zjištění diagnózy. Dále o nežádoucích účincích, které se u respondentů objevily, jaké má zkušenosti s chováním sestry a jeho názor na jejich chování. Otázky byly ještě směřovány na potencionální bolesti, která může být, a co respondentovi v této nelehké situaci pomáhá.

Přínosem této práce by mělo být uvědomění toho, jak těžké je pro onkologického pacienta zjištění a sžití se s tak náročnou diagnózou, jako je ta onkologická. Přístup k nim by měl být individuální a velmi empatický. Je velmi důležité, aby měl pacient v této nelehké situaci oporu. Velmi vstřícně vnímají zájem sestry o ně samé. Zdravotníci by si měli uvědomit, že v roli pacienta se mohou ocitnout všichni. Měli bychom se chovat k pacientům tak, jak bychom chtěli, aby se chovali oni k nám. Zdravotnické povolání není lehké jak po psychické, tak i po fyzické stránce. A v onkologii to platí dvojnásobně. Musíme pochopit, že onkologický pacient prochází velmi těžkým obdobím zahrnujícím zjištění diagnózy, která většinou přichází z čistého nebe bez předešlého varování. Výsledky mého výzkumu poukázaly na to, že zjištění diagnózy bylo nečekané a pro pacienta nepříjemné. Je potřeba, aby měl pacient pocit, že tu není sám, a když bude potřebovat si třeba jen popovídat a svěřit se, aby se měl na koho obrátit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, et al., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
- [2] ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHUTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [3] BERČ, Alexander a Luba PALKOVÁ, 2008. *Onkologické ošetrovatelstvo I*. Bratislava: ZZ design studio - ing. Zvonimír Závaš. ISBN 978-80-969605-3-8.
- [4] FAZOUROVÁ, Jitka. 2016. *Psychosociální aspekty onkologicky nemocného v rodině*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Alena Plšková.
- [5] FONTANA, David, 2016. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Praha: portál. ISBN 978-80-262-1033-7.
- [6] HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-562-4.
- [7] JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEIS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- [8] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, © 2011. *Etika v ošetrovatelství*. [online]. Vyd. 1. Praha: Grada. [cit. 2016-10-24] Sestra. ISBN 978-80-247-6568-6. Dostupné z: www.ereading.cz/nakladatele/data/ebooks/2176_preview.pdf
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] MACHÚT, Ondřej, 2017. *Zkušenosti se sdělením diagnózy u onkologických pacientů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka PhD.
- [12] OPATRNÁ, Marie, 2008. *Etické problémy v onkologii*. Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1876-0.

- [13] PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření- jak se prací a pomáháním nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- [14] PRIEß, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.
- [15] PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* 1. vyd., Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
- [16] PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5788-9.
- [17] SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2015. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 2. Praha: portál. ISBN 978-80-262-0865-5.
- [18] SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. 3. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-0-2.
- [19] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4109-9.
- [20] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava, KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [21] ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 2015. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- [22] ULRICHOVÁ, Monika, 2015. *Why psychotherapeutical attitude is necessary in thanatology: Social values in the last stages of life*. Lublin. ISBN 978-83-86869-45-9.
- [23] VAŠINA, Bohumil, 2009. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978- 80-7368-757-1.
- [24] VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

- [25] VORLÍČEK, Jiří. Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

ZOURKOVÁ, Hana, 2014. *Péče o onkologického klienta v Hospici v České republice a na Slovensku*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Markéta Sedláková.

- [26] ZÍTKOVÁ, Marie a kol., 2016. *Ošetřovatelství v hematoonkologii*. Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8264-9.

Internetové zdroje:

- [27] DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ, 2012. *Onkologie pro laiky* [online]. 2nd ed. Praha: Radix [cit. 2016-10-11]. Liga proti rakovině. ISBN 978-80-86031-65-1. Dostupné na: www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/doc_view/99-onkologie-pro-laiky

- [28] FNOL: *onkologická klinika* [online]. Olomouc [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: https://www.fnol.cz/onkologicka-klinika_15.html

- [29] ZEMANOVÁ, Marie, 2008. Psychoterapie v onkologii. *Onkologie*. [online] Olomouc: solen, 2.(4.), 249-252. DOI: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/10.pdf>. ISSN 1803-5345.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PICC katétr	Periferně zaváděný centrální katétr
WHO	Světová zdravotnická organizace
R1	Respondent 1
R2	Respondent 2
R3	Respondent 3
R4	Respondent 4

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví dotazovaných respondentů.....	67
Graf 2 Přehled nežádoucích účinků respondentů.....	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Zastoupení pohlaví dotazovaných respondentů.....	66
Tabulka 2 Přehled nežádoucích účinků dotazovaných respondentů.....	67

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	Vysvědčení NCO NZO
PŘÍLOHA P II	Potvrzení účasti na vzdělávací akci
PŘÍLOHA P III	Potvrzení účasti na vzdělávací akci
PŘÍLOHA P IV	Potvrzení účasti na vzdělávací akci
PŘÍLOHA P V	Vizuální analogová škála bolesti
PŘÍLOHA P VI	Numerická škála bolesti
PŘÍLOHA P VII	Mapa bolesti
PŘÍLOHA P VIII	Škála výrazů obličeje pro měření bolesti
PŘÍLOHA P IX	Doporučení ke komunikaci vedoucí k eliminaci stížností a žalob
PŘÍLOHA P X	Etické základní pravidla vztahů
PŘÍLOHA P XI	Karnofskyho index
PŘÍLOHA P XII	Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

PŘÍLOHA P I – VYSVĚDČENÍ NCO NZO

ČESKÁ REPUBLIKA

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ V BRNĚ

Pomaturitní specializační studium v oboru všeobecná sestra
 v úseku práce ošetrovatelská péče
 v klinické onkologii

Studium při zaměstnání

Císlo vysvědčení: 12098 / 2007

VYSVĚDČENÍ

Jméno a příjmení: Kateřina Potulová

Datum narození: 3. 4. 1992 Rodné číslo: 9254035317

Místo narození: Olomouc

Státní občanství: ČR

Absolvent(ka) školy: SZŠ Olomouc

v době od 1. 2. 2006 do 26. 6. 2007 se účastnil(a) pomaturitního specializačního studia podle § 33 vyhlášky č. 77 / 1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a podle ustanovení § 96 odst. 2 Zákona č. 96 / 2004 Sb. a nelékařských zdravotnických povolání a byl(a) hodnocen(a):

Předměty:	Prospěch:
Základní modul: Role sestry specialistky v onkologické péči	výborný
Odborný modul : 1. Léčebný okruh Role sestry v prevenci a diagnostice nádorových onemocnění	výborný
2. Léčebný okruh Role sestry v léčbě nádorových onemocnění	výborný
3. Léčebný okruh Management komplikací těžkých příhod v onkologii	velmi dobrý
Speciální moduly: 1. Onkologická sestra a ošetrovatelský výzkum	výborný
2. Onkologická sestra a paliativní péče	výborný
3. Onkologická sestra a péče o nemocné se stomiemi	výborný

Průměrný prospěch: 1,1

SCT - 92 567 5 M.N. 92 2075

Na závěr studia vykonala specializační zkoušku:

Předmět:	Prospěch:
Teorie a praxe ošetrovatelství	velmi dobrý
Ošetrovatelská úlohy v klinické onkologii	výborný

Celkový prospěch: prospěla s vyznamenáním

Součástí specializační zkoušky byla praktická zkouška z: péče o nemocné

Exonium je akreditováno u ECNS v Bruselu - září 2002

Ú Brně dne 28. 6. 2007



Marie Košuličová

ředitel/ka Národního centra ošetrovatelství
a sesterských zámovalských úloh

PhDr. Marie Košuličová

Bo. Marie Zilková

prezeda zámovalní komise

Bo. Marie Zilková

STUPNICE ZNÁMEK

Prospěch:	<u>výborný</u>	velmi dobrý	dobry	dostatečný	nedostatečný
Celkový prospěch:	<u>prospěla s vyznamenáním</u>	prospěla velmi dobře	prospěla	neprospěla	-

Patisk sdělení

PŘÍLOHA P II POTVRZENÍ ÚČASTI NA VZDĚLÁVACÍ AKCI

SEMINÁŘ FLORENCE EFEKTIVNÍ HOJENÍ RAN VOLBA KRYTÍ PODLE SPODINY RÁNY

2. 11. OSTRAVA

POTVRZENÍ O ÚČASTI



Kateřina Petulová
jméno

3. 4. 1982
datum narození

Registovaná akce pod číslem: KK/342/2016

Podle vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.

Počet hodin akce: 4,5	Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro:		
Účast: <i>pasivní účast</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Všeobecná sestra	<input type="checkbox"/> Zdravotně-sociální pracovník asistent	<input type="checkbox"/> Dentální hygienista
Počet kreditů: 4	<input type="checkbox"/> Porodní asistentka	<input type="checkbox"/> Ortopista	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotnický záchranář
	<input type="checkbox"/> Zdravotní laborant	<input type="checkbox"/> Zubní technik	<input checked="" type="checkbox"/> Farmaceutický asistent
	<input type="checkbox"/> Nutriční terapeut		<input type="checkbox"/> Asistent ochrany veřejného zdraví

Ostrava, 2. 11. 2016
místo a datum vystavení

Bc. Jana Dvořáková
garant akce

PŘÍLOHA P III – POTVRZENÍ ÚČASTI NA VZDĚLÁVACÍ AKCI

Pořadatel: GlaxoSmithKline s.r.o. 

**III. CYKLUS ODBORNÝCH SYMPOZIÍ
PRO ONKOLOGICKÉ SESTRY**

27. 3. 2012 v 16:00 – Hotel Alley, Olomouc

POTVRZENÍ O ÚČASTI

Jméno: *Kateřina Petulová* **Datum narození:**

Registrovaná akce pod číslem: ČAS AKK/3582/2011 (dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. §3)
Podle vyhlášky MZČR č. 420/10 Sb., kterou se mění vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví řádění systém pro udělení osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.

Délka trvání akce: 1 den / 4 hodiny

Účast:

<input type="checkbox"/> aktivní účast autor	Počet kreditů: _____
<input type="checkbox"/> aktivní účast spoluautor	Počet kreditů: _____
<input checked="" type="checkbox"/> pasivní účast	Počet kreditů: <u>4</u>

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.):

<input checked="" type="checkbox"/> Všeobecná sestra	<input type="checkbox"/> Zubní technik
<input type="checkbox"/> Porodní asistentka	<input type="checkbox"/> Dentální hygienista
<input type="checkbox"/> Zdravotní laborant	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotnický záchranář
<input type="checkbox"/> Asistent ochrany veřejného zdraví	<input checked="" type="checkbox"/> Farmaceutický asistent
<input type="checkbox"/> Nutriční terapeut	<input type="checkbox"/> Zdravotně sociální pracovník
<input type="checkbox"/> Ortopedista	



V Olomouci, 27. 3. 2012 Garant akce: prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
předseda České onkologické společnosti ČLS JEP

CZ/MBC/0006b/1

PŘÍLOHA P IV - POTVRZENÍ ÚČASTI NA VZDĚLÁVACÍ AKCI

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

vydává

POTVRZENÍpro
Jméno a příjmení účastníka akce:**Kateřina Petulová**

datum narození účastníka akce:

3.4.1982

Forma celoživotního vzdělávání: konference

Místo a datum konání akce: Clarion Congress Hotel, Jeremenkova 36, Olomouc, 4.10.2018

Délka trvání akce: 6 hod

Téma akce:

Safetac klub

Druh účasti na vzdělávací akci: pasivní

Akce byla vedena v cizím jazyce: ANO
NE

Souhlasné stanovisko :

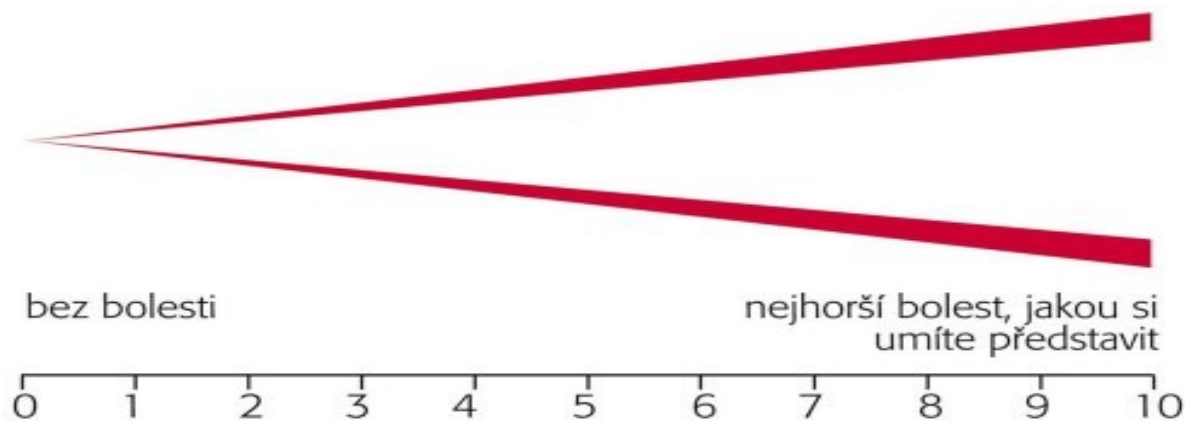
POUZP pod číslem OZ 1648/16 K dle vyhlášky 6.4/2010 Sb.*
a je určena pro:
všeobecné sestry* Vyhláška MZ ČR č. 62/2010 Sb., kterou se stanoví úřední systém pro vydání osvědčení v oblasti zdravotnického vzdělání bez příslušné kvalifikace a podmínky držení osvědčení v oblasti zdravotnického vzdělání

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE
Mölnlycke Health Care, s.r.o.
Pátá ulice 2767/22
150 00 Praha 3

Mgr. Stanislav Šulák
Product Manager

PŘÍLOHA P V – VIZUÁLNÍ ANALGOVÁ ŠKÁLA

Převzato z: Postgraduální medicína, 2011. In: *Euro.cz: Akutní a chronická bolest - vizuální analogová škála* [online]. Praha [cit. 2017-01-04]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>

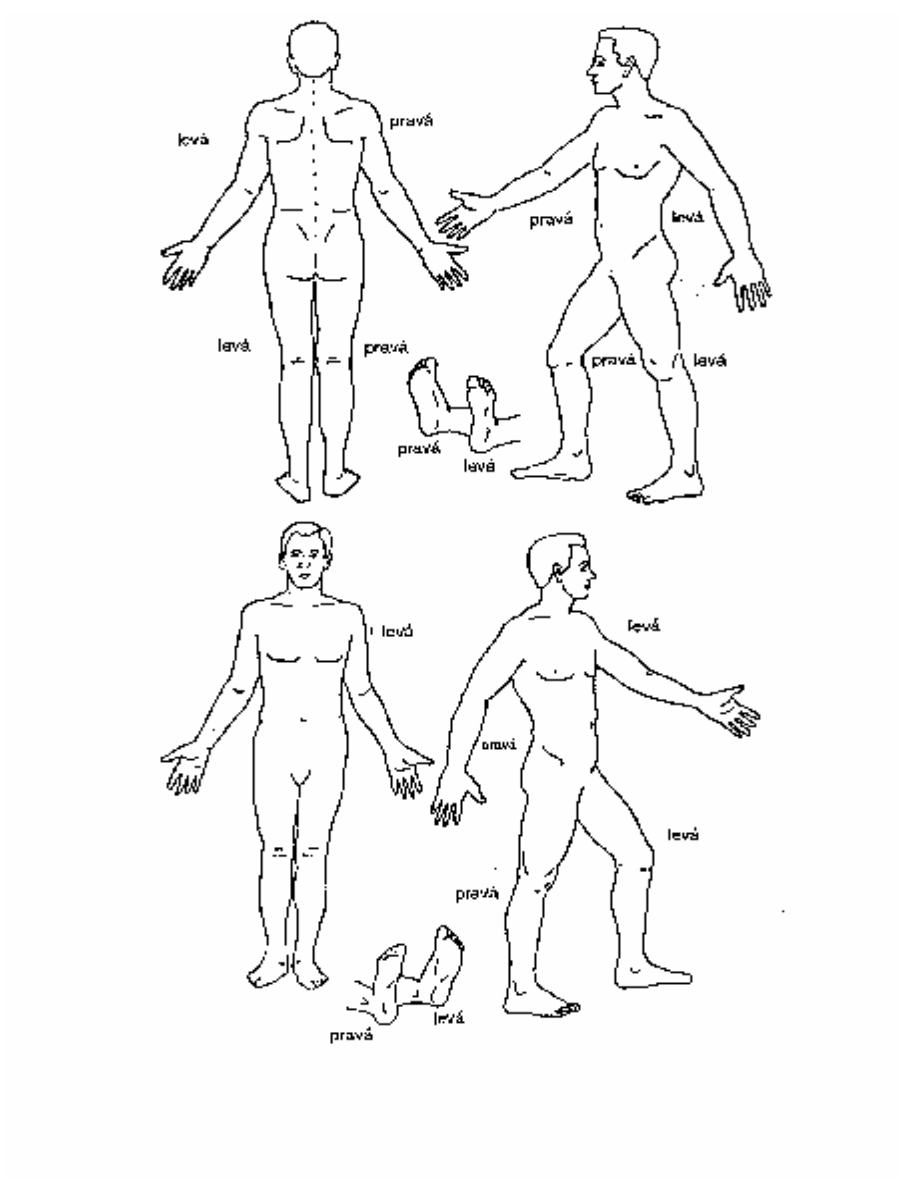
PŘÍLOHA P VI NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI:

Převzato z : HÁJEK, Eduard, 2016. Náplast při léčbě bolesti: Vizuální analogová škála. In: *Dáma.cz* [online]. [cit. 2017-01-04]. Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>

PŘÍLOHA P VII MAPA BOLESTI



Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)




Převzato z : VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Hodnotící škály*. Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2016-12 05]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

PŘÍLOHA P VIII - ŠKÁLA VÝRAZŮ OBLIČEJE PRO MĚŘENÍ BOLESTI



Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Převzato z: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ.
Hodnoticí škály. Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z : <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

PŘÍLOHA P X : DOPORUČENÍ KE KOMUNIKACI VEDOUCÍ K ELIMINACI STÍŽNOSTÍ A ŽALOB

- **Bud'te** pokud možno vždy **slušní, zdvořilí, a autentičtí**
- **Poslouchejte, co pacient říká i neříká** (všímejte si jeho verbální i neverbální komunikace)
- **Snažte se pochopit pacientovu zkušenost** (např. předchozí negativní zkušenost s poskytováním zdravotnické péče, která determinuje jeho aktuální přístupnost, resp. nepřístupnost)
- **Bud'te pro pacienta** (popř. pro jeho blízké) **dosažitelní a přístupní**
- **Vyhňte se prázdným a nic neříkajícím frázím**, které zlehčují (resp. devalvují) to, co pacient cítí (*»To bude dobré, chce to čas.«* *»Nesmíte si to tak brát.«*)
- **Stručně, jasně a srozumitelně argumentujte**, proč a jak jste došli k rozhodnutím o rozsahu a typu péče, která bude pacientovi poskytována
- Nezapomeňte na **informovaný souhlas pacienta!**
- **Plňte si svědomitě své povinnosti** vůči pacientovi
- **Jednejte vždy v rozsahu svých kompetencí**. Pokud pacient (popř. jeho blízký) požaduje něco mimo vaše kompetence, vysvětlete mu situaci a pokuste se navrhnout vhodné řešení. (*»Jestli s tím souhlasíte, budu informovat lékaře, který zváží ordinaci těchto léků.«*)
- **Neslibujte, co nemůžete dodržet**
- **Bud'te upřímní o tom, co víte a nevíte**

Dostupné z : ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava, KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

PŘÍLOHA P X: ETICKÉ ZÁKLADNÍ PRAVIDLA VZÁJEMNÝCH VZTAHŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ:

1. Pravidlo pravdomluvnosti a pravdivosti

Cokoliv zdravotník v roli zdravotníka vůči pacientovi sdělí a to ne pouze slovně, ale i non-verbálně, musí být pravda. Není přístupná žádná forma lži. Možná se to zdá být divné, že není možné použít „milosrdnou lež“, ale na takové lži není nic milosrdného. Pacient je dospělý rozumný člověk a je plně odpovědný za svůj život. Jakmile nemá přesně informace o svém stavu, nemůže se odpovědně rozhodovat směrem k budoucnosti. Je možné se rozmyslet, kolik pravdy pacientovi sdělit, jakým způsobem to technicky udělat, na jakém místě, kdo u sdělování bude, ale platí hlavní zásada, že to co se rozhodne zdravotník sdělit, musí být pravda.

Rizika, která se vyskytují při podávání lživých informací, jsou vskutku obrovská. Nikdo nedokáže zaručit, že v tak rozsáhlém týmu, jako jsou zdravotní týmy, bude lež předávána zcela identicky. Riziko, že se někdo prořekne, je obrovské. Důvěra pacienta ve zdravotní tým tak může být hrubě narušena, až zpřetrhána, čímž je znemožněna další zdravotní péče o pacienta. Nehledě k základnímu faktu, že lež je z etického hlediska nepřístupná.

2. Pravidlo důvěrnosti a soukromí

Všechno, co se zdravotník v průběhu péče od pacienta nebo jeho příbuzných dozví, musí být považováno za důvěrné. Není tedy přípustné sdělování informací třetím osobám, pokud s tím pacient explicitně nesouhlasí. Pacient se zdravotníkům svěřuje v naději, že pokud co nejpodrobněji popíše příčiny a okolnosti onemocnění, bude mu nejlépe pomoheno. Při tom sděluje velmi citlivé údaje. Ty podléhají utajení. Bez souhlasu pacienta není možné sdělovat jeho citlivé údaje třetím osobám – zdravotníkům, kteří nejsou zainteresováni na léčebném procesu, příbuzným, pokud je pacient výslovně neuvedl, sdělovat informace po telefonu nebo emailem.

Se zachováním soukromí pacienta se pojí další organizačně důležité věci, které se ve zdravotnictví běžně vyskytují: rozebírání případu pacienta před ostatními pacienty (např. vizita), vcházení zdravotníků, kteří nemají s vyšetřením co do činění, do ambulancí při probíhajícím výkonu, doručování nechráněné dokumentace po třetích osobách atd.

Případů, kdy může docházet v běžné každodenní praxi k porušování studu, důvěrnosti a soukromí pacientů můžeme v každém zdravotnickém zařízení vytipovat mnoho. Je nutné případy možného porušení diskrétnosti analyzovat a aplikovat preventivní a nápravná opatření. V této souvislosti je nutné říci, že důvěrnost není pouze etickou normou platnou ve zdravotnictví, ale mělo by být celospolečenským principem, ke kterému je třeba vésti již od narození.

3. Pravidlo věrnosti a loajálnosti

Odpovědnost vůči pacientovi je vybudována na základě potřeby, kterou pacient a závazku, ke kterému se zdravotník zavazuje přijetím role daného povolání. Věrnost a loajálnost s odpovědností zcela úzce souvisí. Zdravotníci kromě důvěrnosti by měli být do jisté míry obhájci pacientů v ochraně jejich zájmů. Primárním zájmem je pochopitelně oblast zdraví, ale ochrana pacienta je také důležitá v oblasti ekonomické, tělesné a psychické. Jedná se o ochranu před zneužitím pacienta. Má se za to, že pacient (trpící člověk), je v určitém ohledu znevýhodněn oproti člověku zdravému. Nemůže se tak účinně bránit. A sám hájit. Například v situacích, kdy není schopen vnímat plně realitu světa kolem sebe, hrozí zneužití zejména z ekonomického hlediska nebo z hlediska tělesné integrity pacienta (okrádání pacienta nebo jeho vydírání ze strany blízkých osob, atd.). V souvislosti s obhajobou pacienta je vhodné znát a aplikovat základní lidská práva, která jsou sepsána v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Obhajoba těchto nezczizitelných práv jedince je odpovědností každého člověka, pokud se setká s porušováním těchto zásad.

Dostupné z : HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-562-4.

PŘÍLOHA P XI – KARNOFSKÉHO INDEX

Zhodnocení celkové fyzické aktivity nemocného. Stav je hodnocen škálou ECOG nebo škálou WHO, kde plná fyzická aktivita bez omezení = 0, nebo Karnofského indexem, kde plná fyzická aktivita bez omezení = 100 %.

Karnofského index

- 100** Schopen normálních aktivit, není nutná zvláštní péče. Normální, bez obtíží, bez známek nemoci
- 90** Schopen normálních aktivit, mírné známky nebo příznaky nemoci
- 80** Normální aktivita za zvýšeného úsilí, známky nebo příznaky nemoci.
- 70** Neschopen práce, schopen normálního života doma a postarat se o většinu osobních věcí, potřebná pomoc různého rozsahu. Pečuje o sebe, neschopen normálních aktivit ani práce
- 60** Postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc
- 50** Nutná významná pomoc, častá zdravotnická péče
- 40** Neschopen péče o sebe nutná institucionální péče nebo hospitalizace, onemocnění se může rychle zhoršovat.
Neschopný, nutná specializovaná péče a pomoc
- 30** Těžce neschopný, je indikována hospitalizace, smrt bezprostředně nehrozí
- 20** Velmi nemocný, hospitalizace nutná, nezbytná aktivní podpůrná léčba
- 10** Umírající
- 0** Mrtvý

ECOG WHO

- 0** Plně aktivní, je schopen všech běžných aktivit bez omezení
Plně aktivní, více méně ve stejné míře jako před nemocí
- 1** Omezení fyzicky náročných aktivit, ambulantní, schopen lehčí práce (domácí práce, kancelářská
Neschopnost těžké fyzické práce, ale možnost vykonávat cokoli jiného práce)
- 2** Ambulantní, schopen péče o sebe, ale neschopen jakékoli práce.
Mimo lůžko více než 50 % denní doby.
Mimo lůžko více než polovinu dne, schopen péče o sebe, neschopen práce
- 3** Schopen omezené péče o sebe, upoután na lůžko více než 50 % denní doby
Na lůžku nebo v křesle více než polovinu dne, při péči o sebe nutná pomoc
- 4** Zcela neschopný, neschopen péče o sebe, upoután na lůžko nebo do křesla
Po celou dobu upoután na lůžko nebo křeslo, výrazná potřeba pomoci
- 5** Mrtvý

Převzato z : Linkos [online]. Praha: Česká onkologická společnost ČLS JEP, © 2017. [cit. 2017- 02-15]. Dostupné z : <http://www.linkos.cz/slovnicek/performance-status-ps-ecog-ps-karnofski-karnofskeho-index/>

PŘÍLOHA P XI – INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

Život pacienta před a po onkologické léčbě

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Bakalářská práce je psána v oboru Ošetrovatelství studentkou Kateřinou Petulovou.

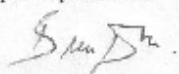
Cílem tohoto výzkumu je analyzovat a přiblížit změny, ke kterým dochází u pacientů vlivem onkologické léčby. Předpokládaným výstupem rozhovoru jsou informace, které se týkají pocitů, které pacient prožívá v průběhu onkologické léčby, co mu při ní pomáhá. Přibližuje zde také chování sester, k již zmíněným pacientům. Je zde zmíněna otázka řešení bolesti a nežádoucích účinků onkologické léčby.

Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Kateřině Petulové pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V OLANOUCI
Dne 10. 3. 2017

Podpis respondenta:



Podpis výzkumníka:
Kateřina Petulová

