

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N 5341

Bc. Čadová Lucie

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech VNL 5341T014

MANAGEMENT PÉČE O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S INTRAVEÓZNĚ PODÁVANOU CHEMOTERAPIÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Dreslerová Jana

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 16. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. Janě Dreslerové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů.

OBSAH

ANOTACE.....	
SOUHRN.....	
ANNOTATION	
SUMMARY	
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. CHEMOTERAPIE	11
1.1. TYP LÉČBY Z HLEDISKA LÉČEBNÉHO CÍLE.....	11
1.2. DALŠÍ DĚLENÍ CHEMOTERAPIE	12
2. ROZDĚLENÍ CYTOSTATIK.....	14
2.1. DEFINICE	14
2.2. DĚLENÍ CYTOSTATIK.....	14
3. VOLBA ŽILNÍHO PŘÍSTUPU.....	15
3.1. PERIFERNÍ ŽILNÍ KANYLA.....	15
3.2. VENÓZNÍ PORT	16
3.3. CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KANYLA.....	17
3.4. PICC KATÉTR	17
4. PARAVENÓZNÍ ÚNIK CYTOSTATIK.....	18
4.1. DEFINICE	18
4.2. PŘÍZNAKY EXTRAHAZACE, RIZIKA A PREVENCE	18
4.3. TŘÍDĚNÍ CYTOTOXICKÝCH LÁTEK	19
4.4. OPATŘENÍ PŘI PARAVENÓZNÍM ÚNIKU CYTOSTATIKA	20
5. VLASTNÍ PŘÍPRAVA, ŘEDĚNÍ CYTOSTATIK A JEJICH	
APLIKACE.....	20
6. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE	21
7. PODPŮRNÁ LÉČBA	26
7.1. LÉČBA BOLESTI.....	26

7.2.	NUTRIČNÍ PODPORA	27
7.3.	PODPORA ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	28
PRAKTICKÁ ČÁST.....		30
8.	FORMULACE PROBLÉMU	30
9.	CÍL VÝZKUMU	30
9.1.	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1	30
9.2.	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2	30
10.	VZOREK RESPONDENTŮ	30
11.	METODA VÝZKUMU	31
12.	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	32
12.1.	ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ.....	32
12.2.	POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR INDIVIDUÁLNÍ.....	36
13.	DISKUSE	59
14.	ZÁVĚR	69
SEZNAM ZDROJŮ		71
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		75
SEZNAM PŘÍLOH.....		76

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Čadová Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Management péče o onkologického pacienta s intravenózně podávanou chemoterapií

Vedoucí práce: MUDr. Dreslerová Jana

Počet stran: číslované 67, nečíslované 55

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 59

Klíčová slova: chemoterapie - pacient - i. v. aplikace - diagnóza - nemoc - podpůrná léčba

SOUHRN

Tématem diplomové práce je management péče o pacienty s nádorovým onemocněním.

Teoretická část je zaměřena na stručný úvod do problematiky cytostatické léčby. Je zde uveden souhrn a charakteristiky nejčastěji užívaných cytostatických režimů, management nežádoucích účinků cytostatické léčby a zásady podpůrné a paliativní péče.

Praktická část je věnována vlastní analýze zaměřené na zhodnocení péče o onkologické pacienty, kteří jsou léčeni intravenózně podávanou chemoterapií.

ANNOTATION

Name and surname: Bc. Lucie Cadova

Department: Nursing and Midwifery

Title of work: Management care of oncology patient with intravenous chemotherapy

Supervisor: MUDr. Dreslerova Jana

The number of pages: numbered 67 none numbered 55

The number of attachments: 11

The number of titles using literature: 59

Key words: chemotherapy – patient – i. v. application – diagnosis – disease – supportive care

SUMMARY

The thesis deals with the management of care for patients with cancer.

The theoretical part is focused on a brief introduction to the issue of chemotherapy treatment including summary and characteristics of frequently used chemotherapy regimens, management of treatment-related adverse events and standards of supportive and palliative care.

The practical part represents analysis aimed at evaluation of management of care in cancer patients treated with intravenously administered chemotherapy.

Motto: *Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.*

Reinhard Abeln, Anton Kner

ÚVOD

Dostala jsem tenkrát, před 20 lety, po ukončení zdravotnické školy, nabídku na nově rozšířené pracoviště Onkologie. Skoro jsem neměla tušení, co tento obor obnáší a má spolužačka řekla: „To zní tak vznešeně, moderně – Onkologie.“ Řekla jsem si, proč ne. V té době to nebylo prestižní pracoviště srovnatelné např. s chirurgií, gynekologií... Spíš mně to připadalo, že tam nikdo nechce jít pracovat. Jako úplný nováček jsem s postupem času začala pronikat do spletité problematiky léčby, životních osudů lidí, které tato nemoc potkala.

Rakovina je nemoc s nejhorší pověstí. Je opředená strachem, úzkostí, mýty a symbolikou smrti. I ve chvíli, kdy již na sobě člověk pozoruje různé příznaky, si to nikdo nechce připustit a vyřčený ortel je jako blesk z čistého nebe. Pak následuje období s krizemi i psychickými změnami a bez nadsázky, člověk si sáhne na dno. A je tu boj. Boj o život, boj o čas. Boj, který se stane během na dlouhou trať. Z člověka se stane pacient. Všichni zpomalí své životní tempo.

Udržet si profesionální nadhled je náročné. Vnímám ale statečnost nemocných, kteří den po dni bojují o svůj život, o své zdraví. Přehodnocuji své vlastní životní priority. Často si připustím, jak nepodstatné problémy, s nimiž se setkáváme v běžném životě, jsou směšné. Nejde ale nad vším mávnout rukou. Chce to jen citlivě oddělit, co má důležitost větší a čím si nenechat ovlivnit duševní pohodu. (Karešová, 2010)

V teoretické části jsem se snažila vystihnout chemoterapeutickou léčbu. Co to je, jaké jsou přípravky, jejich vedlejší účinky, jejich toxické účinky po ukončení léčby. Způsoby moderní aplikace a přípravky na zmírnění vedlejších účinků.

V praktické části jsem se chtěla dozvědět, co pacientům nejvíce pomáhá, při zvládnutí tak náročného, dlouhodobého léčebného režimu. V jakém okamžiku jim nabídnout moderní metody i. v. podávání chemoterapie. Zjistit, jak dalece chtějí být informováni o závažné diagnóze a koho v tomto okamžiku chtějí mít vedle sebe.

Náročnost práce na onkologii je jak po stránce odborné, nejvíce ale po stránce psychické.

Za ta léta se z onkologie stal velice prestižní obor. Samo zdravotnictví prošlo obrovským rozvojem. Moderní léčebné postupy stále častěji nemocné vyléčí, nebo alespoň zlepší jejich kvalitu života. Od sester se očekávají vysoké odborné znalosti, práce s moderní technikou a novými léky. Vždy ale byl, je, a bude naším partnerem nemocný. Nemocný, který očekává empatii, vstřícnost a laskavost. Hnacím motorem ke studiu a napsání diplomové práce je moje hluboká životní zkušenost s onkologickým pacientem a pocit smysluplnosti práce, kterou vykonávám s nejlepším vědomím a svědomím.

TEORETICKÁ ČÁST

1. CHEMOTERAPIE

Chemoterapie je obecný pojem pro aplikaci látek s cytotoxickým účinkem za účelem zničení nádorové masy. Cesta podání může být různá (perorální, intaarteriální, intrapleurální, intraperitoneální), nejčastěji je však intravenózní. Cytostatika se podávají v nejrůznějších kombinacích i v monoterapii, kontinuálně několik hodin nebo bolusovým způsobem. Každá z onkologických diagnóz má přesně definovaná schémata cytostatické léčby, která se aplikují v daných časových intervalech.

1.1. Typ léčby z hlediska léčebného cíle

Před zahájením léčby je vždy stanoven léčebný cíl. V onkologii jich existuje několik, je však nutné podotknout, že mezi nimi neexistuje žádná ostrá hranice a mohou tak přecházet jeden v druhý. (Adam, a další, 2011)

Kurativní záměr

Tento si klade za cíl pacienta zcela vyléčit. Terapie je radikální a intenzivní, předpokladem je úplné odstranění nádoru z organismu. Do této skupiny řadíme léčbu adjuvantní a neoadjuvantní.

Adjuvantní léčba se zahajuje většinou u pacientů po primárním kurativním výkonu, jakým je chirurgický výkon a je zacílená proti skryté nádorové nemoci, tedy předpokládáme, že i když jsou všechna zobrazovací vyšetření bez průkazu nádoru či jeho metastáz, je možná existence mikrometastáz a touto léčbou je chceme zahubit. Její trvání je různě dlouhé, záleží na typu nádoru (např. adjuvantní léčba chemoterapií pro karcinom střeva trvá půl roku). (Petera, 2005)

Neoadjuvantní (předoperační) léčba si klade za cíl zmenšení nádorové masy a zničení mikrometastáz před event. operačním výkonem. Její délka se řídí dle aktuální odpovědi na léčbu.

Nekurativní (paliativní) záměr

Cílem je zlepšení kvality života, úplné vyléčení ale nelze předpokládat, snažíme se o prodloužení bezpříznakového období a dobu přežití.

Symptomatický záměr

Snažíme se o zmírnění stávajících obtíží, léčíme pouze symptomy, nemůžeme ale ovlivnit průběh onemocnění. (Vokurka, 2005)

1.2. Další dělení chemoterapie

Léčbu chemoterapií lze absolvovat v ambulantním režimu nebo za hospitalizace, jednotlivá specifika uvádím níže.

Léčba ambulantní

Je vhodná pro pacienty v dobrém fyzickém a psychickém stavu, dále pro léčbu, která je aplikovaná bolusovým podáním či krátkodobou infuzí. Hodí se právě např. pro nemocné s karcinomem prsu. Takový pacient přichází k ambulantnímu lékařskému vyšetření s čerstvou, maximálně 5 dní starou, základní laboratoří (KO, dif., biochemie). Po zhodnocení celkového stavu a laboratorních výsledků lékař nemocného indikuje k intravenóznímu podání dané chemoterapie, zadá přes počítač objednávku do ústavní lékárny a pacient odchází na denní stacionář.

Zde je sestrou informován o dalších aspektech léčby, jako je nápich periferní žilní kanyly či venózního portu, o případných nežádoucích účincích. Pohodlně se usadí do křesla nebo položí na lůžko.

Před vlastní aplikací chemoterapie předchází nutná antiemetická a antialergická premedikace (většinou 30 minut předem), změření krevního tlaku, pulsu a teploty, potom již přichází na řadu vlastní aplikace cytostatika. V prvních okamžicích je pacient pečlivě kontrolován přítomným personálem, zda nedochází např. k alergické reakci či extravazaci, poté probíhá kontrola v určitých intervalech.

Po dokapání chemoterapie se sestra informuje na aktuální stav pacienta, a pokud nejsou žádné obtíže, odstraňuje žilní vstup a pacient opouští denní stacionář s termíny další aplikace léčby, telefonním kontaktem na pracoviště a je vybaven antiemetickou terapií na doma.

Hospitalizace

Důvody podání chemoterapie za hospitalizace jsou mnohé, např. u pacientů, kterým je podávána chemoterapie nepřetržitě ve 24 hodinových, nebo 22 hodinových infuzích. Nejčastěji se jedná o chemoterapie podávané u nádorů GIT, nádorů v oblasti krku, podávání platinových derivátů a další náročné chemoterapeutické režimy. Často je součástí léčby i permanentní kontrola příjmu a výdeje tekutin. Hospitalizují se pacienti, kteří nejsou schopni léčbu zvládnout ambulantně z různých důvodů. Jedná o zdravotní komplikace, překážkou bývá i vzdálenost místa bydliště. O způsobu podání chemoterapie ambulantně nebo za hospitalizace rozhoduje lékař.

Pacient, stejně jako u ambulantní aplikace, přichází s aktuálními laboratorními výsledky. Na oddělení je přijímán postupem daným standardem ošetrovatelské péče. Součástí je seznámení s režimem oddělení, odběr ošetrovatelské anamnézy, vytipování aktuálních problémů, určení cíle a způsobu jejich řešení. Součástí příjmu, který s pacientem realizuje lékař, je velice důležitý administrativní krok. Jedná se o zákon č.372/2011 Sb.; o zdravotních službách, ze kterého vyplývá, že pacient podepisuje informovaný souhlas s terapií a souhlas s podáváním informací rodinným příslušníkům a osobám blízkým. Tomuto aktu předchází srozumitelná informace, podaná kvalifikovaným profesionálem, svobodné rozhodnutí nesmí být omezeno jakoukoliv (např. časovou) tísni. Tyto okolnosti ukládá zákon. Zdravotníci se je snaží naplňovat, pacienti se je učí uplatňovat. Pro plynulou léčbu je optimální, aby mezi oběma stranami byl partnerský vztah. Právě toho si na oddělení, kde pracuji, velice vážím.

Po přijetí pacienta lékař objedná terapii v ústavní lékárně. Sestra pacienta uloží na pokoj a informuje ho o průběhu hospitalizace. Zavede intravenózní periferní kanylu, nebo speciální jehlu do podkožního portu. Oba přístupy zajistí permanentní aplikaci chemoterapie. Vlastní aplikaci předchází nutná antiemetická a antialergická premedikace. Ta je podána po kontrole fyziologických funkcí. Pacient je kontrolován v pravidelných intervalech 24 hodin denně.

Po ukončení chemoterapie sestra vyhodnotí a konzultuje s lékařem aktuální stav pacienta, a pokud nenastanou žádné obtíže, odstraní žilní vstup. Lékař předá pacientovi propouštěcí zprávu s informací o termínech následné aplikace. Do domácího ošetření odchází pacient vybaven telefonickým kontaktem na pracoviště a s antiemetickou terapií pro zvládnání symptomů, které léčbu provází.

Často od pacientů slyšíme, že problém s nauzeou a zvracením odezní brzy po opuštění budovy našeho oddělení a přichází ještě před vlastní aplikací, vstupují-li opět do výtahu...Vliv psychiky na zvládnání tohoto náročného období nelze pominout a je důležité, že hledáme způsoby, jak jej optimálně využít. (Hrubá, a další, 2001)

2. ROZDĚLENÍ CYTOSTATIK

2.1. Definice

Jako cytostatika definujeme léky užívané k léčbě zhoubných nádorů (Vokurka, 2005). V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků s vlastností zabít buňky, mají tedy cytotoxický účinek (Adam, a další, 2011). Cílem této skupiny je poškodit nádorovou DNA. Původem může jít o látky syntetické nebo o deriváty získané z rostlin nebo plísní.

2.2. Dělení cytostatik

Alkylační cytostatika

Principem účinku je alkylace DNA, RNA a proteinů (Adam, a další, 2011). Tato cytostatika poškozují buňky klidové i množící se, proto jako jeden, z jejich hlavních nežádoucích účinků cytostatik je, že působí kancerogenně a teratogenně, mezi další patří myelosuprese, alopecie, infertilita.

Řadíme sem z těch nejznámějších cyclofosfamid, ifosfamid, karmustin, lomustin, dakarbazin, temozolomid a další.

Antimetabolity

Blokují syntézu purinových a pyrimidových bazí, tedy stavebních kamenů, z kterých je budována genetická informace (Vorlíček, a další, 2012). Nezpůsobují sterilitu ani dlouhodobou myelosupresi a minimálně se podílejí na event. vzniku sekundárních malignit, ve srovnání s alkylačními cytostatiky.

Do této skupiny patří např. metotrexát, 5-fluorouracil, gemcitabin, capecitabin a jiné.

Protinádorová antibiotika

Byla izolována z mikroorganismů, mají tedy také antibakteriální účinek, ale jsou příliš cytotoxická, aby je bylo možné použít pro léčbu běžných infekcí. Společným nežádoucím účinkem je myelosuprese a dále je jejich podání více či méně doprovázeno možným vznikem orgánové toxicity, např. kardiotoxicita u antracyklinů (doxorubicin, epirubicin), plicní toxicita u bleomycinu a nefrotoxicita u mitomycinu C.

Rostlinné alkaloidy

Je to skupina léků, které jsou izolované z rostlin. Radíme sem vinca alkaloidy (vikristin, vinblastin, vinorelbin), u kterých dominuje společný nežádoucí účinek – neurotoxicita. Dále je to skupina taxanů (paklitaxel, docetaxel), nejčastějším nežádoucím účinkem je alergická až anafylaktická reakce a neurotoxicita. Další zástupci jsou etoposid, topotekan, irinotekan.

Nezařazená cytostatika

Jsou to především platinové deriváty, např. cisplatina, která je prvním platinovým derivátem, po ní se do klinického využití dostala pouze karboplatina a oxaliplatina. Nejzávažnějším nežádoucím účinkem je nefrotoxicita, neurotoxicita.

Všechna uvedená cytostatika můžeme také rozdělit do skupin dle jejich vlastností při paravenózním úniku a to na vesikanty, iritanty a nonvesikanty, o jejich shrnutí pojednává samostatná kapitola. (Klener, 2002)

3. VOLBA ŽILNÍHO PŘÍSTUPU

Vstup do žilního řečiště volíme dle několika faktorů. V první řadě je to aktuální stav periferního žilního řečiště, typ podávaného cytostatika (iritant, vesikant, nonvesikant), dále zda se jedná o bolusové či kontinuální podání chemoterapie a délka předpokládané léčby. Na výběr máme z několika možností.

3.1. Periferní žilní kanyla

Je nejčastěji používaný přístup. Nápich provádí sestra dle platných předpisů. Využívá se jak k bolusovému podání, tak i ke kontinuální dlouhodobé aplikaci cytostatik.

Nápich a ošetřování periferní žilní kanyly

Při zavádění kanyly se postupuje od hřbetu ruky k loketní jamce (v. metacarpae, v. radialis, v. mediana cubiti, v. brachialis, v. cephalica, v. basilica). Po přiložení škrtidla na horní končetinu vyberte sestru vhodnou žílu k zavedení periferní žilní kanyly. Škrtidlo přiloží tak, aby se krevní řečiště optimálně naplnilo a současně bylo možno nahmatat puls na a. radialis. Vezme si nesterilní rukavice a dezinfikuje místo vpichu sterilním tamponem s dezinfekčním roztokem, dodržuje expozici dezinfekčního prostředku. Po opakované palpaci místa vpichu opakovaně dezinfikuje místo vpichu. Zavede periferní žilní kanylu a místo vpichu fixuje sterilní transparentní fólií. Poučí pacienta, jaké pohyby rukou nejsou vhodné podle místa zavedení periferní žilní kanyly. (Workman, a další, 2006)

3.2. Venózní port

Představuje vhodný přístup u pacienta se špatným periferním žilním řečištěm a při podávání dlouhodobé a kontinuální léčby. S jeho zavedením musí pacient souhlasit, vlastní zavedení se děje cestou angiografického či chirurgického pracoviště. (Richards, a další, 2004)

Konstrukce portu

Venózní port se skládá z ploché komůrky, vyrobené z nejrůznějšího materiálu (titan, plast, keramika), která je na horní straně opatřena silikonovou membránou. Z komůrky je vyveden katétr, který se zavádí do centrální žíly obvykle cestou v. subclavia, vlastní komůrka je zašitá do podkožní kapsy v podklíčkové krajině. Nápich komůrky se provádí přes kůži speciální Huberovou jehlou. Membrána v komůrce je konstruovaná až na 2000 vpichů. (DiCara, 2007)

Vlastní nápich portu a jeho ošetřování

Nápich portu může provádět sestra po absolvování certifikovaného kurzu. Sestra si vyhmatá port v podkoží, vybere klidné místo vpichu. Je vhodné neaplikovat opakovaně do jednoho místa. Požádá pacienta o odklonění hlavy. Provede dezinfekci okolí portu v průměru cca 10cm krouživými odstředivými pohyby (celkem 3x). Nasadí si sterilní rukavice, vyhmatá port a pevně fixuje mezi ukazovákem a palcem, Huberovo jehlu zavede kolmým vpichem do komůrky portu, až narazí na dno portu. Aspiruje prázdnou 10 ml injekční stříkačkou krev k odsátí 3–5 ml staré heparinové zátky, odloží aspirát do emetní misky, propláchne port 20 ml FR před zahájením aplikace léku.

(Vorlíček, a další, 2012) Po aplikaci léku provede proplach 20 – 100 ml fyziologického roztoku. Pokud se dále již nic nepodává, aplikuje cca 3ml heparinové zátky a při stálém mírném průtoku do katétru vytahuje jehlu ve směru kolmém ke komůrce portu. Při vytahování jehly musí být trvale vyvíjen tlak na píst injekční stříkačky (stále aplikovat do portu malé množství heparinové zátky). Zabrání se tak vytvoření podtlaku v komůrce portu po vytažení jehly. Podtlak by způsobil nasátí krve do špičky katétru a následný vznik sraženiny. Překryje místo vpichu sterilním tamponem a náplastí. Požádá pacienta o krátkodobou lehkou kompresi místa vpichu. Je-li pacient nesoběstačný, provádí kompresi sestra. Poučí pacienta, za jak dlouho dobu může krytí odstranit – nejdříve za 2 hodiny. Má-li pacient kontinuální chemoterapii, fixuje sterilně jehlu transparentní náplastí. (Vokurka, 2005)

3.3. Centrální žilní kanyla

Centrální žilní kanyla se zavádí do povodí horní nebo dolní duté žíly kanylací některé velké žilní větve (v. jugularis interna či v. subclavia, resp. v. femoralis). V některých případech lze centrální žilní kanylu zavést i přes periferní žíly na HK (v. mediana cubiti, v.brachialis). Chemoterapie se podává bolusově, infúzí krátkodobou, nebo kontinuální po dobu maximálně pěti dnů. Zavedení centrální žilní kanyly je tedy spíše vhodné k léčbě komplikací spojených s onkologickým onemocněním, kdy jsou pacienti hospitalizováni k podávání antibiotické léčby, krevních derivátů a infuzní léčby. (Mikšová, 2006)

3.4. PICC katétr

Zkratka PICC znamená periferně implantovaný centrální katétr. Je zaváděn při nutnosti střednědobé a dlouhodobé léčby nejenom cytostatiky, obvykle do 6 měsíců. Výhodou takového systému je nižší riziko plicní embolie, trombózy a katérových sepsí oproti CŽK, není nutné používat heparin – k proplachům postačuje FR, při zavedení není nutnost katétr šít díky speciálnímu úchytu na kůži (Statlock), dále jej lze použít i k odběrům krve, včetně hemokoagulace.

Zavádí se za ultrazvukové kanylace nejčastěji cestou v. basilica, v cephalica, v. brachialis, konec katétru je umístěn na přechodu horní duté žíly v pravou srdeční síň. Součástí katétru je tří-polohový ventil, který umožňuje infuzi tekutin i aspiraci krve, pokud se ventil nepoužívá, zůstává uzavřený a brání tak zpětnému toku krve a vzduchové embolii. Záporný tlak v katétru (aspirace) způsobí otevření ventilu, pokud se tlak vrátí

k normálu, ventil se uzavře, kladný tlak (aplikace) vyvolaný stříkačkou otevře ventil směrem ven a umožní průtok infuze. K aplikaci se používají pouze stříkačky o objemu 10 a 20 ml. Při manipulaci s katétrech dodržujeme pravidla asepsy dle zvyklostí (sterilní rukavice, desinfekce vstupu, transparentní krytí, statlock souprava). Proplach katétru, pokud se nepoužívá, se provádí 1x týdně 10ml 1/1FR.

PICC katétr je variantou mezi opakovaným napichováním periferního nebo centrálního žilního systému a zavedením venózního portu v případě nutnosti střednědobé až dlouhodobé léčby nejenom cytostatiky (Maňásek, 2011).

4. PARAVENÓZNÍ ÚNIK CYTOSTATIK

4.1. Definice

Extravazace (paravazace) je nechtěný únik cytotoxických látek z lumen žíly do okolní tkáně (Vorlíček, a další, 2012).

Jde o stav, který může vést k lokálnímu podráždění, tvorbě puchýřů až vzniku nekrózy a tím rozsáhlých defektů kůže, podkoží a event. i svalů (Vorlíček, a další, 2012). Velmi špatně se hojí, způsobuje nejenom problémy kosmetické, ale i funkční (např. tvorbu kontraktur).

4.2. Příznaky extravazace, rizika a prevence

Příznaky extravazace dle časové osy

- I. Časné – pálivá, píchavá bolest, otok, zarudnutí omezená hybnost
- II. Pozdní (několik hodin poté) – vazodilatace, stupňující se bolest, šíření na proximálně uložené části
- III. Po několika dnech – šupinatění, bolestivá zarudlá indurace, která buď začne ustupovat, nebo přechází v nekrózu a ulceraci
- IV. Po několika týdnech – trvá bolestivost, pomalu se hojící nekróza nebo přechod ve sklerózu postiženého podkoží
- V. Trvalé poškození – měkké tkáně, narušení cévních, nervových a kloubních struktur (Mader, a další, 2003)

Kritéria toxicity dle WHO

(Vokurka, 2005)

- I. stupeň – zarudnutí
- II. stupeň – puchýř, svědění, suché šupiny
- III. stupeň – defekt s vlhkým odlučováním
- IV. stupeň – nekróza

Rizikové faktory extravazace a možnosti prevence

Mezi nejčastější rizikový faktor patří nepříznivý stav periferního žilního řečiště, dále pak zaniklé žíly po předchozích flebitidách, poškození po aplikaci chemoterapie, porušená lymfatická drenáž končetiny a v neposlední řadě nespolupracující pacient.

Možností prevence ze strany pacienta je jeho důsledná spolupráce s personálem a včasné upozornění na pocit jako je pálení, svědění či bolestivost v místě vpichu nebo jeho okolí. Prevencí ze strany personálu je sledování případných příznaků extravazace po zahájení aplikace chemoterapie, výběr ideálního místa pro žilní vstup a v neposlední řadě upozornění na špatný stav periferního žilního řečiště a zajištění jiného vstupu.

4.3. Třídění cytotoxických látek

Cytotoxické látky můžeme rozdělit dle jejich vlastností při paravenózním úniku a to nejčastěji do tří skupin na (Vorlíček, a další, 2012):

- I. Vezikanty – látky, které vyvolávají tvorbu puchýřů, jsou nekrotizující a vyžadují, pokud je to možné, aplikaci specifických antidot
- II. Iritanty – jsou látky dráždivé
- III. Nonvezikanty – nepůsobí nekrózu a nevedou obvykle k významnému poškození

Detailněji dále můžeme u jednotlivých skupin uvést nejčastější cytostatika používaná na našem oddělení, pro lepší přehlednost uvedená v tabulce viz příloha 1. (Novotný, a další, 2012)

4.4. Opatření při paravenózním úniku cytostatika

Nespecifická opatření

Do této skupiny řadíme úkony, které by měly následovat ihned po zjištění extravazace. I pokud máme jen podezření na paravenózní únik ihned přerušíme aplikaci cytostatika a pokud je to možné pokusíme se odsát čistou injekční stříkačkou zbytek cytostatika. Odstraníme žilní vstup. Vyvarujeme se tlaku na postižené místo. Končetinu se snažíme držet ve zvýšené poloze, nejlépe závěsem na šátku. V případě vzniku puchýře se můžeme pokusit obsah jednorázově odsát.

Specifická opatření

Jedná se o konkrétní postupy, které se řídí dle typu cytostatika a v konkrétních případech užití známého antidota.

Aplikaci suchého chladu můžeme použít bezprostředně po paravazaci a dále opakovat dle potřeby. Nepoužíváme obklady vlhké a tento způsob není doporučen aplikovat u cytostatik ze skupiny vinka alkaloidů a u oxaliplatin. U skupiny vinka alkaloidů můžeme využít aplikaci suchého tepla. Dymetylsulfoxid (DMSO) je možné využít jako antidotum u konkrétních cytostatik ve formě tekutiny či gelu na postižené místo. Dalším známým antidotem je hyaluronidáza, která je aplikována podkožně k postiženému místu. Jednotlivé postupy lze i kombinovat. Pro přehlednost jsou jednotlivá cytostatika a konkrétní postup při extravazaci uveden v příloze 2 (Vorlíček, a další, 2012 str. 127).

V případě rozsáhlého poškození či rozvinuté nekróze je nutné zajistit ošetření chirurgické. (Vorlíček, a další, 2012)

5. VLASTNÍ PŘÍPRAVA, ŘEDĚNÍ CYTOSTATIK A JEJICH APLIKACE

Každému pacientovi, kterému bude aplikována chemoterapie, se dávka cytostatika stanoví individuálně. Nejčastěji se vypočítává podle povrchu těla. Jsou i léčiva, kde se dávka vypočítá pouze dle hmotnosti pacienta.

Příprava cytostatik se provádí v laboratoři k tomu určené, v nemocniční lékárně, za aseptických podmínek. Je k tomu vyškolený personál s farmaceutickým vzděláním,

který dle platné legislativy může tuto přípravu provádět. Slouží k tomu podtlakové bezpečnostní boxy, tzv. izolátory, umístěné v prostoru s kontrolovaným stupněm čistoty. Tyto přípravny mají zaveden zvláštní režim z hlediska požadavků bezpečnosti práce a předepsaného hygienického režimu (kontrolovaný pohyb osob, větrání zajišťované vzduchotechnickým systémem, filtrace vzduchu vstupujícího do místnosti).

Lékař pomocí speciálního počítačového programu odešle vypočítanou dávku farmaceutovi, který jí překontroluje a nechá laboranta dané cytostatika naředit. Pomocný personál přípravny pak nařazené cytostatika (injekce, infúze) donese na dané pracoviště. Vše je řádně označené názvem léku, nařazenou dávkou, názvem nosného roztoku, dobou expirace, po jakou je možno cytostatikum na oddělení uchovat, jménem a rodným číslem pacienta. Sestra si vše řádně převezme a zkontroluje podle ordinace lékaře.

6. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE

Nežádoucí účinek závisí na mnoha faktorech, může být okamžitý nebo pozdní. Rozhoduje typ cytostatika a jednotlivá dávka léku, ale v některých případech také dávka kumulativní.

Základem je včas pacienta informovat, poučit ho o možných komplikacích a jak se při jejich případném výskytu zachovat.

Nejčastěji dělíme nežádoucí účinky dle výskytu v jednotlivých orgánových systémech.

Myelosuprese a jiné hematologické nežádoucí účinky

Útlum krvetvorby může vzniknout téměř po všech používaných cytostaticích (výjimku tvoří pouze vinkristin a bleomycin), je tedy nejčastější možnou komplikací.

Její závažnost je závislá na několika faktorech. Trvání útlumu krvetvorby je delší u alkylačních cytostatik, tedy rozhoduje druh léku, jeho celková dávka a také celkový stav pacienta před léčbou.

Terapie poruch krvetvorby zahrnuje aplikaci hemopoetických růstových faktorů (např. G-CSF je faktor stimulující kolonie granulocytů a erythropoetin stimulující červenou krvetvorbu při anémii), v nezbytných případech aplikaci krevních derivátů. Podání

se řídí výsledky krevních testů (krevní obraz a diferenciál) a stavem pacienta, o aplikaci rozhoduje vždy lékař. (Češka, 2012; Adam, a další, 2003)

Infekční komplikace

Infekční komplikace vznikají u onkologických pacientů z důvodu narušení imunity (obranyschopnosti proti infekcím). Staví se na druhé místo v příčinách úmrtí při nádorovém onemocnění. Vysoké riziko je u hematoonkologických pacientů. U solidních nádorů se toto riziko zvyšuje, pokud se nedaří nádorové onemocnění zvládnout a nemoc progreduje.

Při protinádorové léčbě se snižují počty neutrofilních granulocytů a dochází tak k přechodnému útlumu kostní dřeně. Poškození sliznice zažívacího traktu (mukozitida) může vést ke snadnému přestupu mikrobů (bakterií a kvasinek) ze střeva do krevního oběhu.

Nejzávažnější je stav, který označujeme jako febrilní neutropenie. Definice neutropenie zní: pokles neutrofilních granulocytů pod $0,5 \cdot 10^9$ na $9/l$. Nejčastěji provázejícím jevem je horečka, tedy teplota nad 38°C . Spojení horečky s neutropenií definujeme jako febrilní neutropenii, kdy horečka je často jediným projevem, zdroj infekce může a nemusí být patrný, protože na vytvoření typických známek zánětu chybějí neutrofilní leukocyty. Souhrn vyšetření takového pacienta zahrnuje fyzikální, laboratorní (krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, biochemie, koagulace, vyšetření močového sedimentu) a mikrobiologické vyšetření (hemokultury, kultivace moči, stolice, sputum, stěry z tělních otvorů), zobrazovací metody (RTG srdce a plic, paranazálních dutin, USG břicha a pánve, popř. CT, echokardiografické vyšetření) a další. Po nezbytných vstupních vyšetřeních se zahajuje iniciální antibiotická a antimykotická terapie, která se případně upravuje při následném zjištění zdroje infekce či dle výsledků kultivací. Ponechání pacienta bez léčby může velice rychle vést ke generalizaci infekce, až k rozvoji sepse a septického šoku.

Důležitá je edukace pacienta v oblasti režimových opatření. Vhodné je, aby byl pacient na pokoji samostatně. Pokoj denně uklízet dezinfekčními prostředky. Snižit počet většího počtu lidí u pacienta. Dodržovat u pacienta pravidelnou celotělovou hygienu, a především pak koupel po stolici a u žen i po močení, pravidelnou hygienu dutiny ústní, mytí a dezinfekci rukou. Minimalizovat zavádění močových katétrů a rektální manipulace z důvodu vzniku ragád. Je vhodná nízkobakteriální dieta. (Grofová, 2007)

Nevolnost a zvracení

Tento symptom patří neodmyslitelně k aplikaci chemoterapie a pro většinu pacientů představuje právě největší obavu z průběhu léčby. Proto je důležité na něj nečekat, ale již předem mu předcházet a pacienta zajistit, antiemetická terapie je tedy indikována profylakticky u každého pacienta. Dále je také nutné uvést, že nevolnost je mnohem častější než vlastní zvracení a nemocným je také hůře vnímána. Role sestry je velmi důležitá, opakovaně pacienta edukuje, ptá se na jeho aktuální stav a aplikuje antiemetickou terapii.

Můžeme rozdělit tři základní typy zvracení:

1. Akutní zvracení – projevuje se buď ihned po zahájení chemoterapie, nebo cca do 24 hodin poté, léčba – blokátory 5-HT₃ receptorů (setrony) + kortikosteroidy + v některých případech blokátory NK₁-receptorů.

2. Oddálené zvracení – začíná po 24 hodinách a vyskytuje se většinou 2. - 5. den, léčba spočívá v podání kortikosteroidů + blokátory D₂-receptorů (metoklopramid) nebo 5-HT₃ receptorů

3. Anticipační nevolnost a zvracení – jedná se o předem naučenou odpověď na podání chemoterapie, při ní nemocný mnohdy zvrací již při příchodu do nemocnice. Jedná se o naučenou odpověď na prodělanou nevolnost či zvracení po prvních cyklech chemoterapie. Léčba spočívá v behaviorálním přístupu či aplikaci malých dávek benzodiazepinů.

Léčba nevolnosti a zvracení se skládá z aplikace několika možných preparátů, jak ve formě intravenózní tak i tabletové, či ve formě rektálního čípku.

Setronová antiemetika jsou blokátory 5-HT₃ receptorů a jejich zavedení do praxe významně snížilo výskyt nevolnosti a zvracení. Jejich účinek je potencován současným podáním kortikosteroidů. Z celé řady preparátů, forma je buď injekční, nebo je možné podání ve formě tablet rozpustných na jazyku. Mezi ne příliš časté nežádoucí účinky patří bolesti hlavy a zácpa.

Mechanismus kortikosteroidů v tlumení zvracení není znám, přesto jejich kombinace se setrony vede k zabránění až 90% zvracení. Nejpoužívanějším preparátem je dexamethason ve formě injekční i tabletové.

Mezi blokátory NK₁-receptorů patří aprepitant. Je preparátem nové třídy antiemetik, kombinuje se společně se setrony a kortikosteroidy, je ve formě tablet, které se užívají první 3 dny terapie.

Prokinetikum metoklopramid (blokátor D₂-receptorů) je jedním z nejdéle používaných antiemetik a nezastupitelnou roli má i v dnešní době. Je vhodný k profylaxi a léčbě oddáleného zvracení. Další ze skupiny blokátorů D₂-receptorů jsou fenothiaziny (thiethylperazin), také ve formě rektálních čípků. Podobný účinek má haloperidol v podobě kapek.

Benzodiazepiny jako takové nemají antiemetický účinek, ale napomáhají u slabších jedinců tlumit úzkost. (Šafránková, a další, 2006)

Přehled jednotlivých cytostatik s jejich emetogenním účinkem a vybrané preparáty antiemetik uvádí tabulka, která je součástí přílohy 3, 4. (Adam, a další, 2011)

Gastrointestinální toxicita

Jedním z klinických projevů může být mukositida, a to nejčastěji při chemoterapii obsahující 5-fluorouracil nebo methotrexát. Léčba je většinou symptomatická, zahrnuje důslednou péči o dutinu ústní, výplachy, vyjmutí protéz, k potlačení bolestivosti např. aplikace lokálních anestetik ve formě želé. Snažíme se tím zabránit rozvoji bakteriální či mykotické infekce. Dalším projevem mohou být průjemy, někdy i krvavé, způsobené obvykle 5-fluorouracilem, irinotekanem, léčba zahrnuje podávání běžných anti-diareik (loperamid) a dle závažnosti stavu dostatečná hydratace. Po aplikaci vinkristinu může dojít k rozvoji paralytického ileu. (Češka, 2012)

Kardiotoxicita

Kardiotoxicky působí především antracyklinová cytostatika. Mohou vést k poškození srdečního svalu již během léčby, ale také několik let po ukončení (pozdní toxicita). Rozhoduje především velikost kumulativní dávky, proto celková možná dávka u doxorubicinu nepřekračuje 450mg/m² a u epirubicinu 900mg/m². Dále je vždy před jejich aplikací nutné echokardiografické vyšetření k posouzení ejekční frakce levé komory a toto se pravidelně opakuje i při ukončení léčby.

Nefrotoxicita

Jako nefrotoxická cytostatika označujeme především skupinu platinových derivátů a z nich nejvíce cisplatinu. Poškození se projevuje na tubulárních buňkách a ovlivňuje jejich funkci, míra je závislá na celkové dávce. Předcházíme jí důsledným vyšetřením ledvinných funkcí před aplikací a dostatečnou hydratací při vlastním podání. Další z nefrotoxických látek je ifosfamid, který způsobuje urotelovou toxicitu, jí předcházíme současným profylaktickým podáním mesny, která chrání sliznice močových cest a močového měchýře před poškozením.

Neurotoxicita

Poškození se může týkat periferních nervů i CNS. V případě periferní neuropatie se jedná o cytostatika ze skupiny platinových derivátů, vinca alkaloidy a taxany. Projevuje se nejčastěji nepříjemným brněním (paresteziemi) a necitlivostí konečků prstů na končetinách, někdy může dojít i k poruše vláken motorických. Je to projev, který je reversibilní a obvykle během několika měsíců pomíjí. Centrální projevy, ve smyslu např. poškození CNS, somnolence, kómatu, zmatenosti nebo leukoencefalopatie a cerebrálních syndromů, může působit ifosfamid, methotrexát, fluorouracil.

Plicní toxicita

Plicní toxicita se nejčastěji projevuje jako intersticiální plicní fibróza a to například po bleomycinu, karmustinu a vysokých dávkách cyklofosfamidu, někdy i s odstupem několika let. Nejčastějším projevem je dráždivý kašel.

Poškození kůže a kožních adnex

Nejčastějším a nejviditelnějším nežádoucím projevem je alopecie – vypadávání vlasů. Za její vznik je odpovědná celá řada cytostatik, neplatí však, že všechny. V některých případech dochází ke ztrátě i dalších ochlupení. Alopecie je pro některé pacienty, a to především ženy, značně traumatizující, proto je důležité nabídnout psychickou oporu, včas pacienta informovat a vystavit poukaz na paruku.

Dalším projevem je bolestivé zarudnutí dlaní a plosek nohou, tzv. hand-foot syndrom, vznikající nejčastěji po aplikaci 5-fluorouracilu a vznik kožních pigmentací po bleomycinu.

Gonadální toxicita

Typicky se projevuje po aplikaci alkylačních cytostatik. Prevencí může být u mužů kryoprezervace spermatu a u žen odebrání a zmražení vajíček před zahájením léčby.

Mutagenní a kancerogenní vliv cytostatik

Nejvíce mutagenní a kancerogenní jsou alkylační cytostatika a etoposid. Vlivem chemoterapie se může zvýšit vznik sekundárních malignit s odstupem několika let po vlastní léčbě.

Jiné toxicity

Oční toxicitu ve formě konjunktivitidy způsobuje 5-fluorouracil, doxorubicin, po busulfanu je popisována katarakta.

Ototoxicitu způsobují platinové deriváty, nejvíce cisplatina, závisí na kumulativní dávce a terapie bývá neúčinná. (Adam, a další, 2002)

7. PODPŮRNÁ LÉČBA

Jde o léčbu, která řeší obtíže vyvolané nádorem, protinádorovou léčbou a onkologickým onemocněním v širším slova smyslu.

7.1. Léčba bolesti

Bolest je jeden z nejčastějších symptomů provázející nádorové onemocnění. Základní dělení bolesti v onkologii je dle vztahu k nádorovému onemocnění a dle patofyziologického mechanismu. (Marková, 2010)

Dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění (Sláma, a další, 2007):

1. Bolest vyvolaná nádorem – např. bolest hlavy při mozkových metastázách
2. Bolest vyvolaná protinádorovou léčbou – např. neuropatie po chemoterapii (taxany, oxaliplatina, další), postradiační dermatitida.
3. Bolest nesouvisející s nádorovým onemocněním – např. migréna, bolesti kloubů při degenerativních změnách.
4. Bolest při pokročilém onemocnění – např. dekubity, imobilita.

Dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu (Sláma, a další, 2007):

1. Nociceptorová somatická – vyvolaná drážděním nervových zakončení při tkáňovém poškození (kostní metastázy, prorůstání nádoru do svalu)
2. Nociceptorová viscerální – vyvolaná drážděním nervových zakončení v orgánech v dutině břišní a malé pánve (nádory slinivky břišní, jater, střev)
3. Neuropatická – v důsledku poškození periferního nebo centrálního nervového systému (neuropatie po chemoterapii)
4. Smíšená

Hodnocení nádorové bolesti zahrnuje základní somatické vyšetření, případné zobrazovací či jiné metody, zhodnocení intenzity bolesti pomocí verbální, vizuální nebo numerické škály bolesti či pomocí dotazníku.

Dělení léčby nádorové bolesti (Vorlíček, a další, 2012):

1. protinádorová léčba – principem je zmenšení či odstranění nádoru
2. symptomatická léčba – ovlivňující vznik, šíření a vnímání bolesti, základní metodou je farmakoterapie, postupy nefarmakologické zahrnují rehabilitaci, stabilizační operace, psychoterapii a další.

Doporučeným postupem pro základ farmakoterapie nádorové bolesti je analgetický žebříček WHO (Sláma, a další, 2007):

1. stupeň – mírná bolest – neopioidní analgetikum +/-koanalgetika
2. stupeň - středně silná bolest – slabé opioidy+neopioidní analgetikum +/- koanalgetika
3. stupeň – silná bolest – silné opioidy +/- neopioidní analgetikum +/- koanalgetika

7.2. Nutriční podpora

Pro rozhodnutí o nutnosti zahájení nutriční podpory je nejdůležitější vyšetření nutričního stavu pacienta. Základní veličiny, které hodnotím, jsou ztráta tělesné hmotnosti, snížený příjem potravy, gastrointestinální potíže, BMI, stresový faktor, dále měření podkožního tuku, laboratorní stanovení hladiny albuminu, celkové bílkoviny, prealbuminu, kreatininu či CK. Zhodnocení se provádí podle nejružnějších dotazníků či screeningových vyšetření. (Grofová, 2007)

Terapie malnutrice

Nutriční přístup zahrnuje několik modalit:

1. Dietní opatření – vyšetření nutričním terapeutem s úpravou stravy dle subjektivních potíží pacienta (strava mixovaná, kašovitá, tekutá, přídavky, individuální výběr).
2. Sipping - popíjení tekuté farmaceutické výživy po malých dávkách během celého dne mezi jídly.
3. Umělá klinická výživa – nemocní, u kterých se nedaří zlepšit nutriční stav perorální výživou, mohou být indikováni k enterální či parenterální výživě. Enterální výživa se podává nejčastěji tenkou nasogastrickou či nasojejunální sondou, při podávání delším než 6 týdnů cestou perkutánní endoskopické gastrostomie a to formou bolusového podání či kontinuálně pomocí enterální pumpy. Parenterální výživa se využívá v případě selhání funkce trávicího ústrojí (např. střevní obstrukce).
4. Farmakologická léčba – používají se preparáty pro zvýšení chuti k jídlu např. různé dávky kortikosteroidů, megestrolacetát, medroxyprogesteronacetát.
5. Ke zlepšení příjmu potravy lze např. při obstrukci jícnu endoskopicky implantovat kovový expandovatelný stent. (Mourek, 2005)

7.3. Podpora onkologického pacienta

U pacienta je onkologické onemocnění diagnostikováno v různé formě a stádiu. Léčba kurativní (současnými postupy je onemocnění vyléčitelné) nebo paliativní (udržení co nejvyšší kvality života) má často řadu vedlejších účinků.

Na základní otázky, související s diagnostikou a léčbou, odpovídá pacientovi jeho ošetřující lékař. Pro pacienta je zásadní, může-li se zeptat na podrobnosti, hovořit o pochybnostech. Z důvodu řady obav nebývá vždy pacient v dobré kondici a k některým tématům je tedy vhodné se vracet. (Andrýsek, 2011)

Právě pro tyto pacienty jsme vytvořili na našem oddělení prostor s názvem psychosociální centrum. V podtextu je výstižnější název Poradna pro nemocné a jejich blízké.

Zásadním členem multidisciplinárního týmu je vrchní sestra v roli prostředníka mezi spolupracujícími zdravotníky „lékaři“ a „nelékaři.“ Koordinátor péče se snaží zkontaktovat pacienta s konkrétním problémem s psychologem, nutriční terapeutkou nebo sociální pracovnící. K dispozici jsou i sestry specialistky pro péči o rány eventuálně stomii.

Zvláštní a výraznou kapitolou je řešení následné péče v případě, že je aktivní léčba onkologického onemocnění ukončena. Je zpracován standardní postup při umístění pacienta na jiné lůžkové oddělení. Vzájemně se však všichni učíme řešit situaci, kdy se rodina a pacient rozhodnou, že lepší variantou je pro ně péče ve vlastním sociálním prostředí. Pro vzájemné setkání je nutné připravit řadu konkrétních racionálních informací. Jejich cílem je neidealizovat situaci, upozornit na potencionální komplikace a poté zaměřit energii pro zvládnutí managementu domácí péče ve spolupráci:

PORADNA x PACIENT A RODINA x PRAKTICKÝ LÉKAŘ x AGENTURA

Téměř neexistuje situace, kterou by připravená a odhodlaná rodina nedokázala zvládnout, pokud má profesionální oporu. Setkávání v takovýchto vypjatých náročných životních situacích přináší všem zúčastněným nové pohledy na životní hodnoty.

Službu Poradny jsme nabídli pacientům s určitou představou. Po prvních týdnech zkušeností ji vyhodnocujeme a snažíme se nasměrovat energii tam, kde vidíme největší rezervy.

Při podpůrné péči u pacientů v terminálních stádiích onemocnění hovoříme o péči paliativní. Pro kvalitní paliativní péči je zásadní otevřená, empatická komunikace, vzájemná důvěra a partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Legislativní i systémová pravidla jednotlivých zdravotnických zařízení připravila podmínky pro práci s důležitými a srozumitelnými informacemi. Pacient by je měl znát, aby mohl spolurozhodovat a spolupracovat při svém léčení. Přesto právě zásadní a složitá komunikace na toto téma byla, je a ještě dlouho bude oblastí, kde budeme tápat. Výhodou této situace může být fakt, že každý, byť sebemenší posun směrem k řešení psychosociálních problémů pacientů, přináší oběma stranám úlevu. Jde tedy o to, navázat na dobré příklady těch, kteří mají zkušenost se zaváděním základních principů paliativní péče do praxe. V běžné klinické praxi obtížně nacházíme prostor a čas pro diskusi nad tématy, která jen zdánlivě s aktuálním zdravotním stavem pacienta nesouvisí. Pokud se podaří využít různých organizačních forem podpůrné péče, lze přenést tuto nedílnou část komplexní léčby na profesionály. Víme, že tak, jako v jiných oblastech klinické praxe, kvantitou řešení opakujících se, byť zcela individuálních situací, častěji nachází kvalitní řešení. Řešením může být v tomto případě třeba i pochopení složité sociální či psychické situace a doprovázení pacienta či jeho blízkých v době, kdy to sami, třeba jen přechodně, nezvládají. (Vodvářka, 2004)

PRAKTICKÁ ČÁST

8. FORMULACE PROBLÉMU

Předpokládám, že zásadním přínosem kvalitativního výzkumu této specifické problematiky bude komplexní pohled na potřeby pacientů s onkologickým onemocněním. Na jeho základě je možné aplikovat manažerské dovednosti tak, aby přinesly konkrétní efekt především pro zlepšení zdraví a komfort pacientů při léčbě chemoterapií. Je-li systém funkční a tvoří jej ti, kteří jej realizují, je velkým přínosem i uspokojení z takovéto smysluplné práce. (Kutnohorská, 2009)

9. CÍL VÝZKUMU

Cílem práce je mapování situace pacientů s chemoterapeutickou léčbou. Vyhodnocení klíčových momentů pro zásadní intervenci v oblasti zvládnání základních potřeb a komplikací, provázejících náročnou léčbu. Porovnání komfortu a diskomfortu aplikace chemoterapie i. v. kanylou a i. v. portem.

9.1. Výzkumná otázka č. 1

V jakém okamžiku a jakým způsobem je zásadní informovat pacienta o i. v. vstupu?

9.2. Výzkumná otázka č. 2

Co nejvíce pomáhá zvládat náročnou životní situaci pacientovi s onkologickým onemocněním?

10. VZOREK RESPONDENTŮ

Pracovala jsem s vybranou skupinou pacientů, kteří zvládli období aktivní léčby bez výrazných komplikací a byli ochotni se o své zkušenosti podělit formou polo standardizovaného individuálního rozhovoru. Navazující standardní metodou kvalitativního výzkumu bylo zúčastněné pozorování. Vzhledem k opakovaným hospitalizacím bylo možné připravit se na sledované oblasti tak, aby byly zcela přirozené a nerušily práci sester ani komfort nemocných. Pacienti před zahrnutím do zkoumaného vzorku podepsali informovaný souhlas. Výzkum probíhal v období červen 2012 až prosinec 2012.

11. METODA VÝZKUMU

Základní rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem vyplývají z jejich rozdílných cílů. Na rozdíl od testování hypotéz u výzkumu kvantitativního, u kvalitativního výzkumu jde o nové porozumění problému, opírající se o vytvořené teorie. (Disman, 2000). Výzkum, zaměřený na management péče o onkologické pacienty, nemá tak vysoké ambice. Nestane se podkladem pro vytváření komplikovaných teorií a složitých hypotéz. Kromě specifické problematiky, citlivé na získávání validních informací, je zásadním limitem také velikost zkoumaného vzorku. Obecně je onkologické onemocnění velmi specifické svoji často statisticky podloženou, náročnou prognózou. Pacienti se pohybují týdny, měsíce a léta v období střídajících se period remisí. Řeší zvládání fyzických i psychických symptomů, psychosociálních dopadů nemoci. A hlavně, jde jim doslova o život. Není to ale často období akutních fází onemocnění s rychlým a fatálním koncem, ale především nová, obtížná a dlouhodobá situace pacienta i jeho blízkých.

Právě od toho se odvíjí specifická příprava celého výzkumu. Je - li posláním kvalitativního výzkumu porozumění lidem v sociálních situacích, jen málo je pro život člověka zásadnějších, než zvládání onkologického onemocnění.

Je-li stěžejní metodou výzkumu rozhovor, zásadní se může zdát formulace otázek. V době přípravy to platí bezezbytku. Nový pohled na celou problematiku však přináší vlastní realizace. Zdaleka se nejedná jen o vzájemnou komunikaci. Každou otázkou otevíráme dilematické pohledy, vzpomínky, obavy. Čas věnovaný setkání lze jen těžko odhadnout. Zásadní je navození atmosféry důvěry, opravdového zájmu o současné prožívání a další osud pacienta. S tím jsem k celému výzkumu přistupovala. Získat pacienty pro spolupráci bylo zásadnější, než získat jich pokud možno co nejvíce.

Hlavní metodou, kterou jsem získávala informace, byl tedy rozhovor.

Je mnoho teoretických podkladů pro zvládání rozhovorů s pacientem, ale jen realita nám ukáže, jak obtížné je v praxi je použít. Každý rozhovor má určitou, ne zcela odhadnutelnou, dynamiku. Rozdílné je získávat informace od pacienta, jinou hloubku má rozhovor, kdy zásadní informace předáváme. Fáze naslouchání i fáze terapeutická jsou o důvěře, empatii a vzájemném porozumění. (Křivohlavý, 1991)

Co nám říká ten, kdo s námi mluví?

„Říká nám, co si myslí. Říká nám, co cítí. Říká nám, co chce. Říká nám, kdo je.“
(Křivohlavý, 1993 str. 32)

Pro maximálně objektivní pohled na danou problematiku jsem jako doplňující metodu zvolila standardizované zúčastněné pozorování.

Věřím, že autentické výpovědi a cílené pozorování i tak malého vzorku respondentů, umožnily nalézt významné struktury jako podklady pro další práci našeho zdravotnického týmu.

12. ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Metodologie kvalitativního výzkumu není detailně vytvářena předem, ale v průběhu sběru dat. Struktury, které se odhalí v datech, vedou k formulování nových situací, které se stávají předmětem zkoumání.

12.1. Zúčastněné pozorování

Při pozorování využíváme smyslového vnímání k popisu zdravotního stavu pacienta.

Pozorování může být bezděčné (náhodné) či záměrné, kdy předem stanovíme, které projevy budeme sledovat a jak je budeme zaznamenávat. Podle délky činnosti je dělíme na krátkodobé a dlouhodobé, extrospekce je pozorování vnějších projevů pacienta druhou osobou, introspekce je sebezpozorování, kdy může pacient sám sdělovat, co na sobě pozoruje.

Metodu lze využít v anamnestickém rozhovoru, v rámci fyzikálního vyšetření od „hlavy k patě“, u vyšetření screeningových i při realizaci jakýchkoliv ošetřovatelských intervencí a denních aktivit pacienta (Disman, 2000)

Vzhledem k tomu, že se jednalo o pacienty, kteří jsou opakovaně v aktivní léčbě na oddělení, kde pracuji, byla jsem pozorovatelem – participantem. Znamená to, že předem stanovená kritéria léčby jsem mohla vyhodnotit v přirozených, neformálních situacích každodenní běžné i specializované ošetřovatelské péče. Z těchto situací jsem následně vyhotovila záznamy, které se spolu s rozhovorem staly podkladem pro diskusi.

Pozorovací arch

	1. oblast Reakce na stres	2. oblast Sociální kontakty	3. oblast Zvládání aplikace i.v. terapie
R1	Pacientka zvládá opakovaný příjem bez úzkosti, je optimistická, podporuje manžela, který ji doprovází, přesto, že by tomu mohlo být naopak... Při příjmu sleduje pokles hmotnosti, velmi se zajímá o nutriční podporu, konzultaci.	Velmi spontánně komunikuje se spolupacienty i se sestrou, ráda vypráví o široké rodině, v podstatě se aktivně zapojuje do jakékoliv komunikace např. se studentkami.	I přes obtěžující komplikace s i.v. aplikací chemoterapie pacientka neprotestovala při opakovaných pokusech o zavedení i.v. kanyly, spolupracovala bez stresu s tendencí uklidňovat sestru při neúspěšných pokusech.
R2	Pacientka je velmi vyrovnaná, při následné hospitalizaci přichází bez stresu. Racionálně vyhodnocuje svůj stav jako nijak nepřekračující její očekávání.	Pacientka se snaží setkávat s ostatními spolupacienty i mimo svůj pokoj, využívá společenskou místnost, komunikuje se spolupacienty, ale nevyhledává informace o nemoci. Pravidelně ji navštěvují děti.	Pacientka má neobvykle snadný průběh léčby, téměř bez jakýchkoliv vedlejších projevů. S i. v. kanylou nemá zkušenost, zavedení portu absolvovala bez komplikací a kromě únavy neřeší žádné komplikace.
R3	Pacient se smiřuje s nečekanou recidivou onemocnění. Opakovaně hovoří o nekomplikovaném průběhu předchozích pěti let.	Kromě rodiny je velmi vázaný na dvojici přátel, kteří s ním i jeho manželkou komplikované období sdílejí. Navštěvují ho velmi často, přesto, že opakovaná hospitalizace je krátkodobá.	Pacient se zajímá o princip fungování portu. Zajímají ho detaily eventuálních komplikací. Informace z internetových zdrojů konfrontuje s edukačními materiály.
R4	Pacientka bývá netrpělivá, není-li aplikace chemoterapie v obvyklých časových intervalech. Vše sleduje podle svého rozpisu, který si vytvořila a konfrontuje jej s harmonogramem	Nejpevnější vazbu a sdílení problémů má pacientka se svojí sestrou. Opakovaně se na otázky ptají společně. Sestra, je pro ni nejen blízkým člověkem, se kterým problémy sdílí, ale i přiro-	Pacientka velmi systematicky sleduje vedlejší účinky chemoterapie, umí předcházet rozvinutí nauzey. Pečlivě dodržuje pravidla doporučená nutriční terapeutkou, sleduje a „napomíná“ i spolupacien-

	sester.	zenou autoritou.	ty.
R5	Pacient přistupuje velice racionálně ke všem výkonům, které jsou součástí jeho léčby. Označuje se za 100 % pacienta... snaží se ničím nerozptylovat.	Pacient je velice komunikativní, hovoří o příznacích, porovnává své projevy s projevy spolupacientů, radí se se sestrami. O rodině hovoří při různých příležitostech.	Pacient radí spolupacientům, jak zvládat vedlejší účinky chemoterapie. Velmi dobře se zadaptoval na i. v. aplikaci chemoterapie portem. Spontánně spolupracoval při edukaci před výkonem a velmi si komfort pochvaluje.
R6	Pro pacientku je zásadní informace o tom, jak dlouho bude léčba trvat, kdy přesně skončí, stejnou otázku pokládá opakovaně při každé příležitosti.	Pacientka nemá potřebu si s ostatními spolupacienty o své nemoci vyprávět. I od zdravotníků vyžaduje jen stručná fakta. Nemá zájem o podpůrné formy péče. Je velmi fixovaná na širokou rodinu, která se střídá v pravidelných návštěvách.	Přesto, že měla pacientka problémy se záněty žil při i. v. aplikaci, před zavedením portu se výkonu velmi obávala. Smlouvala a diskutovala o odložení výkonu, velice citlivě reaguje na náznaky jakýchkoliv nesrovnalostí. Bojí se komplikací.
R7	Na opakovanou hospitalizaci přichází pacientka velmi vyrovnaná. Patří k těm, které mají v polovině léčby minimální vedlejší účinky, téměř žádné z těch, které jsou na první pohled patrné.	Zásadní a opakující se problém pacientky je její chronicky nemocný manžel. V podstatě se jejich hospitalizace překrývají a tak je problémem péče o pejska. O jiných, zásadnějších, pacientka nehovoří.	Pacientka je nižší zdravotnický pracovník. Řadu pojmů používá sice zkresleně, ale velice ráda. Je pyšná na to, že se v situaci orientuje lépe než laik, nabízí spontánně informace i ostatním.

R8	Pacient se adaptuje na život s kolostomií. Na rozdíl od předchozí hospitalizace při zpracování sesterské anamnézy otevřeně o tématu komunikuje.	Pacient „edukuje“ spolupacienta, který se snaží vyrovnat s novou životní situací a nedaří se mu to. Je vstřícný, spontánní, hovorový, pyšný na své zkušenosti, ke kterým mu výrazně svoji péčí dopomohla manželka.	Komplikace s i. v. aplikací chemoterapie převýšily adaptaci na kolostomii, pacient má obavy z toho, aby port přinesl slíbený efekt, ptá se na detaily možných komplikací, které se dozvěděl z různých zdrojů.
R9	Pacientka opakovaně udává téměř fobii z opakovaného příjmu. Zvládá ji však s každou další hospitalizací lépe. Vyžaduje ale individuální přístup a opakovaný kontakt s psychologem.	Na rodinu je velmi vázaná a hovor na toto téma je pro ni vždy úlevný a únikový v případě náznavu jakýchkoliv komplikací.	Komplikace se záněty žil při i. v. aplikaci byly pro pacienta velmi obtěžující, jiné vedlejší účinky chemoterapie velice dobře zvládá. Po opakované psychoterapii se snaží o racionální, vyhodnocení své situace.
R10	Pacient přichází k opakované hospitalizaci bez projevů stresu, komunikuje uvolněně, až žoviálně, často na témata, s nemocí ani zdánlivě nesusouvisející. Při odběru anamnézy se nejdéle zdrží u bolesti. Škála hodnocení ho zaujme. Připouští, že právě z bolesti má největší obavy.	Pacient hovoří stále, často, rád a s kýmkoliv. Možná i proto, že nemívá návštěvy, využívá ke komunikaci téměř každou situaci. Nepouští se ale do hovoru o své nemoci. Komunikuje převážně o věcech běžného denního života, jakoby nemoc neexistovala.	I přes patrné a opakovaně řešené komplikací s i. v. aplikací chemoterapie, pacient problémy nekomentoval, nehodnotil. Stejně racionálně přijal novou situaci aplikace i. v. portem. Bez kladných i záporných komentářů, jako fakt.

Účelem bylo sledování pacientů v předem vytipovaných, standardních, opakujících se situacích. Následovalo zaznamenání jejich reakcí do archu. Mezi standardní situace patří:

Příjem pacienta (opakovaný)

Začlenění do sociálního prostředí

12.2. Polostandardizovaný rozhovor individuální

Z obecného hlediska je rozhovor plánovaná komunikace s určitým cílem, má tři základní části: úvod, hlavní část a závěr. Úvod má často rozhodující význam, ovlivňuje další průběh rozhovoru, sdílnost klienta, vnímání situace. S klientem navazujeme kontakt a vztah a nastiňujeme témata rozhovoru, jeho význam, délku trvání atd. Zahájení rozhovoru znamená také představit se, sdělit klientovi naši zodpovědnost za kvalitu péče o něj. Je vhodné postupovat od obecnějších otázek ke specifitějším a intimnějším. V hlavní části rozhovoru klient hovoří o tom, jak se cítí, co si myslí, co prožívá, odpovídá na otázky sestry. V závěru rozhovoru rekapitulujeme nejdůležitější údaje, dáváme prostor klientovi k doplnění informací a k zamyšlení se nad proběhlým rozhovorem. Charakter závěru rozhovoru má význam pro další kontakty s klientem, ulehčuje budoucí setkávání. (Kutnohorská, 2009)

V průběhu rozhovoru se snažíme dodržovat zásady správné komunikace, kam patří například získání souhlasu klienta s rozhovorem, vhodné oslovování, navození vztahu vzájemné důvěry, uvědomování si verbálních i neverbálních projevů, klid, nezaújaté reakce na pacientova sdělení. (Honzák, 1997)

Rozhovor s pacienty onkologického oddělení byl prováděn podle předem stanoveného harmonogramu po domluvě s pacienty v prostoru pracovní staniční sestry, eventuálně Psychosociálního centra onkologie. Viz příloha 5.

Oblast osobní.

V současnosti již více respektujeme psychosomatiku jako směr myšlení, které připomíná jednotu lidského těla a duše, jejich vzájemného ovlivňování a potřebu vidět pacienta jako celek. (Susa, 2010) Z toho vychází směřování otázek na základní a zásadní momenty psychického prožívání nemoci. Předpokladem při přípravě otázek bylo, že se pacienti pohybují v úvodních fázích dle Kübler-Rossové. V tomto období hrají zásadní roli sociální vztahy, adaptace na novou situaci, zásadní obavy.

Kdo je Vám největší oporou?

R1 „Děti, rodina mi pomáhají nejvíc.“

R2 „Mojí největší oporou v nemoci je manžel a děti.“

R3 „Dcery, dvě dcery.“

R4 „Sestra, mám dvě, tak ta nejstarší z nás mi hodně pomáhá, ještě, že jí mám.“

R5 „Rodina, v téhle chvíli rozhodně rodina.“

R6 „Největší oporou jsou moje děti, syn, dcera, manžel, vnučka. Pomáhá mi celá rodina.“

R7 „Já myslím, že manžel, i když někdy v legraci říkám, že je to opora za všechny peníze....“

R8 „Jako manželka to je jasný a děti.“

R9 „No tak asi v rodině manžel a děti, mám tři děti, sedm vnoučat a všichni se o mě... no asi mě mají opravdu rádi. Teď jsem byla zrovna na promoci jednomu, jednoho už máme inženýra, skoro všichni studují kromě jednoho, ten se nepovedl... No ale ta rodina je asi to nejdůležitější co může být. A řekla bych, když se člověk tak zamyslí nad tím, těmi rozvody a že si ti mladí lidé někdy neuvědomují, že třeba když jsou mladí tak to nepocítují ale, potom když, je člověk starší a ještě ho potká něco takového jako mě, pak si teprve uvědomí, že ta rodina je důležitá a že by si měli sakramentsky rozmyslet ti mladí takové to přebíhání sem a tam.“

R10 „Největší oporou v nemoci je manželka a dcery, vlastně celá rodina, protože všichni se střídají, když mě vozí do špitálu.“

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

R1 „Hodně mi nemoc život změnila. Člověk hodně myslí na to, co by neměl, i když to pak stejně neudělá! Nechtěla jsem si připustit, že se mi život změní, i když pořád běhám po doktorech, hlídám spoustu věcí, které jsem dřív hlídat nemusela.“

R2 „No, tak v první řadě to byl pro mě šok, protože já jsem v životě nebyla nemocná. Já jsem nikdy neměla žádné problémy s ničím. Ani jsem neměla žádné potíže, než mi to zjistili, vůbec nic a když mi to pan doktor řekl, že je to tohle a v takovém stavu, pro mě to byl šok, prostě se vám v ten moment obrátil život naruby. Já jsem se s tím dlouho nemohla srovnat, a jak říkám, kdyby nebylo rodiny, tak ty problémy byly asi mnohem větší. Cítím se jinak docela dobře, není mi špatně tak, jako lidem kolem... Jen se každé ráno probudím s tím, že mám tuhle nemoc.“

R3 „No, obrátila mi úplně život naruby. Dlouho jsem nebyl u doktora a najednou, vlastně rána z čistýho nebe.“

R4 „Jsem se uklidnila, protože já jsem ten typ, že všechno honem, honem, všechno musím mít okamžitě. Takže teď, musím mít trpělivost. Já jsem jí moc neměla, já jsem chtěla všechno řešit, co nejdřív si všechno udělat a teď mě to trošku zbrzdilo, takže jsem trošku při zemi a říkám si, že mi nic neuteče a už vůbec ne práce.“

R5 „Absolutně, já ... v nemocnici nepracuju a byl jsem 100% pacient, to je moje denní povolání, takže rozhodně velká...“

R6 „No tak, omezilo mě to trochu v práci, v zájmu o rodinu, o domácnost protože já jsem začala být takhle nemocná, až když jsem šla do důchodu. Když jsem byla rok v důchodu, tak se to objevilo, takže to bylo celkově omezení. Po té první operaci před 13 lety, jsem měla život bez potíží, žádné omezení jsem neměla, až teprve teď v poslední době.“

R7 „Snažím se, aby na mě nebylo nic poznat, dost mi na tom záleží a zatím se mi to daří. Manžel mě pořád sleduje a to mě trochu znervózňuje, a tak mu utíkám za kamarádkami, s nimi si odpočinu od něj i od nemoci. A s nimi je mi tak, jako předtím.“

R8 „No, trošku jo ale já už jsem si zvykl, ta práce mi chybí. Já jsem zvyklý pracovat. Mám plný invalidní důchod, chybí mi ta práce, dělat prý můžu, ale jestli něco seženu, jestli mě někdo vezme na 2-3 hodinky, to bude těžší no, ale uvidíme.“

R9 „No, já bych řekla, že takhle jako v rodině ani ne, ale mě osobně tedy jo, já jsem byla vždycky taková akční, chodila jsem cvičit a teď najednou začínám mít strach. Jela jsem si třeba do Sokolova a támhle a teď už jsem trošku vázaná na ty ostatní a bojím se třeba i do toho Sokolova jet, kdyby se mi náhodou udělalo špatně nebo něco, už zkrátka už bych řekla, že to nejsem já, že mě to změnilo.“

R10 „Mám náročné zaměstnání, hlavně fyzicky, takže zatím jsem doma a nevím, jestli v něm budu moci pokračovat, byl bych rád, ale uvidíme. Mladí staví barák, tak už jim mohu málo pomáhat.“

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

R1 „Podařilo a daří se mi to hlavně díky rodině, díky přátelům a taky díky tomu, že jsem nemlčela, že jsem se o tom bavila. Já to opravdu potřebuju ze sebe vždycky vypustit a ne to v sobě držet a pak je mi líp. Pomáhá mi, když jsem hodně mezi lidmi, to je pro mě nejdůležitější. Sama doma bych se snad zbláznila.“

R2 „No právě jak říkám, za pomoci rodiny. Bojuju prostě a říkám si, že tak jako já je na tom spousta lidí, měli to co já a přežili to, myslím, že to bude dobrý.“

R3 „No to mi zase pomohl dlouholetý kamarád s kamarádkou, my se známe asi tak 27 let, tak na základě toho de facto jsem se z toho dostal. Jak jsem říkal, prostě tu mrchu musím porazit a hotovo.“

R4 „No trvalo mi chvíličku, než jsem se trošičku z toho dostala. Mě to srazilo tedy k zemi, to je pravda, ale řekla jsem si: „hele nech toho.“ Promiňte, že to řeknu, já jsem si vždycky říkala dokola, umřu, neumřu, tak budu tady. Byla jsem u kartářky a ta mi řekla, že se dožiju vysokého věku, tak se toho držím.“

R5 „Možná díky svému vrozenému extrémnímu racionalizmu, tak to prostě je a nemá cenu hledat věci vpravo vlevo, prostě tak to je.“

R6 „No povedlo, no musím se s tím vyrovnat, protože když chci fungovat dál, tak se tím nesmím tolik zabývat. Zkousím si to nepřipouštět, že jsem tak nemocná.“

R7 „Ale, když má člověk nějaké problémy, tak to tak trošku čeká, není to až tak velké překvapení, ta onkologie a všechno kolem. Nepřijde to úplně najednou...“

R8 „No teď už po těch 14 dnech mi to ani nepřijde, beru to normálně, ty začátky byly horší, bylo to krušný, byla to velká změna k horšímu, jak se říká.“

R9 „Říkají, že jsem bojovník, ale já někdy brečím, já se i někdy přetvařuju, abych je netrápila.“

R10 „Jak jsem říkal, nerad bych přišel o práci, která mě baví, musel bych si najít něco jinýho a v dnešní době je to těžké.“

Jak s nepříznivou situací bojujete?

R1 „Zaměstnávám hlavu, ale taky tělo. A pak mám taky pejska, biglíka, je to moje veliký zlatíčko. Nehne se ode mě celý den, když mi není dobře, vycítí to.“

R2 „Sestři, za prvé snažím se tedy na to nemyslet, snažím se něco dělat, chodit mezi lidi, ke kamarádům, známým, potom třeba jedeme s mužem na výlet, aby člověk na to zapomněl myslet, snažím se trochu číst, prostě žít.“

R3 „No, teď je to takový jak se říká, když člověk jede sem, tak už ví, že mu bude blbě, dalo by se říct, ale není to tak strašný, protože člověk ví, že to odezní a zase bude líp a už ví, že se to léčí, že to prostě není takový jako před rokem. Já už sem de facto jezdím rok, před takovým rokem jak se lidově říká my, co jezdíme na... tak jsem byl velice blízko nebeských bran.“

R4 „Já myslím, že to zvládneme. Máme chalupu, mám tam zahrádku, a když tam nejsem mezi kytkami svými, i zaměstnávám mozek háčkováním, takovými pracemi.“

R5 „Jo tak samozřejmě, já jsem se dlouhý léta věnoval sportu, teďka už to není samozřejmě v aktivní formě a bojuju. Bojuju tady na onkologii, bojovat, bojuju samozřejmě vnitřně, psychicky jako že neklesám na mysl, ale já se pořád vidím zpátky na... a těžko říkat ... Já se pořád vidím zpátky na“

R6 „Jak, no právě, věnuji se svým koníčkům, když je zima tak pletu pro děti, pro vnoučata, teď už to tak není moderní, ale já to mám moc ráda. Jsem v klidu a je za mnou vidět něco, co tu zůstane..., je to můj veliký koníček a věnuji se mu léta. Pokud se můžu pohybovat venku, jsem na zahradě, i tam zapomenu na všechno.“

R7 „Já bych řekla, že je to v pohodě.“

R8 „Já jsem hodně pracoval, dojížděl do Německa, takže jo, teď si chystám zase něco já, taky maluju, trošku dřívě, teď na to nemám čas a se dřevem dělám, přemýšlím, jestli se zadaří, tak nějakou truhlárničku nebo tak něco. Mám teď nabídky, sestra manželky žije v Německu, tak nás tam táhne, aby jsme tam šli bydlet. Moje sestry jsou taky v Německu, tak i trošku pomáhají.“

R9 „No, chodím na zahrádku, zahrádku mám strašně ráda, takže zahradu, kytky čtu si, co už může člověk v sedmdesáti dělat, teď jsem oslavila 70, to jsem zrovna oslavila tady. Zrovna jsem tady byla, tak mi gratulovali.“

R10 „Pomáhám rodině, hlavně si užívám vnoučat, na které mám teď víc času, manželce se zahradou, chodíme na procházky atd.“

Z čeho máte největší obavy?

R1 „No tak, pravda vždycky akorát si nechci připouštět, snažím se o to... že se to zase objeví, i když se to snaží člověk nevnímat, prostě ty negativní myšlenky, ale vždycky tam někde ten červíček začne dloubat a je to. Vždycky si to jakoby přivolám a já to vím, já jsem si to teď zase přivolala – debila. Jo, ale ono se jako řekne, musíš pozitivně myslet se snažit... i jsem prošla všechno možný já nevím ... Musíš udělat čáru a prostě totálně změnit svůj život, tak se na ně vyprdni, když tě ... 23 let se o tu rodinu starám, oni jsou na to zvyklí, a mně to nevadí, nevadí, že jim uvařím, že prostě jak jsem bývala doma prostě člověk se jim o všechno staral. Ne prostě se seber a jdi na kafe, já budu někoho otravovat a na ... se mám vyprdnout. Já říkám to tedy ne jako ať si každý myslí co chce, tak jsem se jí na to vyprdla, já říkám mám svůj mozek, tak se řídím ...“

R2 „Když vám mam říct z toho, jako když by to mělo přijít, tak aby to bylo rychlý a krátký, aby to nebylo dlouhý, aby člověk netrpěl tak asi.“

R3 „No, z čeho, je to takový napůl, protože teď už jsem měl jít na operaci, která se nepovedla a ona když je ta chemoterapie, ta série potom se série přeruší. Vlastně já to mám na játrech, měl jsem čtrnáct ložisek a mám dvě. Ty se vždycky o malinko zvětšili, teď například o dva a čtyři milimetry, a už to nejde, už to nejde operovat, co mi vysvětlili chirurgové, jak jsou ty kanálky, tak je to těsně nad nimi a oni už tam prostě pod to nemůžou.“

R4 „Že by se to mohlo vrátit, asi jenom z toho jinak zatím jsem se tomu nepodala natolik, že si říkám ne, ne, ne i chřipka musí pryč.“

R5 „Zase díky tomu svému racionalismu je to ten brzkej konec, ale já říkám, zas to není důvod, kterej by mě omezoval a srážel tu mojí chuť bojovat. Prostě já jsem takový racionální extrémně, takže prostě jasně, čeho se můžu bát, rychlého konce.“

R6 „Obavy, no z čeho mám především obavu? Hlavně tedy, abych tu nějaký čas se všemi pobyla.“

R7 „Nejvíce se bojím toho, aby tady nezůstal manžel sám, je nemocný, pořád v nemocnici a nechci, aby byl někomu na obtíž. Přála bych si, aby jsme tu ještě nějakou dobu mohli být, spolu. Máme domek, zahrádku.“

R8 „Tak asi teď si nic nevybavuju, akorát se bojím jedině toho, jak se říká na chemoterapii je člověk mezi těma lidma... Na pomoc se sáčkem využívám manželku, sám si je neměním, ty dvoudílný vyměním ale, když jedu sem nebo někam, když jsme doma, tak mi dává ty jednodílný.“

R9 „To si říkáme s tou paní doktorkou, co k ní chodím tam dolů, to mě pomáhá. Já to zvládnou.“

R10 „O tom nepřemýšlím, doufám, že to bude dobrý.“

Oblast diagnózy (sdělení Dg.)

Fenoménem současnosti je i v běžném životě přístup k informacím. Je mnoho způsobů, jak toho využít. Zásadní autoritou pro pacienta by ale měl zůstat vzdělaný a empatický zdravotník, který dokáže zvolit ve správný čas odpovídající formu tak, aby nezranil a kromě jiného i naplnil zákonné normy. Soustředění informací do přehledného materiálu, který bude pomáhat oběma stranám v různých fázích vzájemného setkávání, bylo motivací k tomuto souboru dotazů. (Astl, 2010)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

R1 „Vlastně to začalo před těma 18 lety první prso a ona vlastně už i maminka na to marodila a zemřela a vlastně už tenkrát jsem tak nějak, první kdo mi všechno vysvětlil, byl pan doktor... ten mě uklidnil, všechno, a pak mě poslali do Sušice, tenkrát primáře informovali a taky no prostě takový jako řeknu, mě to bylo tenkrát, já jsem svým způsobem věřila.“

R2 „Když vám mám říct, tak asi nejvíc tady paní doktorka dole, paní doktorka při tom příjmu prvním – konzultaci, tak ta mi hodně vysvětlila. Oni už mi něco řekli v Praze, ale vlastně nic moc konkrétního. Až tady paní doktorka mi vysvětlila, co bude, jak to bude probíhat a tak“

R3 „Chirurgové a tady z onkologie lékaři mi dopodrobna všechno řekli.“

R4 „Pan doktor v Sokolově, tam mi vlastně řekl všechno, protože když jsem byla na operaci, tak oni asi spíš nechtěli, protože asi vás nechtěli moc, abyste se zahojila, taky se tedy divil, že mi nic neřekli a že to nechali na něm, takže on mi to tak jako řekl.“

R5 „Lékař, místní personál tady na onkologii, já už jsem měl samozřejmě nějaké informace před tím, ale to byly ne úplně, informace dobrý, každopádně ty jakoby detailní jsem samozřejmě získal až tady. Paní, pánové, sestry, lékaři“

R6 „Já chodím celá léta ke svému lékaři v Sokolově. Mluvíme spolu o všem, také o té zahrádce. Když jsem tedy měla první problémy, povídala jsem si s ním. Tady v nemocnici na ambulanci, mi paní doktorka vysvětlila, jak mě budou léčit. Na nic jsem se neptala, spíš jsem jen poslouchala. Skoro jako bych ani nechtěla vědět všechno.“

R7 „No, když se to tak vezme kolem a kolem, tak šetrně mi to vysvětlil náš pan doktor. Vlastně mi řekl, že mě objednal na onkologii a to bylo všechno. Věděla jsem, že mě čeká chemoterapie, asi několik cyklů.“

R8 „Asi dá se říct, že až tady všechno probíral jsem s doktorkou operaci, chemoterapii vlastně všechno tady.“

R9 „Tady paní doktorka, ta jako povídala, chtěla mi nasadit léčbu takovou zvláštní, ale potom od toho ustoupila, tu biologickou léčbu, pak řekla, že to zkusíme takhle.“

R10 „Takový to všeobecný obvodní doktor, ostatní až tady doktorka, ta mi vysvětlila, jak bude léčba probíhat, jak často budu do Plzně jezdit, případně jaké budu mít s léčbou i problémy.“

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?

R1 „Dá se říct, že nic moc, protože jak říkám, setkala jsem se s tím u maminy a vlastně poté co mi udělali genetické testy, které vyšly katastrofálně, tak jsem si řekla, že si to nesmím připouštět.“

R2 „Sestři, ani moc ne, já jsem člověk který, jako radši si myslí čím méně toho vím, tím je to lepší. Když vám mám pravdu říct, protože já nejsem žádný odborník a já se potom bojím, představuju si všechno ještě horší, tak pokud to nemusí být, tak já to nechci s nikým rozebírat.“

R3 „Jak to účinkuje, za jak dlouho se to dá vyléčit, mě zajímalo. Jak když jsem pět let nic nevěděl, jak se to takhle rychle mohlo udělat. A chirurg, který mě tady opevoval, říkal, že to bylo strašně rychlý, strašně rychle to narostlo.“

R4 „Nic, já jsem se o to nějak nezajímala, kdyby mě rodina netlačila, zeptej se, tak jsem se nějak nechtěla ptát, tak spíš na popud rodiny jsem se ptala pro ně – co tam je, co tam není, co se mnou budou dělat, já jsem řekla, že se ptát nebudu, že umím číst. To víte, když vám někdo něco, řekne, vás rozhodí.“

R5 „Procentuální šance na život. Já jsem se až po operaci dozvěděl, že jsem z toho stolu ani neměl vylézt. Tam to bylo jakoby 20% pro mě a 80% pro paní smrtku. Takže jako, tak to ještě shrnu, kompletní informace všeho druhu. Já jsem člověk, který chce mít informace a potom díky těm informacím se může líp k situaci postavit, vůbec k životu postavit.“

R6 „Teď mě nejvíc trápí to, že budeme mít všichni doma půl roku takový omezený život a že se mi nedělá zrovna tak dobře dopoledne, mě to trápí, ale jinak to musíme zvládnout. Teď mám teprve pátou, tu sérii, a kolik jich bude dál přesně nevím.“

R7 „No, co mě zajímalo? Když mi řekli, že se mám přijít ukázat za tři měsíce po operaci, tak jsem se zeptala, jestli ještě budu naživu... Dělala jsem léta na operačním sále, a tak jsem leccos viděla, neberu to tak dramaticky, prostě je to fakt a hotovo.“

R8 „Ani jsem o tom nějak nepřemýšlel, spíš jsem přemýšlel o tom, co bude dál nebo jak to bude.“

R9 „Já vám řeknu, že někdy ani člověk nechce moc vědět, zrovna tady jedna paní dostala od pana doktora zprávu, přečetla si to a tam že bylo napsáno, že to není asi moc dobrý nějak v tom smyslu, ta paní úplně zbledla, bylo na ní vidět, že je úplně vyřízená. Zítra má jít na nějaké další vyšetření, takže někdy je lepší nevědět.“

R10 „Je to složitý, ale snažím se fungovat v rámci možností a moc o nemoci nepřemýšlet a doufat, že léčba zabere.“

Kde jste hledal informace o své nemoci?

R1 „Nehledala, jako tenkrát vůbec, jo teď třeba když se mi to stalo loni s těma plícemi, ale ono je ještě horší, protože čím víc toho hledáte na internetu, tím je to horší, protože člověk se dozvídá takové a on u každého doktora jsem zjistila je to fakt úplně jiný. Já měla před osmi lety... prostě jak říkám, pořád se to tak nějak, něco se objeví něco to a dá se říct, že to všechno jsem snášela docela dobře.“

R2 „Sestřičko, já ne, dcera hledala informace na internetu, ta mi jako první vysvětlila, co je vlastně ta biolécba, ale já sama jak vám říkám jsem informace nehledala a vědět nechtěla.“

R3 „Před tím vůbec, před tím nikdy jsem se o nic nezajímala. Až během začátku nemoci jsem u naší paní doktorky viděl plakát v čekárně, také jsem si přečetl brožurku o rakovině tlustého střeva a tam jsem se dozvěděl pár věcí... jinak nikdy moc.“

R4 „Nehledala, ne nehledala.“

R5 „Ne, informace samozřejmě máti, pochází ze zdravotního prostředí, informace jsem ani nemusel zas tak vyhledávat, ty prostě přicházely automaticky, možná tam popud z mé strany byl, to je jasný, ale jak říkám díky tomu prostředí.“

R6 „Abych pravdu řekla, ani jsem informace nehledala, protože čím víc se dozvím, tím víc se budu trápit. Problémů je hodně, a každý má třeba jiné zkušenosti, nebo jiné projevy a tím bych se ještě víc zneklidňovala. Nechci se s nikým a s ničím srovnávat. Tohle jsem prostě já a moje nemoc. A jsme tu spolu.“

R7 „Ale já vlastně informace vůbec nehledám. Chovám se stejně, jako když jsem byla na operaci s chlopněmi.“

R8 „Ne, nehledal, to dělá manželka všechno. Ta sedí u internetu, pustila si i video z operace, říkala, už to máš za sebou, tak se můžeš podívat, já jsem se nepodíval na nic, jo ale nevádí mi to, ale pak už jsem se podíval, když se to týkalo mě, není to ono, mě, jak se říká, nic nezlomí, ale ze začátku, takovej ten náraz, tak to jo. Já se dovedu se vším smířit, taky nic jiného nezbude.“

R9 „To né, ale člověk není hloupý, aby si nedovedl spoustu věcí vybavit a spousta lidí co už to mělo, to si tak dáte dohromady.“

R10 „Já jsem je nehledal, to dělala rodina, sháněli různé tiskopisy a hlavně informace na internetu určitě o tom ví víc než já a podrobně mě informovala až doktorka tady.“

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

R1 „Ne, za celou tu dobu, prošla jsem Sušicí, pak na Borech jsem před tím byla.“

R2 „Ne, ne já nemůžu říct vůbec nic, já jsem byla spokojená tady i všude ne, ne vůbec ne...“

R3 „Ne, přístup byl perfektní, to jako jak já říkám, já si na tuhle nemocnici absolutně nemůžu stěžovat, vůbec.“

R4 „Ne, nic.“

R5 „Já si nemůžu absolutně stěžovat. Fakt, od té první chvíle až sem do dnešního dne absolutně žádný škraloup z vaší strany, nebo impuls, na který bych si mohl stěžovat vůbec. Bohužel, je to takový extrém, jako 100% ano, ale tak to prostě je.“

R6 „Já myslím, že já nejsem tak náročná, nemůžu si stěžovat vlastně.“

R7 „Já bych řekla, že vůbec nic.“

R8 „To vůbec ne, právě vybral jsem si Plzeň, nechtěl jsem do Chebu, ne že by tam byli špatní doktoři, ale to prostředí, znám to tam i z vyprávění a zažil jsem tam kamaráda, jak umřel, viděl jsem ten přístup sester a tam je všechno úplně jiný ne trošku ale až moc.“

R9 „Ani bych neřekla, já bych řekla, že ti zdravotníci udělali velkej pokrok, já si pamatuju před 20 až 30 lety že někteří ti lékaři i sestry byli takoví neomalení, hrozní, dneska se chovají mnohem o 100% lepší opravdu, to mohu říct.“

R10 „Nic, všichni se ke mně chovají vstřícně, nemůžu si na nic stěžovat.“

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

R1 „Jako když se vracím k tomu před 18 lety, tak jsme byly na pokoji tenkrát čtyři, a tři ty paní měly spodek a já ty prsa a prostě i ten primář, at' si o něm každej mysl, co chtěl, že je prostě já nevím zlej a takovýhle ale já jsem s ním problémy neměla. Prostě tam člověk šel a byl úplně... počkaly jsme na ozáření, a šly jsme na to, a šly jsme do toho města, a on ten tejden tak prostě utek a takhle to prostě běželo... Ale ty mi tak pomohly hrozně, hrozně moc“

R2 „Vlastně první vysvětlení bylo u obvodní doktorky. Přišla jsem jí ukázat výsledky, jsme z jedné vesnice, známe se léta, a tak se snažila mi říct, že viděla mnohem

horší nálezy a ty pacienty denně potkává. Pomohlo mi to v tom, že jsem se tím tolik netrápila.“

R3 „No, spíš ze začátku obráceně, protože já jsem bral ten první lék, de facto, jak já říkám, od pasu po vlasy jsem vypadal jak špatně oškubaná husa. No a člověk musí chodit ven a mrzely mě posměšky, dalo by se říct od lidí, od kterých bych to nečekal. Ale potom jsem si řekl dobrá, no a právě ten kamarád s kamarádkou řekli, vykašli se na ně, ať vypadáš, jak vypadáš, ty se z toho dostaneš. Tak jsem to pustil z hlavy a nezatěžu se s tím.“

R4 „Spíš já jsem se zaměřila na to, že nebudu sedět a budu něco dělat...“

R5 „To se vrátím k té informovanosti, informace ze strany lékařů a vůbec jako k mé osobě.“

R6 „Jsem moc ráda, když se setkám s vlídným přijetím, slušným přístupem zdravotníků. Moc na mě zapůsobilo setkání s lékařem a sestrou při zákroku – zavádění portu. Moc jsem se bála a vlastně, i když to byla malá operace, ráda na ni vzpomínám právě pro tu atmosféru kolem. Nebyly to jen šikovné ruce, ale hlavně zájem, dobrá nálada, vlastně až pohoda. Víím, že to nejde pokaždé, ale pokaždé to potěší... a nic to nestojí.“

R7 „Mám kamarádky v nemocnici, slíbily mi, že až ukončím chemoterapii, pomůžou mi, poradí mi nějaké přípravky, abych se dostala zpátky do formy.“

R8 „Hodně se ozývají z těch firem, nebo jejich zástupci, nabízí nové věci, že se to dá vyzkoušet, brožurky, než jsem jel tak poslali další věci, těch pomůcek je hodně.“

R9 „No, celkem беру tu péči tady, jaká je, tak nějak myslím, že je to v pořádku a že se zdravotníci chovají hezky.“

R10 „Když vynechám super přístup personálu ve špitále, tak jsou to kamarádi, chodí mě navštěvovat, občas mě vytáhnou i na kolo, se synem chodím na kuželky a v létě večer mám rád posezení u ohně při kytáře.“

Jak vnímáte hospitalizaci?

R1 „Tak já jsem vždycky ráda, když se mnou něco dělají, já prostě když budu doma tak se budu trápit, budu si nadávat tuto, takže se mnou když se začne něco konečně dělat, tak já jsem v klidu, mě to uklidní.“

R2 „Tak, já nevím, ne že by se sem člověk těšil a to jako nemůžu říct, ale dá se to přežít. Pro mě je to těžké jako na tu psychiku. Jinak nemám problém, ale že tady tu nemoc vidím, já ji tady vidím, protože všichni to mají. Tady není žádný jiný případ. Tři dny se prostě dají přežít, není to dlouhé, všechno je tu perfektní, jsem spokojená, ale lepší by bylo to nemuset zažít.“

R3 „No, to je to, že den nebo dva předtím člověk jde na krev a už vím, že sem přijedu a bude mi špatně. Dneska je to takový jiný nežli předtím. Minule když jsem tu byl před operací, už jsem to dokázal odhadnout. To jsem věděl, to mi bylo od začátku až do konce pořád stejně špatně. Vůbec nic jsem jíst nemohl, atak jsem si řekl, že alespoň zhubnu. Vůbec jsem za dva, tři dny tady nedostal nic do sebe.“

R4 „No nechce se mi tady být, ale myslím, že to zvládám, nejsem agresivní.“

R5 „Díky prostředí, a hlavně díky personálu kladně, kladně ... cesta jak se uzdravit.“

R6 „Není to nic příjemného, vytrhnout se na tři dny z domova, ale musí to být, atak to musím zvládnout. Raději bych se léčila ambulantně, ale nejde to v mém případě, ani jsem nepátrala proč. Je to tedy narušení, ale tři dny utečou a zase se těším domů.“

R7 „Dobrý, nemám s tím problém.“

R8 „Říkám, já si sem jdu odpočinout, jako do lázní, když člověk nechodí do práce a je doma celý týden. Máme 4 holky, jedna bydlí s námi v Hranicích, ta je u nás každý den, má holčičku půl roku. Máme ještě dvě vnučky, jedna má 14 dní a další čekáme v lednu. Ta jak je u nás každý den, když je manželka v práci ta dělá na šichty, tak s holkami chodíme na procházky, už se těší, až nebude chtít do školky, tak dědeček bude hlídat, tak si to plánuje, já se trošku odreaguju.“

R9 „Dva dny už předem ztrácím nervy, a je mi špatně a začnou pracovat nervy...“

R10 „Při příchodu sem je fajn, že se na nic nemusí dlouho čekat i ambulantní příjem netrvá dlouho a pak už jen odpočívám.“

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

R1 „Já nekladu moc otázek, já jen co potřebuju, co se týče třeba toho papání, jo kdyby se to týkalo vyložene diagnózy, tak lékaře.“

R2 „Já ani nikomu, když bych něco potřebovala, tak se zeptám sestřičky.“

R3 „No, doktorce nebo doktorovi, který mě prostě přijímá. Nebo paní doktorce, tady na oddělení. Ptám se, co a jak bude dál.“

R4 „No paní doktorce z oddělení, té jsem se ptala ona je taková lidská, oni všichni ale o té nemoci nebo o tom, co mě čeká, to jsem se bavila s ní.“

R5 „Hm, otázky kladu komukoliv když mě napadnou, koho potkám ... fundované lidi ... nejsou otázky jako otázky ... ale nemám problém.“

R6 „Jsem na oddělení spokojená s tím, že se můžu každého zeptat na to, co potřebuji vědět. Už jsem si zvykla a port mi hodně problémů vyřešil a taky nejsem tolik se sestrami v kontaktu, když neřešíme neustálé výměny kanyly. Byl to u mě veliký problém a pro mě zásadní komplikace. Bála jsem se, že léčbu nezvládnou právě kvůli žilám a neustále jsem se vyptávala, hlavně sester. Asi proto, že jsou s námi stále. Vizita s lékařkou je vždy dopoledne a hodně se dozvím.“

R7 „Neptám se, dokud si myslím si, že to zvládnou. Teprve když bych viděla a zažívala komplikace, přišly by na řadu otázky.“

R8 „Když potřebuju, tak se zeptám na sesterně. Když mě něco napadne, tak se ptám na cokoliv kohokoliv.“

R9 „No, myslím si, já bych řekla, že jak sestřičkám, tak doktorům zeptám se, vždycky když něco nevím, nemusím mít strach a to je dobře, nikdo se na mně nikdy nezlobil kvůli tomu.“

R10 „Určitě doktorům, když něco tak i sestram, ale moc se neptám, většinou se všechno dozvím už na příjmu.“

Oblast znalostí o CHT

Třetí oblast dotazů byla zaměřena na zvýšení komfortu chemoterapeutické léčby. Vedlejší účinky, plynulost i způsob aplikace jsou momenty, které velmi ovlivňují průběh léčby. Otázky byly směřovány k ověření předpokladu, že nová metoda aplikace intravenózní léčby přináší efekt, který převyší vynaložené prostředky. (Karešová, 2010)

Znáte vedlejší účinky CHT?

R1 „Jak říkám, tenkrát mě snad jednou bylo špatně, to jsem jako zvracela hodně, to bylo asi po čtvrté sérii, ale jinak jsem to snášela, vlastně dá se říct dobře. Nikdy jsem neměla ňáký jako před čtyřmi lety, tak jsem spíš polehávala....“

R2 „Ne, nepídila jsem se po tom, nechci to vědět, sestři.“

R3 „Jo, jak doktorka nebo doktor říkají hodně pít, aby to zase z člověka šlo ven, aby se nedehydratoval a hlavně o ledviny.“

R4 „Znám, znám, byla jsem seznámena a hlavně, pacientky mě řekly, co prožívají a co mě čeká, taky i doktoři mě sice hodně řekli, ale jako, jak se říká, ten kdo to prožil, ví nejlíp.“

R5 „Samozřejmě nějaké informace jsem nasbíral, já jsem strašně rád, že to je tam, kde je. Já jsem slýchal o lidech a těžkých problémech a já naopak, musí zaklepat, já konkrétní samotnou chemoterapii snáším ... absolutně v klidu.“

R6 „No asi nejhorší pro mě je to, že přijdu o vlasy, že mi padají tak strašně moc vlasy, že jich tam mám pár tak to mě dost trápí, ale musím se s tím vyrovnat. Všichni hned poznají, že marodím a já se o tom nechci bavit s každým, koho potkám, nebo se dívat, jak neví, o čem si se mnou má povídat.“

R7 „No tak vedlejší jsem poznala, když jsem brala tu... tak tu jsem poznala, účinky tedy hrozný, hrozný. To se mi sloupaly ruce, sloupaly se mi nohy.“

R8 „Zatím to nechci moc vnímat, tu čtvrtou jsem prospal, pátá bude zase jiná a pak už šestá, ono to uteče.“

R9 „Myslím si, že je to dryják, možná něco pomůže a hodně zabije.“

R10 „Znám a zatím nemám problémy.“

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

R1 „Tak já jsem to měla tenkrát, jednou za měsíc. Já jsem tam vlastně ležela, mě ozařovali a dávali to zároveň, pak jsem tam dojížděla vždycky na to před těma čtyřma lety jako jo, taky mi to tady prasklo, teklo mi to, neříkám, že ne.“

R2 „Ne já mám jenom ten port.“

R3 „No špatně, ze začátku to bylo, když jsem sem přijel, tak i za den 3x přepichování no a žíly, to jsem tedy vypadal. No a letos v lednu nebo v únoru mi aplikovali ten port.“

R4 „Dobře, až na ty záněty ...ale, jako snášela jsem to dobře.“

R5 „Mám teď port, kanylu jsem absolvoval párkrát, hlavně po operaci na jipce, jak říkám ten port je zlatá věc, jehel se jakoby všeobecně bojím, takže pokaždé cítím tlak...“

R6 „To bylo horší, protože na rukou na hřbetě, už to potom bolelo nejen při proplachování, a když se měnila kanyla. Problém jsem měla s každou další chemoterapií. Port necítím a je to pohodlnější, zvykla jsem si okamžitě, i když jsem se bála, než jsem si pro něj šla.“

R7 „Ano, tak bylo to dobrý, ale já říkám, když už je člověk starší, tak už ty žíly jsou slabé a já tedy lituji ty sestřičky, když je nemůžou najít, tak je to špatný a trpí s tím ony i pacient a musí to tolikrát opakovat a nemůžou za to.“

R8 „Mě to nějak nevadilo, až potom, dá se říct s tou jednou rukou jsem měl problémy, teď co jsem dostal tu třetí do tý pravý, tak ani o ní nevím do dneška.“

R9 „Jo to bylo hrozný, jako ty kanyly někdy mi je 2x i 3x přepichovaly, ty žíly se mi úplně škvařily.“

R10 „Nic příjemného, portem je to lepší.“

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

R1 „Úplně bez problému, po tom co ty žíly dostaly takhle zabrat, ale port vůbec říkám, jestli je tu nějaká třešnička... Tuto třeba ta nemoc změnila, že jestli mám prso, nebo nemám prso, to neřeším, já si říkám, ať si mě třeba ořežou, ale ať jsem tady, že jo.“

R2 „Výborně, s tím já nemám vůbec žádný problém.“

R3 „Paráda, paráda, to jsem říkal, to kdybych měl od začátku, tak je to dobrý.“

R4 „Teď je to ještě lepší než ty ruce, je to pohodlnější.“

R5 „No, všichni si myslí, že to má jenom výhody, je pravda, že to je pohodlnější, ale jestli taky bezpečný? A vůbec... musím se smířit, že mám v těle něco cizího a na dlouho. Jehlu mi vyndali a bylo to, tak nevím...“

R6 „Port necítím a je to pohodlnější, zvykla jsem si okamžitě, i když jsem se bála, než jsem si pro něj šla.“

R7 „Výborně, je to moc pohodlné, prakticky můžu dělat všechno, jako bez infuze a hlavně, obě ruce volné. Luštím si celé dny v klidu křížovky a hotovo. Taky ta pumpa už tolik nepíská, je to prostě pohodlné, asi i pro ní.“

R8 „Zatím mi připadá v pohodě, necítil jsem to do té ruky, to byla druhá...“

R9 „S tím portem jsem nadmíru spokojená, ty ruce jsem měla modrý celý, ten port bych doporučila každému, ale nevím, jestli to jde.“

R10 „S tím nejsou problémy, zvládám to dobře.“

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

R1 „Já si dám vždycky čaj a nějaký piškot, nebo něco lehčího, jako prášky jsem asi minule něco brala, nebo čípky mi dávali, já teď nevím, jak se to jmenovalo a to zbralo, když už to fakt jako bylo horší, na hraně.“

R2 „Ta léčba sama, že to člověk má tu... vy víte, jako že by něco z toho tady, to vůbec ne, ale že to člověk má, tu nemoc, no tak to už samo o sobě je, že jo, takový nepříjemný.“

R3 „No prostě ven z bytu baráku prostě se projít a to člověka přejde, jinej vzduch, jiný prostředí než ve špitálu“

R4 „Když dostanu tady injekci a tělo se s tím smířilo. Nezvracela jsem už, akorát jednou, protože jsem to nechala rozběhnout a pak ono to chce říci to včas. Můžu říct, že se mi s tím tělo fakt smířilo, já když tu vidím, jak tady chudáci zvraceli, tak si říkám zaplaťpánbůh. Mám na sebe vztek, že je mi špatně ... a taky, že mě to postihlo.“

R5 „Jak se jmenuje ten přípravek, co mi dáváte 2x denně? On... tak to bude ono a já jsem se jako snažil zachovat klid, nebo to zaspat, to prostě nejde... třeba vás potká po rušný noci v baru. Tak to chodí, jak říkám, se mnou se to točí ... já prostě vím, že ... babský recepty to ne, já samozřejmě když jsem na záchodě s nevolností po třetí, po čtvrtý, tak vypiju prostě půl litru studený vody, aby pak bylo co zvracet.“

R6 „Všechno je jednodušší doma. Zaměstnám se a nemusí myslet na nemoc ani nevolnost po léčbě. Pokud mám problém, stačí mi sednout nebo lehnout si, přestat dělat to, co mám v plánu a třeba úplně změnit celé dopoledne. Nepotřebuji žádné léky na nevolnost, stačí mi klid a třeba za dvě hodiny se zpátky vrátím tam, kde jsem přestala.“

R7 „Při nevolnosti mi někdo poradil Coca-Colu z ledničky a musím říct, že mi pomáhá. Dokonce jsem ani nebrala léky, které jsem od lékaře na nevolnost dostala. Taky jsem zkoušela doplněk tekuté stravy, koupila jsem si ho v lékárně. Manžel mi ho trošku nutil, dokonce měl představu, že ho budu pít pravidelně... ale já se raději snažím, jíst běžné věci. Musím se občas nutit, ale alespoň vývar, polévku, jedno teplé jídlo denně. Ale ty umělé přípravky si nechávám, až kdyby to bylo opravdu nezbytně nutné. Zvedá se mi žaludek, jakmile je cítím a nesním potom už vůbec nic.“

R8 „Vždycky v sobotu to na mě přijde, tak si vezmu prášek a přejde to.“

R9 „Já bych řekla, že tady jsem dostala ty injekce vždycky. Poprvně, když jsem tu byla, tak to jsem tady zvracela a i paní doktorka řekla, musíte dostat ty injekce, aby se to trošku zklidnilo, a od té doby už jsem vlastně na čtvrtý a řekla bych, no dá se to vydržet. Zkoušela jsem Coca-Colu po lžičkách, nevím, jestli mi to pomohlo no snad jo, vždycky chvílku jsem měla nepříjemný pocit. Horší je to vždycky ten druhý den, dneska to ještě jde, zítra je to nejhorší a potom ten další den, to už se člověk těší domů a už cítí, že už je konec, tak už je hned líp.“

R10 „Hodně piju, odpočívám a spím, když to nejde, tak si vezmu prášky a je to lepší.“

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

R1 „Když musím na ty kontroly, to mi nevádí, to čekání už si taky člověk musí počkat, sice mi taky nebylo dobře, ale přišla jsem, pak jsem čekala na výsledky, to nejde jinak.“

R2 „Ta léčba sama, že to člověk má tu... Vy víte, jako že by něco z toho tady, to vůbec ne, ale že to člověk má tu nemoc, no tak to už samo o sobě je, že jo, takový nepříjemný.“

R3 „No co obtěžuje, to je taky dost těžká otázka, to zase navazuje na to před a potom. To na příklad první tři měsíce jsem tu byl každý týden, jeden týden jsem tu ležel s tím ... a druhý týden jsem chodil na denní stacionář ambulantně, takže tři měsíce jsem znal cestu do Plzně a zpátky nazpaměť od nás. Mám to 70 km, takže to už to mám jako přechodné bydliště.“

R4 „No tohle, ta nevolnost, ta únava, jinak ne ...“

R5 „Je to takový minimální obtěžování a samozřejmě tahám sebou pumpu a zas taková minimální ... ale já fakt nemám problém, tady v tom prostředí... ta pumpa, dá se s tím i na cigáro, takže není problém.“

R6 „Jsem z daleka, tak jsem si musela zvyknout na ty pravidelné cykly a odjíždění a přijíždění. Je to sice trochu komplikace, ale dala jsem se na to, tak to prostě musím zvládnout a všechno tomu přizpůsobit. Ideální by bylo, kdybych celou léčbu měla najednou... ale to by si přál každý a to je právě to, co nejde. Je to záluďná nemoc, a tak se podřizuji tomu, co mi naplánují a hotovo.“

R7 „Asi nic zvláštního. Jsem z toho prostředí, tak vim, jak to chodí.“

R8 „Zatím nic.“

R9 „No nevím, jak to lze vyřešit, ale já jsem třeba ze Sokolova, teda dojíždíme daleko a musíme vyjít ve čtvrt na šest, abych tady byla do 7 hod., protože mám obavy, že nebude postel, hlavně kvůli té posteli, anebo že nebudu vůbec přijata, že zde bude

tolik lidí, to už se mi taky jednou stalo. To nevím, jak se dá ovlivnit, takže jezdíme takhle brzy, dnes jsem tu byla druhá, takže mě uložili.“

R10 „No obtěžuje, vadí mi, že nejsem tak pohyblivý jako dříve a při práci se brzy unavím, moc toho neudělám, a to mi vadí, protože kolem domu je spousta práce.“

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

R1 „To dojíždění, pravidelný....“

R2 „Sestřičko já nemám problém....“

R3 „No právě teď to nezabírá tak, jak já bych si představoval a to mi zase vysvětlil ten od těch jater řek, že je to běh na hodně dlouhou trať, že to je prostě, on řekl „my bychom vám to udělali najednou, jenže to nejde. Šlo by to, ale byl byste na tom hůř, nežli jste na tom byl, když jste k nám přišel před rokem.“ Jako že by to vzali hodně, jak se lidově říká – jedním vrzem – a že by to bylo špatný, takže teď je to na etapy. Jedna etapa se momentálně nepovedla, tak teď bude tady ta série a bude druhá etapa. Takže operace tak říjen, pak začátek listopadu další a potom se vrátí na pravou stranu.“

R4 „Že sem musím jezdit každých 14 dní, tak jsem si říkala, že by to už mohlo stačit, pořád se to opakuje, ty cykly.“

R5 „ Ne, ne sice ta onkologie je na mé poměry celkem naplněná pacienty, ale pokud jdu na odběry, ty jsou spáchány během 5 minut, druhý den přijetí není problém, není problém. Dole konzultace s paní doktorkou, vedlejší kancelář... nahoru, ale to jsou věci, se kterými se počítá, nějaký frmol, ale to se chvíli počká, nemám problém.“

R6 „To dojíždění, že to nejde podat všechno najednou, třeba za čtrnáct dní všechno.“

R7 „Ne ne, já jsem nikde dlouho nečekala, neměla jsem problémy s nikým a s ničím. Vzpomínám na dobu, kdy jsem měla v nemocnici svojí 95 letou maminku. Nelíbilo se mi, jak se tam personál ke starým lidem choval, vzala jsem si jí raději domů, postarali jsme se o ní až do konce....“

R8 „Já jsem si to naplánoval dobře, odběry u nás jdu v pondělí, v úterý si jdu pro výsledky, ve středu objednáám sanitku a jedu sem, dole mě přijmou a jdu nahoru, takže žádný problém.“

R9 „Nic mě nerušilo tak, aby to stálo za řeč. Když se mi zdálo, že něco vážne, hned jsem se zeptala. Jen jsem měla strach, abych třeba nemusela zůstat v nemocnici o den déle...

R10 „Že člověk neví, jak dlouho bude léčba trvat a s jakým výsledkem, ale jak jsem řekl, snažím se na to nemyslet.“

Co je podle Vás důležité v péči následné?

R1 „Pro mě bylo hodně důležitý ta kontrola, já jsem člověk kterej, já jsem prostě naučená že, já jsem třeba měla sono jednou za rok, no a já už jsem byla takovej výr, i si o to říkala že, když jsem přišla do Plzně, když tam skončil pan primář a to jsem tam vlastně i po deseti letech nebo po osmi furt chodila, takhle pravidelně. Mně to nevadilo, protože já jsem věděla, že pak třeba copak nějaký vyšetření, copak, no tak pojd'te, uděláme, no tak mi ho udělali. Říkali, že to zabere celý, ale je to jednou za rok nebo za půl roku, já potřebuju něco častějš, to já si došla i sama když něco nebylo, tam už mě taky znají, nebo pan doktor obvodní co mam, tak mi to taky napsal.“

R2 „Já vůbec nevím, já vůbec nemám představu, sestří, jestli je ještě potom něco, nebo jak se to vůbec bude vyvíjet. Co bude dál, jestli jsou nějaké možnosti, když se to vrátí. Já nevím, snad lázně, nebo něco, až to bude, zatím ještě je to daleko.“

R3 „Naše obvodní doktorka, tak ta zase mi píše homeopatika. Mně to nevádí, i když to pomáhá, že jo. Tak ona mě zase vede tímhle směrem a třeba i čaje a podobně. Takže tímhle směrem já se taky tak nějak ubírám.“

R4 „Nevím, to jsem nepřemýšlela, nevím já to беру, jen, co je dneska.“

R5 „Následný péči, jo jak říkám pořád. Sice už to nebude zpátky do disciplíny, na které jsem vyrost, ale chci se svézt, ale každopádně všechno se odráží od CT, které proběhne příští čtvrtek, a tam se uvidí co dál. Ono když jsem jako čistě reálně přemýšlel, o nějaké době léčby v mé situaci znamená, jakoby, tedy doufání, že se během těch let budu uzdravovat atd. Takže na uzdravující věci nemyslím, prostě jako já mám jako malounko odsunutý stranou reálný věci léčby nebo uzdravení prostě koukám přes ten horizont.“

R6 „Já si myslím, že to je právě takový ten klid doma, aby člověk měl pohodu a zázemí. To mi nejvíc pomáhá a není to samozřejmost. To si uvědomuji, když poslouchám pacienty kolem sebe.“

R7 „Starat se jeden o druhého, abychom tu byli co nejdýl.“

R8 „Tomu nerozumím.“

R9 „Já myslím, že je důležité postarat se o člověka až do konce, aby vždycky věděl, co se bude dál dít...“

R10 „Já nevím, jak bude moje nemoc pokračovat a co bude následovat, ale chtěl bych vědět všechno dřív, než se to dozví moje rodina. Chci se s nimi na všem domluvat a ne, aby rozhodovali za mě.“

O co byste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

R1 „Nedusit to, pustit to ze sebe, někdo třeba řekne, že je lepší si tu nemoc nepřipomínat, ale člověk s tou nemocí musí žít, já tady mám dvě dcery, kterých se to týká taky. Nechala jsem udělat genetické testy a zaplaťpánbůh, musím to zaklepat, zatím se tam nic neobjevilo, ale jako může se stát, ono to nemusíte mít v genech, ale prostě se to může projevit a já jsem i ráda teďko paní doktorka, ke které chodí, tak mi tenkrát pana doktora doporučila, tak říkal, že to někde shromažďují v Praze u Apolináře a že prostě kontrolují, aby ta prevence prostě nějaká byla a nestyděli se o té nemoci mluvit. Je prostě na každém, mě strašně pomohlo za prvý to okolí mi hrozně přijalo, nekoukali na to, jestli mi něco chybí ... a mám okolo sebe ty lidičky, včera jsem byla jak telefonní ústředna a pak teda co mi pomáhá se vybrečet opravdu, když jsou nějaké ty emoce, tak je pustit, nedusit je v sobě. Já jsem tady včera taky lehla, prostě peklo a ono se vyčistí a odplaví ty špatné hormony a můžu brečet radostí.“

R2 „Hlavně po psychické stránce bych chtěla vydržet si o tom nepovídat s každým znovu a znovu. Střídáme se tady a je to pořád dokola jedno téma... tak bych myslela, povídat si o jiných věcech v životě...“

R3 „No aby se toho nebáli, že jakmile řekl pan doktor, důležitá je taky hlava a tělo se potom poddá. Když to budu mít v hlavě, tak jak mi řekl, tak vás nevyлéčíme, když nebudete chtít a jakmile to někdo nemá v hlavě a nezačne se „hejbat“, jak se lidově říká, když přijede a začne ležet, tak bude ležet už pořád. A jakmile se začne „hejbat“

a začne myslet, že má někoho na kom mu záleží, tak se bude snažit, aby se z toho dostal. Jak já říkám důležité je, když ji mám na lopatkách.“

R4 „Psychiku, zvládnout psychicky ta je důležitá, Když to vidím, jak se někdo poddá, tak to je špatný. To by chtělo tu energii, aby to zvládli, fakt je to důležitý. Když vidím, jak chudinky jsou celý zvadlý a hrabou se v tom tak jim vždycky říkám, vykašlejte se na to, říkejte je to chřipka. Chvilíčku je povzbudím, ale když jsou sami tak jsou tam, kde předtím. Chtěla jsem jim takhle pomoci, ale u některých to nešlo ...“

R5 „... nemám problém jim předat, sem tam když vidím zčernalý žíly tak určitě a slyším pána, jak se bojí operace, tak si myslí, že ten portabsolutní pohoda, než se dívat na černý žíly, takže ten port je jediná věc, která jako mám navíc jako nad někým průměrem. Můžu samozřejmě vyprávět svůj příběh, jako možná se zmínit nějakou tu bojovnost, psychickou odolnost i když to není permanentní a stoprocentní, jak říkám, pokud člověk přijde a bude mít nějaký dotaz a já.“

R6 „Myslím si, že důležité je odhodlání bojovat!!! A musí mít pro koho se snažit. Samozřejmě hlavně pro sebe, ale taky pro všechny kolem, kteří mě chtějí prostě tady ještě mít. Někdo má rodinu, někdo kamarády, třeba i dobré sousedy. Někdy právě takové těžké životní období člověku ukáže, kolik je kolem dobrých lidí. Vrací se sem opakovaně a vždy hodně záleží na tom, s kým jsem na pokoji. Zvlášť v začátku, jsem si sama se sebou nevěděla moc rady a to pak bylo skvělé, když jsem měla spolupacientku, která na to psychicky byla velice dobře a pomáhala mi. Stačilo dobré slovo a povzbuzení a hned se mi ulevilo. Moc to na mě působí. Pořád, ale dokola si uvědomuji a opakuji, že jsem vděčná za podporu mé rodině, nezvládla bych to bez nich.“

R7 „Já jsem pracovala v nemocnici a setkala jsem se tam s různými případy, a tak když jsem sama onemocněla, neporazilo mě to. Řekla jsem si, že to zvládnou a zvládám. Měla jsem už operací několik. Před lety mi lékař oznámil, že musím na ozařování, a tak jsem šla. Bylo to rychlé, nic mi nebylo, dlouho jsem pak měla klid. Teď se to vrátilo, nezbyvá než bojovat znovu. Naši mi doma říkali, že jsem z té nemocnice otrlá a možná mají pravdu. Prostě nic moc neřeším a dívám se dopředu, dokud je kam se dívat. Chtěla bych jim poradit, ať to taky zkusí.“

R8 „Taky se mě ptají, tak jim to řeknu cokoliv.“

R9 „Tak to mě teda skoro nic nenapadá, dost často tady slýcháme nebo, když se mezi sebou bavíme, jestli to máme vzdát nebo nevzdávat to nás bere, dost tady slyším někdy si i sama říkám, kdyby člověk věděl, jak to je hrozný, tak se na to vykašle a radši půl roku si užije v klidu, ale co pak? Jo jo, ale tak to asi je. No a o to se dělíme tady o ty poznatky buď vydržet, nebo že jsme i někdy na rozpacích, ale nakonec to každý asi vydrží - snaží se vydržet.“

R10 „Hlavně bych jim řekl, aby byli trpěliví a věřili, že to bude dobrý.“

13. DISKUSE

Rozhovor - oblast osobní, oblast diagnózy, oblast znalostí o chemoterapii

Pozorování - reakce na stres, sociální kontakty, zvládání i. v. aplikace terapie

Pacientů s onkologickým onemocněním přibývá více, než jsme dokázali ještě donedávna odhadnout. Statistická čísla jsou neúprosná a nám zdravotníkům nezbyvá než reagovat na ně odpovídající strategií léčby a s ní neodmyslitelně související komplexní ošetrovatelskou péčí.

Nemoc je záležitost psychosomatická. Má svá pravidla a odpovídající modely léčby. Zahrnuje ale také obtížněji definovatelnou stránku psychického prožívání nemoci. (Astl, 2010). Ve své profesi se setkávám s obojím. Jsem technicky zaměřená a je mi blízká asistence při náročných léčebných i diagnostických výkonech. V rámci vizit se účastním diskuzí, týkajících se strategií léčby chemoterapeutické, radioterapeutické, symptomatické i paliativní. Mnoho času i energie mi odčerpává náročná administrativa, přesto za stěžejní ve své práci považuji kontakt s pacientem ve všech zásadních fázích prožívání jeho nemoci. Svůj výzkum jsem tedy směřovala k tomu, abych odpovědi na výzkumné otázky postihla obě základní dimenze péče o onkologického pacienta. (Vymětal, 1994)

Oblast somatickou zastupuje technické zvládání moderního invazivního postupu i. v. aplikace chemoterapie portem od přípravy pacienta, jeho edukaci a prevenci komplikací. Výstupem je odpověď na první výzkumnou otázku:

V jaké fázi onemocnění a jakým způsobem je zásadní informovat pacienta o i. v. vstupu?

Oblast psychosociální mapuje důležité momenty pro zvládání náročné diagnózy z pohledu pacienta i jeho blízkých. Management péče vychází z odpovědi na druhou výzkumnou otázku:

Co nejvíc pomáhá zvládat náročnou životní situaci pacientovi s onkologickým onemocněním?

Zpracované údaje jsem rozdělila do tří základních oblastí.

Oblast osobní byla zastoupena v **rozhovoru** otázkami, zaměřenými na porovnání života před nemocí s obdobím zvládání nové náročné situace. Doplněním rozhovorů v této oblasti bylo **pozorování** zaměřené na **sociální kontakty** pacientů a jejich význam v této fázi onemocnění.

Všichni pacienti bez výhrad, oceňovali zázemí rodiny jako zásadní pro zvládání náročné situace. Široká i nejužší rodina a vzájemné vztahy často získávají nový rozměr. Unaveni každodenními stereotypy si přestáváme uvědomovat, co pro sebe vzájemně znamenáme. Pocit ohrožení provází každého pacienta s onkologickou diagnózou, která má tak „špatnou pověst...“

Každá rodina má svoji historii. Pokud jsou pevnou základnou konkrétní morální hodnoty, je v případě ohrožení, a tím vážná nemoc bezesporu je, na čem stavět. Spolupracuje-li rodina, mohou na ni navazovat různé další formy pomoci. Ať je tedy u všech rodinná situace opravdu tak pozitivní nebo si ji částečně idealizují, je pro ně tento postoj velice pozitivní. (Satir, 1994)

V odpovědích na otázku změn dosavadního života je spektrum odpovědí od neutrálnějšího postoje, až po zásadní změny životních stereotypů. R4 uvádí určité zklidnění, R8 připouští, že mu chybí akční pracovní nasazení. Jako 100% pacienta sám sebe vnímá R5. U ostatních pacientů jsou změny nedramatické, nicméně postřehnutelné. Přináší nový pohled na životní hodnoty i perspektivy. Nikdo s pacientů neventiluje svoji zásadní obavu z nepříznivé prognózy. Myslím si, že tento strach je součástí života každého pacienta, kterého informuje lékař o závažné onkologické diagnóze. K tomu, abychom na toto téma otevřeně hovořili, však potřebujeme splnit několik zásadních podmínek. Velice důležitý je prostor a čas. Jen tehdy lze nechat rozhovor plynout a někdy stačí jen naslouchat. Od běžných „lehčích“ témat se k závažným až nejzávažnějším někdy ani při prvním setkání nedostaneme. Ani to tedy nemohlo být účelem našich rozho-

vorů. Přesto bylo možné číst mezi řádky, kdo s pacientů by brzy k takovému rozhovoru dospěl a vzhledem k zázemí psychosociálního centra, vybudovaného na našem oddělení, mohl dostat tuto možnost.

Pozorování doplnilo osobní sféru prožívání nemoci o poznatky, které umocnily zásadní vliv sociálního zázemí na zvládání komplikovaného období. Přesto, že pacienti pobývali v nemocnici pouze v tří denních cyklech chemoterapeutické léčby, návštěvy rodiny pro ně byly důležité, přirozené. R3 se pravidelně setkával i s přáteli, pro R4 byla velkou podporou i autoritou sestra. Pro R1 byla témata života v široké rodině hlavním zdrojem komunikace s personálem, podobně jako R9. Pro R8 je manželka hlavním prostředníkem pro získávání informací. Pouze R10 popíral, že by pro něj návštěvy měly zásadní význam, avšak směrem ke spolupacientům i personálu byl velice sdílný a komunikativní. Jako zásadní taktiku pro smíření se se situací volí většina pacientů aktivní přístup k řešení problémů. Snaží se bojovat prostředky, které jim nemoc dovolí využívat. Jsou stateční a odhodlaní přesto, že téměř u poloviny z nich se jedná o recidivující onemocnění. Učí se žít s myšlenkou, že prognóza nemusí být tak příznivá, jak bychom si všichni přáli. Jistě v tom bude hrát výraznou roli i fáze nemoci, ve které se pacienti nachází. Všichni pacienti jsou v aktivní léčbě, chodící, soběstační, bez výrazných životních omezení jako je trvalá bolest, nauzea, inkontinence, zvracení, dušnost... I s takovými pacienty se bohužel, běžně setkáváme, jen jsem je nedokázala oslovit s žádostí o rozhovor za takovýmto účelem. Jejich životní situace je natolik limitovaná a náročná, že komunikace s nimi má mít jinou motivaci než zpracování výzkumného úkolu.

Na otázku, týkající se největších obav reagovali pacienti často vyhýbavě. R10 říká, že o tom nepřemýšlí. R3 popisuje průběh nemoci až doposud, R7 má obavy o nemocného manžela, R9 neodpovídá vůbec. Konkrétně pojmenuje obavu R6, jako strach z časového omezení života, R2 pojmenuje hlavní obavu jako strach z utrpení.

Právě toto téma patří při setkávání s pacienty k nejnáročnějším. Přesto, že o něm všichni víme, neexistuje jednotné a jednoduché pravidlo, jak se v takových situacích chovat.

Vždy budeme trochu tápat, někdy i unikat, ale stejně tak se k takovým nemocným budeme vracet. Každý prožitý příběh nám pomůže prožít ten následující s menším stresem a přirozeněji. Nikdy nebudeme přicházet k vážně nemocnému člověku s přesvědčením, že víme, jak mu ulevit od strachu, ale s každým dalším setkáním se

sami budeme méně bát... Jeho obav a nevyřčených otázek... Pokud se nevzdáme, přijde doba, kdy na ně budeme umět stejně přirozeně i odpovídat.

Oblast informování o diagnóze byla zaměřena na **otázky** týkající se přístupu pacientů a zdravotníků k informacím, prožívání hospitalizace. **Pozorování** v této oblasti se týkalo **reakce pacienta na stres**.

Kromě praktických vědeckých disciplín, exaktních laboratorních a jiných diagnostických metod je komunikace jedním z klíčových psychologických faktorů zvládnání nemoci. Týká se pacienta, jeho rodiny, lékařů a zdravotních sester. (Andrýsek, 2011) Informace i pseudoinformace jsou pro pacienty důležité od prvního setkání s nemocí. Konkrétním informacím často předchází fáze, kdy „tušíme“, že něco není v pořádku a podle svých předchozích životních zkušeností s těmito pocity nakládáme. Podvědomě uložené informace z dětství jsou základem pro vzorce chování. Problém bagatelizujeme, zveličujeme nebo racionálně vyhodnotíme a řešíme. Věříme - li pak někomu nebo něčemu, co nás v této fázi správně nasměruje, můžeme zvládat situaci lépe než sami, bez náležité pomoci.

Otázky odpovídající na průběh léčby téměř bez výhrad řešili pacienti s lékaři, tak, jak to ukládá legislativa. Jejich spektrum bylo pestré. Od praktického lékaře u R1, R6, R7, R10 k lékařům na onkologickém oddělení u R2, R8, R9 ev. k operujícímu lékaři u R3. Manželka je pro R8 prostředníkem k vyhledávání informací, pro R5 je důležitým zdrojem matka-zdravotník, pro R2 dcera. Nikdo z pacientů nehodnotil informace jako nepostačující. Jako nejdůležitější hodnotili pacienti někdy procenta své šance na vyléčení, např. R5. R10 se snaží o prognóze nepřemýšlet, R6 se nesnaží s nikým jiným porovnávat, R7 srovnává onkologickou operaci s jinou, méně ohrožující situací z minulého období. Překvapivě často se pacienti nesnaží informace aktivně rozšiřovat. Pracují se základními, které získali od ošetřujícího lékaře. Někdy bývá aktivnější v jejich vyhledávání rodina, což pacienti připouští, ale často se sami jimi nenechávají ovlivnit. Jakoby obě zúčastněné strany sledovaly nemoc z jiného úhlu pohledu. I to může být užitečné pro případnou diskusi v budoucnu.

Otázky mapující přístup zdravotníků a přístupy usnadňující život s nemocí jsou příkladem tendenčních otázek, kde předem dokážeme většinou odhadnout směr odpovědi. Pacienti hodnotí přístup personálu kladně. Všichni zúčastnění jsme potěšeni a zá-

roven si uvědomujeme, jak statečný by byl pacient, který kritizuje naši péči v době, kdy neví, jak dlouho na ni bude závislý. (Škrla Petr, 2003)

Pacienti v dobré kondici a v optimálním dosahu bydliště, se léčí ambulantně. Pro řadu z nich je zázemí domova natolik zásadní, že ani při občasných komplikacích jinou formu nepřipouští. Přesto není málo těch, kteří jsou na krátkou či delší dobu hospitalizováni. Nejpozitivnější element je u všech pacientů, kteří postupují i. v. aplikaci chemoterapie právě krátký čas hospitalizace. Ať už jsou komplikace či vedlejší účinky jakékoliv, v motivaci opuštění nemocnice za 2-3 dny se všichni shodli. R4 připouští, že se mu do nemocnice nechce, R9 popisuje před přijetím pocity fobie, R6 by měnil léčbu za ambulantní. R1 naopak kladně hodnotí, že ho prostředí a změna aktivizují, R8 srovnává prostředí s lázněmi, R5 si pochvaluje prostředí i personál. Poměrně vyrovnaně a rozumně tedy pacienti hodnotí výhodu možnosti léčit se na vybraném specializovaném pracovišti.

Pozorování, doplňující tuto oblast, bylo zaměřeno na zvládání stresových situací. Jednou z výrazných, srovnatelných situací může být například opakovaný příjem. Jde o proces, kdy lze v průběhu času, který věnujeme sběru informací v rámci osy anamnézy, sledovat jak pacient zátěž zvládá, jak se projevují obavy z léčby, která má často nepříjemné vedlejší účinky a doprovází ji invazivní diagnostické zásahy. Časový úsek, který věnujeme příjmu pacienta je dostačený. Snažíme se neuspěchat komunikaci a podchytit zásadní momenty, důležité pro optimální nastavení podmínek, které pacientovi pobyt na lůžku co nejméně komplikují. R1 přichází opakovaně bez úzkosti a strachu, pravidelně v doprovodu manžela. Pečlivě sleduje výkyvy hmotnosti, vítá konzultaci nutričního terapeuta a k otázkám optimální výživy, jako podpůrné formy zlepšení kondice a komfortu, se opakovaně vrací. Stejně tak vyrovnaná je R2, podobně jako R7 a R10. R3 zpracovává novou situaci s nečekanou recidivou svého onemocnění. Jen obtížně lze odhadnout, zda informace o této možnosti vůbec nevěděl nebo je odsunul tak dokonale, že ho zaskočily. Patientka R4 trvá na striktním časovém harmonogramu aplikace chemoterapie, což není vždy ovlivnitelné personálem oddělení. R8 se posunul do fáze akceptování života s kolostomií, což je výrazný kladný projev oproti předchozí hospitalizaci. U R9 fobii doprovázely projevy úzkosti až deprese opakovaně. Obavu z bolesti ventiluje otevřeně R10, díky jemu se spolupacienty dostáváme k diskusi nad fenoménem, kterého se obávají, připouští velmi subjektivní prožívání bolesti, překvapují je možnosti hodnocení.

Oblast otázek, mapujících znalosti o léčbě chemoterapií je doplněná pozorováním zvládnání i. v. léčby, porovnání situace pacientů v době aplikace léčebné látky i. v. kanylou a aplikace i. v. portem.

Chemoterapeutická léčba má často vedlejší účinky, které přináší pacientům řadu problémů. Obecně jsou známé ty, které velmi obtěžují (nauzea a zvracení) a ty, které jsou viditelné, i když „nebolí.“ Je známou pravdou, že právě ty druhé snáší především pacientky často obtížněji. Ne každý z nás má potřebu, dělit se se svým okolím o tak intimní téma, jakým je vážné onemocnění. Vyjdeme-li ale na ulici v paruce, či slušivém, leč specificky uvázaném šátečku, neverbálně všem oznamujeme, že se léčíme s onkologickým onemocněním. R6 právě tento moment ztráty anonymity uvádí jako „nejhorší“ vedlejší účinek. R2 s obavou a jednou větou oznamuje, že je znát nechce! Jakoby se lekla, že právě tuto informaci jí budu nutit i proti její vůli. Polovina z pacientů nevnímá projevy jako dramatické a pokud se objeví, jsou na ně připraveni a zvládají je dobře. (Munzarová, 2005)

Při rozhovorech na téma aplikace i. v. kanylou R3, R4 ,R6 hodnotí období jako složité vzhledem k problémům, které tuto aplikaci provázely. Nejčastěji se jednalo o záněty žil, nepříjemnosti plynoucí z často opakované aplikace. R7 rozšiřuje svůj pohled na problém o trauma, které to přináší sestřám, když „za to nemůžou“ a musí znovu a znovu „hledat žíly.“ R9 dokonce dramaticky popisuje, jak se mu „žíly škvařily.“ Ať již jsou popisované subjektivní pocity jakkoliv dramatické, i objektivně je období aplikace léčby i. v. kanylou velice náročné. Sledujeme mnoho parametrů, které se vzájemně doplňují a podporují zvládnání léčby. Pacient má maximum informací, psychosociální podporu, je připraven čelit nástrahám vedlejších účinků, sleduje kontrolní laboratorní parametry, které jsou vodítkem k pokračování léčby...a „zradí ho “ žíly, jak jeden z nich uvedl.

Řešením tohoto problému může být právě aplikace chemoterapie i. v. portem. Tato metoda se ve větším měřítku začíná v chemoterapeutické léčbě na našem oddělení uplatňovat v posledních letech. Pacientů s i. v. portem přibývá a s nimi i nové momenty v práci sester. Pacienti vesměs vítají novou formu aplikace jako pohodlnější, ale setkáváme se i s obavou z komplikací i dalšími doprovodnými problémy. Jen R5 naznačil, že i tento způsob léčby může být pro některé pacienty limitující a i přes komfort, který přináší, obava z komplikací a nepřijetí cizího tělesa do svého těla se nemusí vyskytovat

jen výjimečně. Na tak malém vzorku nelze tento problém zobecnit, ale samotný fakt, že se vyskytl, znamená, že právě tímto směrem se můžeme ubírat při využití zpracovaného edukačního materiálů pro tyto pacienty. Je vždy lepší, pracovat s argumenty preventivně, dříve než stres pacienta negativně ovlivní. Samostatnou kapitolou při zvládání vedlejších účinků léčby je jeden z těch, kterých se pacienti obávají téměř vždy a tím je nauzea a zvracení. Vesměs si pacienti vytvořili svůj optimální rytmus, jak tyto přechodné, nepříjemné doprovodné momenty zvládají. R1, R4, R9 preventivně využívá naordinované injekce a dietní opatření. Známý je efekt ledové Coca-Coly. R3 vítá změnu prostředí, procházky, R6 se cítí vždy lépe doma, režim upraví podle problémů a bez stresu naváže tam, kde přestala, když pominou. S doplňky výživy má zkušenost pouze R7 a ne zrovna optimální. Vhodnější je pro ni běžná strava, častěji a málo. Potvrzuje se zde, že zvládání tohoto příznaku je velice individuální. Pokud mají pacienti široké spektrum informací, jak nepříjemným projevům předejít, lze odstranit zásadní stresový faktor, doprovázející léčbu.

Otázka na momenty, které pacienty nejvíce obtěžují, přinesla pestré spektrum odpovědí. Pacienti se nezaměřují na jednotlivé problémy, kterým by se dalo případně i předejít, vnímají nemoc jako takovou za hlavní zátěž...R2 hovoří o léčbě obecně, R6 ji celkově vnímá jako velmi záludnou, únavu jako zdroj nesnáží vnímá R4, R10. Plynulost léčby podle pacientů nic zásadního nenarušuje. Někdo se zamýšlí nad organizací, například R4 hodnotí neustálé opakování cyklů, R7 porovnává svoji zkušenost s hospitalizací maminky a nevhodným chováním personálu k seniorům. R9 nečekaně navazuje zamýšlením, zda má význam postoupit náročnou léčbu nebo žít kratší čas v klidu?! Také R10 uvažuje nahlas o šanci, jejíž trvání neumíme přesně odhadnout.

Na otázku následné péče pacienti odpovídají téměř výhradně hodnocením svých šancí v budoucnu. Neuvažují o následné péči jako o možnosti, kdy je možné využívat další formy pomoci, pokud nadále zůstávají pacienti. Je evidentní, že se nad tímto termínem nezamýšleli a touží po tom, aby tomu tak mohlo být i nadále.

Poselstvím pro ostatní pacienty je vesměs snahou, podpořit je v boji s nerovným nepřítelem. R1 hovoří o prevenci, kterou by již po této zkušenosti nepodcenila. Psychickou stránku jako zásadní fenomén zvládání života s nemocí, zdůrazňuje R2, R3 vnímá jako zásadní také aktivitu, R4 se snaží s novými pacienty komunikovat, R6 přebírá pomyslnou štafetu od spolupacientky, která v náročném úvodu povzbuzovala jí. Paci-

enti vnímají jako důležité podělit se o své zkušenosti a pokud možno ty, které pro ně byly zásadní a přínosné si nenechat pro sebe.

V rámci pozorování jsem sledovala zvládnání vlastní léčby, přístup k aplikaci, eventuálním komplikacím. Pacientku R1 jsem zastihla ve fázi aplikace léčby i. v. kanylou. Právě na základě velmi komplikovaného stavu žilního systému byl aplikován i. v. port, který situaci řešil pro pacientku nečekaně snadno. R3 patřil k technicky vybaveným pacientům a právě jeho dotazy byly podnětem pro rozšíření připravovaného educačního materiálu o poznatky týkající se technických parametrů portu. Mezi pacienty, kteří před zavedením portu projevovali největší obavy, patřila R6. I přes premedikaci a psychickou přípravu před výkonem byl stres odpovídající velkému chirurgickému zákroku. O to příjemnější pak byla rychlá adaptace na novou formu aplikace a to vše zcela bez problémů. R7 je pacientka, která se ráda a spontánně se spolupacienty dělí o své vědomosti. R8 do minulé hospitalizace řešil přijetí nového způsobu života s kolostomií. Až nečekaně samostatně zvládl ošetřování, režim s nově zavedeným portem si velice pochvaluje.

Výzkumná otázka č. 1

V jakém okamžiku a jakým způsobem je zásadní informovat pacienta o i. v. vstupu?

Pro pacienty je složité celé období života s onkologickou diagnózou. Přesto se najdou fáze, kdy je jim lépe fyzicky i psychicky. To by měl být optimální moment pro edukaci před aplikací i. v. portu. Ta ale navazuje na klíčový okamžik celé situace a tím je vhodně načasované a realizované rozhodnutí o zavedení i. v. portu. Při plánování léčby v průběhu úvodního konzilia je vhodný okamžik takticky vyhodnotit pozitiva i negativa tohoto způsobu aplikace pro konkrétního pacienta. Jde svým způsobem o preventivní řešení komplikací, které přináší i. v. aplikace chemoterapie periferní žilní kanylou. Tak jako u jiných preventivních způsobů léčby ne vždy dokážeme pracovat se správnou kalkulací. Obtíže, které nenastanou, se těžko statisticky hodnotí. Vyšší vynaložené prostředky při zavedení portu se vrátí v neporovnatelném komfortu pro pacienta i zdravotníky, v hladším průběhu léčby, kterou i tak provází nepříjemné symptomy. Na základě rámcových výpočtů ale tato položka nevypadá dramaticky. Možná i to může být tématem pro další výzkumné projekty.

Přesto, že je sestra pacientovi partnerem, v procesu edukace je vhodné využít přirozenou profesionální autoritu. K té jsou ale nutné znalosti a dovednosti v oblasti, kterou potřebujeme pacientovi přiblížit. Utřídný materiál může mít podobu obrazovou, zvukovou, instrumentální. Lze jej doplnit o setkání s pacientem, který má s operačním výkonem i následnou aplikací pozitivní zkušenost. Je nutné vyslechnout a respektovat obavy pacienta, konkrétními argumenty reagovat na všechny jeho otázky, uspořádat si společné cíle a zpětnou vazbou vyhodnotit, jaký efekt měl náš přístup. Jde o aktivitu velmi individuální, nelze ji úspěšně zvládnout bez zkušeností, dovedností, ale také empatického přístupu k člověku ve velice náročné životní situaci. Investice mentální se mnohonásobně vrátí i finančně. Dobře motivovaný pacient má před sebou období, kdy bez nepříjemných vedlejších účinků i. v. aplikace kanylou, je až desítky měsíců připraven ke komfortnímu podávání léčebné látky.

Výzkumná otázka č. 2

„Co nejvíc pomáhá zvládat náročnou životní situaci pacientovi s onkologickým onemocněním?“

Z výsledků rozhovorů a pozorování vyplývá, že je velice důležité vytvořit pro pacienty časový a místní prostor pro komunikaci a řešení dílčích problémů jejich nemoci. Mezi zásadní momenty, kde je nutné pacientům systematicky pomáhat, patří psychosociální podpora, řešení bolesti, péče o rány a výživu, možnosti následné péče. Je vhodné, aby se multidisciplinární tým skládal z osobností, kterým bude specifická problematika onkologicky nemocných blízká. Je vhodné pracovat s informacemi preventivně, v době, kdy není pacient stresován jejich nečekaným nástupem a přistupovat ke každému velmi, velmi individuálně. (Haškovcová, 1997)

14. ZÁVĚR

Pro porovnání metod a výsledků mého projektu jsem se snažila vyhledat diplomové práce, o jejichž výsledky bych mohla opřít některá má zjištění. Téma edukace onkologických pacientů zpracovaly například:

Lenka Klečková, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství.

Název práce: *Edukace pacientů s chemoterapeutickou léčbou nádorových onemocnění.*

Práce z roku 2012 má široké bibliografické zdroje. Výstupem je precizní pojmové ujasnění termínů, které se vztahují k edukaci. Ovlivňující faktory z pohledu kognitivní disfunkce či paměťového deficitu lze jen obtížně hodnotit vzhledem k malému vzorku respondentů mnou zpracovaného kvalitativního výzkumu. Biologické a fyziologické změny, jakými je například úzkost, deprese a stres, patří mezi faktory, které lze hodnotit v obou projektech. Práce autorky je více teoretická, přesto nabízí shodou okolností demonstrační metodu edukace autorů Muellera a Glennona z roku 2003, právě pro zavádění i. v. portu.

Šárka Papetová, Dis, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra pedagogiky.

Název práce: *Psychosociální podpůrná péče o onkologicky nemocné*

Práce z roku 2011 se věnuje kvalitě života onkologicky nemocných. Mapuje jednotlivé fáze onkologického onemocnění v hloubce i šíři, která přesahuje téma mé práce, ale je velice inspirující pro moji profesionální realizaci.

Při studiu této práce jsem se věnovala institucím, které podpůrnou psychosociální péči poskytují. Hledala jsem inspiraci pro fungování psychosociálního centra, s kterým máme na našem oddělení první zkušenosti. Tato forma je poskytována v rámci komplexních onkologických center ve všech regionech. Filosofie fungování však vychází z principů, které se opírají o zkušenosti koordinátora multidisciplinárního týmu a o systém diagnostické a terapeutické péče na daném pracovišti.

Vymezením pojmu svépomocné skupiny je upřesněna role laické pomoci, jejíž formu považuji za velice důležitou, při naší práci ji teprve začínáme využívat.

Vzhledem k charakteru studijního oboru autorka zaměřuje pozornost na duchovní potřeby a pastorační péči. I tato kapitola je inspirující.

Vzhledem k narůstajícímu počtu onkologicky nemocných pacientů, je péče o kvalitu jejich života otázkou velice zásadní. Nejde jen o profesionální zvládnání svých pracovních úkolů. Jde o pocit naplnění, který můžeme mít právě tehdy, když empaticky přistupujeme k člověku v nouzi. A v nouzi je mladá žena, která se bojí ztráty partnera, protože již pro něj nebude atraktivní, stejně jako senior, který se musí vzdát svého prostředí, protože se o sebe nedokáže postarat sám. Podobných příkladů jsou na našich odděleních i ambulancích denně desítky. Některé umíme řešit automaticky, u jiných optimálních řešení stále hledáme, a jiné jsme doposud jako problém nevnímali.

Tak vzniklo téma mé práce. Proto jsem také, jako metodu, zvolila výzkum kvalitativní. Jeho základním posláním je porozumění lidem v různých sociálních situacích. Zvolila jsem formu kontaktu, který je mi blízký profesně i lidsky.

Věřím, že průběh kvalitativního výzkumu nebyl pro pacienty rušivým momentem, ale naopak, naše setkávání vnímali jako neformální zájem o jejich problémy. Tak jsem se na tento náročný úkol připravovala a jsem přesvědčena, že desítky hodin, které jsem tématu věnovala, aktivně využiji ve svém povolání.

SEZNAM ZDROJŮ

Adam, Zdeněk a Vorlíček, Jiří. 2002. *Speciální onkologie.* Brno : Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2826-2..

Adam, Zdeněk, Krejčí, Marta a Vorlíček, Jiří. 2011. *Obecná onkologie.* Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

Adam, Zdeněk, Vorlíček, Jiří a Koptíková, Jana. 2003. *Obecná onkologie a podpůrná léčba.* Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.

Andrýsek, Oskar. 2011. *Mluv se mnou.* Praha : Maxdorf, 2011. ISBN 978-807-3452-575.

Astl, Jaromír. 2010. *Nemoc jako výzva.* Praha : Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-227-8.

Bezděk, Ctibor. 1995. *Etikoterapie.* Praha : Gemma, 1995. ISBN 80-852-0606-4.

Češka, Richard. 2012. *Interna.* Praha : Triton, 2012. ISBN 878-80-7387-423-0.

DiCara, Veronika. 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2240-5.

Disman, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

Frankl, Viktor, Emil. 1996. *Lékařská péče o duši.* Brno : Cesta, 1996. ISBN 80-853-1950-0.

Grofová, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-682.

Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří.* Praha : Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

—, **2007.** *Informovaný souhlas.* Praha : Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-973.

—, **1997.** *Lékařská etika.* Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824 -54 -X.

- . **1996.** *Práva pacientů.* Havířov : Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80- 902-1630-7.
- . **2007.** *Thanatologie.* Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-87109-19-9.
- Honzák, Radkin. 1997.** *Komunikační pasti v medicíně.* Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4.
- Hrubá, Marcela, Foretová, Lenka a Vorlíčková, Hilda. 2001.** *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění.* Brno : Masatykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7618-X.
- Kapounová, Gabriela. 2007.** *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309.
- Karešová, Jana. 2010.** *Praktické rady pro onkologické pacienty.* Praha : Maxdorf, 2010. ISBN 978-807-3452-179.
- Klener, Pavel. 2002.** *Klinická onkologie.* Praha : Galén, 2002. 80-7262-151-3.
- Kolektiv autorů. 2002.** *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z.* Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
- Kozirevová, Barbara a Erbová, Eleonora. 1995.** *Ošetrovatelstvo.* Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- Křivohlavý, Jaro. 1998.** *Jak neztratit nadšení.* Praha : Grada, 1998. ISBN 80-716-9551-3.
- . **1991.** *Křesťanská péče o nemocné.* Praha : ADVENT, 1991.
- . **1994.** *Mít pro co žít.* Praha : Návrat domů, 1994. ISBN 80-854-9533-3.
- . **1993.** *Povídej-naslouchám.* Praha : Návrat, 1993. ISBN 80-854-9518-X.
- Kübler-Ross, Elisabeth. 1992.** *Hovory s umírajícími.* Nové Město nad Metují : Signum unitas, 1992. ISBN 80-854-3904-2.
- . **2003.** *O dětech a smrti.* Praha : Ermat, 2003. ISBN 80-903-0861-9.
- . **1974.** *Questions and answers on death and dying.* New York : Macmillan, 1974. ISBN 00-208-9150-4.

- . 2012. *Světlo na konci tunelu*. Brno : Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.
- Kutnohorská, Jana. 2009.** *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- Mader, Ines a Tvisselmann, Birte. 2003.** *Extravasation of cytotoxic agents*. Wien : Springer Verlag, 2003. 32-118-3859-7.
- Maňásek, Viktor. 2011.** Žilní vstupy v onkologii. *Linkos*. [Online] 1. 5 2011. [Citace: 13. 12 2012.] <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/168/3916.pdf>.
- Marková, Monika. 2010.** *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.
- Mikšová, Zdeňka. 2006.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-144-6.
- Mourek, Jindřich. 2005.** *Fyziologie*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
- Munzarová, Marta. 2005.** *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- Nakonečný, Milan. 1995.** *Psychologie osobnosti*. Praha : Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
- Novotný, Jan, Vitek, Pavel a kol. 2012.** *Onkologie v klinické praxi*. Praha : Mladá fronta a.s., 2012. 978-80-204-2663-5.
- Petera, Jiří. 2005.** *Obecná onkologie*. Praha : Karolinum, 2005. 8024609681.
- Richards, Ann a Edwards, Sharon. 2004.** *Repetorium pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
- Satir, Virginia. 1994.** *Kniha o rodině*. Praha : Práh, 1994. ISBN 80-901-3250-2.
- Sláma, Ondřej, Kabelka, Ladislav a Vorlíček, Jiří. 2007.** *Paliativní medicína*. Praha : Galén, 2007. 978-80-7262-505-5.
- Sofer, Beatrice. 1997.** *Bolest*. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-716-9309-X.
- Sokol, Jan. 2002.** *Filosofická antropologie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-717-8627-6.

- Staňková, Marta. 2001.** *České ošetrovatelství.* Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3323-6..
- Susa, Zdeněk. 2010.** *Tělo a duše ve zdraví a nemoci.* Ve Středoklukách : Zdeněk Susa, 2010. ISBN 978-80-86057-64-4.
- Šafránková, Alena a Nejedlá, Marie. 2006.** *Interní ošetrovatelství.* Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
- Škrla Petr, Magda Škrlová. 2003.** *Kreativní ošetrovatelský management.* Praha : Advent-Orion, 2003. ISBN 80-717-2841-1.
- Venglářová, Martina a Mahrová, Gabriela. 2006.** *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha : Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- Vodvářka, Pavel. 2004.** *Podpůrná péče v onkologii.* Praha : Galén, 2004. ISBN 80-726-2264-1.
- Vokurka, Martin. 2005.** *Velký lékařský slovník.* Praha : Maxdorf, 2005. 80-7345-058-5.
- Vokurka, Samuel. 2005.** *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie.* Praha : Galén, 2005. 80-7262-299-4.
- Vorlíček, Jiří, Abrahámová, Jitka a Vorlíčková, Hilda. 2012.** *Klinická onkologie pro sestry.* Praha : Grada, 2012. ISBN 978-802-4737-423.
- Vymětal, Jan. 1996.** *Rogersovská psychoterapie.* Praha : Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.
- **1994.** *Základy lékařské psychologie.* Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901-6013-1.
- Ware, Bronie. 2012.** *Čeho před smrtí nejvíce litujeme.* Praha : Portál, 2012. ISBN 978-802-6201-687.
- Workman, Barbara a Bennet, Clare. 2006.** *Klíčové dovednosti sester.* Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	-	body mass index
CK	-	kreatinkináza
CNS	-	centrální nervová soustava
CT	-	počítačová tomografie
CŽK	-	centrální žilní katétr
dif.	-	diferenciální rozpočet
DNA	-	Deoxyribonukleová kyselina
FR	-	fyziologický roztok
G-CSF-		Faktor stimuluující granulocytární kolonie
GIT	-	gastrointestinální ústrojí
i. v.	-	intravenózně
KO	-	krevní obraz
PICC	-	periferní cestou implantovaný katétr
R	-	respondent
RNA	-	Ribonukleová kyselina
RTG	-	rentgen
Sb.	-	sbírka
USG	-	sonografické vyšetření
v.	-	véna

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: tabulka - Cytostatik používaných na oddělení

Příloha 2: Extravazační pouster

Příloha 3: tabulka - Emetogenita některých jednotlivých cytostatik

Příloha 4: tabulka - Antiemetika

Příloha 5: Dotazník

Příloha 6: Myšlenková mapa – Onkologický pacient

Příloha 7: Periferní žilní katétr

Příloha 8: Periferně implantovaný centrální katétr

Příloha 9: Implantabilní venózní port

Příloha 10: Pozorovací arch

Příloha 11: Respondenti

Příloha 1: tabulka cytostatik používaných na oddělení

Skupina cytotoxických látek	Jednotlivá cytostatika
Vezikanty	Antracykliny: doxorubicin, epirubicin Vinca alkaloidy: vinkristin, vinblastin, vinorelbin Jiné: paklitaxel, mitomycin C, cisplatina v koncentraci nad 0,4mg/ml
Iritanty	Cisplatina v koncentraci nižší než 0,4mg/ml, dacarbazin, doxorubicin, docetaxel, etoposid, gemcitabin, oxaliplatin
Nonvezikanty	Bleomycin, karboplatina, cyklofosfamid, 5-fluorouracil, ifosfamid, irinotecan, metotrexat, topotekan

Příloha 2: Extravazační pouster

EXTRAVAZACE

PRVNÍ POMOC PŘI EXTRAVAZACI - OBECNÝ POSTUP

- Zastavit infuzi
- Vzít extravazační kit
- Nasadit sterilní rukavice
- Aspirovat pomalu 5 ml jednorázovou stříkačkou, jak nejvíce to jde

Netlačit na extravazační oblast!

- Vyjmout i.v. přístup
- **Pokud se vytvoří puchýř, aspirovat 1 ml stříkačkou („inzulinka“)**
- použít na každý nový pokus novou stříkačku
- Zvednout a zafixovat postiženou končetinu
- **Aplikovat specifické antidotum**
- Udělat záznam do dokumentace
- Informovat pacienta event. příbuzné
- Kontrola (*dráždivá cytostatika*) nebo konzultace chirurga do 72 hod. (*nekrotizující cytostatika*)

NEKROTIZUJÍCÍ CYTOSTATIKA vyžadující specifický postup

amsacrin
cisplatina > 0,4 mg/ml
dactinomycin
daunorubicin
doxorubicin
epirubicin
idarubicin
mitomycin C
mitoxantron

Postup:
lokálně
DMSO 99%
+ SUCHÝ
CHLAD

vinblastin
vincristin
vindesin
vinorelbin

Postup:
HYALURONIDÁZA s.c.
+ SUCHÉ TEPLO

paclitaxel

Postup:
HYALURONIDÁZA s.c.

oxaliplatin

Postup:
Žádné studené obklady!
SUCHÉ TEPLO

DRÁŽDIVÁ CYTOSTATIKA vyžadující specifický postup

daunorubicin lipos.
doxorubicin lipos.

Postup:
SUCHÝ
CHLAD

dacarbazin

Pozor
na sluneční
světlo!

cisplatina <0,4 mg/ml

Postup:
DMSO 99%
lokálně
+ SUCHÝ
CHLAD

SUCHÝ CHLAD

- Mechanismus účinku: vazokonstrikce, lokální ohraničení paravazátu, zároveň sníží transport z místa paravazátu, což může být nežádoucí
- Použít např. Cold-Hot Pack nebo zabalený led
- Na začátku chladit nejméně 1 hodinu, pak pokračovat několikrát denně po 15 minutách
- **Pozor!** nikdy neaplikovat **mokrý** studené ani teplé obklady

SUCHÉ TEPLLO

- Mechanismus účinku: vazodilatace a tím zlepšená distribuce a absorpce paravazátu
- Suché teplo má synergický účinek s hyaluronidázou
- Použít např. Cold-Hot Pack nebo termo láhev
- Aplikovat suché teplo 4x denně po 20 minutách

HYALURONIDÁZA

- Mechanismus účinku: enzymatická degradace kys. hyaluronové ve vazivu a zvýšení absorpce paravazátu
- Možné způsoby aplikace:
 - hyaluronidáza 150 IU (= 1 ml) s.c. aplikovat od periferie směrem ke středu postiženého místa, event. opakovat každých 24 hod.
 - hyaluronidáza 250 IU v 6 ml NaCl 0,9 % podat použitým i.v. vstupem nebo 250 IU rozdělit na 6 s.c. injekcí kolem postiženého místa
 - hyaluronidáza 1500 IU ve 2 ml aqua ad inj. aplikovat s.c. kolem postiženého místa
- Consensus: aplikovat až 1500 IU hyaluronidázy s.c. kolem postiženého místa v závislosti na rozsahu extravazace

DIMETHYLSULFOXID (DMSO) 99%

- Mechanismus účinku: vazodilatace, zvýšená permeabilita kůže urychluje distribuci paravazátu, protizánětlivý účinek
- Velmi účinný v kombinaci s intermitentním chlazením
- Možné způsoby aplikace:
 - DMSO 99% aplikovat lokálně 4 gtt/10 cm² každých 8 hod., nejméně 1 týden nebo do odeznění příznaků, bez tlaku rozetřít sterilním tamponem
 - DMSO 60% nakapat na sterilní gázu a přiložit na místo paravenózního úniku
- Consensus: aplikovat DMSO 99% každých 8 hodin (např. nakapáním na sterilní gázu) bez tlaku na postižené místo. Vždy nechat zaschnout na vzduchu, nezakrývat! Pokračovat minimálně po dobu 7 dnů

- Natriumbikarbonát ani kortikosteroidy se nedoporučují

Literatura:

I. Mader, P.R. Fürst-Weger, R. M. Mader, E.I. Semenitz, R. Terkola, S. M. Wassertheurer *Extravasation of Cytotoxic Agents – Compendium for Prevention and Management*, vyd. Springer-Verlag/Wien, 2003, ISBN 3-211-83859-7 ;
J. Vorlíček, J. Abrahámová, H. Vorlíčková a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, vyd. Grada Publishing, ISBN 80-247-1716-6

Přípravila: Bc. Lucie Čadová, Onkologické a radioterapeutické oddělení, FN Plzeň



Nagano III
U Nákladového nádraží 10
130 00 Praha 3

Příloha 3: tabulka - Emetogenita některých jednotlivých cytostatik

Emetogenita některých jednotlivých cytostatik		
Vysoká	Střední	Nízká nebo minimální
cisplatin > 50 mg/m ²	cisplatin < 50 mg/m ²	bleomycin
cyklofosamid > 1500 mg/m ²	cyklofosamid 750-1500 mg/m ²	vinca alkaloidy
karmustin > 250 mg/m ²	karboplatina > 300 mg/m ²	fluorouracil < 1000 mg/m ²
dacarbazin > 500 mg/m ²	doxorubicin > 60 mg/m ²	methotrexát < 250 mg/m ²
streptozocin	epirubicin	taxany
daktinomycin	idarubicin	etoposid
	mitoxantron > 12 mg/m ²	chlorambucil
	karmustin < 250 mg/m ²	mitomycin
	metothrexat > 250 mg/m ²	fludarabin
	ifosfamid	chlorodeoxyadenosin
	cytarabin > 1000 mg/m ²	busulfan < 4 mg/kg/den
	prokarbazin p.o.	hydroxyurea
	malfalan i. v.	gemcitabin
	irinotekan	topotekan

Příloha 4: tabulka – Antiemetika

Skupina	Generický název	Příklad firemního přípravku
Blokátory 5-HT ₃ receptorů (setrony)	ondansetron	Zofran, Ondansetron
	granisetron	Kytril
	tropisetron	Navoban
	dolasetron	Anzemet
	palonosetron	Aloxi
Kortikosteroidy	dexamethazon	Fortecortin, Dexamed
	methylprednison	Medrol
	prednison	Prednison
Blokátory NK ₁ - receptorů	aprepitant	Emend
	kasopitant	
Substituované benzamidy (prokinetika)	metoklopramid	Degan
	itoprid	Ganaton
	lorazepam	Motilium
Benzodiazepiny	alprazolam	Neurol, Xanax
	lorazepam	APO - Lorazepam
Fenotiaziny	prochlorperazin	Prochlorperazin
	thiethylparazin	Torecan
	promethazin	Phenergan, Prothazin
	levomepromazin	Tisercin
Butyrofenony	haloperidol	Haloperidol
Antihistaminika	difenhydramin	Benadril

Příloha 5: Dotazník

Jmenuji se Čadová Lucie a studuji na ZČU v Plzni. Informace, které mně sdělíte, budou anonymní. Souhlasíte prosím s rozhovorem pro kvalitativní výzkum?

Děkuji

Čadová

Oblast osobní.

- Kdo je Vám největší oporou?
- Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?
- Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?
- Jak s nepříznivou situací bojujete?
- Z čeho máte největší obavy?

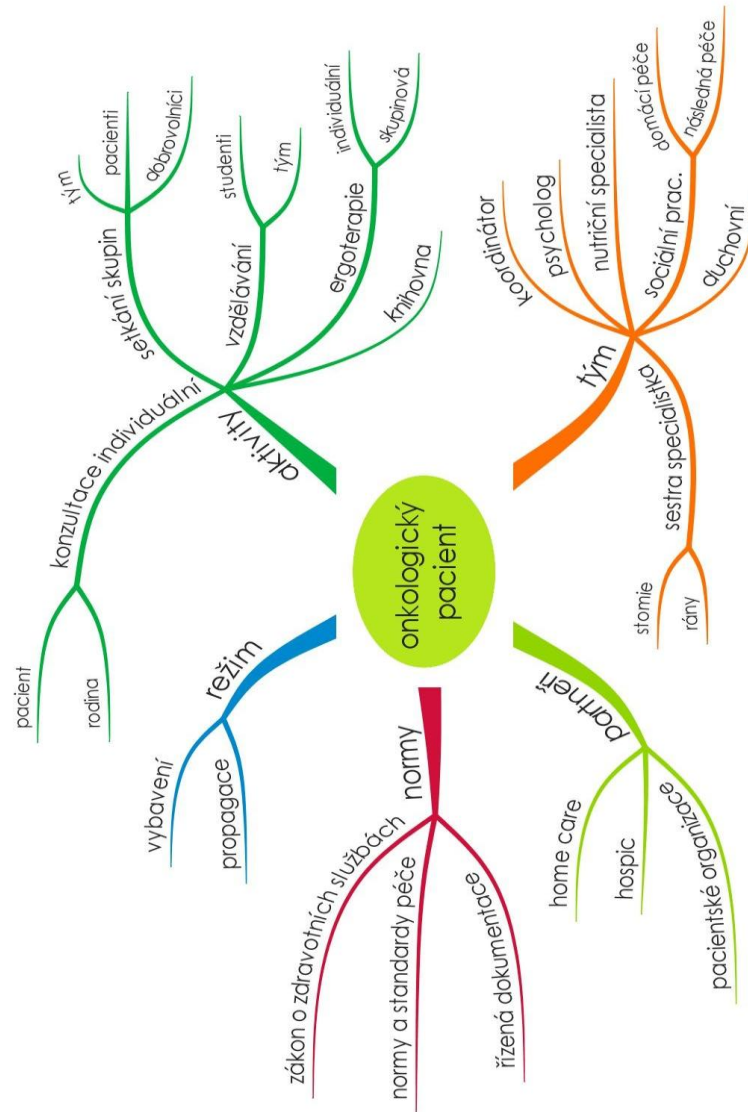
Oblast diagnózy (sdělení Dg.)

- Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?
- Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?
- Kde jste hledal informace o své nemoci?
- Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?
- Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?
- Jak vnímáte hospitalizaci?
- Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Oblast znalostí o CHT

- Znáte vedlejší účinky CHT?
- Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?
- Jak snášíte léčbu i. v. portem?
- Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?
- Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?
- Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?
- Co je podle Vás důležité v péči následné?
- O co byste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Příloha 6: Myšlenková mapa – Onkologický pacient



Příloha 7: Periferní žilní katétr

PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR

Při zavádění kanyly se postupuje od hřbetu ruky k loketní jamce (v. metacarpae, v. radialis, v. mediana cubiti, v. brachialis v. cephalica, v. basilica).

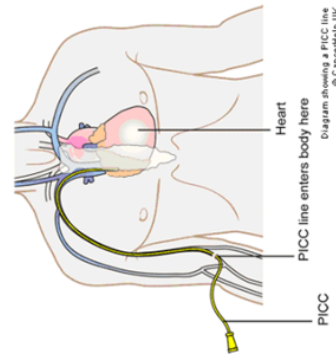
Po přiložení škrtidla na horní končetinu vyberte vhodnou žílu k zavedení periferní žilní kanyly. Škrtidlo se přiloží tak, aby se krevní řečiště optimálně naplnilo a současně bylo možno nahmatat puls na a. radialis. dezinfikujte místo vpichu sterilním tamponem s dezinfekčním roztokem, dodržuje expozici dezinfekčního prostředku.



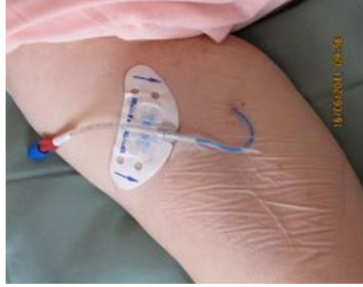
Vezme si nesterilní rukavice a po opakované palpaci místa vpichu opakovaně dezinfikuje místo vpichu. Zavede periferní žilní kanylu a místo vpichu fixuje sterilní transparentní fólií. Poučí pacienta, jaké pohyby rukou nejsou vhodné podle místa zavedení periferní žilní kanyly

Příloha 8: Periferně implantovaný centrální katétr

PERIFERNĚ IMPLANTOVANÝ CENTRÁLNÍ KATÉTR



Zkratka PICC znamená periferně implantovaný centrální katétr. Je zaváděn při nutnosti střednědobé a dlouhodobé léčby nejenom cytostatiky, obvykle do 6 měsíců. Výhodou takového systému je nižší riziko plicní embolie, trombózy a katérových sepsí oproti ČŽK, není nutné používat heparin – k proplachům postačuje FR, při zavedení není nutnost katétr šít díky speciálnímu úchytu na kůži (Statlock), dále jej lze použít i k odběru krve, včetně hemokoagulace



Příloha 9: Implantabilní venózní port

IMPLANTABILNÍ VENÓZNÍ PORT



Venózní port se skládá z ploché komůrky, vyrobené z nejrůznějšího materiálu (titan, plast, keramika), která je na horní straně opatřena silikonovou membránou.

Z komůrky je vyveden katétr, který se zavádí do centrální žíly obvykle cestou v. subclavia, vlastní komůrka je zašitá do podkožní kapsy v podklíčkové krajině.

Nápích komůrky se provádí přes kůži speciální Huberovou jehlou. Membrána v komůrce je konstruovaná až na 2000 vpichů.

Příloha 10: Pozorovací arch

Stresové reakce	Sociální kontakty	Zvládání aplikace i. v. terapie

Příloha 11: Respondenti

R1

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Děti, rodina mi pomáhají nejvíc.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

Hodně mi nemoc život změnila. Člověk hodně myslí na to, co by neměl, i když to pak stejně neudělá! Nechtěla jsem si připustit, že se mi život změní, i když pořád běhám po doktorech, hlídám spoustu věcí, které jsem dřív hlídat nemusela.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

Podařilo a daří se mi to hlavně díky rodině, díky přátelům a taky, díky tomu, že jsem nemlčela, že jsem se o tom bavila. Já to opravdu potřebuju ze sebe vždycky vypustit a ne to v sobě držet a pak je mi líp. Pomáhá mi, když jsem hodně mezi lidmi, to je pro mě nejdůležitější. Sama doma bych se snad zbláznila.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Zaměstnávám hlavu, ale taky tělo. A pak mám taky pejska, biglíka, je to moje veliký zlatíčko. Nehne se ode mě celý den, když mi není dobře, vycítí to.

Z čeho máte největší obavy?

No tak, pravda, vždycky akorát si nechci připouštět, snažím se o to... že se to zase objeví, i když se to snaží člověk nevnímat, prostě ty negativní myšlenky ale vždycky tam někde ten červíček začne dloubat a je to. Vždycky si to jakoby přivolám a já to vím, já jsem si to teď zase přivolala – debila. Jo, ale ono se jako řeknu, musíš pozitivně myslet se snažit... i jsem prošla všechno možný já nevím... Musíš udělat čáru a prostě totálně změnit svůj život, tak se na ně vyprdni, když tě...23 let se o tu rodinu starám, oni jsou na to zvyklí, a mě to nevadí, nevadí, že jim uvařím, že prostě jak jsem bývala doma prostě člověk se jim o všechno staral. Ne prostě se seber a jdi na kafe, já budu někoho

otravovat a na ...se mám vyprdnout. Já říkám to tedy ne jako at' si každý myslí co chce, tak jsem se jí na to vyprdla, já říkám mám svůj mozek, tak se řídím ...

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Vlastně to začlo před těma 18 lety, první prsa a ona vlastně už i maminka na to marodila a zemřela a vlastně už tenkrát jsem tak ňák, první kdo mi všechno vysvětlil, byl pan doktor... ten mě uklidnil, všechno a pak mě poslali do Sušice, tenkrát primáře informovali a taky no prostě takový, jako řeknu, mě to bylo tenkrát, já jsem svým způsobem věřila.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg,?

Dá se říct, že nic moc, protože jak říkám, setkala jsem se s tím u maminy a vlastně poté co mi udělali genetické testy, které vyšly katastrofálně, tak jsem si řekla, že si to nesmím připouštět.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Nehledala, jako tenkrát vůbec jo, teď třeba když se mi to stalo loni s těma plícemi, ale ono je ještě horší, protože čím víc toho hledáte na internetu, tím je to horší, protože člověk se dozvídá takové a on u každého doktora jsem zjistila je to fakt úplně jiný. Já měla před osmi lety... prostě jak říkám, pořád se to tak ňák, něco se objeví, něco to a dá se říct, že to všechno jsem snášela docela dobře.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Ne, za celou tu dobu, prošla jsem Sušicí, pak na Borech jsem před tím byla.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Jako když se vracím k tomu před 18 lety, tak jsme byly na pokoji tenkrát čtyři, a tři ty paní měly spodek a já ty prsa a prostě i ten primář at' si o něm každěj myslel, co chtěl, že je prostě já nevím zlej a takovýhle ale já jsem s ním problémy neměla. Prostě tam člověk šel a byl úplně... počkaly jsme na ozáření a šly jsme na to a šly jsme do toho města a on ten tejden tak prostě utek a takhle to prostě běželo... Ale ty mi tak pomohly hrozně, hrozně moc...

Jak vnímáte hospitalizaci?

Tak já jsem vždycky ráda, když se mnou něco dělají, já prostě když budu doma tak se budu trápit, budu si nadávat tuto, tuto, takže se mnou když se začne něco konečně dělat, tak já jsem v klidu, mě to uklidní.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Já nekladu moc otázek, já jen co potřebuju, co se týče třeba toho papání, jo kdyby se to týkalo vyloženě diagnózy, tak lékaře.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Jak říkam, tenkrát mě snad jedou, bylo špatně, to jsem jako zvracela hodně, to bylo asi po čtvrté sérii, ale jinak jsem to snášela, vlastně dá se říct dobře. Nikdy jsem neměla náký jako před čtyřmi lety tak jsem spíš polehávala...

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Tak já jsem to měla, tenkrát, jedou za měsíc, já jsem tam vlastně ležela, mě ozařovali a dávali to zároveň, pak jsem tam dojížděla vždycky na to, před těma čtyřma lety jako jo, taky mi to tady prasklo, teklo mi to, neříkám, že ne.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Úplně bez problému, po tom co ty žíly dostaly takhle zabrat, ale port vůbec ale říkám, jestli je tu nějaká třešnička... Tuto třeba ta nemoc změnila, že jestli mám prso, nebo nemám prso, to neřeším, já si říkám, ať si mě třeba ořežou ale ať jsem tady jo.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Já si dám vždycky čaj a nákej piškot nebo něco lehčího, jako prášky jsem asi minule něco brala, nebo čípky mi dávali, já teď nevím, jak se to jmenovalo, a to zabralo, když už to fakt jako bylo horší na hraně.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

Když musím na ty kontroly, to mi nevadí, to čekání už si taky člověk musí počkat, sice mi taky nebylo dobře, ale přišla jsem, pak jsem čekala na výsledky, to nejde jinak.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

To dojíždění, pravidelný...

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Pro mě bylo hodně důležitý, ta kontrola, já jsem člověk, kterej, já jsem prostě naučená že, já jsem třeba měla... sono...jedou za rok ...no a já už jsem byla takovej výr, i si o to říkala že, když jsem přišla do Plzně, když tam skončil pan primář a to jsem tam vlastně i po deseti letech, nebo po osmi furt chodila, takhle pravidelně. Mě to nevadilo, protože já jsem věděla, že... no a pak třeba copak nějaký vyšetření, copak ...no tak pojd'te, uděláme, no tak mi udělali to... říkali, že to zabere celý, ale je to jednou za rok, nebo za půl roku, já potřebuju něco častější, to já si došla i sama když něco nebylo, tam už mě taky znají nebo pan doktor obvodní co mam, tak mi to taky napsal.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Nedusit to, pustit to ze sebe, někdo třeba řekne, že je lepší si tu nemoc nepřipomínat, ale člověk s tou nemocí musí žít, já tady mám dvě dcery, kterých se to týká taky. Nechala jsem udělat genetické testy a zaplaťpánbůh, musím to zaklepat, zatím se tam nic neobjevilo, ale jako může se stát, ono to nemusíte mít v genech, ale prostě se to může projevit a já jsem i ráda, teďko paní doktorka, ke které chodí, tak mi tenkrát pana doktora doporučila, tak říkal, že to někde shromažďujou v Praze u Apolináře, a že prostě kontrolujou, aby ta prevence prostě nějaká byla, a nestyděli se o té nemoci mluvit. Je prostě na každým, mě strašně pomohlo za prvý to okolí, mě hrozně přijalo, nekoukali na to, jestli mi něco chybí ... a mám okolo sebe ty lidičky, včera jsem byla jak telefonní ústředna a pak teda co mi pomáhá se vybrečet opravdu, když jsou nějaké ty emoce, tak je pustit, nedusit je v sobě. Já jsem tady včera taky lehla, prostě peklo a ono se vyčistí a odplaví ty špatné hormony a můžu brečet radostí, že mám.

R2

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Mojí největší oporou v nemoci je manžel a děti

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

No, tak v první řadě to byl pro mě šok, protože já jsem v životě nebyla nemocná, já jsem nikdy neměla žádné problémy s ničím. Ani jsem neměla žádné potíže, než mi to zjistili, vůbec nic a když mi to pan doktor řekl, že je to tohle a v takovém stavu, pro mě to byl šok, prostě se vám v ten moment obrátil život naruby. Já jsem se s tím dlouho nemohla srovnat, a jak říkám, kdyby nebylo rodiny, tak ty problémy byly asi mnohem větší. Cítím se jinak docela dobře, není mi špatně tak, jako lidem kolem...Jen se každé ráno se probudím s tím, že mám tuhle nemoc.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

No právě, jak říkám, za pomoci rodiny. Bojuju prostě a říkám si, že tak jako já je na tom spousta lidí, měli to co já a přežili to, myslím, že to bude dobrý.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Sestři, za prvé snažím se tedy na to nemyslet, snažím se něco dělat, chodit mezi lidi, ke kamarádům, známým, potom třeba jedeme s mužem na výlet, aby člověk na to zapomněl myslet, snažím se trochu číst, prostě žít.

Z čeho máte největší obavy?

Když vám mám říct, z toho, jako když by to mělo přijít, tak aby to bylo rychlý a krátký, aby to nebylo dlouhý, aby člověk netrpěl tak asi.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Když vám mám říct, tak asi nejvíc tady paní doktorka, dole paní doktorka při tom příjmu prvním – konzultaci, tak ta mi hodně vysvětlila. Oni už mi něco řekli v Praze, ale

vlastně nic moc konkrétního. Až tady paní doktorka mi vysvětlila, co bude, jak to bude probíhat a tak ...

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg,?

Sestři, ani moc ne, já jsem člověk, který jako radši si myslí čím méně toho vím, tím je to lepší. Když vám mám pravdu říct, protože já nejsem žádný odborník a já se potom bojím, představuju si všechno ještě horší, tak pokud to nemusí být, tak já to nechci s nikým rozebírat.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Sestři, já ne, dcera hledala informace, na internetu, ta mi jako první vysvětlila, co je vlastně ta bioléčba, ale já sama jak vám říkám jsem informace nehledala a vědět nechtěla.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Ne, ne já nemůžu říct vůbec nic, já jsem byla spokojená tady i všude ne, ne vůbec ne.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Vlastně první vysvětlení bylo u obvodní doktorky, Přišla jsem jí ukázat výsledky, jsme z jedné vesnice, známe se léta, a tak se snažila mi říct, že viděla mnohem horší nálezy a ty pacienty denně potkává. Pomohlo mi to v tom, že jsem se tím tolik netrápila.

Jak vnímáte hospitalizaci?

Tak, já nevím, ne že by se sem člověk těšil a to jako nemůžu říct, ale dá se to přežít. Pro mě je to těžké jako na tu psychiku. Jinak nemám problém, ale že tady tu nemoc vidím, já ji tady vidím, protože všichni to mají. Tady není žádný jiný případ. Tři dny se prostě dají přežít, není to dlouhé, všechno je tu perfektní, jsem spokojená, ale lepší by bylo to nemuset zažít.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Já ani nikomu, když bych něco potřebovala, tak se zeptám sestřičky

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Ne, nepídila jsem se po tom, nechci to vědět, sestři.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Ne, já mám jenom ten port.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Výborně, s tím já nemám vůbec žádný problém.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Když já ji nemám.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

Ta léčba sama, že to člověk má tu..., vy víte, jako že by něco z toho tady to vůbec ne, ale že to člověk má, tu nemoc, no tak to už samo o sobě je, že jo, takový nepříjemný.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Nenene, sestřičko já nemám problém ...

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Já vůbec nevím, já vůbec nemám představu sestř, i jestli ještě potom něco nebo jak se to vůbec bude vyvíjet. Co bude dál, jestli jsou nějaké možnosti, když se to vrátí. Já nevím, snad lázně, nebo něco, až to bude, zatím ještě je to daleko.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Hlavně po psychické stránce by ch chtěla vydržet si o tom nepovídat s každým znovu a znovu. Střídáme se tady a je to pořád dokola jedno téma..., tak bych myslela, povídat si o jiných věcech v životě...

R3

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Dcery, dvě dcery.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

No, obrátila mi úplně život naruby. Dlouho jsem nebyl u doktora a najednou, vlastně rána z čistýho nebe.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

No to mi zase pomohl dlouholetý kamarád s kamarádkou, my se známe asi tak 27 let, tak na základě toho de facto jsem se z toho dostal. Jak jsem říkal, prostě tu mrchu musím porazit a hotovo.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

No, teď je to takový jak se říká, když člověk jede sem, tak už ví, že mu bude blbě, dalo by se říct, ale není to tak strašný, protože člověk ví, že to odezní a zase bude líp a už ví, že se to léčí, že to prostě není takový jako před rokem. Já už sem de facto jezdím rok, před takovým rokem jak se lidově říká, my co jezdíme na...tak jsem byl velice blízko nebeských bran.

Z čeho máte největší obavy?

No, z čeho, je to takový napůl, protože teď už jsem měl jít na operaci, která se nepovedla a ona když je ta chemoterapie, ta série potom se série přeruší. Vlastně já to mám na játrech, měl jsem čtrnáct ložisek a mám dvě. Ty se vždycky o malinko zvětšily, teď například o dva a čtyři milimetry, a už to nejde, už to nejde operovat, co mi vysvětlili chirurgové, jak jsou ty kanálky, tak je to těsně nad nimi a oni už tam prostě pod to nemůžou.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Chirurgové a tady z onkologie lékaři mi dopodrobna všechno řekli.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg,?

Jak to účinkuje, za jak dlouho se to dá vyléčit a mě zajímalo. Jak když jsem pět let nic nevěděl, jak se to takhle rychle mohlo udělat. A chirurg, který mě tady operoval, říkal, že to bylo strašně rychlý, strašně rychle to narostlo.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Před tím vůbec, před tím nikdy jsem se o nic nezajímal. Až během začátku nemoci jsem u naší paní doktorky viděl plakát v čekárně, také jsem si přečetl brožurku o rakovině tlustého střeva a tam jsem se dozvěděl pár věcí..., jinak nikdy moc.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Ne, přístup byl perfektní, to jako jak já říkám, já si na tuhle nemocnici absolutně nemůžu stěžovat, vůbec.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

No, spíš ze začátku obráceně, protože já jsem bral ten první lék, de facto, jak já říkám, od pasu po vlasy jsem vypadal jak špatně oškubaná husa. No a člověk musí chodit ven a mrzely mě posměšky, dalo by se říct od lidí, od kterých bych to nečekal. Ale potom jsem si řekl dobrá, no a právě ten kamarád s kamarádkou řekli, vykašli se na ně, ať vypadáš, jak vypadáš, ty se z toho dostaneš. Tak jsem to pustil z hlavy a nezatěžuju se s tím.

Jak vnímáte hospitalizaci?

No, to je to, že den nebo dva předtím člověk jde na krev a už vím, že sem přijedu a bude mi špatně. Dneska je to takový jiný nežli předtím. Minule, když jsem tu byl před operací, už jsem to dokázal odhadnout. To jsem věděl, to mi bylo od začátku až do konce pořád stejně špatně. Vůbec nic jsem jíst nemohl, atak jsem si řekl, že alespoň zhubnu. Vůbec jsem za dva, tři dny tady nedostal nic do sebe.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

No, doktorce nebo doktorovi, který mě prostě přijímá, nebo paní doktorce, tady na oddělení. Ptám se, co a jak bude dál.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Jo, jak doktorka nebo doktor říkají hodně pít, aby to zase z člověka šlo ven, aby se ne-dehydratoval a hlavně o ledviny.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

No špatně, ze začátku to bylo, když jsem sem přijel, tak i za den 3x přepichování no a žíly, to jsem tedy vypadal. No a letos v lednu nebo v únoru mi aplikovali ten port.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Paráda, paráda to jsem říkal, to kdybych měl od začátku, tak je to dobrý.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

No prostě ven z bytu baráku prostě se projít a to člověka přejde, jinej vzduch jiný prostředí než ve špitálu ...

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

No co obtěžuje, to je taky dost těžká otázka to zase navazuje na to před a potom. To na příklad první tři měsíce jsem tu byl každý týden, jeden týden jsem tu ležel s tím ... a druhý týden jsem chodil na denní stacionář ambulantně, takže tři měsíce jsem znal cestu do Plzně a zpátky nazpaměť od nás. Mám to 70 km, takže to už to mám jako přechodné bydliště.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

No právě teď to nezabírá tak, jak já bych si představoval a to mi zase vysvětlil ten od těch jater, řek, že je to běh na hodně dlouhou trať, že to je prostě on řekl, my bychom vám to udělali najednou, jenže to nejde. Šlo by to, ale byl byste na tom hůř, nežli jste na tom byl, když jste k nám přišel před rokem. Jako že by to vzali hodně, jak se lidově říká – jedním vrzem – a že by to bylo špatný, takže teď je to na etapy Jedna etapa se momen-

tálně nepovedla, tak teď bude tady ta série a bude druhá etapa. Takže operace tak říjen, pak začátek listopadu další a potom se vrátí na pravou stranu.

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Naše obvodní doktorka, tak ta zase mi píše homeopatika. Mně to nevadí, když to pomáhá, že jo. Tak ona mě zase vede tímhle směrem a třeba i čaje a podobně. Takže tímhle směrem já se taky tak nějak ubírám.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

No aby se toho nebáli, že jakmile řekl pan, důležitá je taky, hlava a tělo se potom poddá. Když to budu mít v hlavě, tak jak mi řekl, tak vás nevyлéčíme, když nebudete chtít a jakmile to někdo nemá v hlavě a nezačne se „hejbat“ „jak se lidově říká, když přijede a začne ležet, tak bude ležet už pořád. A jakmile se začne hejbat a začne myslet, že má někoho na kom mu záleží, tak se bude snažit, aby se z toho dostal. Jak já říkám důležité je, když ji mám na lopatkách.

R4

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Sestra, mám dvě, tak ta nejstarší z nás mi hodně pomáhá, ještě, že jí mám.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

Jsem se uklidnila, protože já jsem ten typ, že všechno honem, honem všechno musím mít okamžitě. Takže teď musím mít trpělivost. Já jsem jí moc neměla, já jsem chtěla všechno řešit, co nejdřív si všechno udělat a teď mě to trošku zbrzdilo, takže jsem trošku při zemi a říkám si, že mi nic neuteče a už vůbec ne práce.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

No trvalo mi chvílička, než jsem trošičku z toho dostala. Mě to srazilo tedy k zemi, to je pravda, ale řekla jsem si: „hele nech toho“. Promiňte, že to řeknu, já jsem si vždycky říkala dokola, umřu, neumřu, tak budu tady. Byla jsem u kartářky a ta mi řekla, že se dožiju vysokého věku, tak se toho držím.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Já myslím, že to zvládneme. Máme chalupu, mám tam zahrádku, a když nejsem tam mezi kytkami svými, i zaměstnávám mozek háčkováním, takovými pracemi.

Z čeho máte největší obavy?

Že by se to mohlo vrátit, asi jenom z toho, jinak zatím jsem se tomu nepodala natolik, že si říkám ne, ne, ne i chřipka musí pryč.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Pan doktor v Sokolově, tam mi vlastně řekl všechno, protože když jsem byla na operaci, tak oni asi spíš nechtěli, protože asi vás nechtěli moc, abyste se zahojila, taky se tedy divil, že mi nic neřekli a že to nechali na něm, takže on mi to tak jako řekl.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg,?

Nic, já jsem se o to ňák, kdyby mě rodina netlačila, zeptej se, tak jsem se ňák nechtěla ptát, tak spíš na popud rodiny jsem se ptala po ně – co tam je, co tam, není, co se mnou budou dělat, já jsem řekla, že se ptát nebudu, že umím číst. To víte, když vám někdo něco řekne, vás to trošku sklátí.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Nehledala, ne nehledala.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Ne, nic.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Spíš já jsem se zaměřila na to, že nebudu sedět a budu něco dělat...

Jak vnímáte hospitalizaci?

No nechce se mi tady být, ale myslím, že to zvládám, nejsem agresivní pacient.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

No paní doktorce z oddělení, té jsem se ptala ona je taková lidská, oni všichni ale o té nemoci nebo o tom co mě čeká, to jsem se bavila s ní.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Znám, znám byla jsem seznámena a hlavně pacientky mě řekly, co prožívají a co mě čeká, taky j doktoři mě sice hodně řekl, i ale jako, jak se říká, ten kdo to prožil, ví nejvíc.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Dobře, až na ty záněty ...ale, jako snášela jsem to dobře.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Teď je to ještě lepší než ty ruce, je to pohodlnější.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Když dostanu tady injekci a tělo se s tím smířilo. Nezvracela jsem už, akorát jednou protože jsem to nechala rozběhnout a pak ono to chce říci to včas. Můžu říct, že se mi s tím tělo fakt smířilo, já když tu vidím, jak tady chudáci zvraceli, tak si říkám zaplat'pánbůh. Mám na sebe vztek, že je mi špatně... a taky, že mě to postihlo.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

No tohle, ta nevolnost, ta únava jinak ne ...

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Že sem musím jezdit každých 14 dní, tak jsem si říkala, že by to už mohlo stačit, pořád se se to opakuje ty cykly.

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Nevím, to jsem nepřemýšlela, nevím já to беру... jen, co je dneska ... Dopředu se nedívám.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Psychiku, zvládnout psychicky, ta je důležitá, Když to vidím, jak se někdo poddá, tak to je špatný. To by chtělo tu energii, aby to zvládli, fakt je to důležitý. Když vidím, jak chudinky jsou celý zvadlý a hrabou se v tom tak jim vždycky říkám, vykašlete se na to, říkejte je to chřipka. Chvilíčku je povzbudím, ale když jsou sami tak jsou tam, kde předtím. Chtěla jsem jim takhle pomoci, ale u některých to nešlo ...

R5

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Rodina, v téhle chvíli rozhodně rodina.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

Absolutně, já v nemocnici nepracuju a byl jsem 100% pacient, to je moje denní povolání, takže rozhodně velká...

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

Možná díky svému vrozenému extrémnímu racionalizmu, tak to prostě je a nemá cenu hledat věci vpravo vlevo, prostě tak to je.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Jo tak samozřejmě, já jsem se dlouhý léta věnoval sportu, teďka už to není samozřejmě v aktivní formě a bojuju. Bojuju tady na onkologii, bojovat bojuju samozřejmě vnitřně, psychicky, jako že neklesám na mysl, ale já se pořád vidím zpátky na... a těžko říkat, já se pořád vidím zpátky na ...

Z čeho máte největší obavy?

Zase díky tomu svému racionalizmu je to ten brzkej konec, ale já říkám, zas to není důvod, kterej by mě omezoval a srážel tu mojí chuť bojovat. Prostě já jsem takový racionální extrémně, takže prostě jasně čeho se můžu bát, rychlýho konce.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Lékař, místní, personál tady na onkologii, já už jsem měl samozřejmě nějaké informace před tím, ale to byly ne úplně, informace dobrý, každopádně ty jakoby detailní jsem samozřejmě získal až tady. Paní, pánové, sestry, lékaři...

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?

Procentuální šance na život. Já jsem se až po operaci dozvěděl, že jsem z toho stolu ani neměl vylézt. Tam to bylo jakoby 20% pro mě a 80% pro paní smrtku. Takže jako, tak to ještě shrnu, kompletní informace všeho druhu. Já jsem člověk, který chce mít informace a potom díky těm informacím se může líp k situaci postavit, vůbec k životu postavit.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Ne, informace samozřejmě máti pochází ze zdravotního prostředí informace jsem ani nemusel zas tak vyhledávat, ty prostě přicházely automaticky, možná tam popud z mé strany byl, to je jasný, ale jak říkám díky tomu prostředí.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Já si nemůžu absolutně stěžovat. Fakt, od té první chvíle až sem do dnešního dne absolutně žádný škraloup z vaší strany nebo impuls, na který bych si mohl stěžovat vůbec. Bohužel, je to takový extrém, jako 100% ano, ale tak to prostě je.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

To se vrátím k té informovanosti, informace ze strany lékařů a vůbec jako k mé osobě...

Jak vnímáte hospitalizaci?

Díky prostředí a hlavně díky personálu kladně, kladně... cesta jak se uzdravit.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Hm, otázky kladu komukoliv když mě napadnou, koho potkám ... fundované lidi... nejsou otázky jako otázky... ale nemám problém.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Samozřejmě nějaké informace jsem nasbíral, já jsem strašně rád, že to je tam kde je, já jsem slýchal o lidech a těžkých problémech a já naopak, musí zaklepat, já konkrétní samotnou chemoterapii snášim absolutně v klidu.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Mám teď port, kanylou jsem absolvoval párkrát, hlavně po operaci na jipce, jak říkám ten port je zlatá věc, jehel se jakoby všeobecně bojím, takže pokaždé cítím tlak...

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

No, všichni si myslí, že to má jenom výhody, je pravda, že to je pohodlnější, ale jestli taky bezpečný? A vůbec..., musím se smířit, že mám v těle něco cizího a na dlouho. Jehlu mi vyndali a bylo to, tak nevím....

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Jak se jmenuje ten přípravek, co mi dáváte 2x denně? On..., tak to bude ono a já jsem se jako snažil zachovat klid nebo to zaspát to prostě nejde... třeba vás potká po rušný noci v baru. Tak to chodí, jak říkám, se mnou se to točí...já prostě vím, že... Babský recepty to ne, já samozřejmě když jsem na záchodě s nevolností po třetí, po čtvrtý tak vypiju prostě půl litru studený vody, aby pak bylo co zvracet.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

Je to takový minimální obtěžování a samozřejmě tahám sebou pumpu a zas taková minimální... ale já fakt nemám problém, tady v tom prostředí...ta pumpa, dá se s tím i na cigáro, takže není problém.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Ne, ne sice ta onkologie je na mé poměry celkem naplněná pacienty, ale pokud jdu na odběry, ty jsou spáchány během 5 minut, druhý den přijetí není problém, není problém. Dole konzultace s paní doktorkou, vedlejší kancelář a šup nahoru, ale to jsou věci, se kterými se počítá, nějaký frmol, ale to se chvíli počká, nemám problém.

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Následný péči, jo jak říkám pořád... sice už to nebude zpátky do disciplíny, na který jsem vyrost, ale chci se svézt, ale každopádně všechno se odráží od CT, které proběhne příští čtvrtek a tam se uvidí, co dál. Ono když jsem jako čistě reálně přemýšlel o nějaké době léčby, v mé situaci znamená jakoby de facto a tedy doufání, že se během těch let budu uzdravovat atd. Takže na uzdravující věci nemyslím, prostě jako já mám jako malounko odsunutý stranou reálný věci léčby nebo uzdravení prostě koukám přes ten horizont.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

... nemám problém jim předat, sem tam když vidím zčernalý žíly, tak určitě a slyším pána, jak se bojí operace, tak si myslí, že ten port...absolutní pohoda, než se dívat na černý žíly ...takže ten port je jediná věc, která jako mám navíc jako nad někým průměrem. Můžu samozřejmě vyprávět svůj příběh, jako možná se zmínit nějakou tu bojovnost, psychickou odolnost i když to není permanentní a stoprocentní, jak říkám, pokud člověk přijde a bude mít nějaký dotaz a já jsem schopný odpovědět, tak odpovím. Jako spolupracuju s vámi, tak jsem schopný spolupracovat s kýmkoliv jiným.

R6

OBLAST OSOBNÍ

Kdo je Vám největší oporou?

Největší oporou jsou moje děti, můj syn, dcera, manžel, vnučka. Pomáhá mi celá rodina.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

No tak, omezilo mě to trochu v práci, v zájmu o rodinu, o domácnost, protože já jsem začala být takhle nemocná, až když jsem šla do důchodu. Když jsem byla rok v důchodu, tak se to objevilo, takže to bylo celkově omezení. Po té první operaci před 13 - ti lety, jsem měla život bez potíží, žádné omezení jsem neměla, až teprve teď v poslední době.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

No povedlo, no musím se s tím vyrovnat, protože když chci fungovat dál, tak se tím nesmím tolik zabývat. Zkousím si to nepřipouštět, že jsem tak nemocná.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Jak, no právě, věnuji se svým koníčkům, když je zima tak pletu pro děti, pro vnučata, teď už to tak není moderní, ale já to mám moc ráda. Jsem v klidu a je za mnou vidět něco, co tu zůstane..., je to můj veliký koníček a věnuji se mu léta. Pokud se můžu pohybovat venku, jsem na zahradě, i tam zapomenu na všechno.

Z čeho máte největší obavy?

Obavy, no z čeho mám především obavu? Hlavně tedy, abych tu nějaký čas se všemi pobyla.

Oblast diagnózy (sdělení Dg.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Já chodím celá léta ke svému lékaři v Sokolově. Mluvíme spolu o všem, také o té zahradce. Když jsem tedy měla první problémy, povídala jsem si s ním. Tady v nemocnici

na ambulanci, mi paní doktorka vysvětlila, jak mě budou léčit. Na nic jsem se neptala, spíš jsem jen poslouchala. Skoro jako bych ani nechtěla vědět všechno.

Co Vás nejvíce zajímalo o Vaší Dg.?

Teď mě nejvíce trápí to, že budeme mít všichni doma půl roku takový omezený život a že se mi nedělá zrovna tak dobře dopoledne, mě to trápí, ale jinak to musíme zvládnout. Teď mám teprve pátou, tu sérii, a kolik jich bude dál přesně nevím.

Kde jste hledal (a) informace o své nemoci?

Abych pravdu řekla, ani jsem informace nehledala, protože čím víc se dozvím, tím víc se budu trápit. Problémů je hodně a každý má třeba jiné zkušenosti nebo jiné projevy a tím bych se ještě víc zneklidňovala. Nechci se s nikým a s ničím srovnávat. Tohle jsem prostě já a moje nemoc. A jsme tu spolu.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Já myslím, že já nejsem tak náročná, nemůžu si stěžovat vlastně vůbec na nic.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Jsem moc ráda, když se setkám s vlídným přijetím, slušným přístupem zdravotníků. Moc na mě zapůsobilo setkání s lékařem a sestrou při zákroku – zavádění portu. Moc jsem se bála a vlastně, i když to byla malá operace, ráda na ni vzpomínám právě pro tu atmosféru kolem. Nebyly to jen šikovné ruce, ale hlavně zájem, dobrá nálada, vlastně až pohoda. Víím, že to nejde pokaždé, ale pokaždé to potěší... a nic to nestojí.

Jak vnímáte hospitalizaci?

Není to nic příjemného, vytrhnout se na tři dny z domova, ale musí to být, atak to musím zvládnout. Raději bych se léčila ambulantně, ale nejde to v mém případě, ani jsem nepátrala proč. Je to tedy narušení, ale tři dny utečou a zase se těším domů.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Jsem na oddělení spokojená s tím, že se můžu každého zeptat na to, co potřebuji vědět. Už jsem si zvykla a port mi hodně problémů vyřešil a taky nejsem tolik se sestrami v kontaktu, když neřešíme neustálé výměny kanyly. Byl to u mě veliký problém a pro mě zásadní komplikace. Bála jsem se, že léčbu nezvládnou právě kvůli žilám a neustále jsem se vyptávala, hlavně sester. Asi proto, že jsou s námi stále. Vizita s lékařkou je vždy dopoledne a hodně se mi věnovala a také vysvětlovala.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT ?

No asi nejhorší pro mě je to, že přijdu o vlasy, že mi padají tak strašně moc vlasy, že jich tam mám pár tak to mě dost trápí, ale musím se s tím vyrovnat. Všichni hned poznají, že marodím a já se o tom nechci bavit s každým, koho potkám, a nebo se dívat, jak neví, o čem si se mnou povídat.

Jak jste snášel (a) pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

To bylo horší, protože na rukou na hřbetě, už to potom bolelo nejen při proplachování, a když se měnila kanyla. Problém jsem měla s každou další chemoterapií. Port necítím a je to pohodlnější, zvykla jsem si okamžitě, i když jsem se bála, než jsem si pro něj šla.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Port necítím a je to pohodlnější, zvykla jsem si okamžitě, i když jsem se bála, než jsem si pro něj šla.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Všechno je jednodušší doma. Zaměstnám se a nemusí myslet na nemoc ani nevilnost po léčbě. Pokud mám problém, stačí mi sednout nebo lehnout si, přestat dělat to, co mám v plánu a třeba úplně změnit celé dopoledne. Nepotřebuji žádné léky na nevolnost, stačí mi klid... a třeba za dvě hodiny se zpátky vrátím tam, kde jsem přestala.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

Jsem z daleka, atak jsem si musela zvyknout na ty pravidelné cykly a odjíždění a příjíždění. Je to sice trochu komplikace, ale dala jsem se na to, tak to prostě musím zvládnout a všechno tomu přizpůsobit. Ideální by bylo, kdybych celou léčbu měla najednou..., ale to by si přál každý a to je právě to, co nejde. Je to záludná nemoc, atak se podřizují tomu, co mi naplánují a hotovo.

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Já si myslím, že to je právě takový ten klid doma, aby člověk měl pohodu a zázemí. To mi nejvíce pomáhá a není to samozřejmost. To si uvědomuji, když poslouchám pacienty kolem sebe.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby

To dojíždění, že to nejde podat všechno najedenou, třeba za čtrnáct dní všechno.

O co by jste se chtěl (a) podělit s ostatními pacienty?

Myslím si, že důležité je odhodlání bojovat!!! A musí mít pro koho se snažit. Samozřejmě hlavně pro sebe, ale taky pro všechny kolem, kteří mě chtějí prostě tady ještě mít. Někdo má rodinu, někdo kamarády, třeba i dobré sousedy. Někdy právě takové těžké životní období člověku ukáže, kolik je kolem dobrých lidí. Vrací se sem opakovaně a vždy hodně záleží na tom, s kým jsem na pokoji. Zvlášť v začátku, jsem si sama se sebou nevěděla moc rady a to pak bylo skvělé, když jsem měla spolupacientku, která na to psychicky byla velice dobře a pomáhala mi. Stačilo dobré slovo a povzbuzení a hned se mi ulevilo. Moc to na mě působí. Pořád ale dokola si uvědomuji a opakuji, že jsem vděčná za podporu mé rodině, nezvládla bych to bez nich.

R7

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Já myslím, že manžel, i když někdy v legraci říkám, že je to opora za všechny peníze...

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

Snažím se, aby na mě nebylo nic poznat, dost mi na tom záleží a zatím se mi to daří. Manžel mě pořád sleduje a to mě trochu znervózňuje, a tak mu utíkám za kamarádkami, s nimi si odpočinu od něj i od nemoci. A s nimi je mi tak, jako předtím.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

Ale když má člověk nějaké problémy, tak to tak trošku čeká, není to až tak velké překvapení, ta onkologie a všechno kolem. Nepřijde to úplně najednou...

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Já bych řekla, že je to v pohodě.

Z čeho máte největší obavy?

Nejvíce se bojím toho, aby tady nezůstal manžel sám, je nemocný, pořád v nemocnici a nechci, aby byl někomu na obtíž. Přála bych si, aby jsme tu ještě nějakou dobu mohli být spolu. Máme domek, zahrádku.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

No, když se to tak vezme kolem a kolem, tak šetrně mi to vysvětlil náš pan doktor. Vlastně mi řekl, že mě objednal na onkologii a to bylo všechno. Věděla jsem, že mě čeká chemoterapie, asi několik cyklů.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg,?

No, co mě zajímalo? Když mi řekli, že se mám přijít ukázat za tři měsíce po operaci, tak jsem se zeptala, jestli ještě budu naživu...Dělala jsem léta na operačním sále, a tak jsem leccos viděla, neberu to tak dramaticky, prostě je to fakt a hotovo.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Ale já vlastně informace vůbec nehledám. Chovám se stejně, jako když jsem byla na operaci s chlopněmi.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Já bych řekla, že vůbec nic.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Mám kamarádky v nemocnici, slíbily mi, že až ukončím chemoterapii, pomůžou mi, poradí mi nějaké přípravky, abych se dostala zpátky do formy.

Jak vnímáte hospitalizaci?

Dobrá, nemám s tím problém

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Neptám se, dokud si myslím si, že to zvládnu. Teprve kdybych viděla a zažívala komplikace, přišly by na řadu otázky.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

No tak vedlejší jsem poznala, když jsem brala tu...tak tu jsem poznala, účinky tedy hrozný, hrozný. To se mi sloupaly ruce, sloupaly se mi nohy.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

A no tak bylo to dobré, ale já říkám, když už je člověk starší, tak už ty žíly jsou slabé a já tedy lituji ty sestřičky, když je nemůžou najít, tak je to špatný a trpí s tím ony i pacient a musí to tolikrát opakovat a nemůžou za to.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Výborně, je to moc pohodlné, prakticky můžu dělat všechno, jako bez infuze a hlavně, obě ruce volné. Luštím si celé dny v klidu křížovky a hotovo. Taky ta pumpa už tolik nepíská, je to prostě pohodlné, asi i pro ní.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Při nevolnosti mi někdo poradil coca colu z ledničky a musím říct, že mi pomáhá. Dokonce jsem ani nebrala léky, které jsem od lékaře na nevolnost dostala. Taky jsem zkoušela doplněk tekuté stravy, koupila jsem si ho v lékárně. Manžel mi ho trošku nutil, dokonce měl představu, že ho budu pít pravidelně..., ale já se raději snažím, jíst běžné věci. Musím se občas nutit, ale alespoň vývar, polévku, jedno teplé jídlo denně...Ale ty umělé přípravky si nechávám, až kdyby to bylo opravdu nezbytně nutné...Zvedá se mi žaludek, jakmile je cítím a nesním potom už vůbec nic.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

Asi nic zvláštního. Jsem z toho prostředí, tak vim, jak to chodí.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Ne, ne, já jsem nikde dlouho nečekala, neměla jsem problémy s nikým a s ničím. Vzpomínám na dobu, kdy jsem měla v nemocnici svojí 95 letou maminku. Nelíbilo se mi, jak se tam personál ke starým lidem choval, vzala jsem si jí raději domů, postarali jsme se o ní až do konce...

Co je podle Vás důležité v péči následné?

Starat se jeden o druhého, abychom tu byli co nejdýl.

O co byste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Já jsem pracovala v nemocnici a setkala jsem se tam s různými případy, a tak když jsem sama onemocněla, neporazilo mě to. Řekla jsem si, že to zvládnou a zvládám...Měla jsem už operací několik. Před lety mi lékař oznámil, že musím na ozařování, atak jsem šla. Bylo to rychlé, nic mi nebylo, dlouho jsem pak měla klid. Teď se to vrátilo, nezbyvá než bojovat znovu. Naši mi doma říkali, že jsem z té nemocnice otrlá a možná mají pravdu. Prostě nic moc neřeším a dívám se dopředu, dokud je kam se dívat. Chtěla bych jim poradit, ať to taky zkusí.

R8

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

Jako manželka to je jasný a děti

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

No, trošku jo ale, já už jsem si zvykl, ta práce mi chybí, já jsem zvyklý pracovat. Mám plný invalidní důchod, chybí mi ta práce, dělat prý můžu, ale jestli něco seženu, jestli mě někdo vezme na 2-3 hodinky, to bude těžší no, ale uvidíme.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

No teď už po těch 14 dnech mi to ani nepřijde, beru to normálně, ty začátky byly horší, bylo to krušný, byla to velká změna k horšímu, jak se říká.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Já jsem hodně pracoval, dojížděl do Německa, takže jo, teď si chystám zase něco já, taky maluju trošku, dříve, teď na to nemám čas a se dřevem dělám, přemýšlím, jestli se zadaří, tak nějakou truhlárničku, nebo tak něco. Mám teď nabídky, sestra manželky žije v Německu, tak nás tam táhne, aby jsme tam šli bydlet, moje sestry jsou taky v Německu, tak i trošku pomáhají.

Z čeho máte největší obavy?

Tak asi teď si nic nevybavuju, akorát se bojím jedině toho, jak se říká, na chemoterapii je člověk mezi těma lidma...Na pomoc se sáčkem využívám manželku, sám si je neměním, ty dvoudílný vyměním, ale když jedu sem nebo někam, když jsme doma, tak mi dává ty jednodílný.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Asi dá se říct, že až tady všechno, probíral jsem s doktorkou operaci, chemoterapii vlastně všechno tady.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?

Ani jsem o tom nějak nepřemýšlel, spíš jsem přemýšlel o tom, co bude dál nebo jak to bude.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Ne, nehledal, to dělá manželka všechno. Ta sedí u internetu, pustila si i video z operace, říkala, už to máš za sebou, tak se můžeš podívat, já jsem se nepodíval na nic, jo ale nevádí mi to, ale pak už jsem se podíval, když se to týkalo mě, není to ono, mě jak se říká, nic nezlomí, ale ze začátku takovej ten náraz tak to jo, já se dovedu se vším smířit, taky nic jiného nezbude.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

To vůbec ne, právě vybral jsem si Plzeň, nechtěl jsem do Chebu, ne že by tam byli špatní doktoři ale to prostředí, znám to tam i z vyprávění a zažil jsem tam kamaráda, jak umřel, viděl jsem ten přístup sester a tam je všechno úplně jiný ne trošku ale až moc.

Setkal jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Hodně se ozývají z těch firmy nebo jejich zástupci nabízí nové věci, že se to dá vyzkoušet, brožurky, než jsem jel tak poslali další věci, těch pomůcek je hodně

Jak vnímáte hospitalizaci?

Říkám, já si sem jdu odpočinout, jako do lázní, když člověk nechodí do práce a je doma celý týden. Máme 4 holky, jedna bydlí s námi v Hranicích, ta je u nás každý den má holčičku půl roku. Máme ještě dvě vnučky, jedna má 14 dní a další čekáme v lednu. Ta jak je u nás každý den, když je manželka v práci ta dělá na šichty, tak s holkami chodíme na procházky, už se těší, až nebude chtít do školky, tak dědeček bude hlídat, tak si to plánuje, já se trošku odreaguju.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíc otázek?

Když potřebuju, tak se zeptám na sesterně. Když mě něco napadne, tak se ptám na cokoliv kohokoliv.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky chemoterapie?

Zatím to nechci moc vnímat, tu čtvrtou jsem prospal, pátá bude zase jiná a pak už šestá, ono to uteče.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Mě to nějak nevadilo, až potom, dá se říct, s tou jednou rukou jsem měl problémy, teď co jsem dostal tu třetí do tý pravý, tak ani o ní nevím do dneška.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

Zatím mi připadá v pohodě, necítil jsem to do tý ruky, to byla druhá...

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Vždycky v sobotu to na mě přijde, tak si vezmu prášek a přejde to.

Co Vás nejvíc v průběhu léčby obtěžuje?

Zatím nic.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Já jsem si to naplánoval dobře, odběry u nás jdu v pondělí, v úterý si jdu pro výsledky, ve středu objednáám sanitku a jedu sem, dole mě přijmou a jdu nahoru, takže žádný problém.

Co je pro Vás důležité v péči následné?

Tomu nerozumím.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Taky se mě ptají, tak jim to řeknu cokoliv.

R9

OBLAST OSOBNÍ.

Kdo je Vám největší oporou?

No tak asi v rodině manžel a děti, mám tři děti sedm vnoučat a všichni se o mě no asi mě mají opravdu rádi, teď jsem byla zrovna na promoci jednomu, jednoho už máme inženýra, skoro všichni studují kromě jednoho, ten se nepovedl...No ale ta rodina je asi to nejdůležitější co může být. A řekla bych, když se člověk tak zamyslí nad tím, těmi rozvody a že si ti mladí lidé někdy neuvědomují, že třeba když jsou mladí tak to nepocítují ale, potom když, je člověk starší a ještě ho potká něco takového jako mě, pak si teprve uvědomí, že ta rodina je důležitá a že by si měli sakramentsky rozmyslet ti mladí takové to přebíhání sem a tam.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

No, já bych řekla, že takhle jako v rodině ani ne, ale mě osobně tedy jo, já jsem byla vždycky taková akční, chodila jsem cvičit a teď najednou začínám mít strach. Jela jsem si třeba do Sokolova a támhle a teď už jsem trošku vázaná na ty ostatní a bojím se třeba i do toho Sokolova jet, kdyby se mi náhodou udělalo špatně nebo něco, už zkrátka už bych řekla, že to nejsem já, že mě to změnilo.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

Říkají, že jsem bojovník, ale já někdy brečím, já se i někdy přetvařuju, abych je netrápila...

Jak s nepříznivou situací bojujete?

No, chodím na zahrádku, zahrádku mám strašně ráda, takže zahradu, kytky čtu si, co už může člověk v sedmdesáti dělat, teď jsem oslavila 70, to jsem zrovna oslavila tady. Zrovna jsem tady byla, tak mi gratulovali.

Z čeho máte největší obavy?

To si říkáme s tou paní doktorkou, co k ní chodím tam dolů, to mě pomáhá. Já to zvládnu.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Tady paní doktorka, ta jako povídala, chtěla mi nasadit léčbu takovou zvláštní, ale potom od toho ustoupila, tu biologickou léčbu, pak řekla, že to zkusíme takhle.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?

Já vám řeknu, že někdy ani člověk nechce moc vědět, zrovna tady jedna paní dostala od pana doktora zprávu, přečetla si to a tam že bylo napsáno, že to není asi moc dobrý nějak v tom smyslu, ta paní úplně zbledla, bylo na ní vidět, že je úplně vyřízená. Zítra má jít na nějaké další vyšetření, takže někdy je lepší nevědět.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

To né, ale člověk není hloupý, aby si nedovedl spoustu věcí vybavit a spousta lidí co už to mělo to si tak dáte dohromady.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Ani bych neřekla, já bych řekla, že ti zdravotníci udělali velkej pokrok, já si pamatuju před 20 až 30 lety že někteří ti lékaři i sestry byli takoví neomalení, hrozní, dneska se chovají mnohem o 100% lepší opravdu, to mohu říct.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

No, celkem беру tu péči tady jaká je, tak nějak myslím, že je to v pořádku a že se zdravotníci chovají hezky.

Jak vnímáte hospitalizaci?

Dva dny už před, ztrácím nervy, a je mi špatně a začnou pracovat nervy.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

No, myslim si, já bych řekla, že jak sestřičkám, tak doktorům, zeptám se vždycky, když něco nevím, nemusím mít strach a to je dobře, nikdo se na mně nikdy nezlobil kvůli tomu.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Myslím si, že je to dryják, možná něco pomůže a hodně zabije.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Jo to bylo hrozný, jako ty kanyly někdy mi je 2x i 3x přepichovali, ty žíly se mi úplně škvařily.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

S tím portem jsem nadmíru spokojená, ty ruce jsem měla modrý celý, ten port bych doporučila každému, ale nevím, jestli to jde.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Já bych řekla, že tady jsem dostala ty injekce vždycky. Poprvně, když jsem tu byla, tak to jsem tady zvracela a i paní doktorka řekla, musíte dostat ty injekce, aby se to trošku zklidnilo, a od té doby už jsem vlastně na čtvrtý a řekla bych, no dá se to vydržet. Zkoušela jsem coca-colu po lžičkách, nevím, jestli mi to pomohlo no snad jo, vždycky chvilku jsem měla nepříjemný pocit. Horší je to vždycky ten druhý den, dneska to ještě jde, zítra je to nejhorší a potom ten další den to už se člověk těší domů, a už cítí, že už je konec, tak už je hned líp.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

No, nevím, jak to lze vyřešit, ale já jsem třeba ze Sokolova, teda dojíždíme daleko a musíme vyjždět ve čtvrt na šest, abych tady byla do 7 hod., protože mám obavy, že nebude postel hlavně kvůli té posteli anebo že nebudu vůbec přijata, že zde bude tolik lidí, to už se mi taky jednou stalo. To nevím, jak se dá ovlivnit, takže jezdíme, takhle brzy, dnes jsem tu byla druhá, takže v pohodě.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Nic mě nerušilo tak, aby to stálo za řeč. Když se mi zdálo, že něco vážne, hned jsem se zeptala. Jen jsem měla strach, abych třeba nemusela zůstat v nemocnici o den déle...

Co je podle Vás důležité v péči následné

Já myslím, že je důležité postarat se o člověka až do konce, aby vždycky věděl, co se bude dál dít...

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Tak to mě teda skoro nic nenapadá, dost často tady slýcháme, nebo když se mezi sebou bavíme, jestli to máme vzdát nebo nevzdávat to nás bere, dost tady slyším někdy si i sama říkám, kdyby člověk věděl, jak to je hrozný, tak se na to vykašle a radši půl roku si užije v klidu, ale co pak? Jo, jo, ale tak to asi je. No a o to se dělíme, tady o ty poznatky buď vydržet, nebo že jsme i někdy na rozpacích, ale nakonec to každý asi vydrží - snaží se vydržet.

R10

OBLAST OSOBNÍ

Kdo je Vám největší oporou?

Největší oporou v nemoci je manželka a dcery, vlastně celá rodina, protože všichni se střídají, když mě vozí do špitálu.

Jak změnila nemoc Váš dosavadní život?

Mám náročné zaměstnání, hlavně fyzicky, takže zatím jsem doma a nevím, jestli v něm budu moci pokračovat, byl bych rád, ale uvidíme. Mladí staví barák, tak už jim mohu málo pomáhat.

Jak se Vám podařilo (pokud vůbec) se s novou situací smířit?

Jak jsem říkal, nerad bych přišel o práci, která mě baví, musel bych si najít něco jiného a v dnešní době je to těžké.

Jak s nepříznivou situací bojujete?

Pomáhám rodině, hlavně si užívám vnoučat, na které mám teď víc času, manželce se zahradou, chodíme na procházky, atd.

Z čeho máte největší obavy?

O tom nepřemýšlím, doufám, že to bude dobrý.

OBLAST DIAGNÓZY (SDĚLENÍ DG.)

Kdo Vám nejvíce vysvětlil, jak bude probíhat léčba?

Takový to všeobecný obvodní doktor, ostatní až tady doktorka, ta mi vysvětlila, jak bude léčba probíhat, jak často budu do Plzně jezdit případně, jaké budu mít s léčbou i problémy.

Co Vás nejvíce zajímalo o vaší Dg.?

Je to složitý, ale snažím se fungovat v rámci možností a moc o nemoci nepřemýšlet a doufat, že léčba zabere.

Kde jste hledal informace o své nemoci?

Já jsem je nehledal, to dělala rodina, sháněli různé tiskopisy a hlavně informace na internetu určitě o tom ví víc než já a podrobně mě informovala až doktorka tady.

Co Vám chybělo v přístupu zdravotníků?

Nic, všichni se ke mně chovají vstřícně, nemůžu si na nic stěžovat.

Setkal (a) jste se s přístupem, který Vám Vaši situaci usnadnil?

Když vynechám super přístup personálu ve špitále, tak jsou to kamarádi, chodí mě navštěvovat, občas mě vytáhnou i na kolo, se synem chodím na kuželky a v létě večer mám rád posezení u ohně při kytáře.

Jak vnímáte hospitalizaci?

Při příchodu sem je fajn, že se na nic nemusí dlouho čekat i ambulantní příjem netrvá dlouho a pak už jen odpočívám.

Komu při hospitalizaci kladete nejvíce otázek?

Určitě doktorům, když něco tak i sestřám, ale moc se neptám, většinou se všechno dozvím už na příjmu.

OBLAST ZNALOSTÍ O CHT

Znáte vedlejší účinky CHT?

Znám a zatím nemám problémy.

Jak jste snášel pravidelnou aplikaci i. v. kanylou?

Nic příjemného, portem je to lepší.

Jak snášíte léčbu i. v. portem?

S tím nejsou problémy, zvládám to dobře.

Co Vám nejlépe pomáhá při nevolnosti?

Hodně piju, odpočívám a spím, když to nejde, tak si vezmu prášky a je to lepší.

Co Vás nejvíce v průběhu léčby obtěžuje?

No obtěžuje, vadí mi, že nejsem tak pohyblivý jako dříve, a při práci se brzy unavím, moc toho neudělám a to mi vadí, protože kolem domu je spousta práce.

Co se Vám zdá obtěžujícího v plynulosti průběhu léčby?

Že člověk neví, jak dlouho bude léčba trvat a s jakým výsledkem, ale jak jsem řekl, snažím se na to nemyslet.

Co je podle Vás důležité v péči následně

Já nevím, jak bude moje nemoc pokračovat a co bude následovat, ale chtěl bych vědět všechno dřív, než se to dozví moje rodina. Chci se s nimi na všem domlouvat a ne aby rozhodovali za mne.

O co by jste se chtěl podělit s ostatními pacienty?

Hlavně bych jim řekl, aby byli trpěliví a věřili, že to bude dobrý.