

**PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V PÉČI O NEMOCNÉ  
S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

MARTINA ZATLOUKALOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011



## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. května 2011

Podpis

## ABSTRAKT

ZATLOUKALOVÁ, Martina. *Psychická zátěž sester v péči o nemocné s onkologickým onemocněním*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Soňa Stiborová. Praha. 2011. s. 63.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce, jestli sestry pocítují syndrom vyhoření.

Teoretická část bude zaměřena na definici onkologie, psychickou zátěž sester v paliativní péči, psychika ve zdraví a nemoci, syndrom vyhoření a jeho prevenci.

V praktické části byla použita metoda anonymního dotazníku, který obsahoval 17 otázek. Dotazníky byly rozdány sestřám na onkologickém oddělení ve Zlíně a v Olomouci. Následně jsem získaná data zpracovala.

**Klíčová slova:** Onkologie. Psychická zátěž. Syndrom vyhoření.

## ABSTRAKT

Zatloukalová, Martina. *The emotional burden on nurses who care for patients with oncological diseases*. University of healthcare, o.p.s. Level of qualification: B.M. Supervisor: Mgr. Soňa Stiborová. Prague. 2011. s. sixty three.

The goal of this bachelor study was to determine how high the psychological stress of nurses who care for patients with oncological diseases, their work intensity and whether nurses experience or suffer from burnout.

The theoretical part will focus on the definition of oncology, the psychological stress of nurses who work in palliative care plus their mental health and illness and finally burnout and its prevention.

The practical part of the method was achieved by using an anonymous questionnaire, which contained 17 questions. Questionnaires were distributed to nurses at the oncology departments in Zlín and Olomouc. Subsequently, I obtained the processed data.

**Keywords:** Oncology, psychological stress, burnout.

# PŘEDMLUVA

„Dokud má nemocný duši v těle, má i naději“

(Cicero)

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na psychiku sester na onkologii, protože si myslím a spousta lidí mi dá za pravdu, že péče o onkologicky nemocné je psychicky náročná. Být dennodenně s klienty, kteří umírají, dostávají chemoterapii, prodělávají radioterapii, mají ukrutné bolesti a někteří si přejí umřít, není jednoduché.

Ve své práci bych chtěla zjistit, jak se se svou prací sestry vyrovnávají, jestli pociťují syndrom vyhoření, zda je práce baví a jestli na svou práci myslí, i v době svého volna. Touto prací nechci nadhodnocovat práci sester na onkologickém oddělení, protože i sestry na jiných odděleních mají určité starosti, avšak z mého pohledu je přece jenom práce na onkologii psychicky náročnější.

Téma „Psychická zátěž sester na onkologickém oddělení“ jsem si zvolila, protože mě práce na onkologii zajímá, v rámci své praxe jsem si i tuto práci sester zkusila a vím, že to není práce lehká a na psychiku určitě náročná. Má bakalářská práce je určena především pro zdravotní sestry a ošetřující personál na oddělení onkologie.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Soni Stiborové za ochotnou spolupráci a poskytnutí cenných informací.

# OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍL PRÁCE.....	12
1 ONKOLOGIE.....	14
2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V ONKOLOGII .....	15
2.1 Hledání smyslu v paliativní péči.....	15
2.2 Utrpení a hojení v paliativní péči.....	16
2.3 Zátěžové faktory pracovního prostředí .....	16
2.3.1 Neustálá přítomnost smrti a umírání.....	16
2.3.2 Identifikace s trpícím pacientem.....	17
2.3.3 Pocit neschopnosti a bezmoci.....	18
2.3.4 Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání.....	18
2.3.5 Problémy v týmu.....	19
2.4 Zvládání těžkých situací.....	19
2.4.1 Týmová práce .....	19
2.4.2 Osobní faktory .....	20
2.5 Psychická a existenciální tíseň.....	21
2.5.1 Posouzení psychické a spirituální tísně .....	21
2.5.2 Pomoc s úzkostí ze smrti .....	22
2.5.3 Rozpoznání a léčba syndromu demoralizace.....	23
2.5.4 Pomoc rodině .....	24
2.5.5 Pomůžete mi zemřít? .....	25
2.6 Psychika ve zdraví a nemoci.....	26
2.6.1 Umírání bez stresu .....	27
3 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	29
3.1 Příznaky vyhoření .....	29
3.2 Fáze vyhořívání.....	30
3.3 Prevence vyhoření.....	31
3.4 Syndrom vyhoření je nejčastěji způsoben následujícími příčinami.....	32
4 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTER K ONKOLOGICKÝM NEMOCNÝM	33
5 PRŮZKUM.....	36
5.1 Průzkumný problém .....	36
5.2 Průzkumné cíle.....	36

5.3	Průzkumné hypotézy .....	36
5.4	Hypotetické tvrzení .....	36
6	METODIKA PRŮZKUMU.....	37
6.1	Průzkumný vzorec.....	37
6.2	Technika dotazníku .....	37
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	38
7.1	Zjištěné výsledky .....	38
8	ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ.....	55
9	DISKUZE .....	60
10	ZÁVĚR .....	62
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	63
	SEZNAM PŘÍLOH A PŘÍLOHY .....	14

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Věk .....	39
Tab. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání .....	40
Tab. 3 - Pohlaví.....	41
Tab. 4 - Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení .....	42
Tab. 5 - Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?.....	43
Tab. 6 – Ovlivňuje práce na onkologii Váš osobní život?.....	44
Tab. 7 - Kdybyste mohla, pracovala byste raději na jiném oddělení? .....	45
Tab. 8 - Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?.....	46
Tab. 9 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? .....	47
Tab. 10 - Setkal(a) jste se se syndromem vyhoření u svých kolegů? .....	48
Tab. 11 - Snaží se management Vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?.....	49
Tab. 12 - Navštívil(a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematikou syndromu vyhoření a jeho prevencí? .....	50
Tab. 13 - Cítíte se psychicky unavená? .....	51
Tab. 14 - Prožíváte při této práci (na oddělení onkologie) stres?.....	52
Tab. 15 - Jak odbouráváte stres ve svém volnu? .....	53
Tab. 16 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? .....	57



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věk .....	39
Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání .....	40
Graf 3 - Pohlaví.....	41
Graf 4 - Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení .....	42
Graf 5 - Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?.....	43
Graf 6 - Ovlivňuje Vaše práce na onkologii Váš osobní život? .....	44
Graf 7 - Kdybyste mohla, pracovala byste raději na jiném oddělení? .....	45
Graf 8 - Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?.....	46
Graf 9 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? .....	47
Graf 10 - Setkal(a) jste se se syndromem vyhoření u svých kolegů? .....	48
Graf 11 - Snažíte se management Vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?.....	49
Graf 12 - Navštívil(a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematikou syndromu vyhoření a jeho prevencí? .....	50
Graf 13 - Cítíte se psychicky unavená? .....	51
Graf 14 - Prožíváte při této práci ( na oddělení onkologie ) stres ?.....	52
Graf 15 - Jak odbouráváte stres ve svém volnu? .....	54
Graf 16 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? .....	57

## **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

**Brachyterapie** – druh léčby zářením, při němž je zdroj záření v kontaktu s ozařovaným nádorem

**Burnout** – syndrom vyhoření

**Cytostatika** – léky užívané k léčbě zhoubných nádorů

**Distres** - tíseň

**Integrace** – sjednocení, sladění

**Radioterapie** – léčba ozařováním

**Symptom** – příznak

## ÚVOD

Syndrom vyhoření se týká zejména oblasti práce a je typické mentálním a citovým vyčerpáním. Významně snižuje kvalitu života, kdo jím trpí a ani okolí nezůstává nedotčeno-spolupracovníci a blízcí lidé jsou vystaveni snížené výkonnosti, podrážděnosti střídané apatii, cynismu a dalším projevům syndromu. Narušují se mezilidské vztahy, narůstá problémů v partnerství a dotyčný trpí i fyzickými symptomy, jako jsou např. bolesti hlavy, žaludku, potíže s trávením apod. projeven emocionální nestability jsou občasné pláče, deprese nebo neochota ráno do práce. Častým jevem je bavení se na účet klienta. Jde o ztrátu lidskosti v mezilidských vztazích. Syndrom vyhoření má za důsledek sníženou kvalitu péče o klienty.

Vzhledem k této skutečnosti je cíl zaměřen na psychickou zátěž sester na onkologii. Samozřejmě tento problém může vzniknout kdekoliv v práci. Dále na zjištění pojmu syndromu vyhoření a jeho prevenci. Pro práci sester je velmi důležité umět komunikovat, získat důvěru, podpořit klienta v těžkých a nelehkých situacích, najít si alespoň chvíli na vyslechnutí problémů, dokázat poradit. Tito lidé hledají pochopení, pocit sounáležitosti, pocit naděje. Také komunikace s rodinou je důležitá, oni sami netuší co dělat a jak pomoci těm, které milují. Zaslouží si tu nejlepší péči.

## CÍL PRÁCE

Téma psychická zátěž sester je docela časté téma mezi sestrami. O tomto problému se vede řada literatury. K napsání této práce mě vedla zkušenost s nemocnými s rakovinou, se kterými jsem se setkala na praxi na onkologii.

Stanovila jsem si dva cíle:

1. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce a jestli sestry pociťují syndrom vyhoření.
2. Cílem je zjistit znalosti sester o problematice syndromu vyhoření.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ONKOLOGIE

„Onkologie je obor, zabývající se léčbou a ošetřováním nádorových onemocnění. Je to obor multidisciplinární, jehož cílem je komplexní péče o nádorová onemocnění. Léčba probíhá buď ambulantně, nebo na lůžkovém oddělení. Jako součást onkologických pracovišť bývají radiologická pracoviště zaměřena na radioterapii (nemusí být součástí každého onkologického oddělení – např. společná pro několik okresů). Oddělení onkologie ve svém vybavení má oproti standardním oddělením určité zvláštnosti, např. práce s cytostatiky, provádí se brachyterapie atd.“ JUŘENÍKOVÁ aj. [4, s. 92]

Vzhledem k velkému rozsahu onkologie jsem se rozhodla dát klasifikaci nádorových onemocnění, diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění do příloh.

Viz. Příloha č. 4, 5.

## 2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V ONKOLOGII

„Péče o pacienty v poslední fázi života i o jejich rodiny může být stresující, avšak přináší také uspokojení. Práce s pacienty, kteří trpí mnoha obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, klade na sestry velké psychické nároky. Doprovázení pacientů (a jejich blízkých) v nejtěžším období jejich života a účast na zmírňování jejich utrpení mohou být pro zdravotníka nesmírně obohacující zkušeností. Na druhé straně neustálé vystavení utrpení a ztrátě může mít negativní dopad na psychiku pečovatелů, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe. Velká část zátěže má svůj původ v osobních faktorech pečovatele, mezi které patří pracovní prostředí, konflikty mezi členy týmu, otázky vedení a řízení, a konflikt rolí. Mnohem menší zátěž pochází přímo z péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu. Sestra, která je schopna pečovat sama o sebe, může plně pečovat o pacienty a jejich příbuzné bez nebezpečí vyhoření.“ O'CONNOR [7, s. 43]

### 2.1 Hledání smyslu v paliativní péči

„Ukázalo se, že v onkologii a paliativní péči pomáhají různé duchovní a náboženské systémy. Vnímání duchovna může pomoci sestram najít smysl v práci, kterou dělají. Mezi sestrami, které pracují v hospicích je více věřících než mezi ostatními sestrami. V porovnání s onkologickými sestrami sestry v paliativní péči častěji uvádějí, že poskytují duchovní péči, mají smysl pro duchovní stránku a na duchovní péči se dívají mnohem pozitivněji. Pro mnoho sester je spirituální nebo náboženské přesvědčení, v jehož centru je pomoc druhým, životně důležité v tom, že jim pomáhá nacházet smysl života v těžkých časech.

Remenová, která opustila akademické místo v dětském lékařství, aby se mohla věnovat práci s onkologickými pacienty a jejich pečovateli, mluví o tom, jakou má osobní duchovní síla moc změnit naši práci, vztahy a dokonce náš život.“ O'CONNOR [7, s. 43]

## 2.2 Utrpení a hojení v paliativní péči

„Kearney poznamenává, že ačkoli můžeme léčit bolest druhého člověka, jeho utrpení je horší než bolest, protože vychází z poškození celé osoby. Podobným způsobem Cassell uvádí, že: „k utrpení dochází, když má postížená osoba pocit ohrožení...“, utrpení je stav velké tísně spojený s událostmi, které ohrožují celistvost osoby“.

Hojení může probíhat v rámci utrpení. Kearney definuje hojení jako „proces psychické a duchovní integrace, fenomén, který umožňuje lidem, aby dosáhli celistvosti a pocitu naplněného žití“. Takové hojení může pocházet pouze z hlubin naší duše. Sestry však mohou pomoci vytvořit prostředí, které posiluje vnitřní hojení.“

O´CONNOR [7, s. 44]

## 2.3 Zátěžové faktory pracovního prostředí

Mezi zátěžové faktory patří:

- Neustálá přítomnost smrti a umírání
- Identifikace s trpícím pacientem
- Pocit neschopnosti a bezmoci
- Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání
- Mnohočetné ztráty a zármutek
- Problémy v týmu

### 2.3.1 Neustálá přítomnost smrti a umírání

„Jak lze očekávat, nejčastějším zdrojem stresu, který uvádějí sestry pracující v hospicích, je „smrt a umírání“. Pro sestry, které pracují v nemocnicích, hospicích a komunitní péči, je nejtěžší vyrovnat se smrtí. Potíže mohou nastat také tehdy, když pacienti mají jiné představy o tom, jak mají zemřít, než sestry, které se o ně starají. Pro sestry je těžké pečovat o umírající pacienty i proto, že s nimi často navazují velmi blízký vztah. Autoři také uvádějí, že vzdělávání v paliativní péči by mělo zahrnovat



i vytváření a udržování mezilidských vztahů a schopnost sester a lékařů být primárním nástrojem diagnostického a léčebného procesu. S tím souvisí i schopnost vzít na sebe psychologické riziko.

Boston, Towers a Barnard (2000) poznamenávají, že umírající lidé mají narušen každodenní život a že jejich vnímání sebe sama je ohroženo. Prostřednictvím tohoto procesu mohou nabýt novou moudrost a smysl života. Může se vyvinout jiný pohled na svět, charakterizovaný vnitřním poznáním, které tyto osoby definuje ve vztahu k jiným. Své pečovatele a další osoby vnímají jakoby z jiného světa nebo se zdá, že je nevnímají vůbec. Pacienti i jejich pečovatelé mohou mít pocit že „se nemohou spojit“. Paliativní péče přináší emocionální vypětí, se kterým není jednoduché se vyrovnat. Sestru či lékaře může takové setkání navždy změnit.

Kearney a Mount (2000) vyzorovali, že péče o umírajícího pacienta, zejména toho, který je v duchovní tísní, vyžaduje „aktivní naslouchání“. Zdravotník se zcela vědomě „naladí“ na vlny pacienta a vnímá jak obsah, tak emocionální podtext jeho sdělení. Tato blízkost nese riziko, že vztah s umírajícím pacientem bude velmi intimní a bude stát pečovatele mnoho sil, protože jde za rámec tradičního profesionálního vztahu.“ O'CONNOR [7, s. 45]

### **2.3.2 Identifikace s trpícím pacientem**

„Identifikace s pacientem, který připomíná sestře někoho blízkého, může pro ni představovat velkou zátěž. Mohla jí například zemřít matka na rakovinu prsu a ona sama má strach z dědičné zátěže. Taková sestra může mít problém pečovat o pacientku, která jí připomíná matku i to, že také u ní samotné může k nemoci dojít. Rovněž zdravotníci, kteří sami měli rakovinu, mohou mít problém pečovat o pacienty se stejnou diagnózou, protože si říkají, zda jejich osud nebude jednoho dne stejný.“ O'CONNOR [7, s. 46]

### 2.3.3 Pocit neschopnosti a bezmoci

„Sestry mohou pociťovat bezmoc a vlastní neschopnost v situacích, kdy se cítí zodpovědné za zmírnění bolesti u svých pacientů, ale nemají nablízku lékaře, který by byl ochoten předepsat dostatečnou dávku léku. Navíc v současné době, kdy se zkracuje doba hospitalizace, musí někdy sestry, které nemají dostatečné zkušenosti, pečovat o velmi nemocné pacienty v jejich domácnostech bez přítomnosti lékaře, který dokáže poskytnout efektivní paliativní péči a léčbu symptomů.

Sestry na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii byly dotázány, jaké mají pocity při rozhodování o ukončení aktivní léčby a zahájení paliativní péče. Měly určit nejlepší a nejhorší aspekty této situace. Za nejhorší považovaly pocity ztráty a bezmocnosti, protože měly často ke svým pacientům a jejich blízkým úzký vztah a bylo pro ně těžké vidět jejich bolest a trápení. Sestry také po mnoha dnech intenzivní péče měly pocit, že selhaly.“ O´CONNOR [7, s. 46]

### 2.3.4 Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání

„Sestry mohou mít problémy, dojde-li k náhlému zvratu k horšímu u pacientů, kde se očekávalo uzdravení. Je pro ně těžké, když nemohou plně kontrolovat situaci a organizovat péči v době, kdy dochází k ukončení podpory životních funkcí. Chtějí dát rodině čas, aby se s novou situací vyrovnala, ale současně nechtějí zbytečně prodlužovat utrpení pacienta. Nemohou dobře odhadnout čas úmrtí pacienta a mají pocity viny, když pacient zemře ve chvíli krátkodobé nepřítomnosti příbuzných.

V jedné australské studii sestry často uváděly. Že mají pocit profesionálního selhání a bezmoci. Sestry na sebe kladly vysoké požadavky a nebraly vždy v úvahu organizační a profesní limity své praxe. Věnovaly mnoho energie na dosažení harmonie v rodině i v práci a „konflikty často vnímaly negativně a vyhýbaly se jim, místo toho, aby v nich viděly možnost osobního růstu a organizační změny“.

Sestry v paliativní péči jsou hrdé na to, že mají dostatek času na své pacienty a jejich rodiny. Protože se však zmenšují rozpočty, začínají sestry v hospicích stejně jako v jiných zdravotnických zařízeních pociťovat nedostatek času na péči, kterou by chtěly svým pacientům poskytovat.“ O´CONNOR [7, s. 47]

### 2.3.5 Problémy v týmu

„Mnohé studie potvrdily, že problémy v pracovním týmu jsou zdrojem stresu. Nedostatek podpory ze strany jednotlivých členů je příčinou deprese u mnoha sester. Konflikty s kolegy přispívají k emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci.

Soupeřivost a zloba jsou častými projevy ve vzájemných vztazích zaměstnanců v hospicích. Mnohé týmy mají problém řešit zlobu přímo a mohou použít různé obstrukční formy chování. Ty mohou zahrnovat kariérismus a vzájemné soupeření. Soutěživost a energie některých členů týmu se tak promění na hašteření mezi kolegy, místo aby napomohly vzájemné spolupráci a efektivní péči o pacienty.“ O’CONNOR [7, s. 48]

## 2.4 Zvládání těžkých situací

Mezi zvládání těžkých situací patří:

- Týmová práce
- Osobní faktory – udržení životní rovnováhy

### 2.4.1 Týmová práce

„Kearney (2000) spolu s knězem a psychoterapeutem Peterem Speckem (1996) zdůrazňují, že schopnost „zadržet“ silné reakce a emoce je základní součástí každého profesionálního vztahu.

„Nejvýznamnější faktor při vytváření prostředí pro trpícího člověka je síť vztahů, které podporují pocit bezpečí a vzájemné důvěry. Takovou síť je ovšem velice těžké vytvořit tehdy, když se o pacienta stará multiprofesionální tým. Vytváření prostředí plného bezpečí a vzájemné důvěry, v takovém případě vyžaduje velkou námahu a vědomé úsilí“

Každý pracovník zapojený do péče o pacienta musí mít jasnou představu vlastní profesionální identity, včetně svých slabých a silných stránek. Musí také znát a vážit si přínosu ostatních zdravotnických pracovníků.“ O’CONNOR [7, s. 48]

## 2.4.2 Osobní faktory

„Aby se mohl zdravotník účastnit na „hojení“ ostatních, musí si uvědomit své vlastní potřeby, musí o sebe vážně pečovat a být schopen sebereflexe. Následující box obsahuje seznam aktivit, které pomohou pokračovat v práci plné stresových situací.

Cumes (1999) zdůrazňuje, jak je důležité, aby sestry dosáhly osobní rovnováhy, aby mohly i nadále účinně pečovat o své pacienty. Sestry, které si nesou své rány, jež získaly během celého života, ve škole i v práci, potřebují sílu k tomu, aby mohly svůj potenciál vnést do klinického prostředí. K tomu potřebují určité formy vnitřního posilování – fyzického nebo duševního – jako je např. meditace, navozování představ, jóga, tai chi, dechové cviky nebo modlitba.“ O’CONNOR [7, s. 49]

### Jak si udržet životní rovnováhu

*Nabízíme seznam činností, které pomáhají lidem pracujícím ve stresovém prostředí:*

- dbejte na správnou výživu
- naučte se medитovat
- udržujte duchovní život (nemusí být vždy náboženský)
- nebojte se truchlit nad ztrátami
- nepracujte mnoho přesčasových hodin
- pravidelně cvičte (aerobic, jógu, tai chi)
- dělejte cvičení na doplnění vnitřní energie (reiki, léčivé doteky, terapeutické doteky)
- udržujte si smysl pro humor
- naučte se uvádět do rovnováhy práci v zaměstnání i v domácnosti, abyste měli dostatek volného času pro sebe
- udržujte si systém sociální podpory v osobním i profesním životě
- rozpoznajte a sledujte příznaky vyhoření a vyhledejte včas pomoc odborníka
- diskutujte o pracovních problémech s kolegy, kteří mají podobné problémy
- navštivte podobné zařízení, hledejte nové způsoby řešení problémů
- chodte do přírody

Převzato z: O’CONNOR, H., ARANDA, S., *Paliativní péče*, 1. vydání, Edice sestry, 2005

## 2.5 Psychická a existenciální tíseň

„Všichni členové týmu paliativní péče musí zvládat tíseň pacienta. Zejména sestry, které vytvářejí blízké vztahy s pacienty a jejich rodinou, zde hrají důležitou roli. Musí být schopni rozeznat tíseň a pečovat o pacienta v tísní. Mezi potřebné dovednosti patří i schopnost obhájit zájmy pacienta a v případě potřeby zajistit specializovanou péči.

Tíseň můžeme definovat jako nepříjemný pocit, jehož příčinou jsou psychické (afektivní, behaviorální a kognitivní), fyzické, sociální nebo spirituální problémy. Pacient se s touto situací musí nějak vyrovnat. Existenciální tíseň je definována jako tíseň, která pochází z konfrontace s podstatou existence – patří sem otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty.

V paliativní péči existuje mnoho různých příčin přechodného stavu tísně, např. necitlivé poznámky ze strany zdravotníků, dlouhé čekání u lékaře a symptomy onemocnění. Sestry by si těchto faktorů měly všimnout, protože utrpení, které pacientovi způsobují, je často zbytečné. Také by měly být pozorné k dlouhodobějším výkyvům pacientových nálad. Ohrožení vlastní existence může způsobit přetrvávající úzkost nebo depresi, které vyžadují léčbu. Ačkoliv existenciální utrpení napatří mezi tradiční diagnostické kategorie, může pacientovi způsobit velkou tíseň. V životě každého člověka jsou období, kdy některé životní události (např. ztráta blízké osoby, rozpad partnerského vztahu, přírodní katastrofa, ztráta zaměstnání, finanční ztráty a zdravotní problémy) mají na člověka větší dopad. Zdravotníci musejí vnímat zejména existenciální komponentu tísně pacienta.

Sestry mají obzvláště důležitou roli při podpoře pacienta. Mnohé jejich každodenní činnosti mohou posilovat naději, zachovat důstojnost a umožnit dosažení osobních cílů. To je podstatou dobrého paliativního ošetřovatelství a integrální součástí multidisciplinárního přístupu. Aby mohly být sestry oporou umírajícím pacientům, musí dobře znát možné zdroje existenciální tísně u jednotlivých pacientů a být schopny uspokojit potřeby pacienta.“ O’CONNOR [7, s. 189]

### 2.5.1 Posouzení psychické a spirituální tísně

„Citlivé sestry intuitivně cítí problémy, které jejich pacienty trápí, ale rutinní dotazování na existenciální obavy je jedinou metodou, jak zabránit zanedbávání těchto problémů. Pokud sestrám nedělá problém hovořit o existenciálních otázkách, pacient se k nim v rozhovorech dřív nebo později vrátí. K usnadnění rozhovoru je nezbytné najít správný čas a místo, které zaručí pacientovi soukromí. Lidé si někdy myslí, že nedokáží vyjádřit, co cítí, nechtejí nikoho obtěžovat, bojí se, že to psychicky nezvládnou, mohou se stydět za to, že se nedokáží ze svou situací vyrovnat nebo si myslí, že jsou sestry příliš zaneprázdněné nebo nemají zájem. Na druhé straně sestry se bojí, že pacienta příliš rozruší, mohou si připadat „vyhořelé“ nebo se domnívají, že existenciální a spirituální tíseň není vhodnou doménou péče. Mnohé sestry si také myslí, že mají málo času, aby komplexně posoudily a řešily obavy pacientů. Často se stává, že komunikují s pacienty pouze tehdy, když jim podávají informace a nevyužívají komunikaci k tomu, aby zjistily obavy pacienta či jeho blízkých. K vzhledem k uvedeným bariérám je na sestřích, aby vyjádřily svůj zájem nejen o fyzické problémy, ale i o pocity pacienta.

Sestra by měla pečlivě naslouchat odpovědím pacienta a pokud je to nutné, dotazovat se, dokud zcela neporozumí jeho obavám, Ačkoliv rozhovor, který následuje, může být velmi osobní, může sestře pomoci lépe porozumět, příčinou pacientovi tísně a umožní jí lépe reagovat na potřeby pacienta. Pokud pacienty vybídneme k tomu, aby s námi o svých obavách mluvili, poskytneme jim příležitost sdílet jinak velmi osobní a nerozpoznané zdroje utrpení. Metoda a načasování rozhovoru s pacientem záleží na signálech, které pacient nebo jeho rodina vysílá a které nám naznačí, že jsou připraveny o těchto citlivých věcech hovořit.“ O'CONNOR [7, s. 190]

### **2.5.2 Pomoc s úzkostí ze smrti**

„Přání pokračovat v životě je významnou životní silou, kterou má v sobě většina lidí až do okamžiku smrti. S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Ti, kteří měli to štěstí, že prožili dlouhý a naplněný život se mohou se smrtí smířit – úzkost ze smrti odpovídá k tomu jak je pacient spokojený s životem. U ostatních lidí se vyskytuje silná úzkost ze smrti. Tíseň zhoršuje nejistota z toho, kdy ke smrti dojde. Úzkost se může projevit jako:

- děs, rozrušení nebo panika;
- máloadaptivní chování;
- špatné vyrovnávací mechanismy (vyhýbání se problému, nedodržování léčebného režimu, noční můry);
- somatické problémy;

Tyto projevy mohou být mírné až extrémně silné a mohou se označit jako porucha adaptace, panické porucha nebo syndrom úzkosti. V těchto případech jde navodit klid a pocit kontroly, pomocí relaxace a meditace. Velmi rozrušeným pacientům, mohou pomoci léky proti úzkosti, benzodiazepiny s dlouhodobým účinkem nebo antidepresiva. Pacient, který trpí výraznou úzkostí, vyžaduje pomoc specialisty.

Většinu lidí pomůže, pokud mohou o svých problémech mluvit. Mohou-li se podělit o své obavy, získají pocit pochopení a podpory.

Mnoho lidí se ptá, jaké to je zemřít. Pomůže když sestra dokáže mluvit s pacientem či jeho rodinou bez větších obtíží o chátrajícím zdraví, snížené chuti k jídlu, postupném ubývání na hmotnosti, větší potřebě spánku a odpočinku a postupném upadání do komatu. Sestra může ujisti pacienta o tom, že jeho bolest bude účinně léčena a že jsou sestry schopné ulevit pacientovi od nepříjemných symptomů a pomoci mu dosáhnout osobního klidu.

Přesná informace o možnosti moderní paliativní péče může vystrašeného pacienta velmi uklidnit. Sestry mohou zdůraznit, že v posledních letech došlo k významným pokrokům a zmírnit ta dopad vzpomínek na „špatnou smrt“, kterou možná pacient zažil v minulosti u někoho blízkého.“ O´CONNOR [7, s. 194]

### 2.5.3 Rozpoznání a léčba syndromu demoralizace

„Když má pacient při hodnocení svého života pocit, že život neměl žádný smysl nebo že nedosáhl naplnění, může být nesčasný z toho, že jej promarnil. Můžeme potom od něj slyšet takováto slova: „už v tom nevidím žádný smysl, nevidím žádný důvod, proč bych měl ještě žít“. Demoralizovaný člověk postrádá smysl života a je přesvědčený, že nemá cenu dále se namáhat. Může toužit po smrti, a však není to stejné jako u starých lidí, kteří mají pocit, že jejich život byl uspokojující a naplněný a v klidu čekají na smrt. Demoralizovaný pacient spíše očekává smrt netrpělivě – život pro něj

nemá žádný smysl a může tady skončit. U pacientů, kteří nevidí jinou cestu ven, se mohou vyskytovat myšlenky na sebevraždu. Tito lidé však nemusejí mít klinické projevy deprese a zdravotníci si často myslí, že záměrně zvolili sebevraždu aby milosrdně ukončili svůj život.

Sestry, které s těmito pacienty pracují, jim mohou pomoci mnoha způsoby. Aktivním nasloucháním pacientovi, který vypráví o své minulosti, mohou během každodenní komunikace posilovat v pacientovi pocit, že má pro někoho cenu. Sestry mohou povzbuzovat příbuzné a přátelé, aby navštěvovali pacienta a zapojili se do sociálních interakcí. Tato neformální podpora může být důležitá při poskytování emocionální podpory, praktické pomoci a „doprovázení“ pacienta.

Můžeme také upravit denní režim tak, aby se umírající pacient mohl co nejvíce do činností, které mu poskytují radost a umožňují pokračovat v běžných funkcích. Sestry mohou pacienta utěšit, poskytnout soukromí a pomoci mu, aby vnímal pozitivně svůj vzhled a své okolí – toto vše může přispět k tomu, že pacient bude ochoten více se zapojit do sociálních aktivit.

Tam, kde je to vhodné, mohou sestry využít pomoc jiných lidí – např. dobrovolníků, terapeutů volného času – a denních stacionářů. Tyto služby mohou pacientovi poskytnout další možnost zapojit se do života, najít v něm nějaký smysl a překonat nudu.“ O’CONNOR [7, s. 195]

#### **2.5.4 Pomoc rodině**

„Efektivní paliativní péče vyžaduje zapojení všech členů rodiny prostřednictvím efektivní komunikace. Je nutné věnovat pozornost vztahům v rodině – jak je rodina semknuta dohromady a zda se jednotliví členové navzájem podporují, zda dokáží otevřeně komunikovat a řešit problémy. Pokud budeme věnovat těmto problémům pozornost, zvýšíme schopnost členů rodiny podpořit umírajícího člena. Tento přístup také pomůže snížit nemocnost příbuzných po smrti pacienta, která bývá důsledkem truchlení. Rodina velmi oceňuje konání rodinných konferencí doma, ale v případě konfliktu v rodině se doporučuje spíše neutrální prostředí. Sestra z domácí agentury paliativní péče, která zná dobře pacientovu rodinu, může zorganizovat rodinnou



konferenci i kontakt s lékařem či sociálním pracovníkem. Její dobrá znalost rodiny pomůže odhalit problematická místa i obavy rodinných příslušníků.

U většiny pacientů představuje rodina primární síť sociální podpory. Pokud chceme zabránit sociální izolaci a odcizení na obou stranách, musíme věnovat pozornost tomu, jak rodina funguje.“ O’CONNOR [7, s. 198]

### **2.5.5 Pomůžete mi zemřít?**

„Přibližně jeden pacient z deseti si přeje zemřít a chce abychom mu při tom pomohli. Stává se, že pacient požádá o pomoc sestru, které nejvíce věří. Jejich žádost o pomoc se smrtí, bychom měli vnímat jako „volání o pomoc“, které vyžaduje citlivou podporu a aktivní naslouchání, abychom odhalili obavy pacienta. Klíčovým úkolem sestry je identifikovat odborníka, který může pacientovi v jeho situaci pomoci a ujistit pacienta, že mu v jeho nelehké situaci pomůžeme.

Někteří lidé se bojí, že jsou pro své blízké přítěží. Mohou taky umírat ve velmi nedůstojných podmínkách. Proto je důležité mluvit s nimi o těchto věcech a rozkrýt jejich specifické obavy. Mohli být svědkem umírání, které považovali za nedůstojné. V takových případech je nutné lidi ujistit o tom, že moderní paliativní péče poskytuje mnohem lepší možnosti. Existují moderní způsoby léčby bolesti, kterou tak můžeme zcela eliminovat, ale existenciální tíseň je velkou překážkou při snižování míry utrpení pacienta. V některých případech také není možné utrpení zcela vyloučit. Úkolem sestry je podporovat a „doprovázet“ pacienta na jeho cestě. U některých pacientů může pomoci duchovní transcendence utrpení, u jiných může být nutná farmakologická léčba či navození umělého spánku. Až do okamžiku smrti je nutná kontinuální péče a podpora jak ze strany rodiny, tak personálu.

V naší společnosti panuje nevyřčený mýtus jedince, který přijme skutečnost, že umírá, a bude tento prožitek odvážně sdílet s rodinou nebo přáteli. Ve skutečnosti se mnoho lidí obává, že tohoto nevyřčeného cíle nedosáhnou. Pro ně je kompromisem „řízená smrt“, která jim umožní udržet si alespoň nějakou kontrolu nad tím, jak a kdy zemřou. Tato volba jim poskytuje kontrolu nad sebou sama, ale často je na úkor dalšího potenciálního života. Většina příbuzných lidí kvalitu života pacienta hůře než on sám, proto mají často podobné obavy ze ztráty důstojnosti. Sestra musí pacienta i jeho

příbuzné ujistit o tom, že je bude podporovat a doprovázet ve všech těžkých situacích, které mohou nastat.

Sestra pozná, že pacient trpí, podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Má možnost naslouchat pacientovým obavám a obhajovat jeho potřeby. Sestry ovšem nejsou profesionálně vybaveny k tomu, aby řešily všechny možné zdroje pacientovi tísně. Často je jejich hlavním úkolem upozornit na pacientův problém ostatní členy multidisciplinárního týmu, aby mohli zasáhnout ti, kteří k tomu mají patřičné vzdělání. Sestry si musí věřit při obhajování zájmu pacienta a musí to činit tak dlouho, dokud další odborníci nepřevzou uspokojování specifických potřeb pacienta.

Citlivá a empatická péče o terminálně nemocné pacienty je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná, a pokračuje až do smrti pacienta. Dokonce i po té je podpora sester velmi důležitá pro příbuzné, kteří s nimi navázali vztah a mohou i nadále vyhledávat jejich pomoc. Sestry hrají velmi důležitou roli při léčbě emocionální tísně v rámci péče, kterou pacientům a jejich rodinám poskytují – roli, která je privilegovaná a spočívá v poskytnutí útěchy v těžkém životním období.“ O’CONNOR [7, s. 199]

## 2.6 Psychika ve zdraví a nemoci

„Údaje v odborné literatuře říkají, že nadměrný stres je jedním z činitelů, které se spolupodílejí na vzniku rakoviny. Stres neboli psychická zátěž, se prolíná trvale životem každého jednotlivce. Pocit ukřivdění v dětství, násilná výchova, přetěžování ve škole, špatný učitel, sváry rodičů, studijní nebo pracovní nadměrná zátěž, volba povolání, manželství, rodinné svazky, vlastní děti a ekonomické zabezpečení rodiny jsou více či méně stresující činitelé, které poznal v různé míře a intenzitě každý z nás. Vyrovnává se s nimi lépe ten, kdo žije v harmonickém rodinném prostředí, ekonomicky zabezpečen. Takový jedinec se vyrovnává rychleji a bez větších problémů i s mimořádnými situacemi, včetně akutní nemoci. Jeho okolí, rodiče, životní partner jsou mu oporou.

Mnohem dramatičtěji ovlivní psychiku jednotlivce nadměrný stres, jakým je např. úmrtí v rodině, manželský rozchod, ztráta zaměstnání, invalidita nebo chronická

nemoc. Takový člověk potřebuje porozumění a citlivou péči svého bezprostředního okolí, ale i svých spolupracovníků, nadřízených, případně i lékařů a dalších zdravotníků. Musí se vnitřně s nově vzniklou situací vyrovnat, vzít ji na vědomí a vytvořit si novou životní „normu“.

Sebeovládání, umění zamyslet se sám nad sebou, přiznat si své chyby, na které ho upozornilo okolí nebo které sám zjistil, to jsou předpoklady k tlumení psychických stresů, i těch nadměrných a mimořádných. Jejich prožívání ve zmírněné intenzitě a v kratším období je součástí sebeobrany, nejen vlastní psychiky, ale organismu jako celku. Stres má v organismu negativní nebo dopad na hormonální činnost, na látkovou výměnu a na imunitu.

Sebeovládání vyžadují i negativní životní návyky. Testem dostatečné silné vůle je např. vztah ke kouření, tolerance k dětem, k podřízeným, ke zvířatům, k přírodě.

Jsme-li zdraví, važme si toho, neboť zdraví je nenahraditelné. Nehazardujte s ním. Zamysleme se nad svými zlovyky a prohřešky (kouření, přejídání, pobyt v nočních podnicích nebo zakouřených hospodách, návyk na alkohol, narkotika, agresivita, vznětlivost) a snažte se postupně je zmírnit nebo zcela odstranit.

Věnujte čas procházkám v zeleni a pobytu v přírodě, cvičte pravidelně, sportujte. To je nenahraditelný přínos pro naše zdraví a psychiku! Význam má rovněž sexuální vyrovnanost a uspokojení.“ DIENSTBIER [3, s. 81]

### 2.6.1 Umírání bez stresu

„Narodili jsme se s vědomím, že náš život je dočasný. Strach před smrtí se vystupňuje při každé závažné nemoci a má ho každý bez ohledu na věk nebo profesi. Většina z těch, kteří si uvědomují závažnost choroby a ubývání sil, tuší i skutečnost blížící se smrti. Dostavuje se strach ze smrti, lítost a nejistota, co bude následovat.

Věřící jednotlivci, přesvědčení o jedinečnosti zásad svého náboženství, věří na posmrtný život a slib věčného života. Nevěřec se smiřuje s koncem vlastní existence. Oba potřebují útěchu buď od kněze, nebo od svého nejbližšího. Potřebují uspořádat myšlenkově svou pozemskou existenci. Je třeba jim pro tuto závěrečnou životní etapu vytvořit i důstojné podmínky. Je nezbytné snažit se léčit za každou cenu neléčitelnou

organickou nemoc, je zbytečné pacienta nechat trpět bolestmi. Současná medicína je schopná, ať doma, v nemocnici nebo hospici, bolest tlumit.

Každý umírající potřebuje individuální péči, ticho a klid. Mnohým z volajících na nádorovou linku jsme poradili, pokud k tomu měli bytové podmínky a někdo z rodiny chtěl posloužit svému nejbližšímu, aby ho ponechali zemřít doma. Pečovatelé, ať jsou to příbuzní, přátelé nebo zdravotníci dobrovolní či placení, mohou poskytnout potřebnou podporu umírajícím. Podmínkou je, aby tak činili s maximálním citem a láskou, s vědomím, že v budoucnu mohou být i oni za podobnou pomoc sami vděční. Vždy je ovšem třeba domluvit lékařský dohled.“ DIENTSBIER [3, s. 95]

### 3 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření (nebo také burnout) je nejspíš stejně starý, jako sama lidská práce, nicméně jeho název pochází až z roku 1974 od amerického psychoanalytika Herberta J. Freudenbergera. V USA (kde je mimochodem syndrom vyhoření uznáván jako nemoc z povolání) byl pojem „burnout“ používán zejména ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, později v souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali letargii, zoufalství a bezmocnost. Vyhoření se týká hlavně oblasti práce a je typické citovým a mentálním vyčerpáním. Jedná se o **důsledek dlouhodobého stresu** a týká se nejvíce lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Od deprese se odlišuje hlavně tím, že se vztahuje výhradně na onu krizovou oblast a jeho součástí jsou **pochybnosti o smyslu své práce**. [9]

#### 3.1 Příznaky vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje v psychickém prožívání (v postojích a emocích), ve vztazích i v tělesné rovině.

##### **Psychické příznaky:**

- ztráta, nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;
- nechut', lhostejnost k práci;
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;
- ztráta sebeovládání, pocity prázdnoty;
- potíže se soustředěním, zapomínání;
- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;
- pocit nedostatku uznání;

##### **Vztahy s lidmi**

- ubývá angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům;
- omezení kontaktů s klienty na nejmenší možnou mez;
- cynický nebo lhostejný přístup ke klientům;
- omezení kontaktů s kolegy;

- přibývání konfliktů v oblasti soukromí;
- nedostatečná příprava k výkonu práce, dlouhodobě nízká výkonnost;

### **Tělesné příznaky**

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, potíže v oblasti srdeční činnosti, dýchání nebo zažívání;
- nedostatek energie, slabost, chronická únava;
- svalové napětí, vysoký krevní tlak; [9]

## **3.2 Fáze vyhořívání**

Burnout nikoho jen tak nepřepadne, jde o závěrečné stadium pozvolného, několik měsíců až let trvajících procesu, o důsledek dlouhodobého stresu, špatně zvolených nebo chybějících postupů při zvládnání stresu a to vše na pozadí osobnostních předpokladů. Vývoj vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho probíhá v pěti fázích:

1. **Nadšení** - začínající pracovník srší elánem, má velká a nerealistická očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity.
2. **Stagnace** – počáteční nadšení uvadá, dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Rovněž se už začíná ohlížet i po jiných, než jen v pracovních věcech – bere v potaz osobní potřeby, koníčky.
3. **Frustrace** - pracovníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.
4. **Apatie** – stadium apatie přichází po delší frustraci, když na frustrující situace nemá dotyčný vliv. Mnozí lidé se potýkají s tzv. HH-syndromem charakterizovaným bezmocností a beznadějí („HH“ z angl. Helplessness & hopelessness). Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí, a odmítá jakékoli novinky, rozhovory se spolupracovníky i žádosti o práci přesčas. Klienty se často cítí obtěžován.
5. **Vyhoření** – jako poslední nastává období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stoji atp.),

pocitu ztráty smyslu a vůbec všech možných projevů syndromu vyhoření.

Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotyčný si to, co se dělo, uvědomí ve chvíli, kdy už je po všem. Tím hlavním, co odliší nevyhořelého perfekcionistu, nadšence a pilného pracovníka od toho, u koho se syndrom vyhoření rozvine, je míra ne/realističnosti očekávání a aspirací. [9]

### **3.3 Prevence vyhoření**

#### **Co člověku pomůže nevyhořet?**

Určitě jsou to kvalitní mezilidské vztahy – tzv. sociální podpurná síť, tedy existence blízkých lidí, kteří jedinci mohou poskytnout to, co si on sám dát nemůže. Jde hlavně o aktivní naslouchání povzbuzování a faktickou i emocionální pomoc v těžkých situacích. Dále zaměstnavatelé, kteří podporují účast svých pracovníků workshopech. Při nich jsou na začátku utvořeny skupiny pracovníků různých pomáhajících profesí ohrožených syndromem. Členové těchto skupin spolu diskutují rozličné problémy, řeší úkoly, podporují se, vyměňují si informace o tom, jak pracují se svými klienty. Ukázalo se, že dva roky účasti na ve workshopu mají za následek významné snížení výskytu syndromu vyhoření i mnohem lepší pracovní výkon. Důležité je posilovat odolnost vůči zátěži prostřednictvím kondičního cvičení sociální opory, vyváženosti. [9]

#### **Kde hledat pomoc**

1. Psycholog nebo psychoterapeut
2. Psychiatrická ambulance
3. Praktický lékař
4. Internetová bezplatná poradna (<http://poradna.cz/psycho/dotazat.php>)
5. Telefonická linka důvěry

### 3.4 Syndrom vyhoření je nejčastěji způsoben následujícími příčinami

- Přepracování a dlouhodobá ignorace emocionální a fyzické oblasti osobnosti;
- emočně náročná práce a přehnané dlouhodobé fyzické zatížení;
- rozvody, úmrtí v rodině, nedostatek pozitivních zdrojů;
- stresující prostředí pro život a nezdravý životní styl;
- chyby ve stravování;
- nedostatek pohybu;
- rutina a rutinní život;
- ztráta smyslu života;
- pooperační stavy a nedostatečná regenerace;
- nezrehabilitované trauma a posttraumatický stres;
- psychické bloky a oddělenost od přirozených pocitů;
- mentální, emocionální, fyzické přetěžování v dětství;
- dlouhodobě velké nároky blízkého okolí;
- syndrom krátkého času – den je příliš krátký;
- přílišné pracovní nadšení;
- bezmocná nutkavost / musím dělat to a to jinak se zhroutí svět;
- žádná duchovní víra;
- opuštěnost a samotářství;
- dlouhodobé neřešené emocionální problémy a hluboké strachy;
- silný pomahačský vnitřní vzorec: chování, schopnosti, přesvědčení a často identita a sounáležitost jedince jsou prodchnuty a postaveny na pomáhání ostatním lidem, vlastní já není rozvinuté – jedinec seberealizuje jen skrze druhé lidi. [9]



## 4 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTER K ONKOLOGICKÝM NEMOCNÝM

Vznikl nový pohled na projevy onkologických nemocných v průběhu jejich nemoci. Není vhodné podporovat pasivitu nemocného, jeho nadměrnou přizpůsobivost, poslušnost či hrdinný postoj, kdy nemocný mlčky snáší své utrpení. Takový nemocný je sice pro zdravotníky nejméně zatěžující, ale je zjištěno, že má horší prognózu proti těm, kteří zaujmají bojový postoj proti nemoci, se vzbouří a emočně se projevují. Využívají se psychologické metody, které stimulují obranný systém nemocného. Příkladem může být metoda vizualizace, kdy nemocný v představách bojuje s rakovinou. Jak tedy můžeme psychologicky pomoci onkologicky nemocným:

- 1) Umožňujte a podporujte u nemocných jejich emoční projevy a to negativního charakteru jako starosti a obavy, ale i naděje a přání.
- 2) Nechte nemocného projevovat emoce jakkoli jsou silné a nesnažte se je změnit, tolerujte výkyvy nálad, agresivitu. Tyto projevy nejsou namířené proti vám osobně, jsou jen projevem zoufalství.
- 3) Vyhněte se u nemocných kritice toho, co je správné a normální v prožívání. Právě u lidí s přehnaně tuhou morálkou a zásadami společenského chování je důležité nechat je uvolnit.
- 4) Podporujte nemocného se svěřovat. Pozorně naslouchejte a projevte porozumění: Buďte empatickou – soucítící – bytostí.
- 5) Neutěšujte nemocného přehnaně a nezlehčujte jeho trápení, jinak ztratíte jeho důvěru. Chovejte se k nemocnému jako k dospělé osobnosti, respektujte ho jako rovnocenného partnera a hovořte s ním na jeho úrovni chápání a myšlení.
- 6) Podporujte nemocného v jeho životních aktivitách, snažte se mu pomoci hledat nový smysl života a hodnotovou orientaci, ale nehledejte za něho hotová řešení.
- 7) Podporujte u nemocného aktivní spolupráci, zvláště oceňte jeho podíl zodpovědnosti v léčbě, zdůrazňujte jeho podíl na případném úspěchu.
- 8) Všimněte si, co stojí za prosbou či stížností nemocného, oč mu skutečně jde. Většinou sdělují sociálně přijatelnou stížnost z hlediska druhého, neřeknou přímo o to, co skutečně potřebují.
- 9) Neutíkejte od umírajících, každé vaše upřímné slovo či dotyk je pro nemocného

významným lékem.

- 10) Neberte nemocnému jeho naději a plány do budoucna, i když by byly podle vás zcela nereálné. Nemusíte věřit, že se nemocný uzdraví, ale jste povinni připustit, že se uzdravit může. [9]

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 PRŮZKUM**

### **5.1 Průzkumný problém**

Psychická zátěž sester v péči o nemocné s onkologickým onemocněním.

### **5.2 Průzkumné cíle**

**Cíl 1.** Zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce a zda-li sestry pociťují syndrom vyhoření.

**Cíl 2.** Zjistit znalosti sester o problematice syndromu vyhoření.

### **5.3 Průzkumné hypotézy**

**Hypotéza 1.** Předpokládám, že pro více než 50% sester je práce na onkologickém oddělení psychicky náročná.

**Hypotéza 2.** Předpokládám, že více než 40% sester pociťuje syndrom vyhoření.

**Hypotéza 3.** Předpokládám, že více než 50% sester zná problematiku syndromu vyhoření.

### **5.4 Hypotetické tvrzení**

Předpokládám, že pro většinu sester pracujících na onkologii je práce náročná, že znají pojem syndrom vyhoření a jeho prevenci. Pro statické zpracování jsem použila metodu dotazníku.

## **6 METODIKA PRŮZKUMU**

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získávání informací jsem si zvolila dotazník. Časový plán byl stanoven na měsíc leden až únor 2011.

### **6.1 Průzkumný vzorec**

Průzkumný vzorec tvořily zdravotní sestry na onkologii. Dotazníky jsem rozdala na oddělení onkologie ve Zlíně a v Olomouci. Věkové rozmezí nebylo stanovené, ale v rámci dotazníku to bylo od 20 – 46 a více.

### **6.2 Technika dotazníku**

Pro účely své bakalářské práce bude použita jedna z explorativních metod - dotazník, (viz. příloha č.1), který patří k nejpoužívanějším výzkumným technikám v oblasti společenských věd. podstatou dotazníku bude zjistit pomocí písemných otázek postoj respondenta k psychické zátěži na onkologii, syndromu vyhoření a vztah k problematice, o kterou se budu zajímat.

Dotazník bude anonymní, respondentům tak nehrozí jakékoliv zneužití jejich odpovědi. Dotazník, bude obsahovat 17 otázek zaměřených na psychickou zátěž a syndrom vyhoření. Všichni respondenti, jež oslovím, budou zdravotní sestry onkologického oddělení. Výzkum budu provádět ve Zlíně a Olomouci. Použitý dotazník bude obsahovat otázky jak otevřené, tak i uzavřené.

## **7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA**

### **7.1 Zjištěné výsledky**

Svůj průzkum jsem prováděla celkem u šedesáti respondentů z řad odborné veřejnosti. Dvacet dotazníků jsem rozdala v nemocnici v Olomouci na oddělení onkologie a čtyřicet na oddělení onkologie ve Zlíně. Oslovení respondenti ochotně spolupracovali a projevili zájem o zkoumanou problematiku.

Mým cílem je zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce, a jestli sestry pociťují syndrom vyhoření. Následující údaje jsou rozděleny na sociodemografické údaje a na psychickou zátěž sester na onkologickém oddělení, jsou zde i obsaženy otázky zaměřující se na syndrom vyhoření.

U jednotlivých otázek byly zjištěny následující údaje:

## Sociodemografické údaje

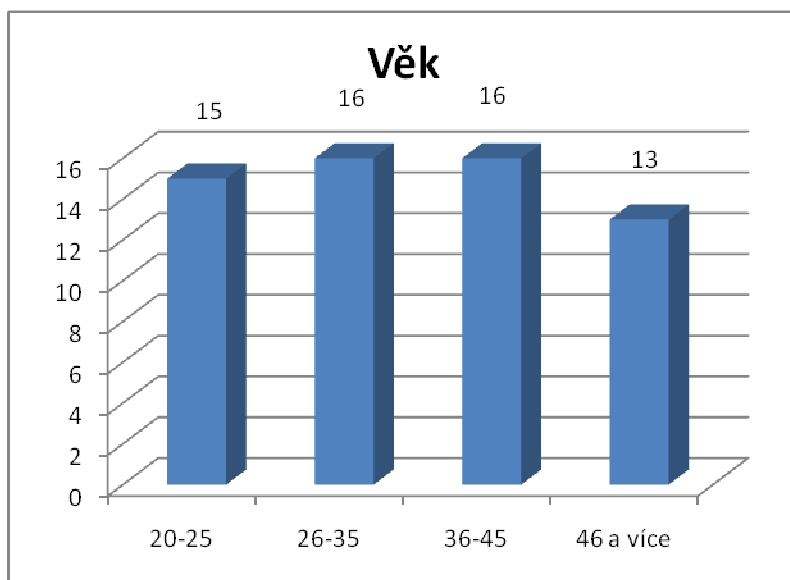
### Otázka č.1- Věk

Na možnost a) 20 – 25 let odpovědělo 15 respondentů což je 25 %, na možnost b) 26 – 35 let odpovědělo 16 respondentů což je 27 %, na možnost c) 36 -45 let odpovědělo 16 respondentů což je 27 %, na možnost d) 46 a více let odpovědělo 13 respondentů což 22 %.

Tab. 1 - Věk

Věk respondentů		
	Respondenti	%
20-25	15	25
26-35	16	27
36-45	16	27
46 a více	13	22
Celkem	60	100

Graf 1 - Věk



### Otázka č.2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Na možnost a) středoškolské vzdělání odpovědělo 46 respondentů což je 76,67 % procent, na možnost b) vyšší odborné vzdělání odpověděli tři respondenti což je 5 %, na možnost c) vysokoškolské vzdělání odpovědělo 8 respondentů což 13,33 %, na možnost d) specializace v oboru odpověděli tři respondenti což je 5 %.

Tab. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání		
	Respondenti	%
Středoškolské	46	76,67
Vyšší odborné	3	5,00
Vysokoškolské	8	13,33
Specializace v oboru	3	5,00
Celkem	60	100

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



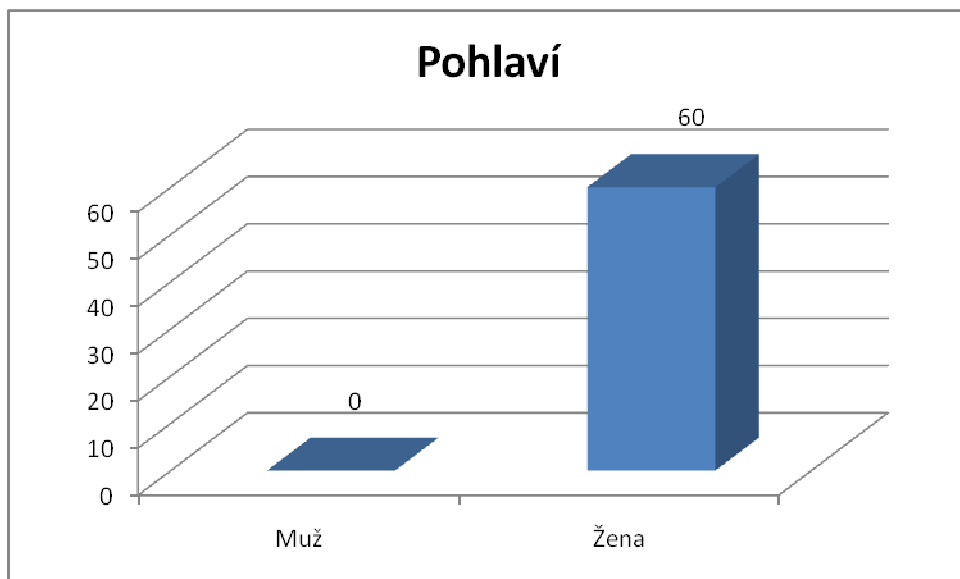


**Otázka č.3 - Pohlaví**

Na možnost a) muž neodpověděl žádný z respondentů, na možnost b) žena odpovědělo 60 respondentů.

**Tab. 3 - Pohlaví**

<b>Pohlaví respondentů</b>		
	<b>Respondenti</b>	<b>%</b>
Muž	0	0
Žena	60	100
Celkem	60	100

**Graf 3 - Pohlaví**

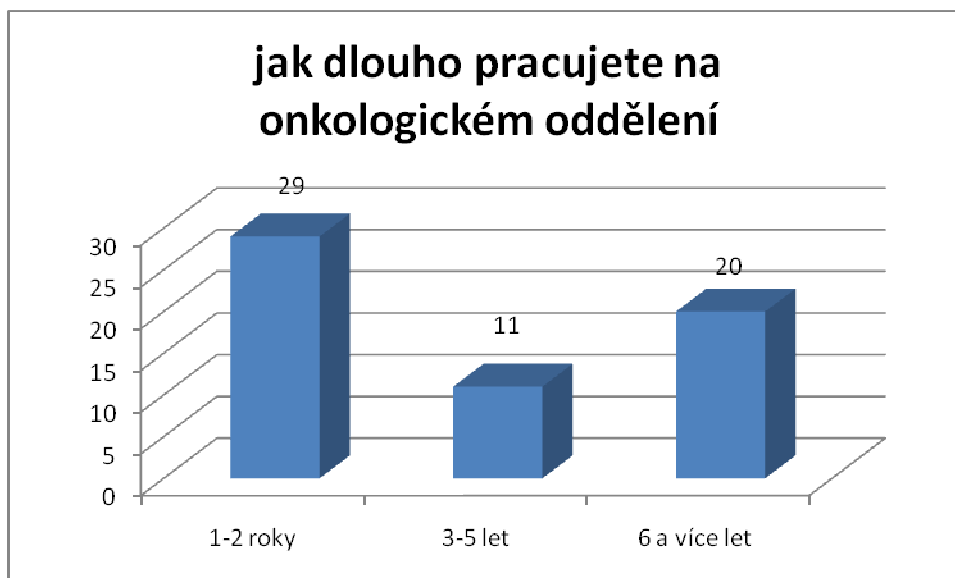
#### Otázka č.4 - Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení?

Na možnost a) 1 - 2 roky odpovědělo 29 respondentů což 48,33 %, na možnost b) 3 – 5 let odpovědělo 11 respondentů což je 18,33 %, na možnost c) 6 a více let odpovědělo 20 respondentů což je 33,33 %.

**Tab. 4 - Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení**

Odpracovaná doba na oddělení		
	Respondenti	%
1-2 roky	29	48,33
3-5 let	11	18,33
6 a více let	20	33,33
Celkem	60	100

**Graf 4 - Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení**



***Psychická zátěž sester na onkologii*****Otázka č.5 - Myslíte si že je práce sestry na onkologii psychicky náročná ?**

Na možnost a) ano odpovědělo 60 respondentů, na možnost b) neodpověděl žádný z respondentů.

**Tab. 5 - Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?**

<b>Náročnost práce na onkologii</b>		
	<b>Respondenti</b>	<b>%</b>
Ano	60	100
Ne	0	0
Celkem	60	100

**Graf 5 - Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?**

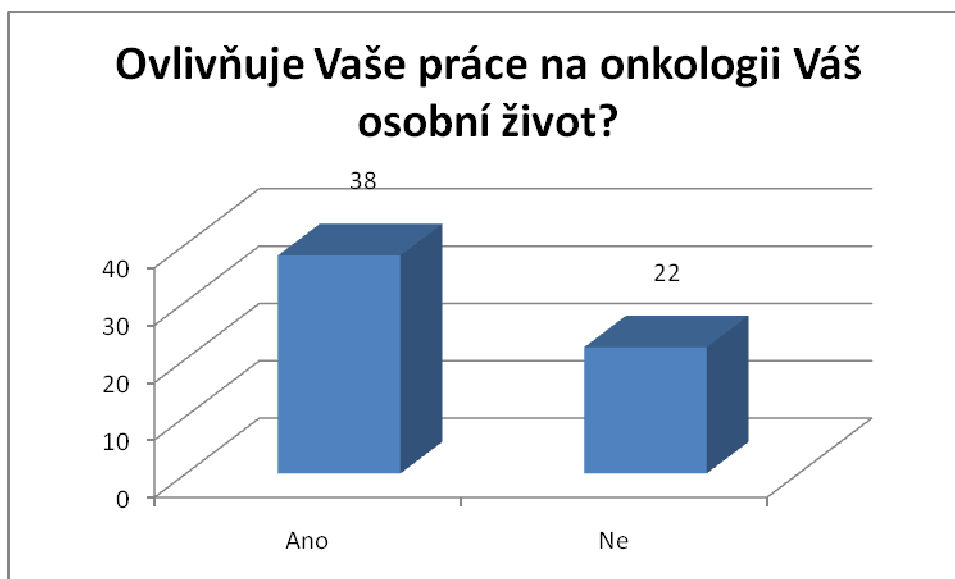
### Otázka č.6 - Ovlivňuje práce na onkologii váš osobní život?

Na možnost a) Ano odpovědělo 38 respondentů což 63,33 %, na možnost b) Ne odpovědělo 22 respondentů což 36,67 %.

Tab. 6 – Ovlivňuje práce na onkologii Váš osobní život?

Ovlivňuje tato práce Vaše soukromí?		
	Respondenti	%
Ano	38	63,33
Ne	22	36,67
Celkem	60	100

Graf 6 - Ovlivňuje Vaše práce na onkologii Váš osobní život?



**Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, jak?:**

- rozlišovat podstatné věci od nepodstatných;
- často na práci myslím i doma;
- psychika, únava a stres;

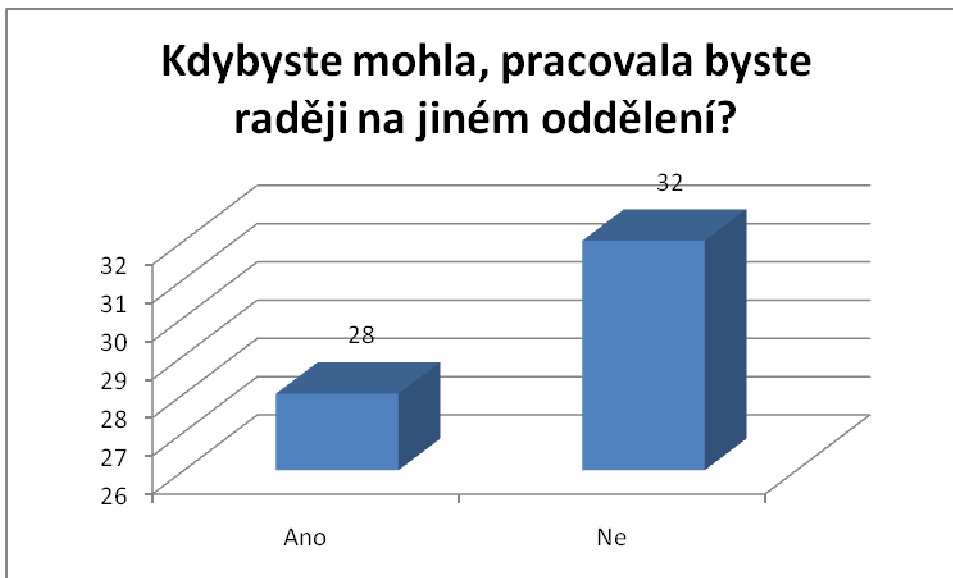
### Otázka č.7- Kdyby jste mohla pracovala by jste na jiném oddělení?

Na možnost a) Ano odpovědělo 28 respondentů což je 46,67 %, na možnost b) Ne odpovědělo 32 respondentů což je 53,33 %.

Tab. 7 - Kdybyste mohla, pracovala byste raději na jiném oddělení?

Vyměnila byste toto oddělení za jiné?		
	Respondenti	%
Ano	28	46,67
Ne	32	53,33
Celkem	60	100

Graf 7 - Kdybyste mohla, pracovala byste raději na jiném oddělení?



#### Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, proč?:

- náročná práce;
- velká psychická zátěž;

#### Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za b) ne, proč?:

- zajímavá práce;
- dobrý kolektiv;
- profesionální chování;

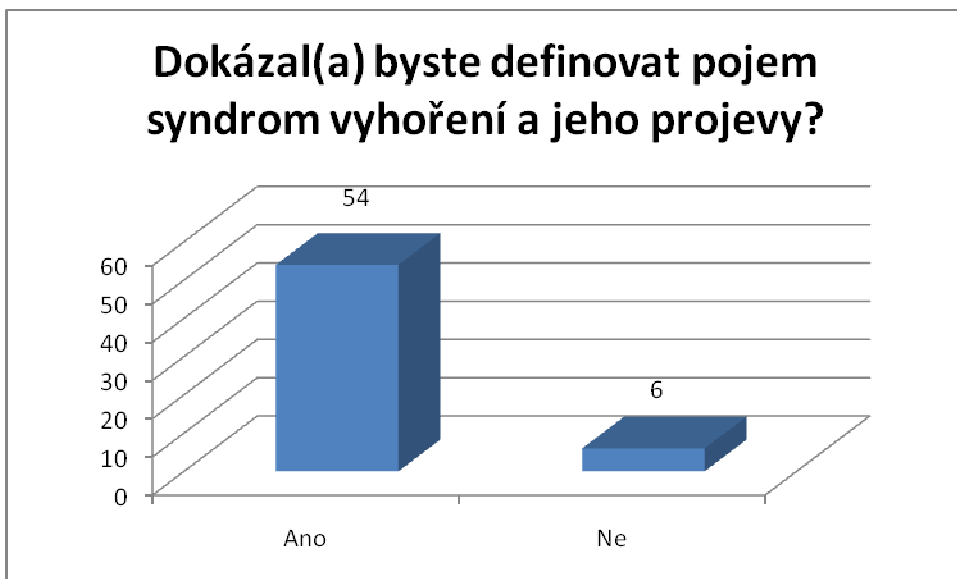
**Otázka č.8 - Dokázal(a) by jste definovat syndrom vyhoření a jeho projevy?**

Na možnost a) Ano odpovědělo 54 respondentů což je 90 %, na možnost b) Ne odpovědělo 6 respondentů což je 10 %.

**Tab. 8 - Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?**

Znáte pojem syndrom vyhoření?		
	Respondenti	%
Ano	54	90
Ne	6	10
Celkem	60	100

**Graf 8 - Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?**



**Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, definujte?:**

- psychická i fyzická vyčerpanost;
- nezájem k práci;
- špatný přístup k pacientům;

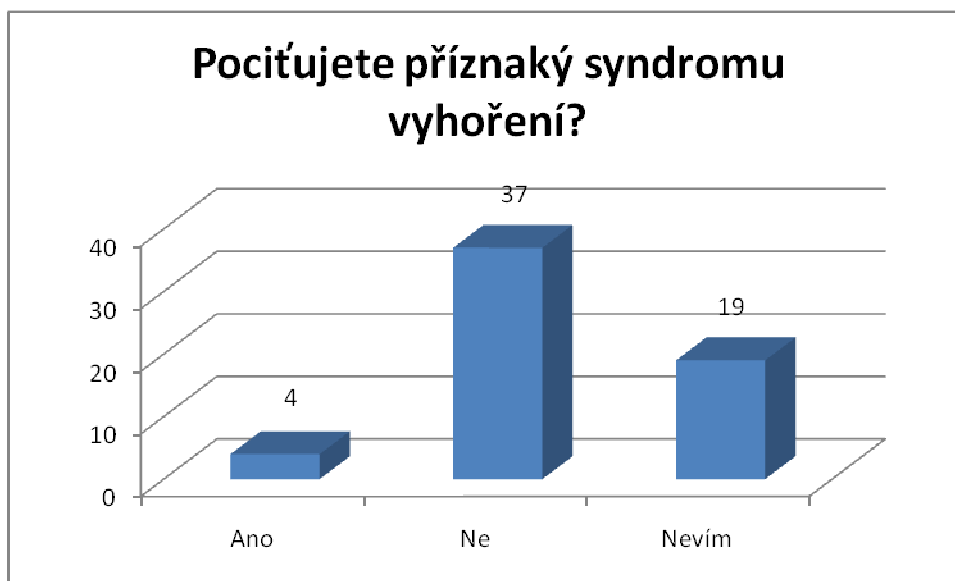
### Otázka č.9 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?

Na možnost a) Ano odpověděli 4 respondenti což 6,67 %, na možnost b) Ne odpovědělo 37 respondentů což 61,67 %, na možnost c) nevím odpovědělo 19 respondentů což je 31,37 %.

Tab. 9 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?

Vyskytují se u Vás známky syndromu vyhoření?		
	Respondenti	%
Ano	4	6,67
Ne	37	61,67
Nevím	19	31,67
Celkem	60	100

Graf 9 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?



Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, jak se projevují?:

- podrážděnost;
- nechů chodit do práce;

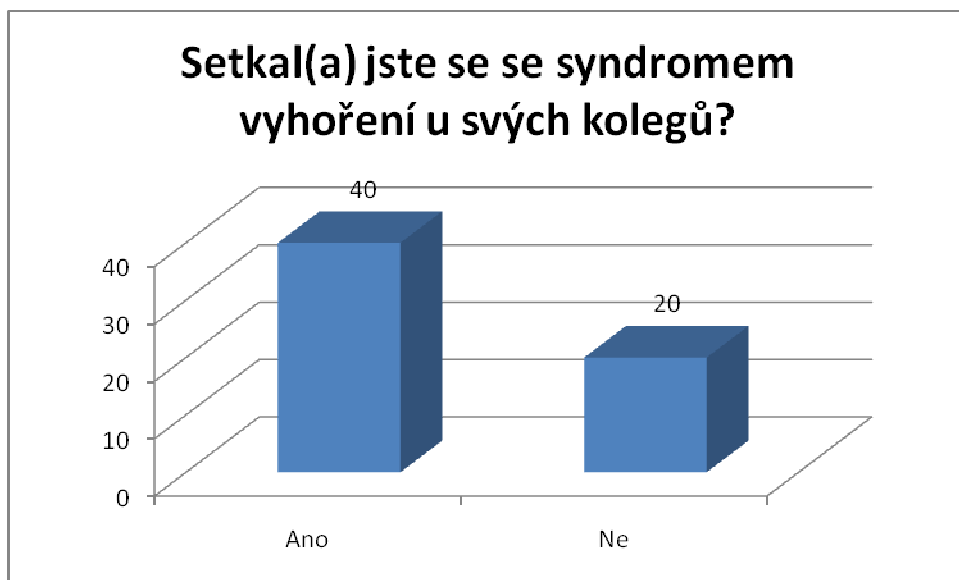
**Otázka č.10 - Setkal(a) jste se syndromem vyhoření u svých kolegů?**

Na možnost a) Ano odpovědělo 40 respondentů 66,67 %, na možnost b) Ne odpovědělo 20 respondentů což je 33,33 %.

**Tab. 10 - Setkal(a) jste se se syndromem vyhoření u svých kolegů?**

Vyskytl se u Vašich kolegů syndrom vyhoření?		
	Respondenti	%
Ano	40	66,67
Ne	20	33,33
Celkem	60	100

**Graf 10 - Setkal(a) jste se se syndromem vyhoření u svých kolegů?**





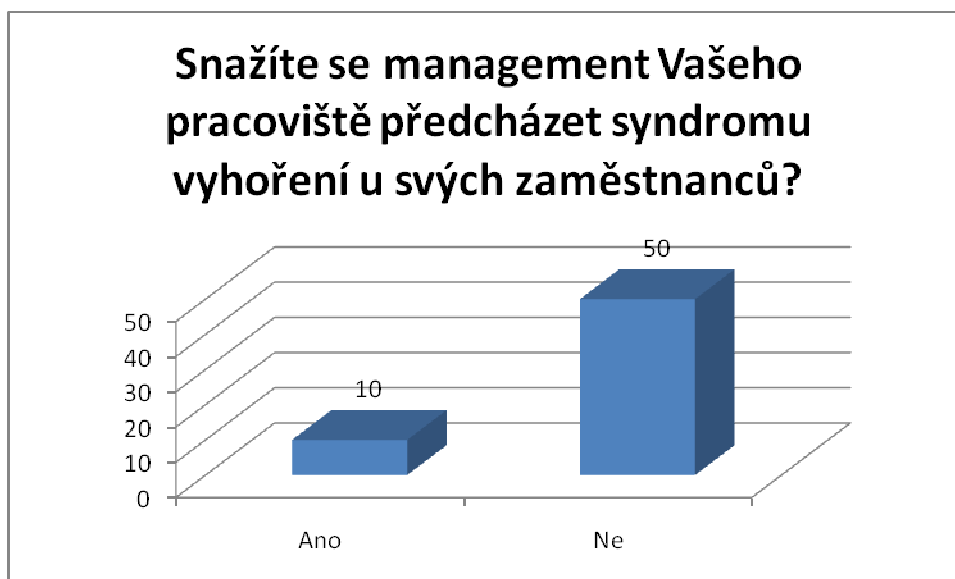
**Otázka č.11 - Snaží se management vašeho pracoviště předcházet syndrom vyhoření u svých zaměstnanců?**

Na možnost a) Ano odpovědělo 10 respondentů což je 16,67 % na možnost b) Ne odpovědělo 50 respondentů což je 83,33 %.

**Tab. 11 - Snaží se management Vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?**

Předchází Vaše pracoviště syndromu vyhoření ?		
	Respondenti	%
Ano	10	16,67
Ne	50	83,33
Celkem	60	100

**Graf 11 - Snažíte se management Vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?**



**Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, jak?:**

- večírky, odpočinkové akce;
- střídání oddělení;

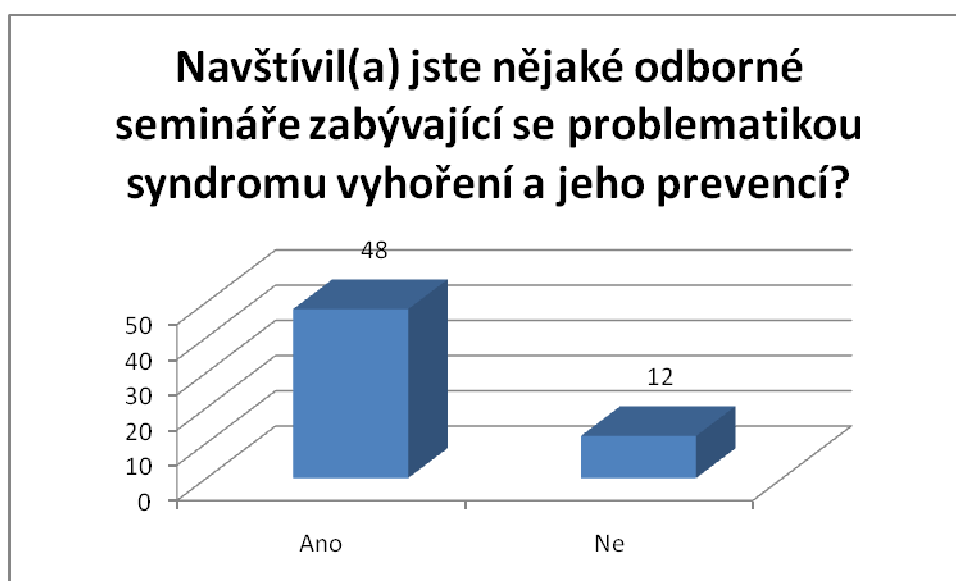
**Otázka č. 12 - Navštívil(a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematiku syndromu vyhoření a jeho prevencí?**

Na možnost a) Ano odpovědělo 48 respondentů což je 80 % na možnost b) Ne odpovědělo 12 respondentů což 20 %.

**Tab. 12 - Navštívil(a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematikou syndromu vyhoření a jeho prevencí?**

Navštěvujete odborné semináře s touto problematikou?		
	Respondenti	%
Ano	48	80
Ne	12	20
Celkem	60	100

**Graf 12 - Navštívil(a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematikou syndromu vyhoření a jeho prevencí?**



**Respondenti uvedli tytu nejčastější odpověď u možnosti za b) ne, proč?:**

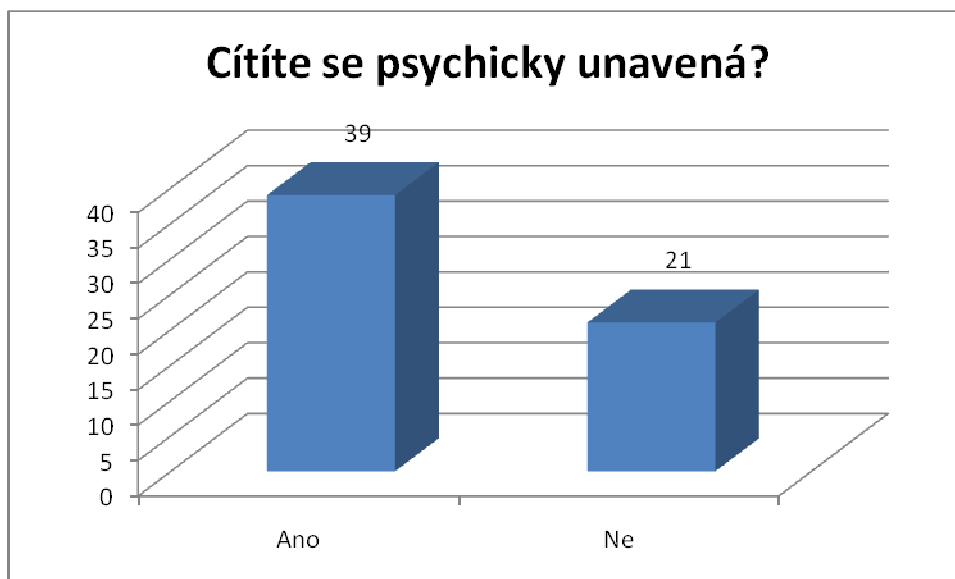
- žádné odborné semináře se nekonaly

**Otázka č.13 - Cítíte se psychicky unavená?**

Na možnost a) Ano odpovědělo 39 respondentů což je 65 %, na možnost b) Ne odpovědělo 21 respondentů což je 35 %.

**Tab. 13 - Cítíte se psychicky unavená?**

Pocítujete psychickou únavu?		
	Respondenti	%
Ano	39	65
Ne	21	35
Celkem	60	100

**Graf 13 - Cítíte se psychicky unavená?**

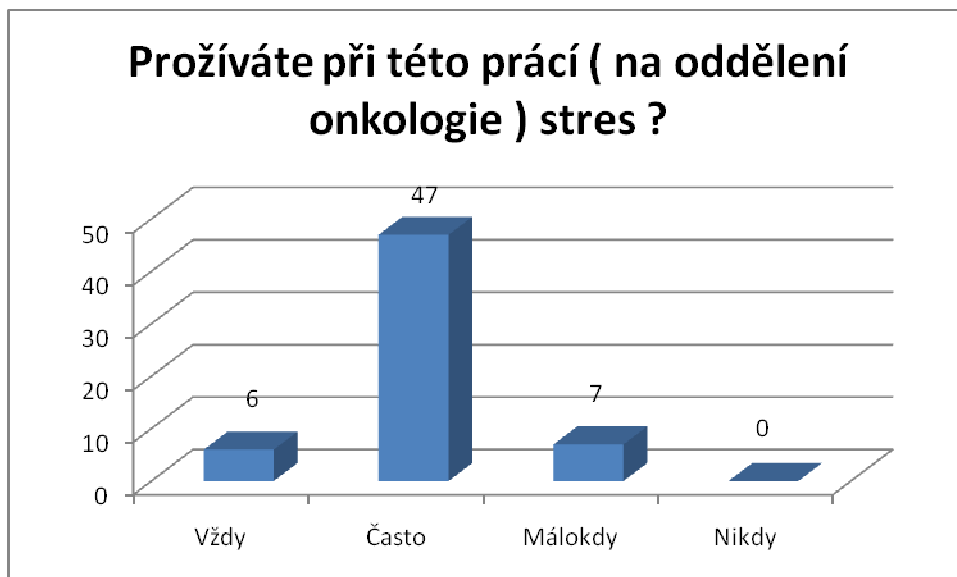
### Otázka č.14 - Prožíváte při této práci ( na oddělení onkologie ) stres?

Na možnost a) Vždy odpovědělo 6 respondentů což je 10 %, na možnost b) Často odpovědělo 47 respondentů což je 78,33 %, na možnost c) Málokdy odpovědělo 7 respondentů což je 11,67 %, na možnost d) Nikdy neodpověl ani jeden respondent.

Tab. 14 - Prožíváte při této práci (na oddělení onkologie) stres?

Stresuje Vás tato práce?		
	Respondenti	%
Vždy	6	10,00
Často	47	78,33
Málokdy	7	11,67
Nikdy	0	0,00
Celkem	60	100

Graf 14 - Prožíváte při této práci ( na oddělení onkologie ) stres ?



### Otázka 15 - Co vás nejvíce stresuje při vaší práci?

#### Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi:

- úmrtí pacientů;
- neschopnost změnit některé věci;
- hodně práce a většinou málo času;
- nedostatek času k rozhovoru s klienty, kteří potřebují vyslechnout a povzbudit;

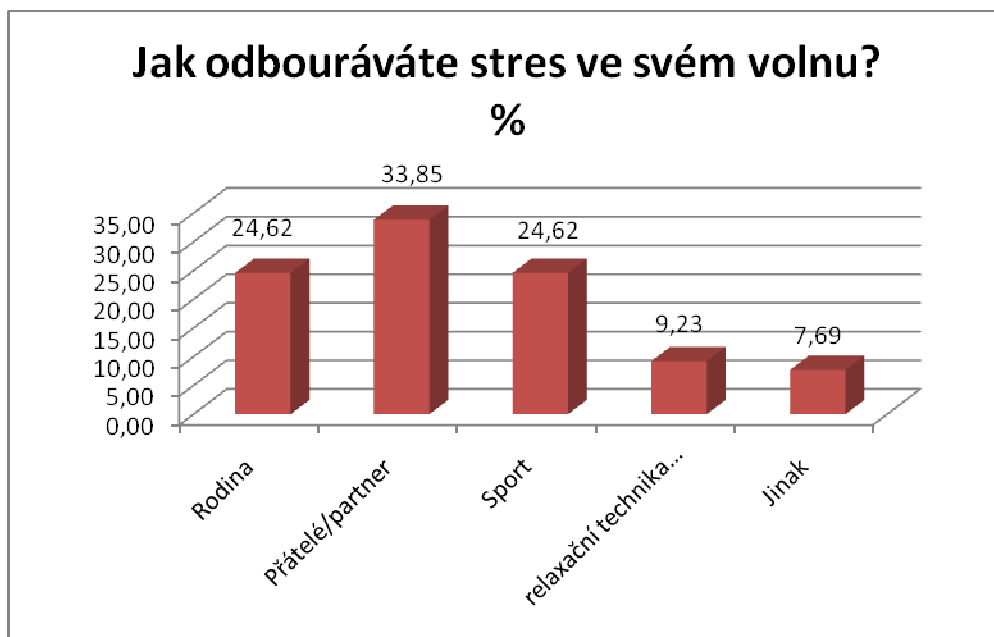
### Otázka č.16 - Jak odboráváte stres ve svém volnu?

Na možnost a) Rodina odpovědělo 24,62 % respondentů, na možnost b) přátelé/partner odpovědělo 33,85 % respondentů na možnost c) Sport odpovědělo 24,62 % respondentů, na možnost d) Relaxační techniky odpovědělo 9,23 % respondentů, na možnost e) Jiné odpovědělo 7,69 % respondentů.

Tab. 15 - Jak odbouráváte stres ve svém volnu?

Co Vám pomáhá od stresu ve svém volnu?		
	Respondenti	%
Rodina	16	24,62
Přátelé/partner	22	33,85
Sport	16	24,62
relaxační techniky (např. Jóga)	6	9,23
Jiné	5	7,69
Celkem	65	100

Graf 15 - Jak odbouráváte stres ve svém volnu?



Otázka č.17 - Co byste doporučila sestřám pracujícím na onkologii pro zmírnění psychické zátěže a prevenci syndromu vyhoření?

Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi:

- naučit se odpočívat a relaxovat;
- naučit se oddělovat práci od osobního života;
- eventuálně změna pracoviště;

## 8 ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce, a jestli sestry pociťují syndrom vyhoření.

Stanovila jsem si následující hypotézy:

H1: Předpokládám, že pro více než 50% sester je práce na onkologickém oddělení psychicky náročná.

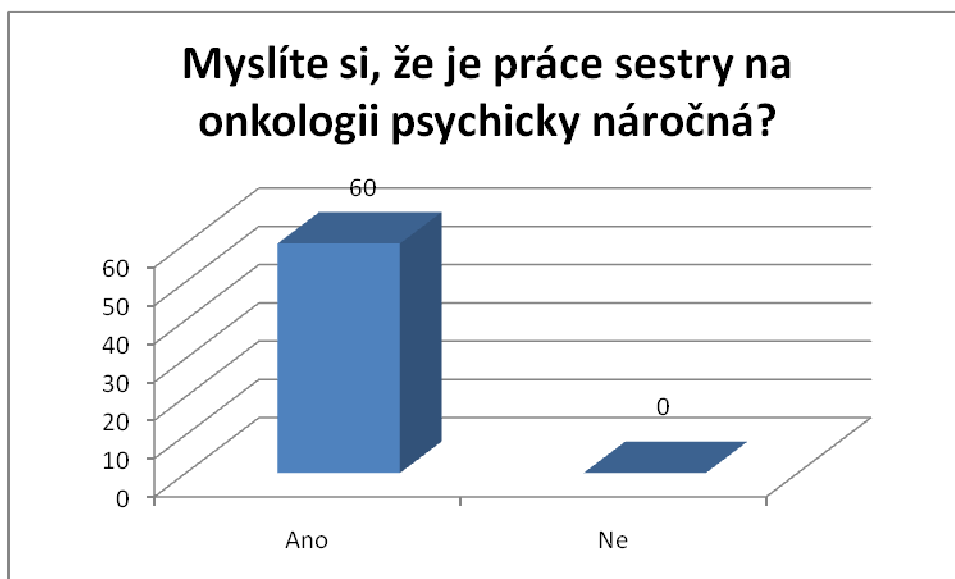
H2: Předpokládám, že více než 40% sester pociťuje syndrom vyhoření.

H3: Předpokládám, že více než 50% sester zná problematiku vyhoření.

Pro vyhodnocení první hypotézy, bylo nutné vyhodnotit otázky číslo 5: Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná? Tato otázka se přímo vztahuje k mé první hypotéze, dále je třeba vyhodnotit otázky číslo 6,7 a 13, které se nepřímo vztahují k mé první hypotéze. Spojení jednotlivých analýz potvrdí nebo naopak vyvrátí mou hypotézu. Při vyhodnocování první hypotézy jsem vycházela z faktu, že pro sestry na onkologii je práce psychicky náročná.

**Z vyhodnocení otázky č.5:** Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?, vyplynulo, že 100% respondentů odpovědělo Ano. V rámci své praxe jsem zjistila, že výsledky, které vyplynuly z průzkumu odpovídají realitě.

<b>Myslíte si, že je práce sestry na onkologii psychicky náročná?</b>		
	<b>Respondenti</b>	<b>%</b>
Ano	60	100
Ne	0	0
Celkem	60	100



**Vyhodnocení otázky č.6:** Ovlivňuje práce na onkologii váš osobní život?, ukázalo se, že 63,33% respondentů ovlivňuje práce na onkologii jejich osobní život. Myslím si, že určitým způsobem tato práce ovlivňuje osobní život, více přemýšlíme nad vlastními životy, nad svým zdravím a díky tomu, že i sestry jsou pouze lidé se stává, že máme citově blíže k některým pacientům.

**Vyhodnocení otázky č.7:** Kdybyste mohla, pracovala byste raději na jiném oddělení?, z otázky č.7 vyplynulo, že pouze 53,33% respondentů je spokojeno na svém oddělení a 46,67% respondentů by nejraději změnili oddělení onkologie za oddělení jiné. Často se stává, že některé sestry potřebují změnu oddělení, jestli na tomto oddělení pracují dlouhou dobu a některé sestry, jak vyplynulo z průzkumu jsou na onkologickém oddělení spokojené a je pro ně tato práce zajímavá a dělají ji rády.

**Vyhodnocení otázky č.13:** Cítíte se psychicky unavená, ukázalo se, že většina respondentů, což je 65% se cítí psychicky unavená.

Po předchozí analýze můžu tedy říci, že má první hypotéza: Předpokládám, že pro více než 50% sester je práce na onkologickém oddělení psychicky náročná, **se potvrdila.**



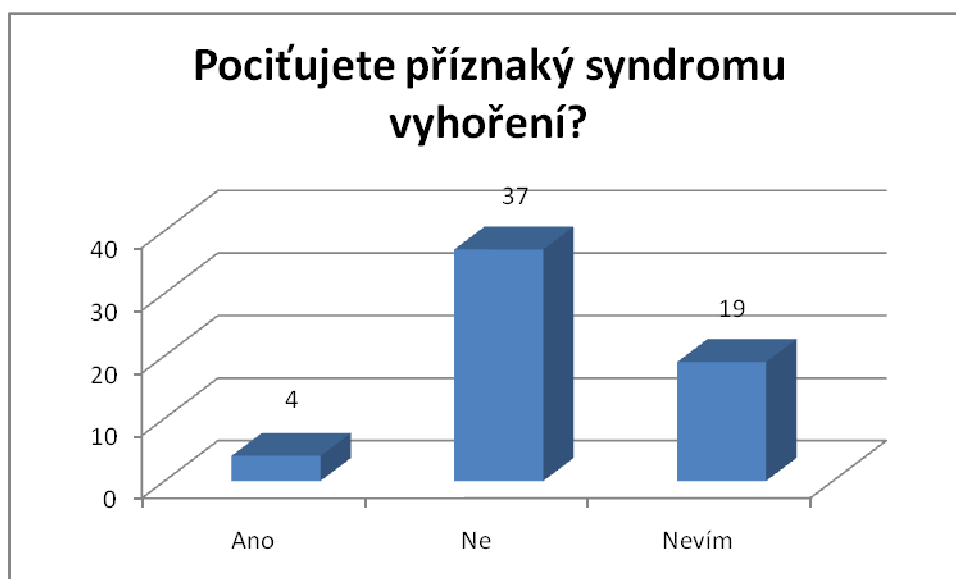
Pro vyhodnocení druhé hypotézy jsem vyhodnotila otázku č.9: Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? Tato otázka se přímo vztahuje k mé druhé hypotéze, dále je třeba vyhodnotit otázky číslo 12. Zde by mělo spojení vyhodnocení těchto otázek vyvodit odpověď na druhou hypotézu.

**Vyhodnocení otázky č.9:** Pociťujete příznaky syndromu vyhoření? Z otázky č.9 vyplynulo, že většina respondentů což je 61,67% nepociťuje příznaky syndromu vyhoření, 31,67% respondentů odpovědělo, že neví a pouze 6,67% respondentů pociťuje příznaky syndromu vyhoření. Z průzkumu vyplynulo, že velká většina sester zná příznaky syndromu vyhoření a tyto příznaky nepociťují.

**Tab. 16 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?**

Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?		
	Respondenti	%
Ano	4	6,67
Ne	37	61,67
Nevím	19	31,67
Celkem	60	100

**Graf 16 - Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?**



**Respondenti uvedli tyto nejčastější odpovědi u možnosti za a) ano, jak se projevují?:**

- podrážděnost;
- nechut' chodit do práce.

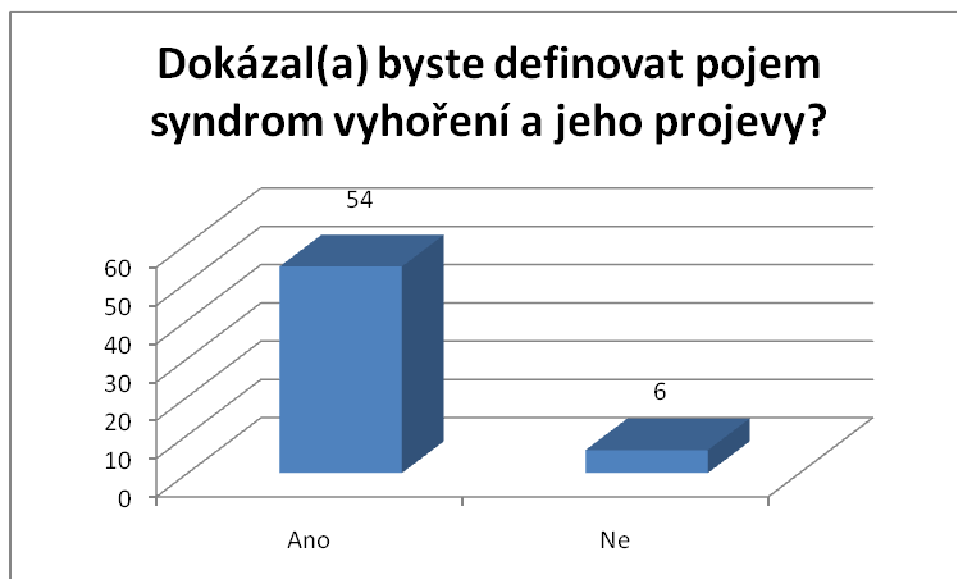
**Vyhodnocení otázky č.12:** Navštívil (a) jste nějaké odborné semináře zadávající se problematiku syndromu vyhoření a jeho prevencí? Vyplývalo, že 80% dotazovaných, navštívilo odborné semináře zabývající se touto problematikou. Zbýlých 20% se odborného semináře nezúčastnilo.

Po zhodnocení výsledků můžu tedy říci, že hypotéza č.2: Předpokládám, že více než 40% sester pocítují syndrom vyhoření, **se nepotvrdila.**

Pro vyhodnocení třetí hypotézy bylo nutné vyhodnotit otázku č. 8: Dokázala byste definovat syndrom vyhoření a jeho projevy? Tato otázka se přímo vztahuje k mé třetí hypotéze, dále je třeba vyhodnotit otázky číslo 10 a 11. Zde by mělo spojení vyhodnocení těchto otázek vyvodit odpověď na třetí hypotézu.

**Vyhodnocení otázky č.8:** Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy? Ukázalo se, že 90% respondentů zná pojem syndrom vyhoření a jeho projevy. Podle mého názoru by každá sestra měla znát pojem syndrom vyhoření a jeho projevy, protože kdyby tento problém nastal, měl by se určitě řešit a něco proti tomu začít dělat.

<b>Dokázal (a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?</b>		
	<b>Respondenti</b>	<b>%</b>
Ano	54	90
Ne	6	10
Celkem	60	100



**Vyhodnocení otázky č.10:** Setkala jste se syndromem vyhoření u svých kolegů?, ukázalo se, že 66,67% respondentů se setkala se syndromem vyhoření u svých kolegů a pouze 33,33% respondentů se neseťkalo se syndromem vyhoření u svých kolegů.

**Vyhodnocení otázky č.11:** Snaží se management vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?, vyplynulo, že pouze 16,67% respondentů odpovědělo, že management na jejich pracovišti se snaží předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců. Touto otázkou se zabývám ve svém návrhu na řešení, protože si myslím, že by měl management předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců, zvláště na tomto psychicky náročném oddělení.

Pro zhodnocení výsledků k hypotéze číslo 3: Předpokládám, že více než 50% sester zná problematiku syndromu vyhoření, **se potvrdila**

Po spojení jednotlivých vyhodnocení otázek mi vyplynulo, že psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta je psychicky náročná, což se projevilo i ve výsledcích v průzkumu mé práce. Cíl byl splněn.

## 9 DISKUZE

Na základě zjištěných výsledků jsem došla k závěru, že je nezbytné zvýšit povědomí sester o prevenci syndromu vyhoření. Podle nastudované odborné literatury jsem vypracovala prezentaci zabývající se problematikou prevence syndromu vyhoření. Prezentace je zpracována jednoduše a cíleně pro zdravotní sestry a ošetřující personál. Při její tvorbě jsem se především zaměřila na srozumitelnost předkládaných informací.

Mým cílem je tedy navrhnout jak by měl management pracoviště lépe informovat své sestry a ošetřující personál o problematice syndromu vyhoření. Navrhuji následující řešení:

1. Vytvoření prezentace problematikou syndromu vyhoření. Prezentace je součástí přílohy této práce. Tento edukační materiál nabídnu na pracovišti, kde probíhal můj výzkum a na dalších pracovištích.
2. Doporučení pro vedoucí sestry – další vzdělávání s tematikou syndromu vyhoření, duševní hygiena sester, využití internetových stránek, semináře, NCONZO, časopis SESTRA.
3. Testy na internetových stránkách: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>

Možnou překážkou by mohl být fakt, že mnoho sester často nechce připustit fakt, že by mohly mít nějaký problém, který by se měl řešit hned na začátku. Jsou natolik pohlceni svou prací a povinnostmi, že své problémy řeší, až ve chvíli kdy se jejich problémy projevují jak v osobním, tak pracovním životě. Prvním krokem k nápravě je si přiznat, že semnou není něco v pořádku a že mé tělo a psychika jedou na poslední kapky energie. To je první krok ke změně – přiznat si skutečnost, místo útěku před skutečností.

Přibývá případů vyhoření? Zdá se, že ano. Vysvětluje se to tím, že se zvyšují nároky na pracovníky. Snižuje se hodnota pracovníka, tedy pojmá se jako málo hodnotný. Dokonalejší technologie vyžadují méně zaměstnanců, která vede

k nezaměstnanosti a k poklesu platu. Někteří lidé pak přijmou práci, která je nebaví a je málo placená.

Výzkumy uvádějí, že se syndrom vyskytuje u zaměstnanců, kteří mají společného nadřízeného. Tedy obecně se říká, že podíl na pocitu vyhoření mají nadřízení. Důležité je jedno z nejlepších preventivních opatření a to je mít dobrý kolektiv na pracovišti. Vedení může zabránit vzniku psychického vyhoření a to tím, nezajistí porady na pracovišti, kde se budou řešit problémy v rámci organizace práce. Mimo jiné je taky důležité najít si mimo práci další zdroje uspokojení, jako je bezvadně fungující rodina, okruh dobrých přátel, dostatek zájmů, relaxace a odpočinku. Obecně platí, že syndrom vyhoření méně postihuje lidi, kteří berou úspěch jako vedlejší a ne jako cíl.

## 10 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vysoká je psychická zátěž sester v péči o onkologického klienta, náročnost práce, a jestli sestry pociťují syndrom vyhoření.

Pro vyhodnocení mé průzkumné práce jsem použila metodu dotazníků, které byly anonymní. Dotazník obsahoval 17 otázek týkající se psychické zátěže sester na onkologickém oddělení a syndromu vyhoření. Dotazníky jsem rozdala v nemocnici ve Zlíně a Olomouci na onkologickém oddělení.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na definici onkologie, psychickou zátěž sester v paliativní péči, psychika ve zdraví a nemoci, syndrom vyhoření a jeho prevenci.

V praktické části jsem použila metodu anonymního dotazníku, který obsahoval 17 otázek. Dotazníky jsem rozdala sestřám na onkologickém oddělení ve Zlíně a v Olomouci. Následně jsem získaná data ve své práci zpracovala.

Stanovila jsem si tři hypotézy. V první hypotéze jsem předpokládala, že pro více než 50% sester je práce na onkologickém oddělení psychicky náročná. Tato hypotéza se mi potvrdila. Ve druhé hypotéze jsem předpokládala, že více než 40% sester pociťují syndrom vyhoření. Tato hypotéza se mi nepotvrdila. V třetí hypotéze jsem se zaměřila na znalost syndromu vyhoření sester. Tato hypotéza se mi potvrdila, jelikož více než 50% sester zná tuto problematiku.

## 11 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knižní zdroje

- [1]. VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., KONEČNÝ, M., *Klinická onkologie pro sestry*, 1. vydání, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1993, s. 129, ISBN 80-7013-146-2
- [2]. CHOCENSKÁ, E., MÓCIKOVÁ, H., DĚDEČKOVÁ, K., *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*, 1. vydání, Praha: Forsapi, 2009, s. 123, ISBN 978-80-87250-02-0
- [3]. DIENSTBIER, Z., STÁHALOVÁ, V., *Onkologie pro laiky*, 1. vydání, nakladatelství Radix Praha, 2009, s. 128, ISBN 978-80-86031-86-6
- [4]. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D., *Ošetřovatelství*, 1. vydání, Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2000, s. 154.
- [5]. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*, 1. vydání, Masarykův onkologický ústav Brno, 2001, ISBN 80-238-7618-X
- [6]. Kolektiv autorů, *Onkologická rizika*, 1. vydání, Masarykův onkologický ústav Brno, 2001, ISBN 80-238-7620-1
- [7]. O'DONNOR, H., ARANDA, S., *Paliativní péče*, 1. vydání, Edice sestry, 2005, ISBN 80-247-1295-4
- [8]. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

### Internetové zdroje

- [9]. <http://www.agathka.estranky.cz/clanky/seminarni-a-jine-prace/syndrom-vyhoreni> zpracováno dle J. a T. Tošnerovi, 2002 (staženo: 5.3.2011)
- [10]. <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>  
PhDr. Michaela Peterková 2008-2009 (staženo: 23.2.2011)
- [11]. <http://www.zdenekweber.cz/terapie/syndrom-vyhoreni>  
Zdeněk Weber (staženo: 14.3.2011)

## SEZNAM PŘÍLOH A PŘÍLOHY

Příloha č.1	Dotazník
Příloha č.2	Práva onkologických pacientů – kvalita péče
Příloha č.3	Jak se vyhnout syndromu vyhoření
Příloha č.4	Příčiny a diagnostika nádorových onemocnění
Příloha č.5	Protinádorová léčba, nežádoucí účinky protinádorové léčby
Příloha č.6	Psychika a rakovina
Příloha č.7	Power Point



## Dotazník

### Dotazník pro ošetrovatelský personál zaměřený na psychickou zátěž na onkologickém oddělení

Milé kolegyně a kolegové,

jmenuji se Martina Zatloukalová a v rámci své absolventské práce se zabývám problematikou „psychické zátěže sester na onkologickém oddělení“.

Zajímá mě, jak se s psychickou zátěží na oddělení onkologie vyrovnáváte, a proto Vás prosím o pravdivé vyplnění otázek tohoto anonymního dotazníku. Dotazník má několik částí. U otázek s odpovědí ANO – NE, zakroužkujte prosím jednu z odpovědí. U otázek se čtyřstupňovou škálou hodnocení 1- vždy, 2- často, 3- málokdy, 4- nikdy, zakroužkujte, prosím, vždy jen jednu ze zvolených odpovědí. Je-li vedle odpovědi zájmeno „, proč „, nebo „, uveďte „, zdůvodněte, prosím, zvolenou odpověď“.

Předem děkuji za Váš čas.

#### I. Sociodemografické údaje

1. Věk : a) 20-25

b) 26-35

c) 36-45

d) 46 a více let

2. Nejvyšší dosažené vzdělání: a) Středoškolské

b) Vyšší odborné vzdělání

c) Vysokoškolské vzdělání

d) Specializace v oboru

.....

3. Pohlaví: muž            žena

4. Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení a) 1-2 roky

- b) 3-5 let
- c) 6 a více let

## II. Psychická zátěž sester na onkologii

5. Myslíte si, že je práce setry na onkologii psychicky náročná?

- a) ano
- b) ne

6. Ovlivňuje Vaše práce na onkologii Váš osobní život?

- a) ano,  
jak?.....
- b) ne

7. Kdybyste mohl(a), pracovala byste raději na jiném oddělení?

- a) ano, ... proč  
.....
- b) ne, ..... proč  
.....

8. Dokázal(a) byste definovat pojem syndrom vyhoření a jeho projevy?

- a) ano, definujte  
.....
- b) ne

9. Pociťujete příznaky syndromu vyhoření?

- a) ano, jak se projevují .....
- b) ne
- c) nevím

10. Setkal(a) jste se se syndromem vyhoření u svých kolegů?

- a) ano
- b) ne

11. Snaží se management Vašeho pracoviště předcházet syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?

a) ano, jak?

.....

b) ne

12. Navštívil (a) jste nějaké odborné semináře zabývající se problematikou syndromu vyhoření a jeho prevencí?

a) ano

b) ne,

proč?.....

13. Cítíte se psychicky unaven(á)?

a) ano

b) ne

14. Prožíváte při této práci ( na oddělení onkologie ) stres?

a) vždy

b) často

c) málokdy

d) nikdy

15. Co Vás nejvíce stresuje při Vaší práci?

.....

16. Jak odbouráváte stres ve svém volnu?

a) rodina

b) přátelé, partner

c) sport

d) relaxační techniky ( např. Jóga,...)

e) jiné

17. Co byste doporučil(a) sestřám pracujícím na onkologii pro zmírnění psychické zátěže a prevenci syndromu vyhoření

## **Práva onkologických pacientů – kvalita péče**

V listopadu 2005 se uskutečnilo v Praze zasedání Asociace evropských lig proti rakovině (ECL), které organizovala Liga proti rakovině Praha.

Jeden z důležitých dokumentů ECL zde projednávaných byl o právech a povinnostech onkologických pacientů a zdravotníků.

Dokument je míněn jako doporučení pro členské státy s ohledem na lidská práva.

- 1) Všichni onkologičtí pacienti bez ohledu na věk, pohlaví a sociální podmínky mají právo na nejlepší možnou detekci, diagnózu a léčení.
- 2) Důležité je vycházet z kvalitních evropských standardů péče. Předpokladem je existující kvalifikovaný tým odborníků, moderní technické vybavení pracoviště, koordinovaná mezioborová spolupráce a minimální čekací doby.
- 3) Pacient má být plně informován o své nemoci a má mít možnost, pokud projeví zájem, konzultovat druhého odborníka.
- 4) Kvalita péče musí vycházet ze snahy zlepšit podmínky života pacienta a rodinného zázemí.
- 5) Pacient by měl mít právo spoluúčasti při rozhodování o léčebných postupech, stejně jako o nemocničním nebo domácím ošetřování. Dialog se zdravotníky by měl probíhat bez předsudků. Musí být zajištěná podpůrná léčba včetně terapie bolesti a paliativní péče. Má mít zajištěno právo na soukromí a nad důstojný průběh léčení. Má mít volnost v komunikaci a integraci. Vhodnou pomocí jsou např. dobrovolné charitativní organizace.
- 6) Rehabilitace po ukončené léčbě musí mít pro pacienty dostupná, aby pomohla dokončit léčení k obnově zdraví a emocionální pohody podporující kvalitu zdraví. Rehabilitace vyžaduje rovněž multidisciplinární přístup (fyzický, sociální, pracovní a psychický).
- 7) Optimální je možnost individuálního přístupu k rehabilitaci.

- 8) V rámci rehabilitačního období se nesmí opomenout výchova k prevenci vedlejších důsledků léčby a možnost rekonstrukčních chirurgických výkonů.
- 9) Při podpoře během rehabilitace vedle terapeutických týmů mohou sehrát důležitou úlohu dobrovolné charitativní organizace.
- 10) Vztahy mezi pacienty a zdravotníky se musí vyvíjet na základě vzájemného respektu a důvěry. Měly by být definovány na podkladě práv souvisejících s povinnostmi a odpovědností.
- 11) Lékař je vázán promoční přísahou o poskytování dostupné pomoci nemocným. Nemocný by měl svého lékaře respektovat a získat pocit důvěry. Každé zdravotnické zařízení má provozní řád. S tím by se měl nemocný seznámit a respektovat ho.
- 12) Vztahy mezi lékařem a pacientem se vyvíjejí během vzájemné komunikace a dialogu.
- 13) Pacient má mít právo svobodné volby lékaře a na maximálně dostupnou kvalitu péče. Má právo na plnou informaci o diagnóze, léčení a prognóze včetně práva tyto informace odmítnout. Má právo souhlasu i odmítnutí navrženého lékařského postupu. Je možná i účast členů rodiny pokud si to nemocný přeje. Má právo i na stížnost, která bude vyslyšena.
- 14) Přístup k informaci pacienta a jeho rodiny musí být takový, aby informace byla srozumitelná, omezila úzkost a zvýšila důvěru a spolupráci. Informace poskytují zdravotníci, ale lze je čerpat i ze zevních zdrojů (internet, časopisy, televize, patientské organizace).
- 15) Je nutná psychologická podpora nemocných, případně i jejich rodin.
- 16) Emocionální podporu mohou poskytnout ošetřující personál, psychologové, členové dobrovolných organizací nebo podpůrných skupin, bývalí pacienti, nádorové telefonní linky. V každém případě musí být přístup citlivý a se snahou zklidnit obavy pacienta.
- 17) U pokročilých stádií nemoci je potřebné umožnit *paliativní péči*. Smyslem této snahy je minimalizovat problémy a zlepšit stav nemocného a jeho rodiny v konci života.
- 18) Je potřeba volit individuální přístup při řešení situace. Pacient má právo volby místa zakončení života (nemocnice, hospic, domov).
- 19) Dokument ECL zdůrazňuje roli patientských a smíšených patientských a profesionálních dobrovolných organizací.

## Jak se vyhnout syndromu vyhoření?

- (1) **Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- (2) **Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybuje se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- (3) **Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- (4) **Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
- (5) **Dobry plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- (6) **Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- (7) **Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
- (8) **Hledejte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
- (9) **Hledejte věcnou podporou.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- (10) **Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.

- (11) **Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.
- (12) **V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- (13) **Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.
- (14) **Doplňujte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- (15) **Vyhledávejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- (16) **Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
- (17) **Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.

## **Příčiny a klasifikace nádorových onemocnění**

I když příčina vzniku zhoubných nádorů zůstává většinou hypotetická nebo dokonce neznámá, je v současné době známá celá řada faktorů, které se na vzniku zhoubných nádorů podílejí nebo ho dokonce zjevně způsobují. Látky, které takto působí, nazýváme karcinogeny. Obecně lze tyto vlivy rozdělit do dvou velkých skupin. Mezi vnitřní příčiny patří dědičnost, vlivy rasové, věkové, pohlavní, imunologické, hormonální a genetické. K zevním pak vlivy fyzikální, chemické a biologické.

### **Základní rozdělení nádorů**

- benigní – mají ohraničený růstový potenciál, zůstávají namístě svého vzniku, nemetastázuji. Často nemají větší negativní účinek na organismus.
- maligní – rostou zpravidla rychle, šíří se infiltračně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska-metastázy. Pokud se včas neléčí, způsobují smrt organismu. Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby:
  - a) růst expanzivní - charakteristický mechanickým útlakem okolí a pokračující atrofii okolních tkání. Roste tak většina nádorů benigních a různě dlouho některé nádory maligní,
  - b) růst infiltrační - při němž nádorové buňky vzrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení,
  - c) růst invazivní- agresivní, destruktivní je typický vzrůstáním nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny. Jde o typický růst zhoubného nádoru.
    1. podle růstu (invazivní, expanzivní, infiltrační)
    2. podle šíření (metastazování, místní růst)
    3. podle tkání, ze kterých vychází (např. fibróm, adenóm)

### **Šíření nádoru v organismu je možno dvojím způsobem:**

- a) pokračujícím místním růstem, který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla



- b) metastazováním, to znamená zakládáním vzdálených ložisek, při němž se nádorové buňky šíří lymfatickými cévami (metastázy lymfogenní), krevními cestami (metastázy hematogenní) nebo jinými preformovanými prostory (metastázy porogenní). Známe více než 250 různých druhů nádorů, každý s charakteristickou symptomatologií a specifickým léčebným přístupem.

## Typy nádorů

- 1) Mezenchymové nádory benigní – třídíme je dále na nádory vycházející z kolagenního vaziva (fibrom), z hlenového pojiva (myxom), z tukové tkáně (lipom), z chrupavky (chondrom), ze zbytků chorda dorzalis (chordom), ze synovie (synovialom), z cévy (angiom), z příčně pruhovaného svalstva (rabdomyom). Mezenchymové nádory maligní – třídíme obdobně. Obecně je nazýváme sarkomy s vhodnými přídatky vyjadřující bližší charakteristiku (např. fibrosarkom, chondrosarkom). Epitelové nádory benigní se dělí na dvě hlavní varianty. Papilom z povrchového epitelu a adenom ze žláзовého epitelu. Epitelové nádory maligní se nazývají karcinomy. Rozlišuje se řada variant podle stupně zralosti, to znamená podle stupně napodobení struktury původního orgánu. Vycházejí z epitelů entodermálního, ektodermálního a mezodermálního původu.
- 2) Neuroektodermové nádory lze rozčlenit na nádory periferní nervové soustavy a nádory CNS. Z periferních ektodermových nádorů se obvykle vyčleňuje nádor z melanocytů, které tvoří melaninový pigment. Benigní variantou je pigmentový nevus, zhoubnou maligní melanom.
- 3) Leukémie jsou nádory z krvetvorné tkáně kostní dřeně. Podle buněk, ze kterých vycházejí, dělí se na myeloidní a lymfatické, podle průběhu na akutní a chronické.
- 4) Lymfomy jsou nádory lymforetikulární tkáně, základní rozdělení je na Hodgkinův lymfogranulom a neHodgkinské lymfomy.
- 5) Nádory smíšené, germinální a teratom. Je to skupina nádorů, jejichž parenchym je složen ze dvou nebo více druhů tkání.
- 6) Choriokarcinom geneticky přísluší plodu, nikoliv nositelce, vzniká v embryonální části placenty.
- 7) Mezoteliom je odvozen ze tkání, které vystylá v časném období vývoje celomovou

dutinu, jež dává vznik pleurální, perikardiální a peritoneální dutině.

### **Klinická klasifikace zhoubných nádorů**

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury (buněčného typu), biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění. Účelem tohoto systému je:

- pomáhat při plánování léčby;
- umožňuje vyslovit prognózu onemocnění;
- pomáhat při vyhodnocování výsledků léčby;
- usnadňuje výměnu informací o výsledcích a způsobu léčení mezi pracovišti;
- pomáhat při výzkumu zhoubných nádorů;

Klasifikační systém UICC (Union International Contre le Cancer) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií:

T – rozsah primárního nádoru

N – stav regionálních mízních uzlin a v některých případech i uzlin juxtaregionálních

M – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikace stanovit, to znamená, že nebyla provedena předepsaná vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbolu X.

Možná hodnocení jsou:

T0 - primární nádor nezjištěn

T 1, 2, 3, 4 – udává velikost růstu a lokální šíření primárního nádoru

TX - nelze stanovit

N0 - nejsou metastázy

N 1, 2, 3 - definuje rozsah postižení regionálních lymfatických uzlin

NX – nelze stanovit

M0 – žádné vzdálené metastázy nebyly zjištěny

M 1 – vzdálené metastázy (lze upřesnit indexem orgánu, který je postižen např. EYE – do oka, BRA – do mozku,...)

## **Diagnostika nádorových onemocnění**

Včasná diagnóza zhoubných nádorů je obtížná ze dvou důvodů:

- 1) na začátku onemocnění nemá nemocný zpravidla žádné obtíže, které by ho nutily vyhledat lékařské vyšetření.
- 2) zhoubné onemocnění na začátku většinou nevyvolává laboratorní změny, podle kterých by se dalo určit. Stále ještě nemáme specifický test na zjištění nádorového onemocnění. Zhoubné onemocnění v pokročilém stadiu diagnostikujeme zpravidla bez problémů, jeho ovlivnění v této době je však velmi obtížné a většinou neúspěšné. Včasná diagnóza je pro vyléčení zhoubného nádoru nejdůležitější.

Diagnostické metody v onkologii pomáhají v:

- 1) určení diagnózy
- 2) určení stadia onemocnění (staging), to znamená zjištění rozsahu nádoru
- 3) zhodnocení úspěšnosti léčby
- 4) sledování nemocného a zjištění případného relapsu onemocnění
- 5) plánování radioterapie
- 6) zjištění komplikací onemocnění nebo jeho léčby
- 7) intervenčních léčebných zákrocích jako je například intraarteriální regionální chemoterapie.

## **Anamnéza**

Má velký význam pro včasné zjištění nádoru pro včasné zjištění nádoru. K anamnéze

musíme přistupovat velice citlivě a přitom důsledně, někteří nemocní ze strachu z nádorového onemocnění zlehčují nebo dokonce zatajují svoje obtíže. Jsou některá varovná zranění, která mohou, ale nemusí, patřit k prvním příznakům nádorového onemocnění:

- 1) nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin, hlavně z rodidel, konečníku a močového měchýře,
- 2) zduření nebo zatvrdnutí prsu, mokvání nebo deformace prsní bradavky, stahování kůže prsu, výtok z bradavky,
- 3) nehojící se rána nebo vřed na kůži a sliznicích,
- 4) zduření nebo zatvrdnutí v kůži nebo pod kůží, zduření žláz na krku, podpaží nebo v tříslech,
- 5) změny bradavic nebo mateřských znamének,
- 6) přetrvávající obtíže polykací, žaludeční nebo střevní,
- 7) přetrvávající dráždivý kašel, krvavá expektorace, trvajících chrapot.

### **Celkové vyšetření**

Při vyhledávání časných stádií zhoubných nádorů musí lékař podrobně vyšetřit nemocného, zvláště pak se zaměřuje:

- 1) krk a dutinu ústní
- 2) prsy u žen
- 3) kůži a lymfatické uzliny po celém těle
- 4) digitální vyšetření konečníku a prostaty

Dále je nutné provést gynekologické vyšetření a odebrání nátěru na cytologii, odebrání stolice na okultní krvácení, rentgen srdce a plic, krevní obraz a vyšetření moče.

### **Laboratorní vyšetření**

Má velký význam v diagnostice maligních nádorů, pro stanovení rozsahu choroby a pro zhodnocení celkového stavu nemocného. Laboratorní vyšetření umožňují:

- 20) vyhledávat nepoznané nádory v populaci (screening)
- 21) upřesňovat diagnózu a rozsah choroby

22) sledovat nežádoucí účinky a výsledky léčby

### **Hematologické vyšetření**

Poruchy v krevním obraze jsou způsobeny buď vlastním nádorovým onemocněním, nebo vznikají jako projevy onkologické léčby. Nejčastěji vyšetřujeme počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu, bunečnosti kostní dřeně, charakter krvinek, zastoupení jednotlivých buněčných linií. O stavu bílýchrvinek v periferní krvi se informujeme vyšetřením diferenčního obrazu, počtu a morfologie leukocytů. K nespecifickému vyšetření patří vyšetření rychlosti sedimentace červenýchrvinek. Zrychlenou sedimentaci nacházíme u řady maligních nádorů, ale na druhé straně mohou být hodnoty sedimentace ve fyziologických mezích až u 10% pokročilých nádorů.

### **Biochemické vyšetření**

Specifický test pro rozpoznání zhoubného onemocnění zatím neexistuje. Někdy však můžeme využít biochemické vyšetření k upřesnění diagnózy a často sledovat průběh léčby včetně jejích nežádoucích účinků. Onkofetální produkty jsou biologické materiály, které prokazujeme imunologickými metodami a které se nacházejí v embryonální, fetální, placentární a především nádorové tkáni a zpravidla chybí v tkáni normální. Mnoho onkofetálních antigenů je umístěno na membráně nádorových buněk. Mezi onkofetální antigeny řadíme především karcino - embryonální antigen (CEA) a alfa 1 fetoprotein (AFT).

### **Mikroskopické vyšetření biologického materiálu**

Cytologické vyšetření – vyšetřují se buňky z pochvy a čípku děložního, ze sputa, z trávicího ústrojí, z výpotků v dutině pohrudniční, z tekutiny v dutině břišní. Dále vyšetřujeme sternální punktát z lopaty kosti kyčelní a mozkomíšní mok získaný lumbální punkcí. Získaný materiál se nanese na podložní sklíčko a dále se fixuje a barví.

Odběr materiálu na histologické vyšetření. Odebírá se buď část podezřelého nádoru, nebo při menší velikosti celý útvar. Materiál může být zpracován rychlým způsobem (zmrazením), takže výsledek vyšetření máme během několika minut po excizi. Jde o rychlé intraoperační histologické vyšetření, které může být cennou informací pro operátora, ale není tak spolehlivé, jako histologické vyšetření z parafínových řezů. Toto podrobné vyšetření provádíme v každém případě.

## **Endoskopické vyšetření**

Jde o přímé vyšetřování dutých systémů těla pomocí speciální techniky. Rozvoj endoskopických metod znamená velký přínos v diagnostice zhoubných nádorů, zvláště jejich časných stádií. K vyšetřování se používají buď pevné kovové tubusy nebo ohebné konduktory fibroskopicky s vláknovou optikou. Při endoskopii můžeme získat materiál na vyšetření, hlavně cytologické. Někdy je možné provést i menší operační výkon, například excise papilomu v zažívacím traktu a podobně. Je možné fotografické dokumentování nálezů. Endoskopie slouží nejen jako cenná diagnostická metoda, ale také jí využíváme ke zjištění efektu prováděné léčby.

Mezi hlavní endoskopická vyšetření patří:

- laryngoskopie (vyšetření hrtanu);
- bronchoskopie (vyšetření průduškového stromu);
- esofagoskopie (vyšetření jícnu);
- gastroduodenoskopie (vyšetření žaludku a dvanácterníku);
- rektoskopie (vyšetření konečníku);
- kolonoskopie (vyšetření tlustého střeva);
- laparoskopie (vyšetření dutiny břišní);
- cystoskopie (vyšetření močového měchýře);

a mnoho dalších. Všechny tyto vyšetřovací metody slouží k přímému pozorování uvedených oblastí. Můžeme pozorovat změnu povrchu sliznice, změny pohyblivosti stěny orgánů.

## **Radiologická vyšetření**

Má pro diagnostiku nádorů velký význam. Můžeme prokázat přítomnost nádorů, jeho uložení, velikost, rozšíření do okolí, dále krevní zásobení nádoru, postižení lymfatického systému atd. Rentgenové vyšetření má také velký význam pro plánování léčby zářením.

Základním zůstává nativní vyšetření rentgenem. Prosté snímky se uplatňují zejména v diagnostice kostních nádorů, nádorů plic a mediastina. Podrobnější vyšetření skýtá tzv. prostá tomografie (vrstvé snímky), která je postupně nahrazovaná výpočtovou tomografií (komputerová tomografie – CT).

Mezi speciální rtg vyšetření patří diagnostické rtg postupy používající kontrastní látky, podávané v průběhu vyšetření – ať přirozenými cestami (vyšetření jícnu, žaludku, tenkého či tlustého střeva, znázornění plicních bronchů, či močového měchýře, žlučníku atd.) nebo vstříknutím do cévního řečiště (veno – či angiografie) anebo do mízního systému (znázornění mízních cest a uzlin lymfografie). Značný pokrok v radiodiagnostice znamená použití komputerové tomografie (CT) znázorňující jen několik milimetrů silné vrstvy vyšetřované tkáně a umožňující odlišit rozdílné sytosti tkání v zachycených orgánech.

Tomografie magnetickou nukleární rezonancí (MNR). Využitím MNR lze nejen tomograficky zobrazit tělesné vrstvy, ale nahlédnout i do jejich biochemické struktury.

Termografie ukazuje teplotní rozdíly povrchu těla v závislosti na odlišných teplotách patologicky změněných tkání v hloubce. Může se provádět registrací infračerveného záření pomocí termovizní kamery nebo využitím tzn. kapalných krystalů. Termografie se uplatňuje při vyšetřování zánětů, poruch prokrvení a v onkologii při zjišťování nádorů (vzhledem k vyššímu metabolismu mají vyšší teplotu.).

### **Ultrazvuk (echografie)**

Jde o akustické vlnění s vysokým kmitočtem, takže je lidský zvukový orgán nevnímá. Principem je zachycení a grafické znázornění ultrazvukových rozdílů, vyplývajících z rozdílné hustoty vyšetřovaných tkání. Vyšetření nepředstavuje zátěž pro nemocného a je rychlé a dostupné. Může nahradit některá rentgenová vyšetření a pomáhá jak při stanovení onkologické diagnózy tak při kontrole léčebných výsledků.

## Radionuklidová diagnostika

Metodami nukleární medicíny můžeme sledovat:

- 1) funkci orgánů – funkční vyšetření
- 2) zobrazení orgánů (tzv. scintigrafie, gamagrafie)

Vlastní princip zobrazení spočívá v tom, že orgán vychytá příslušné radiofarmakum, jehož záření se pak detekuje a převádí na grafický záznam.

Scintigrafie umožňuje získat informaci o tvaru, velikosti, uložení a případně patologické změny vyšetřovaného orgánu. Metodu lze použít pro vyhledávání, lokalizaci a diagnostiku nádorů. Zobrazovací metody můžeme využít při vyšetřování mozku, štítné žlázy, plic, jater, sleziny, pankreatu, ledvin, kostí, prsu.

Radioimunoanalýza (RIA) slouží ke stanovení hodnot hormonů, zvláště těch, které jsou běžnými biologickými metodami obtížně prokazatelné. Pro onkologii má význam stanovení choriongonadotropního hormonu (HCG) a dále onkofetálních antigenů (alfa 1 fetoprotein, karcinoembryonální antigen).

## Klinický obraz nádorových onemocnění

Obtíže, které mohou signalizovat vznikající rakovinu

Úvodem musíme zdůraznit, že neexistují pro rakovinu specifické subjektivní obtíže. Přesto zvýšená přetrvávající únavnost, malátnost, nechutenství, nechtěné hubnutí, dušnost, kašel, poruchy močení, střídavé průjmy, trvale zvýšené teploty nad 37 °C, horečka objevující se v opakovaných vlnách. Bolest u počínajících nádorových procesů nebývá. Pozornost bychom měli věnovat prohlížení kůže, především tmavnoucím a krvácejícím tzv. mateřským znamením, přítomnost krve v moči, ve stolici nebo ve vykašlávaném hlenu, u žen krvácení mimo menstruační cyklus nebo trvalému výtoku z rodidel nebo prsu.

Poruchy vidění, závratě a stupňující se bolesti hlavy, podobně jako hmatné bulky v prsu, na krku, v podpaží, v tříselech nebo na varlatech.



## **Protinádorová léčba [2]**

Na začátku léčebného procesu je většinou stanoven cíl léčby. Protinádorová léčba velmi často kombinuje několik léčebných metod, jedná se o léčbu komplexní. Většina onkologických a hematologických pracovišť používá pro jednotlivé diagnózy léčebné protokoly, které jsou vytvořeny na podkladě výsledků klinických studií. V některých případech je však nutné vytvořit individuální léčebný plán (vzácná onemocnění, léčba návratu nádorového onemocnění, neúčinnost úvodní léčby, přidružené choroby pacienta, které nedovolují podat agresivní terapii).

Typy protinádorové léčby podle cíle

Z hlediska předpokládaného cíle, kterého je možno dosáhnout, rozlišujeme léčbu: kurativní, adjuvantní, neadjuvantní a paliativní.

### **Kurativní léčba**

Její cílem je úplné vyléčení nádoru, léčba může být agresivnější, a to i za cenu dočasných nebo trvalých následků. Zpravidla se používá kombinace více léčebných metod. Příkladem může být kombinace chemoterapie a ozařování do vysoké kurativní dávky při zhoubném nádoru jazyka.

### **Adjuvantní léčba**

Adjuvantní léčba znamená léčbu zajišťovací. Provádí se po radikální lokální léčbě (chirurgické léčbě či ozařování) u nemocných bez známek metastáz nádoru. Podává se v případech, kdy je zvýšené riziko, že se nádor z primárního ložiska může šířit do jiných orgánů a tkání a založit zde mikrometastázy. Cílem je tyto mikrometastázy léčbou zničit dříve, než se zvětší. V adjuvantní léčbě se užívá radioterapie a medikamentózní léčba, nebo kombinace obou těchto způsobů. Příkladem může být aplikace chemoterapie a ozařování po chirurgickém odstranění nádoru prsu a spádových mízních uzlin.

## **Neadjuvantní léčba**

Podává se před plánovanou chirurgickou léčbou nebo před radioterapií. Cílem je zmenšení nádoru tak, aby byla operace usnadněna nebo umožněna (pokud je nádor neoperovatelný) nebo aby bylo možné nádor ozářit do vysoké dávky se sníženým rizikem poškození okolních zdravých tkání. Současně je cílem i snížení rizika, že se během operace uvolní nádorové buňky a rozšíří se do jiných tkání nebo orgánů.

Příkladem může být aplikace chemoterapie před chirurgickým odstraněním rozsáhlého nádoru (sarkomu) končetiny, aplikace chemoterapie s ozářením před operací nádoru konečníku, aplikace hormonální léčby několik měsíců před plánovaným ozářením prostaty.

## **Paliativní léčba**

Jejím cílem není úplné vyléčení nádoru, ale především zlepšení kvality života a jeho prodloužení.

Typy protinádorové léčby podle léčebné metody

Z hlediska použití léčebného přístupu dělíme léčbu na lokální (touto léčbou ovlivníme jen postižený orgán, popřípadě jeho blízké okolí a mízní uzliny) a systémovou (touto léčbou jsme schopni ovlivnit i onemocnění rozšířené na více, někdy i velmi vzdálených místech těla). Do léčby lokální řadíme chirurgii, ozařování (radioterapii čili aktinoterapii) a invazivní radiologické metody (např. radiofrekvenční ablaci). Do léčby systémové patří chemoterapie, hormonální léčba, biologická léčba, léčba radioizotopy.

## **Léčba chirurgická**

Pod tímto pojmem se rozumí chirurgické odstranění nádorové tkáně z těla. Zůstává hlavní léčbou pro mnoho typů nádorů a některé nádory je možno vyléčit samotným chirurgickým odstraněním. Chirurgicky je možné rovněž ověřit diagnózu (biopsií – odběrem vzorku tkáně), určit rozsah postižení (tzv. staging), odstranit projevy spojené s nádorem (např. operace neprůchodnosti střev nebo žlučových cest, odstranění nádoru z páteřního kanálu s cílem zabránit ochrnutí) nebo zmírnit bolest (např. přerušování nervového zásobení nádorem postiženého orgánu u nádoru břišní slinivky).

Vedlejší účinky chirurgické léčby:

Chirurgická léčba jakékoliv části zažívacího traktu (např. žaludku nebo střeva) může vést ke ztrátě chuti k jídlu. Po operaci v oblasti hlavy a krku se mohou objevit obtíže při polykání, žvýkání a mluvení. Krvácení při a po chirurgickém zákroku může vést k chudokrevnosti. Bolest po chirurgickém zákroku trvající několik dní je obvyklá, u některých nemocných může přetrvávat i delší dobu v důsledku poškození nervů.

### **Léčba zářením – radioterapie neboli aktinoterapie**

Radioterapie používá energii záření ke zničení nádorových buněk. Je to metoda, která využívá zvýšené citlivosti nádorových buněk k ionizujícímu záření. Cílem ozařování bývá odstranění nádorových buněk v místě ozáření, zmenšení nádoru před chirurgickým odstraněním, zabránění recidivy nádoru po chirurgickém zákroku nebo zmenšení bolesti (paliativní účinek radioterapie).

Omezením pro dávku záření je blízkost zdravých tkání citlivých k ionizujícímu záření (například mícha, střevní kličky, mozkový kmen). Pokud velmi blízko nádoru rizikový orgán, jehož tolerance k zářením vyléčit a je nutné zvolit jiný typ léčby. Moderní ozařovací techniky však často dovolují významně chránit zdravé tkáně v okolí nádoru a tím zvýšit bezpečnost radioterapie. Většinou je ozařován samotný nádor s lemem, u rizikovějších nádorů bývá vzata také oblast nejbližších (spádových) mízních uzlin. Přesné naplánování léčby je složitý proces, kterého se účastní lékaři, fyzici a radiologičtí asistenti. Pro plánování je většinou nutné provést vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT) v ozařovací poloze.

Konečný efekt a úspěch ozařování však bývá hodnotitelný až s určitým časovým odstupem po ukončení léčby, neboť efekt záření na nádorové buňky pokračuje i po skončení radioterapie (nádory prostaty, nádory plic, nádory děložního čípku, lymfomy atd.).

Ozáření je možné podat dvěma způsoby: zevně a vnitřně.

Při zevním ozařování přístroj ozařuje nádor zvenku, je mimo tělo. Pacient leží v přesně určené a fixované poloze na ozařovacím stole a hlavice ozařovacího přístroje se otáčí kolem stolu. Většinou není možné podat dostatečnou dávku záření najednou a léčba se podává v několika sezeních (frakcích). Zpravidla se užívá aplikace ozáření 1x denně ve všední dny, počet dávek záření se pohybuje dle typu nádoru, rozsahu onemocnění a léčebného záměru mezi 10 až 40 frakcemi. Přesný počet ozáření stanoví ošetřující radiační onkolog. Vlastní ozařování trvá 5 -30 minut a je nebolestivé.

Brachyterapie užívá zavádění zářiče přímo do postiženého orgánu či tělesných dutin. Využívá se blízkosti ozařovaného místa ke zdroji záření. V současnosti se připraví vodič, kterým je následně zářič automaticky dopraven do požadované oblasti.

Brachyterapie se nejčastěji používá k léčbě nádorů děložního krčku nebo těla, většinou v kombinaci se zevním ozářením pánve. Brachyterapii je možné použít i v léčbě dalších nádorů (např. nádorové zúžení průdušnice nebo průdušky, nádorové zúžení žlučových cest) nebo je možné pomocí brachyterapie zvýšit dávku záření na oblast pooperačního lůžka nádoru (nádory prsu, sarkomy končetin). Brachyterapie se aplikuje v jedné či několika frakcích. Někdy se brachyterapie aplikuje formou radioaktivních zrn, která trvale zůstávají v nádorové tkáni a postupně nádor ozařují (permanentní zrna radioaktivního Au v léčbě nádorů prostaty). Jako zdroj záření se při brachyterapii používá celá řada radioizotopů (např. cesium, iridium).  
Vedlejší účinky radioterapie:

Ozařování ničí zdravé buňky v místech ozáření a způsobuje vedlejší účinky. Nežádoucí účinky radioterapie jsou celkové a místní (jsou dány oblastí, která je ozařována). Dle časového výskytu dělíme nežádoucí účinky na akutní a pozdní.

K celkovým nežádoucím účinkům patří únava, ospalost, větší unavitelnost, menší fyzická výkonnost, nechutenství, nevolnost, zvracení, změny v krevním obraze (snížení počtu krevních buněk).

K místním nežádoucím účinkům patří otok, zčervenání nebo podráždění kůže v ozařované oblasti, ztráta vlasů v ozařované oblasti, obtíže s dýcháním – suchý dráždivý kašel, zkrácení dechu nebo bolesti na hrudníku, polykací obtíže a chrapot, afty a povlaky v ústech (při ozařování v oblasti ústní dutiny) a problémy se zažíváním – průjem, bolesti břicha, bolesti a křeče v konečníku, nucení na močení. Vnitřní radioterapie může způsobit krvácení, infekci nebo podráždění v místě po odstranění zářiče.

Akutní komplikace vznikají během ozařování, či pár dní až týdnů po skončení záření. Tyto komplikace většinou vymizí do několika týdnů po skončení ozařování.

Pozdní komplikace vznikají několik měsíců až let po radioterapii, jsou zapříčiněny postupem poškození okolních, pomalu reagujících zdravých tkání – dochází k atrofii tkáně, vazivové přeměně, poškození cév. Mohou se vyvinout nezávisle na akutních nežádoucích účincích. K pozdním komplikacím patří poškození tenkého a tlustého střeva, neplodnost po ozáření pánve, poruchy pasáže nebo krvácení do stolice po ozáření břicha, krvácení do moči a snížená kapacita močového měchýře po ozáření pánve, plicní fibrosa (jizvení plicní tkáně), poškození nervových zakončení a míchy, poškození štítné žlázy. Vzácně vznik druhotného zhoubného nádoru, poškození srdce po ozáření hrudníku.

## Chemoterapie

Při chemoterapii se užívají látky (cytostatika), které ničí nádorové a do jisté míry i některé zdravé buňky. Využívá se zvýšené citlivosti buněk nádoru k cytostatikům. Tyto látky zasahují do procesu růstu nádorových buněk a způsobují jejich smrt či zástavu dělení. V klinické praxi je užívána celá řada cytostatik, většinou se užívá několik různě působících cytostatik v jednom léčebném schématu.

Cílem chemoterapie je zmenšit nebo odstranit nádor, udržet nádor, aby nedošlo k jeho růstu, zničit nádorové buňky, které se šíří do ostatních částí těla nebo odstranit příznaky nádoru. Chemoterapeutický režim obvykle obsahuje určitý předem určený počet cyklů, které se opakují v určitých intervalech (většinou po 14 – 28 dnech, popř. 1x týdně). Některé léky se však mohou podávat denně několik dnů či týdnů za sebou. Existují různé druhy chemoterapie dle způsobu podání.

### Systémová chemoterapie

Systémová chemoterapie se dostává do krevního oběhu a působí většinou celotělově. Podle způsobu aplikace jí dělíme na perorální a parenterální chemoterapii.

#### Perorální forma (užívaná ústy, např. tablety)

Používá se u cytostatik, která nedráždí sliznici trávicího traktu, jejichž účinnost není ovlivněna působením trávení a které se z trávicího ústrojí dobře vstřebávají. Výhodou je jejich pohodlná aplikace bez nutnosti zavedení kanyly do žíly. Nevýhodou pro pacienta bývá často velké množství podávaných tablet a možné nepříjemné účinky na zažívání. Trávicí pochody mohou ovlivnit míru vstřebávání cytostatik a tím i hladinu léku v organismu.

#### Parenterální aplikace

Intravenózní (nitrožilní) aplikace roztoku je nejčastější typ podávání chemoterapie. Výhodou je dosažení potřebné koncentrace cytostatika v krvi. Nevýhodou je, že může způsobit místní zánět žíly nebo může dojít k aplikaci cytostatika mimo žílu s poškozením měkkých tkání.

Intravenózní chemoterapie se většinou podává opakovaně v několika cyklech. Při opakovaném podání cytostatik do periferní žíly dochází často k jejímu zánětu nebo k ucpání (trombóze). Proto se některým pacientům zavádí centrální žilní katétr přímo do podklíčkové žíly. Centrální žilní katétr je nutné pravidelně proplachovat protisrážlivým lékem heparin, aby

nedošlo k jeho uzávěru. K omezení rizika infekce katétru se používá centrální žilní katétr, který je protáhnut podkožím až do podklíčkové žíly.

Jiným možným způsobem aplikace do centrálního řečiště je zavedení aplikační komůrky – tzv. portu. Komůrka je vyrobená z titanu nebo z plastu a je uzavřena silikonovou membránou. Je voperována pod kůži v oblasti podklíčku, tím je znesnadněna možnost infekce portu. Do portu se chemoterapie aplikuje pouze pomocí speciálních zahnutých jehel. Také port se musí pravidelně proplachovat heparinem, aby nedošlo k jeho ucpaní.

Podání léku do svalu neboli nitrosvalové (intramuskulární) podání cytostatik je možné jen u látek, které lokálně nedráždí.

Podání léku do podkoží neboli podkožní (subkutánní) podání cytostatik není časté, ale je možné.

### Regionální chemoterapie

Jedná se o metodu, kdy se lék podává do jedné oblasti těla. Jejím cílem je zajistit vyšší koncentraci cytostatika v oblasti zhoubného nádoru, a tím dosáhnout výraznější léčebné odpovědi při omezené celkové toxicitě léku.

### Intrakavitární chemoterapie

Cytostatikum se podává přímo do dutiny (kavity):

Podává se například do dutiny břišní (intraperitoneální chemoterapie – např. při karcinomu vaječnicků, do pleurální dutiny (intrapleurální chemoterapie – při mezoteliomu a výpotcích způsobených infiltrací nádorem – při nádoru vaječnicků, nádoru prsu atd.).

Může se podávat také do páteřního kanálu – intratékálně (aplikace chemoterapie do páteřního kanálu při postižení mozkových plen nebo mozku při akutní lymfoblastické leukemii, postižení lymfomem).

### Intraarteriální chemoterapie

Účinný lék se aplikuje do tepny, která zhoubný nádor zásobuje. Někdy je tento přístup využíván v léčbě nádorů končetin nebo při metastatickém postižení jater.

### Lokální chemoterapie

#### Zevní aplikace

Cytostatikum ve formě masti se podává ojedinele.

### Intraluminální aplikace

Do dutin orgánů (například do močového měchýře při léčbě neinfiltrujícího papilokarcinomu) je další možností lokální aplikace cytostatik.

### Intratumorózní podání

Tímto pojmem se rozumí podání cytostatik přímo do nádoru, podává se ojedinelé.

### Vedlejší účinky chemoterapie

Chemoterapie kromě nádorových buněk může současně ničit i buňky zdravé. To následně vede k vedlejším účinkům: pocitu na zvracení (nausee), zvracení a únavě. V závislosti na typu léku se u některých nemocných může objevit brnění nebo snížená citlivost v horních a dolních končetinách, ztráta vlasů, průjem a afty v dutině ústní. Může se též objevit vliv na reprodukční orgány – vymizení či nepravidelnost menstruačního cyklu, snížení libida. Většina cytostatik také ničí krvetvorné buňky, čímž se zvyšuje riziko infekce při nízkém počtu bílých krvinek, objevuje se chudokrevnost při nízkém počtu červených krvinek a podkožní nebo slizniční krvácení při nízkém počtu krevních destiček.

Většina vedlejších účinků vymizí po ukončení léčby. Výskyt vedlejších účinků není závislý na tom, zda je nebo není lék účinný na nádor. Možné nežádoucí účinky se liší dle jednotlivých druhů cytostatik.

V průběhu léčby nemocný může ztratit chuť k jídlu nebo se u něj vyvine odpor vůči některým potravinám a pokrmům. Část vedlejších účinků je možné upravit pouhými dietními opatřeními. Je proto velmi vhodná spolupráce lékaře a pacienta s nutričním terapeutem (dříve dietní sestrou), který pomůže s úpravou stravovacího režimu, výběrem vhodných pokrmů a doplňků výživy. V současnosti také existují účinné léky, které pomáhají snížit vedlejší účinky způsobené chemoterapií (zvracení, průjem, nechutenství).

### **Hormonální léčba**

Některé typy nádorů mohou růst a šířit se pouze v přítomnosti hormonů. Hormony jsou produkty žláz s vnitřní sekrecí nebo tkání a jsou vylučované přímo do krevního oběhu. Mají většinou bílkovinnou povahu. Mají specifický účinek a působí cíleně na určité tkáně. Hormonální léčba může snižovat tvorbu určitého specifického hormonu v těle a tím omezuje růst nádoru, který je na tomto hormonu závislý. Jiným mechanismem fungují další formy hormonální terapie, tzv. antihormony. Tyto látky mají podobné složení jako přirozený

hormon, soupeří s ním o místo v nádorové buňce, váží se však na nádorovou buňku daleko lépe. Místo toho, aby navázáním spustily a podpořily růst a dělení nádorových buněk, nemají antihormony žádnou biologickou aktivitu a brání tak dalšímu dělení nádorové buňky (např. antiandrogeny blokují vazebná místa pro testosteron v nádorových buňkách prostaty). Hormonální léčba se používá nejčastěji v léčbě nádorů prostaty, prsu a reprodukčního systému (těla dělohy).

#### Vedlejší účinky hormonální terapie

Hormonální léčba zvyšuje množství tuku a snižuje svalovou hmotu v organismu, mění způsob látkové přeměny a může vést k nárůstu hmotnosti. Může vést k projevům tzv. přechodu (návaly horka, deprese, snížení libida) nejen u žen, ale i u mužů. Někdy dochází ke zvýšení hodnot jaterních testů, větší pohotovosti ke srážení krve a zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění. Antiandrogeny mohou vést ke zvětšování bolestivosti prsních bradavek. Možné nežádoucí účinky se liší podle jednotlivých preparátů. Vedlejší účinky většinou po ukončení léčby vymizí.

#### **Biologická léčba**

Biologická léčba využívá poznatků o specifických dějích přímo v nádorové buňce. Obecně má méně nežádoucích účinků než klasická chemoterapie. Patří sem – imunoterapie, cílená léčba, radioimunoterapie, vakcinace protinádorovými vakcínami a antiangiogenní léčba.

Imunoterapie stimuluje imunitní mechanismy v organismu k boji proti nádoru (interferon v léčbě nádoru ledvin, maligního melanomu a lymfomů, interleukiny v léčbě maligního melanomu).

K cílené léčbě patří léčba monoklonálními protilátkami. Monoklonální protilátky jsou laboratorně připravené bílkoviny – protilátky, které po podání do organismu nemocného vyhledávají nádorové buňky a naváží se na jejich povrch. Po navázání na nádorovou buňku brání jejímu růstu a dělení a pomáhají ji zničit. Monoklonální protilátky je možné použít samostatně nebo v kombinaci s jiným typem léčby – např. S chemoterapií nebo k přenosu radioaktivního materiálu k nádorovým buňkám (radioimunoterapie).



Protinádorové vakcíny jsou jiným typem specifické biologické léčby. Na rozdíl od vakcín, které zabraňují infekcím, protinádorové vakcíny stimulují imunitní systém nemocného k rozpoznání nádorové buňky a k jejímu zničení. Protinádorové vakcíny mohou být specifické a nespecifické. U specifických vakcín odeberou lékaři část nádorových buněk, aby připravili individuální vakcínu. Zatím je tento postup experimentální a není používán a ověřen v běžné klinické praxi. Nespecifické vakcíny stimulují imunitní systém celkově.

Bez tvorby nových cév v nádoru není možný další růst nádoru a je též znesnadněno zakládání vzdálených ložisek (metastazování). Tento pochod se nazývá angiogenesa. Některé léky mohou blokovat látku, která působí na tvorbu nových cév (antiangiogenní léky). Tyto léky se již používají v běžné klinické praxi, např. v léčbě nádorů tlustého střeva.

#### Vedlejší účinky biologické léčby

K vedlejším účinkům imunoterapie patří chřipkové příznaky, jako např. nachlazení, pocit na zvracení a teplota. Nežádoucí účinky po léčbě monoklonálními protilátkami jsou: pocit na zvracení, zvracení, svalové křeče, zčervenání kůže, kožní vyrážka podobná akné nebo průjem. U antiangiogenní léčby může též docházet ke zvýšení tlaku a poruchám regenerace poškozených tkání.

#### **Genová léčba**

Tato léčba se používá k opravě nebo náhradě genetického materiálu v nádorových buňkách. Tento typ léčby zatím patří mezi experimentální přístupy.

#### **Nežádoucí účinky protinádorové léčby a jejich možné ovlivnění**

##### Vedlejší účinky léčby na gastrointestinální (trávicí) trakt

Chemoterapie i radioterapie mohou být komplikovány vedlejšími účinky ovlivňujícími zažívání. Objevuje se ztráta chuti k jídlu, pocit na zvracení (nauzea), zvracení, afty v dutině ústní a bolesti v ústech (mukositida), někdy s následnou nasedající kvasinkovou infekcí v ústech (moučnivka), suchost dutiny ústní, obtíže při žvýkání a polykání jídla, změny chuťových a čichových vjemů jídla, průjem, zácpa, bolesti, únava, deprese.

I když nemocní necítí potřebu se najíst, je důležité si zapamatovat, že dobrá výživa a udržení hmotnosti jsou důležitou součástí celkové protinádorové léčby. V průběhu protinádorové léčby se většinou důrazně nedoporučuje snižování váhy ani u pacientů

s nadváhou (výjimku tvoří např. Velmi obézní pacienti před onkologickou operací či před plánovanou radioterapií, nosnost ozařovacího stolu je maximálně 150 kg).

Dostatečný příjem stravy pomáhá pacientům lépe se fyzicky i psychicky vyrovnat s účinky nádoru a protinádorovou léčbou, nedochází k odbourávání bílkovin organismu a tím se nezhoršuje činnost imunitního systému a regenerace. Hubnutí bývá vždy spojené se ztrátou svalové hmoty. Výrazné hubnutí může vést k oslabení funkce dýchacích svalů a vyššímu riziku vzniku zánětu plic, může dojít k poklesu protilátek v krvi a většímu riziku vzniku infekce.

### Léčba

Pokud je to možné, prvním krokem v léčbě vedlejších účinků ovlivňujících příjem stravy je léčba základní příčiny. Léčba aft v dutině ústní, bolestí nebo deprese pomáhá chuť k jídlu zlepšit.

Další možností léčby je podávání léků, které zvyšují chuť k jídlu, léků, které pomáhají průchodu jídla ve střevech, doplňkové nutriční nápoje a dietetika nebo výživa sondou (nasogastrickou – zavedenou nosem do žaludku nebo nasojejunální – zavedenou nosem do tenkého střeva). U předpokládané vysoce toxické léčby ovlivňující příjem potravy (chemoradioterapie nádorů hlavy a krku) nebo u předpokládaných obtíží v pasáži zažívacím traktem (neoperovatelný nádor jícnu) může být indikováno vytvoření vstupu do žaludku ještě před objevením obtíží (PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie).

### **Ztráta chuti k jídlu**

Ztráta chuti k jídlu je častá v důsledku působení samotného nádoru nebo léčby nádoru. Nemocní se sníženou chutí k jídlu nebo při úplné ztrátě chuti k jídlu jedí méně než obvykle, protože necítí vůbec hlad nebo se cítí najedení již po několika soustech. Tyto komplikace mohou vést k hubnutí, podvýživě a ztrátě svalové hmoty a celkové síly. Kombinace ztráty váhy a svalové hmoty se nazývá chřadnutí a vede ke kachexii (tělesné sešlosti).

### Příčiny

.. Ztráta chuti k jídlu je u lidí s nádorem obvyklá. Určité typy nádorů způsobují ztrátu chuti tím, že ovlivňují metabolismus člověka – např. nádory vaječnicků, slinivky břišní, žaludku.

Úbytek hmotnosti v důsledku nádoru není stejný jako hubnutí v důsledku cílného omezování energie ze stravy a ani samotný příjem dostatečného množství stravy nevyřeší problém ztráty svalové hmoty. Ztráta chuti k jídlu se vyskytuje u 80 – 90 % nemocných s pokročilým nádorem v důsledku změn v metabolismu, časného pocitu plnosti při výpotku v břiše (ascitu) a při jiných příznacích nádorů.

Ostatní příčiny ztráty chuti k jídlu zahrnují účinek chemoterapie, imunoterapie, tlumící vliv sedativ (léků, které vedou k uklidnění a k navození spánku), radioterapie nebo chirurgické léčby jakékoliv části trávicího traktu, jako je žaludek nebo střevo.

### Léčba

Jako nejúčinnější lék pro povzbuzení chuti k jídlu povolený na území ČR se v posledních letech osvědčil megestrol acetát (Megace). Jde o hormonální lék, který se používá v paliativní léčbě karcinomu děložního těla a k léčbě nechutenství a kachexie (celkové sešlosti) při ostatních zhoubných nádorech. Mechanismus, kterým ovlivňuje nechutenství, není objasněn.

### **nauzea (pocit na zvracení) a zvracení**

Mírná nauzea a zvracení jsou nepříjemné, ale obvykle nezpůsobují závažné problémy. Opakující se časté zvracení může způsobit dehydrataci (odvodnění organismu), poruchu rovnováhy minerálů v těle, ztrátu hmotnosti, depresi a odmítnutí další léčby.

Příčiny nauzey a zvracení jsou například podání určitého druhu chemoterapie, celotělové ozáření, ozáření mozku, břicha a pánve. Dalšími příčinami může být postižení mozku nádorem, blok v průchodnosti střeva, minerálová porucha, urémie (zvýšené hodnoty urey a kreatininu v důsledku poruchy funkce ledvin a hromadění toxických látek v organismu) podání léků, které snižují střevní peristaltiku (například opiáty).

Psychogenně podmíněné zvracení se může vyskytnout u lidí, kteří při předchozí chemoterapii zvraceli a musí nastoupit na chemoterapii další. Akutní zvracení se může objevit do 24 hodin po podání cytostatik. Opožděné zvracení se vyskytuje 2 nebo 3 dny po podané léčbě. Zvracení a nauzea po radioterapii se většinou objeví s odstupem několika hodin po ozáření.

### Léčba

Nejdříve musí být zjištěna příčina obtíží. Pokud jsou zvracení a nauzea následkem léčby, léčíme je účinnými léky proti zvracení. Léky na potlačení těchto obtíží se používají i preventivně jako součást některých chemoterapeutických schémat. I po skončení chemoterapie a radioterapie se může objevit zvracení a nauzea, proto bývá pacient na doma vybaven silnými léky proti zvracení, které se užívají ve formě tablet či čípků.

### **Změna vnímání chuti jídla (dysgeusie)**

V tomto případě jde o změnu ve smyslovém vnímání chuti jídla. Často se stává, že vnímání sladkého, slaného, hořkého a kyselého se liší od normálu. Jídla mohou chutnat jinak než obvykle nebo jejich chuť zmizí úplně. Při protinádorové léčbě mohou být intenzivněji a nepříjemně vnímány hlavně pocity hořké chuti, udává se také pocit kovové pachuti v ústech. Sníženo bývá naopak vnímání sladké chuti, proto je výhodou preferovat během léčby sladká jídla. Někteří lidé vnímají maso jako hořké nebo bez chuti (chutná jako piliny nebo lepenka) nebo se objeví přímo odpor k masu. Stává se také, že potravina chutná kovově, může se vyvinout odpor ke kávě. Přes toto všechno je důležité nepřestat jíst, protože změna chuti jídla může vést k averzi vůči jídlu, ke ztrátě hmotnosti a komplikacím s tím spojeným.

Nejčastější příčinou změny vnímání chuti jídla je chemoterapie a ozařování oblasti hlavy a krku. Přibližně 50 % lidí má po chemoterapii změněnou chuť, při radioterapii hlavy a krku se tato komplikace objeví v určité míře prakticky u všech pacientů. Někdy mohou být příčinou dysgeusie i zubní problémy (např. nová zubní protéza). Změna chuti se obvykle upraví do měsíce po ukončené léčbě. Pokud jsou změny chuti jídla podmíněné probíhajícím zánětem v ústech, může se chuť k jídlu vrátit i dříve (během 1 týdne). Po skončení radioterapie se chuť začíná upravovat po 1 – 2 měsících a postupné zlepšování dále pokračuje až jeden rok po radioterapii. Výjimečně se původní vnímání chuti jídla nevrátí vůbec.

### **Léčba**

Zatím není známá specifická léčba chuťových vjemů. Během léčby se doporučuje úprava v jídelníčku, např. směrem k pokrmům sladší, omezení oblíbených pokrmů, aby nedošlo k jejich pozdější intoleranci atd. Pokud je změna chuti jídla vyvolána infekcí v dutině ústní nebo suchostí sliznic, lékař se bude jistě snažit nasadit vhodnou léčbu.

### **Mukositida**

Mukositida je postižení sliznice v dutině ústní a v krku. Toto postižení se projeví nejprve jako zarudnutí sliznice, posléze vznikají bolestivé vřídky (afty), které mohou splývat do velkých ploch. Na postižené sliznice může nasednout zánět, nejčastěji kvasinkový (bílé povlaky – tzv. Moučnivka).

#### Příčiny

Sliznice ústní dutiny a krku je složena z rychle se dělících buněk, které jsou velmi citlivé na léčbu některými cytostatiky a ozáření. Mukositida se vyskytuje asi u 40 % pacientů, kteří se léčí chemoterapií. Při ozařování hlavy a krku se tato komplikace objeví v určité míře prakticky u všech pacientů, jejich rozsah a tíže postižení je do jisté míry dána aplikovanou dávkou záření. Objevuje se také po alogenní transplantaci kostní dřeně jako součást reakce štěpu vůči hostiteli.

#### Léčba

Nejlepší léčbou je předcházení jejímu vzniku a zahájení její léčby včas. Doporučuje se cucání kostek ledu před a v průběhu chemoterapie. Při léčbě mukositidy se uplatňují protizánětlivé léky, místní anestetika nebo celkově aplikovaná analgetika. Zkoušejí se nové léky v prevenci vzniku mukositidy.

#### Opatření při hygieně dutiny ústní v průběhu chemoterapie

V průběhu chemoterapie se doporučují následující opatření:

- před zahájením léčby je vhodné navštívit zubaře a po domluvě s ošetřujícím lékařem zvážit odstranění zubních infekčních fokusů;
- k čištění zubů používejte měkké zubní kartáčky a zubní pastu s fluoridem;
- zuby si čistěte jemně;
- ústa vyplachujte ideálně každé 2 hodiny přes den a vždy po jídle slabým roztokem bikarbonátu (jedlé sody), popř. odvarem z šalvěje nebo řepíku, v nouzi stačí vyplachovat pravidelně obyčejnou vodou;
- k výplachům úst nepoužívejte roztoky s obsahem alkoholu;
- zubní protézy používejte pouze při jídle, jinak je ponechejte v roztoku s desinfekcí.
- 

#### **Suchost v ústech (xerostomie)**

Suchost v ústech se objevuje, pokud slinné žlázy netvoří dostatek slin na udržení vlhkosti v dutině ústní.

### Příčiny

Chemoterapie nebo radioterapie hlavy, obličeje a krku poškozují slinné žlázy. Poškození slinných žláz po chemoterapii je dočasné a stav se upraví během 2 - 8 týdnů po ukončení léčby. Radioterapie hlavy, obličeje, krku způsobuje poškození velkých slinných žláz i drobných slinných žlázek ve sliznici ústní dutiny. V úvodu radioterapie dochází nejprve k poškození tvorby řidší části slin, zůstává vazká složka slin – pocit „lepení jazyku na patro“. Posléze může dojít k úplnému omezení tvorby slin, pocit oschlých suchých sliznic v ústní dutině, nutnost častého zapíjení soust, svlažování dutiny ústní. Po ukončení ozařování dochází postupně k částečné regeneraci slinných žláz, ale obnova tvorby slin může trvat i několik měsíců po léčbě. Po přímém ozáření slinných žláz do vysoké dávky může často přetrvat suchost úst i trvale. Dlouhodobě snížená tvorba slin může vést k větší kazivosti zubů.

Projevy xerostomie jsou například pocit suchosti v ústech s lepkavými slinami, bolestí nebo pocitem pálení v ústech nebo na jazyku. Mohou se též objevit trhliny v ústních koutcích, suchý jazyk, obtížné přežvýkování nebo polykání, obtížné mluvení, problémy s nošením zubních protéz, povlakem v dutině ústní, infekcí v dutině ústní nebo zubním kazem.

Příčiny: fyzikální změny dutiny ústní, čelistí nebo jazyka v důsledku nádoru (nádory dutiny ústní a krku). K problémům při žvýkání dochází i v důsledku podané chemoterapie, ozařování nebo po chirurgickém zákroku.

### Léčba

Stomatolog na začátku léčby vyšetří chrup a stav dutiny ústní a určí vhodnou léčbu. Obtíže při žvýkání je částečně možné ovlivnit fyzikální léčbou (např. masáží, cvičením žvýkacích svalů) nebo v některých případech chirurgickou léčbou.

### **Obtížné polykání**

Při obtížném polykání se objevuje bolest nebo pocit uvíznutí potravy v krku. Někteří lidé mohou při polykání kašlat, zvracet nebo se i dusit. Tyto obtíže bývají popisovány po ozáření velké části polykacích cest, např. při ozařování lymfomu krku a mezihrudí.

Příčinou může být nádor, který zužuje průchod krkem nebo jícnem, z dalších příčin je to operace, radioterapie nebo chemoterapie. Přímoou příčinou obtížného a bolestivého polykání bývá postižení sliznice polykacích cest, otok, porucha peristaltiky jícnu, zúžení a zajištění tkáně krku nebo jícnu po radioterapii nebo po operaci. Při radioterapii se polykací obtíže objevují s latencí asi 1 – 2 týdnů (od 5. - 6. dávky záření) a stupňují se podle výše celkové dosažené dávky. Maximum obtíží bývá většinou 3 - 4. týden léčby.

### Léčba

Pokud je obtížné polykání následkem protinádorové léčby, používá se pouze symptomatická léčba, která tlumí příznaky (bolest) se upraví se dieta (vynechání horkých, kořeněných, alkoholických a kyselých jídel a nápojů, měkká nebo tekutá strava). Pokud je bolest při polykání velmi výrazná i přes nasazená analgetika, je možná přítomnost kvasinkové infekce v polykacích cestách a bývají nasazeny léky proti kvasinkám. Specialista na polykání naučí nemocného, jak správně používat svaly v ústech a krku tak, aby nedocházelo ke zvracení nebo dušení při jídle nebo pití. Pokud polykací obtíže nedovolují jíst, je nutné zvážit zavedení nasogastrické nebo nasojejunální sondy případně zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) až do doby, kdy bude polykání možné.

### **Zácpa (obstipace)**

Příznaky: bolesti, nafouklé břicho, ztráta chuti k jídlu, pocit na zvracení, zvracení.

### Příčiny

Zácpa u nádorových onemocnění se vyskytuje po podání některých léků a jejich kombinování (např. některá cytostatika, antacida, léky proti zvracení, léky proti epileptickým záchvatům, proti depresi, antihypertenziva), při sníženém příjmu stravy, při neprůchodnosti střev, při dehydrataci, často při nepohyblivosti (paralýze) z důvodu poškození nervových zakončení, při útlaku míchy nádorem, při vysoké hladině kalcia v séru, při nízké hladině kalia v séru, při poruchách štítné žlázy, při cukrovce.

### Léčba

Pokud je to možné, je nutné vždy nejprve léčit příčinu zácpy. Je nutné dodržovat vhodná dietní doporučení. Používat léky proti zácpě (laxativa). Po poradě s lékařem změnit

dávkování, změnit lék nebo vysadit léky, které zácpu způsobují. Při trvající zácpě použít čípky do konečníku nebo klystýr.

## **Neprůchodnost střev nebo trávicího traktu**

### **Příčiny**

Neprůchodnost střev se objevuje v případě, že nádor brání průchodu jídla a tekutin v trávicím traktu (žaludek, tenké a tlusté střevo) a peristaltika (normální pohyby střev) může způsobit bolesti. Neléčená nádorová obstrukce je závažný a život ohrožující stav. Při neprůchodnosti střev se objevuje pocit na zvracení a zvracení, bolesti a křeče v břiše. Neprůchodnost se častěji objevuje u lidí s nádory vaječníků nebo s kolorektálním karcinomem, ale může se objevit i u karcinomů žaludku, dělohy, prostaty nebo žlučníku.

Léčbou je operativní odstranění překážky, aby se obnovila průchodnost trávicího traktu pro jídlo a tekutiny. U pacienta, kde operace není možná, se podávají ke zmírnění projevů infuze do žíly, dále se zavádí nasogastrická sonda (hadička zavedena z nosu do žaludku), která odvádí žaludeční obsah z těla. Z dalších možností je to zavedení stentu, čili umělohmotné hadičky do místa uzávěru – neprůchodnosti, aby se alespoň částečně zajistila průchodnost. Používají se i léky na zastavení zvracení, protizánětlivé léky a léky proti bolesti.

Po operaci na trávicím traktu je nutné dodržovat dietní opatření v rámci bezsezbytkové nebo šetřící diety. Délku dodržování stanoví lékař, minimálně však 6 týdnů po zákroku.

## **Průjem**

Průjem definujeme jako častou řídkou nebo vodnatou stolicí.

### **Příčiny**

Průjem způsobuje chemoterapie, ozáření nebo samotný nádor. Po alogenní transplantaci kostní dřeně se vyskytuje jako součást reakce štěpu proti hostiteli. Dalšími příčinami mohou být infekce, některé léky, operační zákroky, některá jídla, úzkost, stres, stav po radioterapii v oblasti malé pánve s maximem kolem 3. týdne. Pacienti s pomalejší peristaltikou považují za průjem i vícečetné vyprázdnění za den. O průjmu však hovoříme od 4 kašovitých až vodnatých stolic denně. Více než 7 stolic denně nebo inkontinence, začíná být vážnější formou, kterou nelze zvládnout pouze dieteticky, ale může znamenat nutnost podání



tekutin do žíly při dehydrataci. Vyšší četnost stolic je závažný stav, který si vyžaduje intenzivní péči.

### Léčba

Pokud je příčinou infekce, je nutné léčit infekci. Pokud průjem způsobil lék, je vhodné zvážit jeho vysazení. U lehkých průjmů jsou doporučena dietní opatření. U velkého počtu průjmu denně se do léčby přidávají léky proti průjmům. Léky proti průjmu pracující na různém principu (zpomalení střevní peristaltiky a zvýšení napětí svaloviny tenkého střeva, na podobném principu pracuje Reasec, Imodium – snížení sekrece tenkého a tlustého střeva, indukuje svalovou hypotonii tenkého střeva a zvyšuje napětí stěny tlustého střeva v jeho aborální části a částečně i análních svěračů. Blokátory kalciových kanálů snižují napětí hladké svaloviny střeva a snižují jeho propulzivní peristaltiku. Navíc mají i částečný antisekreční účinek. Nezanedbatelný v terapii radiční enteritidy je absorbční efekt některých léků, jako je např. Smecta.

### Ztráta hmotnosti

Ztráta hmotnosti je u nemocných s nádorem častá a může být prvním pozorovaným příznakem onemocnění. U 40 % nemocných s nádorem se objevuje ztráta hmotnosti v době diagnózy nádoru a až 80 % nemocných s pokročilým nádorem trpí úbytkem hmotnosti a celkovou sešlostí (kachexii). Ztráta hmotnosti je spojená s extrémní únavou, slabostí, ztrátou energie a s neschopností vykonávat běžné denní aktivity. Nemocní s kachexií často nejsou schopni zvládnout léčbu.

Příčiny ztráty hmotnosti jsou anorexie (nepřejímání stravy), pocit na zvracení, zvracení, zácpa, vředy v dutině ústní, obtížné polykání, ztráta vjemů chuti, ztráta chuti do jídla, deprese.

### Nárůst hmotnosti

I když je ztráta hmotnosti v průběhu protinádorové léčby častější, někteří nemocní na hmotnosti přibývají. Asi polovina žen s nádorem prsu v průběhu léčby na váze přibere. Nadváha před léčbou vede ke zvýšenému riziku vzniku hypertenze, diabetu nebo kardiovaskulárních onemocnění.

Příčiny nárůstu hmotnosti:

- ➔ Chemoterapie:
  - některé léky vedou k zadržení vody v tkáních a k otokům;
  - zvyšuje pocit hladu (hlavně na jídla s vysokým obsahem tuku);
  - snižuje bazální metabolismus;
  - navozuje menopauzu, která vede k hormonálním změnám v metabolismu a k hmotnostnímu přírůstku;
- ➔ Zvýšená únava: způsobuje snížení fyzické aktivity
- ➔ Léčba steroidy: steroidy jsou hormonální látky, které se používají v protinádorové léčbě. Při dlouhodobém podávání zvyšují ukládání tuku a vedou ke zvětšení břicha, krku a obličeje. Steroidy způsobují ztrátu svalové hmoty především na končetinách,
- ➔ Hormonální léčba: používá se na léčbu nádorů prsu, prostaty a testikulárních nádorů. Obsahuje látky, které snižují množství estrogenu nebo progesteronu u žen a testosteronu u mužů. Hormonální léčba zvyšuje množství tuku a snižuje svalovou hmotu v organismu, mění způsob metabolismu potravin a vede k nárůstu hmotnosti.

Léčba

Lékař a nutriční terapeut pomohou objevit příčinu nárůstu hmotnosti a vyberou vhodný způsob léčby.

Vedlejší účinky léčby na hemopoesu (krvotvorbu)

### **Neutropenie**

Neutropenie je nízký počet jednoho typu bílých krvinek – neutrofilních leukocytů, které ničí bakterie a tím chrání organismus před infekcí. Pacienti, kteří mají neutropenii, mají současně zvýšené riziko výskytu závažných bakteriálních infekcí. Neutropenie se vyskytuje u 50 % pacientů, kteří dostávají chemoterapii a je obvyklá u pacientů s leukémií.

Příčiny

Samotný nádor (např. leukémie nebo lymfom) vytěsňuje normální krvetvorbu ze dřene, a tím snižuje tvorbu neutrofilních leukocytů. Léčba nádoru způsobuje neutropenii: některé léky používané při chemoterapii ničí kostní dřeň a snižují tvorbou neutrofilů. Radioterapie při aplikaci na pánev, končetiny, hrudník nebo břicho způsobuje dřevový útlum.

Neutropenii je možné zjistit vyšetřením krevního obrazu a projevuje se infekcí. Nejčastěji se objevuje za 7 dní po podání chemoterapie a nejnižší počet neutrofilních leukocytů dosahuje kolem 14. dne po chemoterapii. Po úpravě počtu neutrofilních leukocytů po chemoterapii, tj. většinou 3 až 4 týdny od jejího podání, je možné podat další cyklus chemoterapie.

### Léčba

Růstový faktor bílých krvinek filgrastim (Neupogen) a pegfilgrastim (Neulasta) se podává na urychlení úpravy počtu neutrofilních leukocytů a omezení počtu a závažnosti infekcí.

### Infekce

Infekce se objeví ve chvíli, kdy bakterie nebo viry či plísně napadnou organismus a imunitní systém je není schopen zničit dostatečně rychle. Nemocní s nádorem jsou náchylnější k infekcím, protože nádor i jeho léčba oslabují imunitní systém.

Příčiny. Nádor a protinádorová léčba poškozují imunitní systém několika způsoby:

- imunitní systém bojuje s nádorem, proto je v dané chvíli méněschopný se současně bránit infekcím;
- nedostatek spánku, stres, nedostatečná výživa a další vedlejší účinky nádoru a protinádorová léčba oslabují imunitní systém;
- některé léky používané při chemoterapii způsobují útlum kostní dřeně, čímž snižují tvorbu bílých krvinek, které jsou součástí imunitního systému;
- rozsáhlá (velkoobjemová) radioterapie ovlivňuje kostní dřeň, hlavně pokud je ozářena pánev, kosti, končetiny, hrudník nebo břicho;
- nádory, které přímo postihují kostní dřeň (leukémie nebo lymfomy), nebo nádory, které se šíří do kostí (metastázy nádoru prsu, ledvin nebo plicní nádory), vytěsňují normální krevtvorbu a tím snižují možnost tvorby bílých krvinek.

### Příznaky

Nejčastěji se infekce objeví v dutině ústní, na kůži, v plicích, v močovém ústrojí, v konečníku a pochvě. Projevy infekce: teplota nad 38°C, třesavka, pocení, povlaky v dutině ústní, bolesti

břicha, pálení nebo řezání při močení, průjem, kašel, zarudnutí kolem rány, pálení nebo svědění v pochvě, výtok.

### Léčba

Při bakteriální infekci se podávají antibiotika, při plísňové infekci protiplísňové léky (antimykotika) a při virové infekci antivirotika. Pokud se objeví nízký počet bílých krvinek dohromady s infekcí (febrilní neutropenie), nemocný je obvykle léčen antibiotiky v nemocničním zařízení. Pokud je přítomen nízký počet bílých krvinek, přidává se růstový faktor, který podpoří organismus v rychlejší tvorbě bílých krvinek, kortikoidy podpoří rychlejší vyplavování bílých krvinek z kostní dřeně do krve.

Doporučení, jak předcházet infekcím:

- dopřejte si dostatečný odpočinek a jezte vyváženou stravu s dostatkem vitamínů;
- vyhněte se místům s vysokou koncentrací lidí a kontaktu s nemocnými;
- nepoužívejte společné skleničky na pití, společný příbor nebo jiné osobní věci, jako jsou zubní kartáčky;
- důkladně a často si umývejte ruce, především před jídlem;
- sprchujte nebo koupejte se denně;
- zacházejte opatrně s ostrými předměty, jako jsou nůžky nebo nože, používejte elektrický strojek na holení;
- vyhněte se manipulaci se zvířecími výkaly;
- používejte rukavice na domácí práce a na práci na zahradě;
- používejte měkký zubní kartáček a vyplachujte si ústa ústní vodou, abyste tak omezili riziko rozvoje infekce.

### Anémie

Pojem anémie znamená snížený počet červených krvinek, jejichž úkolem je přenášet kyslík z plic do tkání.

### Příčiny

Samotný nádor může být přítomen v kostní dřeni (např. lymfom, metastázy karcinomu prsu nebo plic), a tím může omezovat normální krvetvorbu. Chemoterapie potlačuje tvorbu krvinek v kostní dřeni, a tím snižuje počet červených krvinek v krevním oběhu. Chemoterapie

s platinovou složkou poškozuje ledviny, které tvoří hormon erythropoetin, ten je nutný pro tvorbu červených krvinek. Radioterapie v oblasti pánve, končetin, hrudníku nebo břicha může zničit krvetvorbu v kostní dřeni. Při nedostatečném příjmu potravy (při zvracení, průjmech) může postupně vzniknout nedostatek složek nutných pro tvorbu červených krvinek: železa, vitamínu B12, kyseliny listové. Krvácení po chirurgickém zákroku nebo krvácení z nádoru rovněž způsobuje anémii.

### Příznaky

Příznakem anémie může být výrazná slabost nebo únava, svalová slabost, zrychlený tep, někdy i bolest na hrudníku, zhoršené dýchání nebo zkrácení dechu, závratě, mdloby, bledost, bolesti hlavy, zhoršená koncentrace, nespavost. Diagnóza se stanoví pomocí vyšetření krevního obrazu, kde je snížen počet červených krvinek a hemoglobin.

Léčba se řídí hladinou hemoglobinu a klinickými příznaky. Podávají se transfuze červených krvinek, další možností je podávání růstového hormonu pro červené krvinky (erythropoetinu) formou podkožní injekce. Při nedostatku železa se podávají preparáty železa (tablety, injekce). Nedostatek kyseliny listové se hradí ve formě tablet a nedostatek vitamínu B12 v injekcích.

### **Trombocytopenie**

Trombocytopenie znamená nízký počet destiček v krvi. Destičky (trombocyty) jsou krevní elementy, které pomáhají zastavit krvácení tvorbou hemostatické zátky.

### Příčiny

Chemoterapie přechodně tlumí tvorbu krevních elementů v kostní dřeni, a proto nedochází k vyplavení dostatečného počtu krevních destiček z kostní dřene. Kromě chemoterapie mohou způsobit útlum kostní dřene i jiné léky. Další příčinou sníženého počtu destiček je tvorba protilátek proti destičkám. Radioterapie v oblasti pánve může způsobit trombocytopenii. Trombocytopenie se objevuje i při leukémiích a lymfomech, které infiltrují kostní dřeň a utlačují zdravé buňky kostní dřene. Zřídka se trombocytopenie vyskytuje při šíření karcinomů prostaty nebo prsu do kostní dřene.

## Příznaky

Jedná se o krvácení z nosu nebo jiných sliznic, kožní krvácení ve formě drobných teček (petechií), silné gynekologické krvácení i mimo pravidelný menstruační cyklus, krvácení do trávicího traktu (černá stolice), krvavá moč, krvácení při zvracení. Trombocytopenii je možné zjistit vyšetřením krevního obrazu, který odhalí nízký počet destiček. Při nízkém počtu destiček se chemoterapie nebo radioterapie obvykle odkládá až do jejich vzestupu.

Opatření při nízkém počtu destiček:

- bez souhlasu lékaře neberte léky, které by mohly vyvolat nebo zhoršit krvácení;
- na čištění zubů používejte měkký zubní kartáček, ale nepoužívejte dentální nitě;
- při smrkání používejte měkké kapesníky;
- opatrnost se doporučuje při používání nůžek, nožů, jehel, hřebíků a při vaření;
- na holení používejte elektrický strojek na holení;
- vyhněte se rizikovým sportům.

## Léčba

Při nízkém počtu destiček a krvácení je nutné podat transfuzi destiček (tzv. Trombocytární náplav). Pokud nízký počet destiček přetrvává, transfuze destiček se podávají opakovaně, užívají se též kortikoidy.

## **Poruchy srážlivosti krve: krvácení a trombotické komplikace**

Poruchy srážlivosti krve se nazývají koagulopatie. Procesu srážení krve (koagulace) se účastní krevní destičky a určité bílkoviny v krvi (koagulační faktory). K poruchám srážlivosti krve řadíme krvácení a trombotické komplikace. Ke krvácení dochází při sníženém počtu krevních destiček nebo při jejich porušené funkci a dále při snížení nebo narušení koagulačních faktorů, kdy nedochází dostatečně rychle ke srážení krve. Při trombotických komplikacích se sráží krev příliš rychle, což vede k tvorbě sraženin v žilách a artériích.

## Příčiny

Některé koagulopatie jsou dědičné (např. hemofilie A a B, von Willebrandova choroba), jiné koagulopatie vznikají v souvislosti s onemocněním. Další příčinou koagulopatií jsou nádory jater (hepatocelulární karcinom, cholangiokarcinom, metastázy do jater), jiné onemocnění jater (infekce, jaterní cirhóza), nedostatek vitamínu K, antikoagulační léčba (např. Warfarin), dlouhodobá léčba antibiotiky, inhibitory angiogenese.

Ke snížení počtu destiček dochází při některých nádorech (leukémie, lymfomy), po chemoterapii a po některých lécích. Hyperkoagulační stavy (stavy, u kterých dochází snadno k tvorbě krevních sraženin) jsou vrozené (např. deficit faktoru V Leiden (= Leidenská mutace), deficit proteinu C, deficit antitrombinu III) a získané – při adenokarcinomech (tenkého střeva, jícnu, dělohy), myeloproliferativních onemocněních, při použití antikoncepce nebo po operacích.

### **Projevy krvácení**

Intenzivní krvácení po poranění, krvácení ze sliznic, petechie (drobné červené tečky na kůži), prodloužené a intenzivní menstruační krvácení, krvácení při zvracení, tmavá moč při krvácení z močových cest, tmavá stolice nebo nález čerstvé krve ve stolici. Nejčastějším projevem hyperkoagulačního stavu je trombóza. Může se projevit jako trombóza povrchových žil, hlubokých žil nebo artérií. Trombóza hlubokých žil může být život ohrožující, pokud se utrhne kousek sraženiny a ucpe plicní cévu, vznikne plicní embolie. Arteriální trombóza je nebezpečná a může způsobit infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu nebo může poškodit orgány. Při zjišťování koagulopatií se kromě fyzikálního vyšetření vyšetřuje krevní obraz a hladina koagulačních faktorů včetně testů srážlivosti.

### **Léčba.**

Závisí na příčině koagulopatie. Pokud je příčinou nádor, je nutná léčba nádoru. Při krvácení se podávají dle situace koncentráty koagulačních faktorů nebo mražená plasma, koncentráty destiček, vitamin K.

Při trombóze se podávají nízkomolekulární hepariny a následně antikoagulační léčba ve formě tablet (Warfarin).

### **Vedlejší účinky na kůži a vlasové folikuly**

#### **Ztráta vlasů (alopecie)**

Ztráta vlasů se vyskytuje po ozáření a po chemoterapii. Může se projevit kdekoliv na těle včetně hlavy, obličeje, horních a dolních končetin a v pubické oblasti. Vlasy nebo ochlupení mohou vymizet úplně, postupně nebo v určitých ohraničených místech. Ztráta vlasů bývá většinou dočasná a vlasy postupně dorostou.

## Příčiny

Ozařování a chemoterapie způsobují ztrátu vlasů zničením vlasových folikulů. Ne každá chemoterapie vede k ztrátě vlasů. Pokud vlasy vypadají, není to okamžitě po léčbě. Množství vypadaných vlasů se mezi jednotlivci liší, i když dostávají stejnou léčbu. Ztráta vlasů začíná několik týdnů po chemoterapii a zhoršuje se po jednom až dvou měsících léčby. Množství vypadaných vlasů závisí na typu podaných léků, jejich dávce a způsobu podání (perorálně, do žíly nebo lokálně). Vlasy znovu dorostou 1 až 3 měsíce po ukončení chemoterapie.

Radioterapie ovlivňuje pouze oblasti vlasů, které jsou v ozařovaném poli. Při použití velmi vysoké dávky ozáření může být ztráta vlasů trvalá. Pokud vlasy dorostou, mají proti původním změněnou kvalitu.

## Léčba

V některých případech nelze ztrátě vlasů v průběhu léčby zabránit. Doporučuje se vlasy zkrátit před léčbou, tak se lépe udrží vzhled objemu a hustoty vlasů.

Tipy pro péči o vlasy a pokožku hlavy při chemoterapii:

- na mytí vlasů používejte dětský šampon;
- na česání používejte jemný kartáč;
- vlasy nefénujte velmi horkým vzduchem;
- vlasy nenatáčejte na natáčky;
- vlasy nebarvěte;
- na spaní používejte polštář s jemným povlečením;
- masáží pleše odstraníte suchou kůži a šupiny;
- na pleš, při pobytu venku na slunci, používejte ochranu proti slunci (např. klobouk nebo šátek), ale i opalovací krémy;
- v zimě používejte pokrývku hlavy kvůli zabránění ztráty tepla a riziku prochladnutí.

## Kožní problémy

Příčiny kožních problémů u nemocných s nádorem:

- prosakování chemoterapie mimo žílu (extravazace) – projevuje se pálením nebo svěděním kůže;
- podráždění a olupování kůže po ozařování;



- nekróza kůže (odumřelá kůže);
- kožní dekubity (proleženiny) – vznikají v místech trvalého tlaku na určité části těla (např. v oblasti paty nebo kostře);
- nádorové rány – vznikají při průniku nádoru kůží, často s tvorbou sekretu nebo exsudátu, lehce se infikují;
- svědění kůže (pruritus) – je průvodním příznakem lymfomů, leukémií nebo jiných nádorů. K nenádorovým příčinám svědění kůže patří selhání ledvin nebo jater, problémy se štítnou žlázou, reakce na léky, suchost kůže, kožní infekce. Léčí se vysazením léku, zvlhčováním kůže, podáním antihistaminik nebo steroidů.

### Léčba

Při extravazaci je nutno zahájit příslušnou lokální léčbu a podat chemoterapii do jiné žíly. Nekrotickou kůži lze odstranit chirurgickým zákrokem – nekretomií odumřelých částí kůže. Při kožních dekubitech je nutno pacienta polohovat, v léčbě se používají lokální pěny nebo masti, je nutné zajistit pacientovi plnohodnotnou výživu, vhodné je použití speciálních dietetik určených k léčbě dekubitů. Pokud je svědění příznakem nádoru, nutno léčit především nádor, po léčbě svědění vymizí. Kožní alergická reakce na lék se léčí vysazením léku, zvlhčováním kůže, podáním antihistaminik, steroidů.

### **Vedlejší účinky na pohlavní orgány**

#### Menopauza

#### Příčiny

Až 40 % žen udává příznaky menopauzy při nádoru prsu nebo po léčbě nádoru prsu. Příznaky menopauzy se dostávají i u ostatních nádorů v závislosti na podané chemoterapii.

K příznakům menopauzy patří:

- návaly horka, např. po léčbě tamoxifenem;
- noční poty;
- suchost pochvy, dráždění, svědění nebo výtok z pochvy;
- bolestivý sexuální styk;
- inkontinence moči;
- deprese, nespavost.

## Léčba

Návaly horka je možné ovlivnit antidepresivy, vitamínem E, klonidinem, antihypertenzivy, cvičením, hlubokým dýcháním a jinými relaxačními technikami, nižší pokojovou teplotou.

Suchost pochvy je možné ovlivnit vaginálními krémy s estrogyeny.

## Sexuální dysfunkce

Příčiny sexuálních problémů:

- změny v organismu po operaci, chemoterapii nebo radioterapii;
  
- hormonální změny po léčbě;
- únava;
- bolesti;
- pocit na zvracení a zvracení;
- léčba může snižovat libido;
- obava z návratu nádoru;
- stres;
- deprese, stavy úzkosti.

## Léčba

U žen se suchostí pochvy a bolestivým stykem se doporučuje používat hormonální substituční léčbu, dále vaginální lubrikanty, gely s anestetikem, u mužů s erektní dysfunkcí je možné použít léky na dosažení a udržení erekce (např. sildenafil).

## Psychika a rakovina

Strach z nemoci a z rakoviny obzvláště má většina lidí. Stupňuje se s přibývajícím věkem. Často je příčinou pozdní návštěvy u lékaře, i když příznaky nemoci jsou již zjevné. Je to těžko pochopitelné u nádorových lokalizací snadno okem rozeznatelných (např. kožní melanom) nebo pohmatově zjistitelných (rakovina prsu nebo varlete). Jako důvod uvádějí pacienti výmluvu, že si mysleli, že to nic není, že to samo přejde, ženy s útvary v prsu obavu ze ztráty ženské přitažlivosti, sexuální neatraktivnosti, nezájmu manžela, rozvratu rodiny atd. Pokud skutečně jde o nádor, platí zásada, čím dříve je diagnostikován v časném stádiu, tím větší je pravděpodobnost jeho plného vyléčení.

Rakovina je velmi závažné onemocnění. Ohrožuje život určitého procenta postižených. Léčení, které nemocní absolvují, a styk s ostatními onkologickými pacienty vyvolávají trvalý stres a strach z budoucnosti. Je nezbytné, aby byl v maximálně možném rozsahu o závažnosti nemoci informován pacient a jeho rodina. Pacient má právo na pravdu a lékař musí zvážit podle osobnosti pacienta formu a rozsah informace. Pacient má být seznámen i s časovým plánem léčby a jejími vedlejšími příznaky. Přispěje to nesporně ke vzájemné důvěře a spolupráci s ošetřujícím personálem.

Duševní utrpení pacienta pokračuje i po ukončené léčbě. Ve svých očích se pacient většinou necítí jako rovnocenný ve svém okolí. Má problémy zdravotní a často i sociální. Proto jeho rodina, nejbližší přátelé a spolupracovníci by s ním měli jednat nikoli se soucitem, ale s maximálním citem a pochopením, tak aby se mohl postupně zařadit do normálního rodinného a později pracovního prostředí.

Nemoc navenek pacienta většinou příliš nezmění, neboť vlasy dorostou, váha se upraví, obtíže vymizí, ale duševní trauma bude dlouho přetrvávat. Nemoc, a rakovina obzvláště, je psychosomatické onemocnění. Od začátku choroby je třeba léčit i psychický podíl. Tato skutečnost je u nás značně opomíjena. K léčení nejsou dostatečně vychováváni ani lékaři, ani zdravotnický personál, a trpí tím pacient, ponechaný svým obavám, starostem a utrpením.

Spolupracovat při péči o nádorového pacienta musí praktický lékař, nemocniční personál, ambulantní onkologická centra i rodinné zázemí. Zcela nedostatečná je u nás sociálně medicínská pomoc a poradenství o sociálních právech nemocného. Mezioborová spolupráce lékařů, psychologů, duchovních, rehabilitačních pracovníků a dietních sester rovněž vážne. Výraznou pomocí na tomto poli jsou a stále ve větší míře budou humanitární

organizace. Velké zkušenosti má Liga proti rakovině Praha, která pracuje od roku 1990 a je členem mezinárodních organizací na pomoc onkologickým nemocným UICC a ECL.

Od října 1992 je její součástí i Nádorová telefonní linka, poskytující onkologicky nemocným a členům jejich rodin konzultace a rady. Lékaři, pracující na lince, se denně přesvědčují, jak je důležité, aby nemocní a jejich nejbližší měli možnost poradit se s odborníkem v nenadálé těžké životní situaci.

Pacientovi nesmí chybět vůle a pevné odhodlání vzít na sebe svůj díl odpovědnosti za průběh rekonvalescence, za nový způsob života a životní styl, který může výrazně omezit riziko, aby se nádorová nemoc nevrátila a aby překonal vleklé potíže tělesného i psychického rázu.

Pacient musí o své nemoci a potížích vědět vše, co je pro něho potřebné, musí dodržovat termíny kontrol u lékaře, udržovat s ním potřebnou spolupráci, nestydět se zeptat na nejasnosti, pravidelně provádět samovyšetřování, dodržovat preventivní zásady a hlavně omezit co nejvíce zbytečné stresy. Chce to vytvořit si „chráněnou dobu“ pro odpočinek (relaxaci), úzkostlivě ji dodržovat a dokázat ji naplnit programem, který ho potěší a dokáže doopravdy odpoutat od starostí a malicherností všedního života. Takový program se nedá naordinovat, protože musí být u každého člověka jiný. Někdo půjde na schůzku s přáteli, někdo si bude poslouchat hudbu, kterou má rád, jiný sám bude něco tvořit, věnovat se květinám a dalším a dalším koníčkům. Někdo najde nový smysl života v humanitární činnosti, jiný se bude věnovat józe, bude chtít zvládnout náročnější relaxační techniky a podobných příkladů je mnoho, chce to zamyslet se nad sebou a pro něco se rozhodnout.