

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Michaela Čapková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Psychické potřeby pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní

Michaela Čapková

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Čapková**  
Osobní číslo: **Z18135**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Psychické potřeby pacientů s onkologickým onemocněním slinivky  
břišní**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.  
DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.  
KRŠKA, Zdeněk. *Onemocnění slinivky břišní*. Praha: We Make Media, 2019. Albertova sbírka (We Make Media). ISBN 978-80-87339-59-6.  
TRNA, Jan a Zdeněk KALA. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4.  
VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Psychické potřeby pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 8. 7. 2021

Michaela Čapková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Michalovi Kopeckému za vedení mé práce. Především za cenné rady, trpělivost, ochotu a podporu v průběhu celého posledního ročníku. Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za trpělivost a podporu v závěru mého studia.

## **ANOTACE**

Předmětem této bakalářské práce je zjistit jaký vliv má onkologické onemocnění slinivky břišní na psychické potřeby pacienta a vytvořit literární přehled v odborných databázích na toto téma. V teoretické části jsou popsány zejména psychické potřeby, které pacienti mají a jak probíhá smíření se s diagnózou. V praktické části jsou pak popsány vybrané studie a jak souvisí s mým tématem práce. V závěru je popisováno, jak různé potřeby a přidružená onemocnění ovlivňují kvalitu života.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Kvalita života, slinivka břišní, psychické potřeby

## **TITLE**

Psychological needs of patients with oncological diseases of the pancreas

## **ANNOTATION**

The subject of this bachelor's thesis is to find out what influence the oncological disease of the pancreas has on the psychological needs of the patient and to create a literature review in professional databases on this topic. The theoretical part describes in particular the psychological needs that patients have and how to reconcile with the diagnosis. The practical part describes selected studies and how they relate to my topic. Finally, it describes how different needs and associated diseases affect the quality of life.

## **KEYWORDS**

Quality of life, pancreas, psychical needs

## OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
2 Anatomie, fyziologie a patofyziologie slinivky břišní.....	13
2.1 Slinivka břišní.....	13
2.2 Rakovina slinivky břišní.....	13
2.2.1 Karcinom pankreatu.....	13
2.2.2 Rizikové faktory.....	14
2.2.3 Příznaky.....	14
2.2.4 Diagnostika.....	15
2.2.5 Léčba.....	15
3 Psychické potřeby.....	16
3.1 Pacient a jeho postoj k nemoci.....	16
Sociální změny.....	17
Psychické změny a somatické změny.....	17
3.2 Reakce nemocného po oznámení diagnózy.....	17
3.3 Paliativní péče.....	19
3.4 Kvalita života.....	19
3.5 Potřeby nemocného.....	19
3.6 Duchovní podpora.....	22
3.7 Poruchy spánku.....	22
3.8 Úzkost.....	23
3.9 Deprese.....	24
3.10 Bolest.....	24
3.11 Sebevražda.....	25
3.12 Nádorová anorexie a kachexie.....	26
3.13 Sestra v paliativní péči.....	27



4	Průzkumná část .....	29
4.1	Metodika .....	29
4.2	Hodnocení vybraných studií .....	34
4.2.1	Studie č. 1 .....	34
4.2.2	Studie č. 2 .....	35
4.2.3	Studie č. 3 .....	36
4.2.4	Studie č. 4 .....	37
4.2.5	Studie č. 5 .....	38
5	Diskuze .....	39
6	Závěr .....	41
7	Použitá literatura .....	42

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Kritéria dle vzorce PICO.....	29
Tabulka 2 - PICO Keywords .....	30
Tabulka 3 - Vyhledávací strategie v databázi EBSCOhost .....	31
Tabulka 4 - Vyhledávací strategie v databázi SCOPUS.....	32
Tabulka 5 - Seznam vybraných studií.....	33
Obrázek 2 - Vývojový diagram zahrnutých studií.....	33

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

GI	Gastrointestinální
HRQOL	Kvalita života související se zdravím
PSQI	Pittsburghský index kvality spánku
ISI	Index závažnosti nespavosti
GA	Geriatrické hodnocení
PDAC	Duktální adenokarcinom slinivky břišní
SMR	Standardizovaný poměr úmrtnosti
AER	Absolutní nadměrné riziko
SNAK	Syndrom nádorové anorexie a kachexie
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
UZ	Ultrazvuk
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
WHO	Světová zdravotnická organizace
DM	Diabetes mellitus

## ÚVOD

Onkologické onemocnění slinivky břišní je jedna z nejhorsích diagnóz, jakou pacient může dostat. Jedná se o velmi závažnou diagnózu, která nemá dlouhou dobu přežití. Nejhorší na tomto onemocnění je fakt, že se odhalí až v pozdním stádiu a ve většině případů se už nedá operativně léčit a pacient už nemá moc možností léčby. Tato práce se věnuje tématům, jak toto onemocnění ovlivnilo kvalitu jejich života a jaké mají psychické potřeby.

V teoretické části této bakalářské práce je popsána základní anatomie slinivky břišní a její patofyziologie. Dále je uveden nejpočetnější druh nádoru, a to adenokarcinom pankreatu, jeho diagnostika, možnosti léčby a rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění.

V současnosti se počet onkologicky nemocných rapidně zvyšuje a nikdo z nich neví, co očekávat, jak se správně zachovat. Po oznámení onkologické diagnózy většina pacientů dostane strach. Změní to jejich každodenní život, to, na co byli do teď zvyklí se změni od základu. Proto je v práci popsáno, jak se mění jejich psychické potřeby, co u nich nastává a jak jim může například rodina pomoci. Pacienti mají mnoho nepříznivých symptomů jako jsou například neutichající bolesti, podvýživa, nedostatek spánku. Všechny tyto symptomy mají vliv na kvalitu života pacientů a v krajních případech mohou vyústit v sebevraždu.

Cílem této práce bylo pomocí rešerše vyhledat studie, které byly doposud napsány na toto téma a porovnat je. Studií, ať už na českých či zahraničních internetových databázích, na toto téma přibývá každý den mnoho, ale ne všechny se opravdu zabývají kvalitou života jedince a tím, co ji ovlivňuje. Na základě vybraných studií je zde popsáno, jak a čím onkologické onemocnění slinivky břišní ovlivňuje kvalitu života jedince.

# **1 CÍL PRÁCE**

- 1) Popsat patofyziologii slinivky břišní a druhy nádorů.
- 2) V rámci teoretické části popsat psychické potřeby pacientů.
- 3) Vyhledat dostupné publikace a popsat, jak souvisí s mým tématem.
- 4) Zjistit, jak ovlivňuje onkologické onemocnění kvalitu života pacientů.

## **2 ANATOMIE, FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ**

V těchto kapitolách je stručný popis anatomie, fyziologie a především patofyziologie slinivky břišní.

### **2.1 Slinivka břišní**

Slinivka břišní neboli pankreas je laločnatá žláza v retroperitoneu (Hoch, Leffler, 2011, s.172). Tuto žlázu dělíme na tři části – hlavu, kolem které je uloženo duodenum, tělo a ocas dosahující až k hilu sleziny. Pankreas je žláza jak s vnitřní (endokrinní), tak s vnější (exokrinní) sekrecí (Krška, 2019, s. 25). Denně vytvoří přibližně 1500 ml sekretu složeného z trávicích enzymů (lipáza, amyláza, proteáza). Komponent se přes Wirsungův vývod, který je uložen v hlavě slinivky a spojen s hlavním žlučovodem, vlévá do duodena přes Vaterovu papilu. Zde se podílí na procesu trávení a štěpení složek potravy. Hlavní funkcí slinivky břišní je zejména produkce inzulinu, glukagonu a somatostatinu, jež jsou secernovány přímo do krve (Schneiderová, 2014, s. 137).

### **2.2 Rakovina slinivky břišní**

Zhoubné nádory slinivky břišní jsou členěny na primární a sekundární (Krška, 2019, s. 201). Slinivka břišní se skládá z exokrinní a endokrinní tkáně. Karcinom vycházející z exokrinní tkáně je v 90 % z duktálních buněk (duktální karcinom), ostatní karcinomy slinivky jsou vzácné. Příklad vzácného zhoubného karcinomu je například karcinom acinární, pankreatoblastom, cystadenokarcinom a další. Neuroendokrinní nádory pankreatu jsou ojedinělé a převážná většina z nich je hormonálně nefunkční (Trna, Kala, 2016, s. 175).

Práce se zabývá nejčtenějším typem karcinomu, a to Duktálním adenokarcinomem pankreatu (PDAC).

#### **2.2.1 Karcinom pankreatu**

Karcinom pankreatu je v České republice hned za kolorektálním karcinomem nejčastější nádorové onemocnění zažívacího traktu (Ryska, 2016, s. 38). Je to mimořádně zhoubné, agresivní a chemoradiorezistentní onemocnění s trvale rostoucí incidencí. Každoročně je v České republice diagnostikováno zhruba 2300 nových případů. Mortalita karcinomu pankreatu převyšuje 95 % (Gruna, 2018, s. 87). Tento typ nádoru tvoří 90 % všech malignit slinivky břišní. Je u něho běžná lokální invaze a vzdálené metastázování do okolních orgánů (Krška, 2019, s. 265). Nepříznivá prognóza souvisí především s pozdní diagnostikou, kdy

většina případů je diagnostikována v generalizované fázi a už jsou přítomny vzdálené metastázy. Nejčastější výskyt karcinomu pankreatu je ve věku 55–80 let (Trna, Kala, 2016, s. 176).

### **2.2.2 Rizikové faktory**

Určitým rizikovým faktorem je věk a charakter populace. Mezi obecná rizika vzniku každého karcinogenního onemocnění patří stravovací návyky, výživa a dieta. Za správné stravování se dá považovat středomořský způsob stravy a zdravý životní styl. Například konzumace červeného masa zpracovaného při vysoké teplotě se považuje za rizikový faktor (Krška, 2019, s. 212). Dvojnásobně vyšší riziko vzniku je u lidí s diabetem mellitem (DM) a poruchou glukózové tolerance a u jedinců, kteří kouří. Alkohol je hlavní příčinou vzniku chronické pankreatitidy, která je rizikovým faktorem vzniku malignity. Dalším rizikovým faktorem je obecně obezita, tedy BMI vyšší než 30. Zhruba u 4–16 % nemocných je pozorován rodinný výskyt. Hereditární pankreatitidu, cystickou fibrózu a Peutzův–Jeghersův syndrom lze považovat také za možné rizikové faktory (Trna, Kala, 2016, s. 176).

### **2.2.3 Příznaky**

Mezi první příznaky patří zvýšená únavnost, nechutenství, slabost, úbytek na váze, dušnost a ztráta zájmů. Tyto příznaky jsou bohužel nespecifické a často se přisuzují i nenádorovému onemocnění. V případě lokality nádoru na těle pankreatu bývá z důvodu blízkosti nervové pleteně mezi pankreatem a aortou bolest. Nejčastěji se nádor vyskytuje v hlavě pankreatu. Typickými příznaky jsou vedle žloutenky, svědění, acholická stolice a tmavá moč. Zvracení, nauzea a výrazný rychlý úbytek na váze se mohou vyskytnout při nádorech rostoucích do duodena. Jedním z velmi častých příznaků maligního onemocnění je hyperkoagulace. Tento příznak se jmenuje Trousseauův příznak maligního onemocnění, což znamená, že hluboká žilní trombóza často předchází nebo provází maligní nádor. Častým problémem je dále diferenciální diagnostika mezi fází chronické pankreatitidy a symptomatologií karcinomu pankreatu. Časté je též Curvoisierovo znamení, zvětšená játra či hmatný nádor (Krška, 2019, s. 220). Další už specifitější příznaky jsou vázány na lokalitu tumoru. Ze 70 % se nádor vyskytuje v hlavě slinivky břišní, která je blízko žlučových cest, a proto se objevuje obstrukční ikterus, který může komplikovat zánět žlučových cest. Dále se objevuje porucha pasáže, která způsobuje pocit plnosti, nauzeu a zvracení po jídle. Bolest zad a břicha v oblasti pankreatu se vyskytuje asi u 25 % nemocných. K celkovým příznakům tedy patří ikterus, náhle vzniklý DM nebo náhle vzniklá ataka akutní pankreatitidy. V případě už generalizovaného onemocnění je to pak nález metastáz hlavně v oblasti jater a na peritoneu, dále maligní ascites (Trna, Kala, 2016, s. 176).

#### **2.2.4 Diagnostika**

Mezi základní diagnostické metody patří UZ břicha, CT trupu s kontrastem a odběr nádorových markerů (CA19 – 9), které ovšem nejsou specifické. Dále je vhodné udělat odběr vzorku k cytologickému či histologickému potvrzení pomocí ERCP (John, 2020, s. 37). Dále je vhodné odebrat jaterní testy, zánětlivé markery (CRP, leukocyty) a amylázy (Krška, 2019, s. 224). Doporučena je i magnetická rezonance (Trna, Kala, 2016, s. 178). Velké procento nemocných je dlouze vyšetřováno a tím se promarňuje doba vhodná k radikální chirurgické resekcí (Ryska, Parobková, Záruba, Petrželka, 2015, s. 264).

#### **2.2.5 Léčba**

Jedinou nadějí na dlouhodobé přežívání pacientů s PDAC je multioborová léčba, kde hlavní roli hraje radikální resekcí. Bohužel tato metoda léčby je z důvodu pozdní diagnostiky možná pouze u 20 % nemocných (Ryska 2016, s. 38). Pacienty dělíme na tři skupiny. První skupinou jsou nemocní, u kterých je potencionálně možná radikální resekcí. Další skupinu tvoří pacienti s lokálně pokročilým neresekabilním onemocněním, kde je našim cílem paliativní léčba. A poslední skupina jsou pacienti s generalizovaným onemocněním, tedy vzdálenými metastázami, též s cílem paliativním (Trna, Kala, 2016, s. 179). U některých mladých nebo starších nemocných, kteří jsou v dobrém biologickém stavu je možné provést paliativní chirurgickou resekcí, která pacientovi pomůže hlavně z psychologického hlediska (Ryska, 2016, s. 41). Léčbu máme tedy chirurgickou, kde hlavní snahou je provést radikální resekcí nádoru. Provádí se i paliativní resekcí například z důvodu obstrukce (Krška, 2019, s. 248). Dále je možná chemoterapie a biologická léčba. Chemoterapie byla prokázána jako signifikantní u léčby PDAC hlavně po radikální resekcí, je zde ale i možnost chemoterapie jako paliativní léčby. Hlavním cílem léčby je stabilizovat onemocnění a zachovat dobrou kvalitu života (Trna, Kala, 2016, s. 180).



### **3 PSYCHICKÉ POTŘEBY**

V důsledku onkologických onemocnění a příznaků s ním spojených, nemůže většina pacientů naplňovat své dosavadní psychické potřeby. Ošetrovatelský personál by měl pacientovi pomoci v naplnění stávajících i nových psychických potřeb, které přímo souvisí s jeho kvalitou života.

#### **3.1 Pacient a jeho postoj k nemoci**

Jedním z nejtěžších okamžiků v životě člověka je zjištění, že trpí nevléčitelným onemocněním, smíření se s tím a smíření se s vlastní smrtí. Pod vlivem onemocnění se mění sebepojetí nemocného, jeho sebehodnocení se zhoršuje a snižuje se jeho sebeúcta (Bužgová, 2015, s. 217). Velkou roli na psychickém stavu onkologicky nemocného pacienta sehrává premorbidní osobnost, informovanost o tom, jakou nemocí trpí a nynější příznaky onemocnění (Dostálová, 2016, s. 49). Postoj pacienta k vlastní těžké a nevléčitelné nemoci se vytváří časem. Na blížící se konec života lidé reagují různě. Smíření a vyrovnání je pouze jedna z mnoha variant (Bužgová, 2015, s. 220). Máme různé postoje pacienta k nemoci. Normální, kdy se pacient přiměřeně adaptuje situaci. Bagatelizující, když pacient podceňuje závažnost nemoci, podceňuje zdraví a přeceňuje své možnosti. Častou příčinou tohoto přístupu k nemoci bývá strach. Repudiační postoj je, když pacient odmítá existenci nemoci. Disimulační postoj znamená, že pacient vědomě zlehčuje své obtíže, často z důvodu nedostatku financí. Nozofóbní postoj vyjadřuje pacientovy nepřiměřené obavy. Dále postoj hypochondrický, pacient má představu vážné nemoci a podléhá obtížím. Nozofilní postoj pacienta uspokojuje, utvrzuje v nemoci, pacient nemusí plnit svoje povinnosti a vyžaduje ohledy. Poslední postoj je postoj účelový, vystupňovaný nozofilní stav jako únik z neřešitelné situace (Dostálová, 2016, s. 48). Pacient často reaguje tzv. poruchami přizpůsobení, které byly dříve známe jako reaktivní deprese, jelikož deprese bývá jednou z nejčastějších reakcí. Reaktivní deprese se nedá silou vůle moc zkrátit, naopak to spíše prodlužuje. Hlavním důvodem je obranná reakce daného jedince. Dočasně přestávají fungovat indikátory běžných potřeb. Pacientovi se nechce spát, tak nespí, nemá chuť jíst, pít, vidět jiné lidi. Tohle všechno citelně prodlužuje reaktivní depresi. Nejhorší informace je pro nemocného člověka, když zjistí, že nemá naději a není mu už pomoci. Jakmile pacient začne s léčbou a seznámí se s jejím harmonogramem, opustí svoji životní dráhu zdravého jedince a najede na dráhu nemocného člověka, začne se soustředit na léčbu. Pokud nemocného můžeme v průběhu léčby informovat o účinnosti léčby a jejím úspěchu, stimuluje to pacienta ke spolupráci. Pacient i lékaři se radují z úspěchu. To že pacienta postihla maligní nemoc zůstává v mysli nemocných mnohdy až do konce života i přes úspěšnou léčbu (Adam,

Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s. 35). Postoj pacienta, také ovlivňuje souhrn negativních změn (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 47).

### **Sociální změny**

Nemoc mění postavení pacienta v sociálním prostředí. Mění se jeho profesní role, která mu přinášela určitou autoritu a uspokojení. V rodině se stává středem pozornosti a závislým na okolí. Reakce na diagnózu se odvíjí od chování jeho nejbližšího okolí. Sociální reakce jsou z velké části ovlivněny somatickými změnami nemocného (hubnutí, ztráta vlasů). Pacient vyhledává kohokoliv, kdo by mu pomohl. Má strach z budoucnosti, potřebuje emoční podporu, požaduje od okolí více a sám poskytuje méně, protože je to nad jeho síly. Projevuje se podrážděností, vztahovačností a zvýšenou citlivostí (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 47). Každé onemocnění má určité sociální důsledky, které mají několik aspektů. Nemoc často způsobuje postiženému nemožnost dále vykonávat v plné míře dosavadní činnost ve své profesi, což může vést až ke změně zaměstnání. Změna zaměstnání přináší nutnost osvojit si nové činnosti a právě to může vést k počátkům nejistoty jedince. Změna povolání a tím i někdy zredukování příjmu, patří často k nejcitlivějším důsledkům onemocnění (Bártlová, 2003, s. 50).

### **Psychické změny a somatické změny**

Vlastní prožívání a přijetí onemocnění je zhoršené, pokud zhoršuje i kvalitu života nemocného, omezuje jeho soběstačnost a narušuje osobní komfort. Pacient v rámci nemoci získává horší sociální roli, to může způsobit negativní prožitky. U pacienta se snižuje sebeúcta a hodnocení sebe sama (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 48).

Psychické změny jsou dále rozvedeny v dalších kapitolách.

## **3.2 Reakce nemocného po oznámení diagnózy**

**Šok** – Pacient nejprve popírá informace o tom, že by měl být nemocný, protože není schopen se s tím vypořádat. Popření je reakce, která má pacientovi dopřát oddech před přijetím negativních skutečností, že se již nevyлéčí a brzy zemře. V této fázi nemá smysl pacientovi vysvětlovat další informace, protože je nevnímá a nepřijme (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 46). U vnucené změny identity, kdy se pacient ze zdravého člověka stává tím s nevyлéčitelnou nemocí, bývá z počátku šok. Jako příklad jednání člověka v šoku můžeme uvést fázi popření. Máme dva typy. Ti, kteří reagují aktivací, pobíhají, panikaří, vidí hned nejhorší možné scénáře. A ti, kteří ztuhnou, vytřeštěně hledí, inhibují. Existuje ještě mezi stav, tzv. kognitivní přežití, kdy pacient vypne své city a emoce a jedná jako robot. Pro šok je tedy typické oddělení složek osobnosti, citů, rozumu a paměti. Je důležité dávat pozor na impulzivní

sebevraždy nebo fugy – pacient i 3 dny nemá ponětí kde byl, co dělal (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s.36).

**Agrese** – Druhou fází je agrese. Pacient stále není schopný klidně uvažovat, chová se pro něj automatickým způsobem. Například kuřák kouří, spisovatel píše, workoholik pracuje bez přestávek. I zde máme dva typy. Ti, kteří chtějí být sami a ti, kteří musí být v kolektivu. Všechny tyto reakce jsou tzv. nespecifické obrany, které pacient použije vždy, když je v psychické nepohodě. Každý pacient reaguje jinou nespecifickou obranou, okolí ji však u daného jedince bude předvídat, či považovat za stabilní. Agrese je typ reakce, která zdravotníkům dělá problémy, pacienti jsou agresivní na zdravotnický personál a obviňují všechny ostatní (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s.36).

**Vyjednávání** – Zhruba po 14 dnech od oznámení diagnózy, je pacient schopen zapojit rozum. Začne aktivně vyhledávat různé způsoby a možnosti léčby, věřící často uzavírají různé smlouvy s Bohem, co udělají, když nad nemocí zvítězí. Důkazem, že tito lidé nejsou v pořádku je úporná a atypická snaha najít jakýkoliv způsob, jak se uzdravit. Pacienti jsou už citově stálejší, potřeba vyhledávat informace je však stále velmi silná a nedokážou být v klidu, vyskytují se zde excesy jako například hladovky, vysazení léčby atp. (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s.37).

**Deprese** – K této fázi nemusí vůbec dojít, pokud se léčba vyvíjí dobře, nicméně reaktivní deprese je běžnou reakcí na celkové vyčerpání a vědomí toho, že ať se snažím sebevíc, nemoc je stále nevléčitelná a smrt se blíží. V depresi je důležité dbát na dostatek spánku, jídla a pití. Mohou zde přetrvávat mírnější poruchy vědomí z předchozích fází (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s.38).

**Smíření** – Smíření se s novou identitou se projevuje vymizením úporné motivace z předešlé fáze. Pacient působí na okolí jako vyrovnaný člověk. Společnost se obecně dělí na dva typy lidí. Ti, kteří se adaptují a spíše zrají a ti, kteří jsou maladaptivní a onemocnění je zničí jak duševně, tak tělesně. Čím je onemocnění více traumatizující, tím větší devastující dopad to má na psychiku pacienta. Mezi nové identity patří tzv. ustrnutí v roli pacienta, kdy pacient po vyléčení musí řešit problémy, které se mu díky onemocnění vyhýbaly a zjišťuje, že je pro něho výhodnější být nemocný než zdravý. Mezi trvalé následky patří reaktivní hypochondrie, kdy se pacient přehnaně pozoruje (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s.38).

### **3.3 Paliativní péče**

Definice paliativní péče je mnoho, všechny zdůrazňují kvalitu života, mírnění bolesti a dalších příznaků a psycho-socio-spirituálních problémů. Je to celková aktivní péče o nemocné s pokročilým nevléčitelným onemocněním. Paliativní péče se stará o naplnění základních lidských potřeb bez ohledu na to, kde pacient zrovna pobývá. Snaží se o zachování nejvyšší možné kvality života pacienta až do posledního dne (Kisvertová, 2018, s. 13). Paliativní péče se netýká jen těch, kteří mají těsně před smrtí, ale poskytuje se po celou dobu trvání onemocnění, kdy se kontinuálně řeší veškeré potíže s ním spojené. Dle definice WHO paliativní medicína není jen pro nemocného, ale pro celou jeho rodinu a blízké (Marková, 2010, s. 19).

### **3.4 Kvalita života**

Tato kapitola je zde popsána, protože vysoká kvalita života je hlavním cílem všech členů multioborového týmu, který se o nemocného stará a většina symptomů spojených s onkologickým onemocněním velmi ovlivňuje kvalitu života. V kontextu paliativní péče je kvalita života hodnocena ve vztahu a v souvislosti s přítomností závažného nevléčitelného onkologického onemocnění (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 101). Proto je pojem kvalita života zahrnut do vyhledávání v online databázích. Studie popsané v praktické části této práce se zabývají tím, jak různé faktory kvalitu života pacienta ovlivňují.

Kvalita života je klíčovým pojmem paliativní péče. Udržení nejvyšší možné kvality života je hlavním a konečným cílem všech paliativních intervencí (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 100). Kvalita života je pojem, který má mnoho významů a pro jeho mnohostrannost a jedinečnost je těžko uchopitelný. Věnuje se pochopení lidské existence a smyslu života. Zabývá se od materiálních až po duchovní podmínky pro zdravý a šťastný život jedince. Kvalita života se v nemoci mění a posouvá, člověk není schopen naplňovat všechny své potřeby jako tomu bylo doposud. To, co by zdravému člověku připadalo jako nekvalitní nabývá v nemoci zcela jiných rozměrů. Kvalita života se odvíjí od uspokojování lidských potřeb jedince, a protože je každý člověk jedinečný a má své individuální potřeby a způsob jejich naplňování, je i kvalita života individuální. Pro uspokojování potřeb nemocného je důležité dobře rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným a adekvátně na ně reagovat (Marková, 2010, s. 38).

### **3.5 Potřeby nemocného**

Pro pochopení cest k naplnění lidských potřeb u nemocných je důležité zmapovat osobnost pacienta před onemocněním. V léčbě i ošetřování všech nemocných, zejména pak onkologicky nemocných, se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným,

např. sociální a ekonomické problémy a potřeby, které nově vznikají. Potřeby se mění s průběhem onemocnění, některé mizí a jiné se zase objevují naléhavě (Šamánková, 2011, s. 33-36). Máme čtyři základní okruhy lidských potřeb: biologické, psychologické, sociální a spirituální (Marková, 2010, s. 64).

**Potřeba seberealizace** – seberealizace v podstatě zaniká, těžce nemocný člověk nechce slyšet, jak by se mohl ještě realizovat, ale chce být ujištěn, že se mu mnohé povedlo, něco dokázal a může být na sebe hrdý (Šamánková, 2011, s. 36).

**Potřeba zůstat sám sebou** – každá osobnost je jedinečná, v čase se vyvíjející a směřující k budoucnosti. Do této potřeby spadá hlavně právo na to, aby s nemocným druzí komunikovali jako s partnerem, aby ho přijali i s projevy nemoci, nezlehčovali jeho obavy a odpovídali na jeho otázky. Dále si pacient přeje, aby nezapomínali na jeho minulost a respektovali jeho životní hodnoty (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba být bez bolesti** – bolest je vždy subjektivní prožitek a existuje vždy, když pacient řekne, že bolest má. Bolesti se pacienti velmi obávají, je vždy subjektivní a patří k nejsilněji pocíťovaným potřebám. Je tedy potřeba bolest předvídat, hodnotit, snažit se ji předcházet a adekvátně ji léčit. Bolest často pacienta izoluje ze společnosti (Šamánková, 2011, s. 96–118).

**Potřeba rozhodovat o sobě** – jedním ze základních projevů lidské osobnosti je svobodná vůle. Základem vůle je to, že jedinec něco chce a jejím projevem je naplňování toho, co chce. Pacient má až do poslední chvíle jeho života rozhodovat o tom, jak bude probíhat jeho léčba, kde a s kým bude trávit své poslední dny, co bude jíst a pít. Toto právo a potřeba musí být vždy respektovány ve všech případech (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba bezpečí** – potřeba bezpečí je druhou úrovní v Maslowově pyramidě potřeb. Abychom se cítili v bezpečí, musíme být schopni předpovídat svou situaci, která nastane. Potřebujeme znát situaci ve které se nacházíme a prostředí, ve kterém jsme. Pokud nemocný dostane odpovědi na své otázky včas, tím spíše se může cítit v bezpečí (Šamánková, 2011, s. 96).

**Potřeba plakat, smát se** – nemocný a jeho blízcí mají mnoho důvodů k pláči. Budoucnost se jim krátí na dobu neurčitou a plány se zdají nerealizovatelné. Pracovat s plačícím pacientem je obtížné, ale k paliativní péči to patří a nemůžeme bagatelizovat jeho situaci. Zároveň ale nemůžeme kolem nemocných vytvořit jen pochmurnou atmosféru a myslet jen na to špatné. Pacient má právo se smát a často to pomůže překonat různé problémy spojené s onemocněním (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba spánku** – spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování tělesného i duševního zdraví. Spánek má pro organismus regenerační a ochranný význam. Problémy se spánkem jsou nejčastějším symptomem u pacientů s onkologickým onemocněním (Šamánková, 2011, s. 118).

**Potřeba mít pravdivé informace** – aby pacient mohl o svém životě, způsobu léčby, a hlavně o tom, jak a kde bude trávit poslední chvíle svého života rozhodovat, má právo vědět veškeré informace o svém zdravotním stavu. Situace, kdy pacient neví svou diagnózu nebo dokonce i to, že umírá je stále častější. Pacient tím pádem, nemůže naplnit potřeby jako například smíření se s koncem života, dokončit to, co je pro něj důležité a rozloučit se (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba být rodinou** – pacient je součástí rodiny a rodina je podstatnou věcí při průběhu léčby pacienta. Proto by mělo být pacientovi a jeho rodině umožněno být spolu kdykoliv a kdekoliv (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba uzavřít svůj život** – v závěru života si každý pacient přeje život nějakým způsobem uzavřít. Nezabývat se zbytečnostmi, odpustit si co se nezdařilo a zapamatovat si to, co se povedlo. Do popředí se v závěru života dostávají věci, které dříve neměly takovou váhu a naopak (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba najít smysl** – na konci života, pacienti často přemýšlí, zdali našli smysl svého života. To může najít jen člověk sám, protože těžká nemoc změní pohled na život dosud prožitý (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba odpuštění** – odpuštění je v závěru života velice důležité. Neodpuštění bývá často důvodem mnoha psychosociálních problémů. Odpuštění pacienta osvobozuje a je důležité ho k tomuto kroku povzbudit (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba lásky** – v těžkých chvílích života, kdy pacient uvažuje o tom, co v jeho životě mělo a nemělo smysl, přichází na to, že to jsou hlavně láskyplné vztahy. Milovat a být milován je jednou z nejhlubších tužeb každého jedince. Žádné onemocnění nemůže člověku zabránit mít rád a toto vědomí je v překonávání nemoci velkou posilou (Marková, 2010, s. 64–89).

**Potřeba naděje** – člověk je vázaný se svou minulostí, přítomností i budoucností a potřeba naděje je jednou z nejvýznamnějších potřeb člověka, pomáhá mu překonat těžké chvíle a posunout se. Naděje, že na umírání a poslední chvíle jeho života nebude pacient sám je pro něho obrovským darem (Marková, 2010, s. 64–89).

### **3.6 Duchovní podpora**

Zdravotníci často mají pocit, že „duchovní potřeby“ mají pouze věřící jedinci (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 232). Vedle lidí, kteří věří celý život a žijí nábožensky se v paliativní péči můžeme setkat i s mnohými, kteří svou víru teprve nyní objevují, nebo se po mnoha letech k ní vracejí (Marková, 2010, s. 90). Onkologicky nemocný pacient potřebuje kromě léčení a odborné ošetrovatelské péče také někoho, s kým může probrat svůj pocit beznaděje, svoje radosti a strasti. Těžce nemocný člověk si klade spoustu spirituálních i existenciálních otázek, ne každý je však o nich schopen komunikovat. To ovšem neznamená, že si tyto otázky nepokládá a nesnaží se je řešit (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 232). Spiritualita se zabývá více aspekty než jen vírou v posmrtný život. Pro paliativní péči, jejímž cílem je udržet na dobré úrovni kvalitu života pacienta s nevléčitelnou nemocí, je charakteristická i péče o duchovní dimenzi člověka. Duchovní potřeby jsou velmi úzce spjaty se smyslem života. Spiritualitu pacienti vnímají jako velmi rozsáhlý pojem, který může ale nemusí zahrnovat náboženství a víru (Kisvertová, 2018, s. 97).

### **3.7 Poruchy spánku**

Poruchy spánku a nespavost patří mezi nejčastější obtíže onkologicky nemocných pacientů. Tyto obtíže se mohou vyskytovat samostatně nebo spolu s dalšími stavy, jako je úzkost, bolest, deprese a další. Nespavost dopadá jak na fyzický, tak psychický stav pacienta a významně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Nespavost můžeme definovat jako neschopnost usnout nebo udržet kvalitní spánek po přijatelně dlouhou dobu. Každý pacient má individuálně dlouhou dobu potřebnou ke kvalitnímu spánku. U onkologicky nemocných trpí nespavostí až 60 % pacientů. Z důvodu nespavosti dochází u pacientů ke zvýšené denní únavě, poruchám koncentrace, paměti a nálady, také časté bolesti hlavy a celkové zhoršení kvality života. U onkologicky nemocných bývají poruchy spánku často sekundárně spojené s dalšími symptomy maligního onemocnění, jako je například bolest, úzkost nebo dušnost. Základem, jak pomoci pacientovi zlepšit kvalitu spánku je spánková hygiena (vyloučit kofein a alkohol před spaním), zavedení denního režimu, omezení spánku během dne a snažit se fyzické aktivity uskutečnit v první polovině dne. Dále by večerní jídlo mělo být lehké a včasné, postel by měl pacient využívat především ke spaní a chodit spát ve stavu ospalosti. Důležitá je i kontrola stimulů vyvolávající nespavost jako například bolest. Pokud pacient dodržuje všechna tato opatření a nespavost ho i nadále trápí, je vhodná farmakologická léčba (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 238-239).

### 3.8 Úzkost

Úzkost nemůžeme považovat jen za nepříjemný pocit, je považována podobně jako bolest za komplexní psychosomatický prožitek nebo zkušenost, který člověk pocítí v situaci ohrožení. Rozvoj úzkosti pramení už ze situace, kde by o ní ještě nikdo neuvažoval (Honzák, 2020, s. 27). Úzkost je běžnou reakcí na stres, která může a nemusí být patologická. Buďto se člověk na nově vzniklou situaci postupem času adaptuje, nebo může vyvršit těžkou psychopatologií. Každý má jinak vysokou míru úzkosti, kde u nízké hrozí přehlédnutí nebo zanedbání ohrožujícího faktoru, kdežto vysoká míra naopak může vést k psychiatrické či fyzické nemoci. U pacientů, kteří mají závažné onemocnění ohrožující je na životě, může být podněcující příčinou úzkosti různé množství faktorů. Úzkostí ovšem netrpí každý těžce nemocný pacient (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 251). Úzkost neboli anxiety v praxi znamená pocit vnitřní sevřenosti, který může vypadat jako strach, my však nedokážeme říct, čeho se bojíme. Úzkost je podle medicíny komplikovaná koexistence několika faktorů jako je strach, zlé předtuchy a obavy. Není výjimkou, když k tomu člověk má několik fyziologických příznaků jako například bušení srdce, pocit nevolnosti, bolest na hrudi, zrychlené krátké dýchání nebo tremor rukou. Je to velmi nepříjemný emoční stav, kde je nemožné identifikovat příčinu. Rozdíl mezi úzkostí a strachem je ten, že u strachu je možné definovat čeho se dotýčný bojí. Úzkost může mít několik forem, akutní, krátkou nebo dlouhodobou. Intenzita je u každého jiná a může vést až k panickému záchvatu. Úzkost má tři hlavní složky. **Kognitivní** – sem patří očekávání neurčitěho nebezpečí. **Somatickou** – tělo se připravuje na útěk z nebezpečí tím, že se zvýší krevní tlak, pulz, začneme se nadměrně potit. Na venek se úzkost projevuje bledostí, pocením a chvěním se. **Emocionální** – tato složka se týká pocitu strachu a paniky. Přiměřená úzkost je naprosto běžná emoce jako strach, vztek, smutek nebo štěstí a je důležitá pro přežití, z dlouhodobého hlediska má úzkost na člověka destruktivní vliv (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s. 43). V paliativní péči se úzkost nejčastěji vyskytuje spojením se strachem z bolesti, udušení se nebo se strachem ze smrti samotné. Úzkost se projevuje různými způsoby, jako třeba poruchami spánku, neschopností být sám a neklidem (Marková, 2010, s. 113). U pacientů, kterým je potvrzena závažná život ohrožující nemoc se často setkáváme s mnoha emocemi, utrpením a existenciální nejistotou. Protože úzkost není vždy na první pohled zřejmá, může být tento stav u pacienta lehce přehlédnutelný. Úzkost ze smrti je závažný problém, který doprovází onkologické pacienty. Relaps onkologického onemocnění pacient vnímá jako jistý signál, že smrt se blíží, tento strach patří též k projevům úzkosti (Kisvetrová, 2018, s. 60). Často bývá úzkost vyvolána nedostatkem informací, pacient



neví, co se přesně děje, má strach se zeptat, cítí napětí v rodině a celá situace je pro něho velmi komplikovaná. V tu chvíli může trpět velmi silnou úzkostí. Úzkost také často zvyšuje situace, kdy blízcí s nemocným mají strach o onemocnění mluvit a naopak. Určitá míra úzkosti k závažnému onkologickému onemocnění patří, pomáhá mu se vyrovnat s náročnou situací. Patologická úzkost však nemocnému ztěžuje normální fungování a zhoršuje kvalitu života. Důležitým prostředkem snížení úzkosti je dostatek srozumitelných informací, eliminovat vedlejší symptomy onemocnění, které by úzkost mohly způsobovat, jako například bolest a dále kombinovat nefarmakologickou a farmakologickou léčbu (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 252–255).

### **3.9 Deprese**

Deprese spolu s úzkostí představují nejčastější psychiatrické symptomy u onkologicky nemocných pacientů. Neléčení těchto symptomů nejen zhoršuje celkovou kvalitu života, ale mají i významný vliv na bolest a další tělesné symptomy (Světláková, Sláma, Světlák, Pochop, Šedo, Alexandrová, Bílek, Vyzula, 2019, s. 202). Deprese nevzniká u pacientů hned po oznámení diagnózy. Nejprve se objevuje šok, stres a úzkost. Teprve po celkovém vyčerpání a ztrátě naděje nastupuje deprese. Definice deprese je neschopnost jedince plánovat aktivity které mu přinášejí radost a radovat se (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s. 45). Ze studií vyplývá, že v paliativní péči je deprese poddiagnostikovaná a v případě správně stanovené diagnózy neadekvátně léčená. Deprese se nejčastěji vyskytuje u pacientů s pokročilým onemocněním a s vysokou mírou symptomové zátěže, jako například nedostatečně tlumená bolest, dušnost, nevolnost a další. U pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní může diagnóza deprese dokonce předcházet diagnóze maligního onemocnění. Deprese je u pokročilého onkologického onemocnění častá, není však podmínkou. Psychoterapie a psychologická léčba jsou základními prvky k zvládnutí managementu deprese (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 257). Naplnění základních lidských potřeb, které nově vznikly onemocněním je nejdůležitějším krokem proti vzniku deprese a úzkosti (Adam, Klimeš, Pour, Král, Onderková, Čermák, Vorlíček, 2019, s. 51).

### **3.10 Bolest**

U onkologického onemocnění je jedním z nejobávanějších a nejčastějších symptomů bolest. V období stanovení diagnózy trpí bolestí zhruba 30 % pacientů, v průběhu protinádorové léčby 60 % pacientů a v terminálním stádiu udává bolest 80–90 % nemocných. Charakter a intenzita bolesti závisí na typu onkologického onemocnění. Nejvíce bývají bolesti spojovány právě s rakovinou slinivky břišní, dále například nádory kostí. Bolest u onkologických pacientů

představuje jednu dimenzi kompletní zkušenosti života s onkologickým onemocněním. Celkové zvládnání bolesti a úspěšnost léčby bolesti závisí také na úspěšnosti protinádorové léčby a postoji pacienta k onkologickému onemocnění. Maladaptace, únava, úzkost, strach a frustrace velmi ovlivňuje celkové vnímání bolesti, včetně její intenzity (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 190). Nádorovou bolest dělíme podle časového průběhu. **Trvalá** bolest je přítomna v podstatě nepřetržitě, její intenzita se může měnit. Z hlediska léčby této bolesti je nutné podávat analgetika v pravidelných časových intervalech a nastavit dávku, tak aby byla účinná. **Intermitentní** bolest znamená, že epizody se střídají s dobou, kdy je pacient bez bolesti. Léčba se nastavuje individuálně v závislosti na délce a charakteru bolestivých epizod. **Průlomová** je taková bolest, která nastupuje buď spontánně, nebo v závislosti na určitém vyvolávajícím faktoru i přes adekvátně nastavenou léčbu. Může to být bolest na konci dávkového intervalu, kdy se bolest objeví v posledních hodinách před podáním další dávky analgetik, to poukazuje na neadekvátní dávkování. Dále incidentální bolest, kterou vyvolá určitý faktor (např. pohyb, převaz, kašel, ...). V poslední řadě může být epizoda průlomové bolesti bez zjevné příčiny a nelze tedy identifikovat vyvolávající příčinu (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 113). Trvalá intenzivní bolest u pokročilého onkologického onemocnění může způsobit deprese a vést až k suicidiu (Dostálová, 2016, s. 72).

### 3.11 Sebevražda

Sebevražděné jednání spolu se sebepoškozováním jsou nejzávažnějšími projevy autoagrese. Obecněji můžeme mluvit o sebevražděném chování. Zatímco sebevražděné chování obsahuje nápady, myšlenky, výroky a proklamace, aniž by došlo k suicidálnímu aktu, sebevražděné jednání zahrnuje projevy, které aktivně směřují k sebevraždě tedy smrti. Suicidium neboli sebevražda představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života (Fisher, Škoda, 2014, s. 59). Při suicidálním chování často dochází k poškození zdraví, případně až ke smrti. Jde vždy o čin, který blízkým nemocného něco vzkazuje. Je to tragický výkřik zoufalství, který může vyvolat mnoho pocitů, jako například vinu, smutek a beznaděj. Sebevražděné chování se vyskytuje jak u dospělých, tak u dětí a adolescentů v několika formách. Patří sem sebevražděné myšlenky, suicidální tendence, pokus o sebevraždu a dokonané suicidium (Koutek, Kocourková, 2007, s. 11–27).

**Suicidální myšlenky** – s myšlenkou co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby už se neprobudil, si v dospívání pohrává téměř každý. Ve většině případů jsou to pouze sebevražděné nápady, bez větší intenzity a chybí zde realizace. Pokud bychom měli sebevražděné myšlenky považovat jako projev suicidálního chování, musel by se jimi dotýčný zabývat většinu dne, tyto

myšlenky jsou těžko odklonitelné. Pokud postižený už sebevraždu konkrétně připravuje, například shromažďuje léky nebo si pořizuje věci potřebné k realizaci sebevraždy, mluvíme už o sebevražedných tendencích, které jsou další krok směrem k sebevraždě (Koutek, Kocourková, 2007, s. 28).

**Suicidální pokus** – je další forma sebevražedného chování. Definujeme pokus, jako každý život ohrožující akt s úmyslem si ublížit nebo zemřít, nikoliv však s letálním koncem. U žen se vyskytuje častěji jen pokus o sebevraždu, u mužů je častější dokonané suicidium. Metody vedoucí k sebevražedným pokusům jsou tzv. měkké metody (např. intoxikace medikamenty), kdežto u dokonané sebevraždy jsou spíše tvrdé metody (střelná rána). K pokusům o sebevraždu dochází nejčastěji z málo promyšleného rozhodnutí, naproti tomu k sebevraždě dochází po dlouhodobé přípravě a dobrém promyšlení (Koutek, Kocourková, 2007, s. 28–29).

**Suicidium** – Sebevražda jako taková, je charakterizována jako sebepoškozující akt končící smrtí, který nemocný způsobí sám sobě s vědomým úmyslem zemřít (Koutek, Kocourková, 2007, s. 29). Rozlišujeme dva druhy sebevraždy. Biickou, motiv zde vychází z reality, není vždy spojen s psychickou poruchou, a patickou, zde motiv jistě vychází z psychopatologie. Patická sebevražda je spojena s depresí, například po oznámení špatné diagnózy (pocit beznaděje, negativní očekávání do budoucna). Nejčastější motiv k sebevraždě je únik ze zátěžové situace, kterou jedinec nadále už nezvládá a neví co dál. Další motiv je například upozornit na sebe, v momentě, kdy nejsou naplňovány některé z potřeb jedince, zejména potřeba sounáležitosti a lásky, v tomto případě se jedná spíše o demonstraci nebo pokus o vydírání druhých (Fisher, Škoda, 2014, s. 60). Důvodem pro sebevražedné ukončení života může být vážné onemocnění, u jedinců s onkologickým onemocněním je riziko 2x vyšší než u ostatní populace (Hort, Kocourková, 2006 s. 201–203). Nejrizikovějším obdobím je doba, kdy je onemocnění diagnostikováno, riziko roste s obavami, s rostoucí bolestí, nežádoucími účinky a množstvím léčebných procedur, které nemocný musí podstoupit. Rizikové je i terminální stádium onemocnění, kdy nemocný neodkáže snášet bolest, nechce být na obtíž svým blízkým a nechce, aby viděli, jak špatně situaci zvládá (Fisher, Škoda, 2014, s. 69).

### **3.12 Nádorová anorexie a kachexie**

Jedná se o multifaktoriální, multiorgánový a často nezvratný metabolický syndrom, charakterizovaný nechtěnou ztrátou hmotnosti, svalové hmoty a tukových rezerv, sníženou chutí k jídlu a časnou sytostí. Syndrom nelze zvrátit jedním terapeutickým zásahem prostým zvýšením kalorického příjmu. SNAK (syndrom nádorové anorexie a kachexie) často velmi

komplikuje protinádorovou léčbu a výrazně ovlivňuje a snižuje kvalitu a délku života. Zhruba 30 % pacientů s onkologickým onemocněním umírá v důsledku nádorové kachexie. Výskyt nádorové kachexie je nejčastější u nádorů horní části GI traktu (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 175). Pokud pacient není schopen přijímat potravu, je doporučena intenzivní nutriční podpora a léčba, jako například nutriční doplňky bohaté na bílkoviny, nazogastrická sonda, PEG, výjimečně až úplná parenterální výživa. Neexistuje žádná efektivní symptomatická léčba nádorové kachexie. Důležitá je i psychosociální podpora pacienta a jeho blízkých, pro které je pokračující kachexie často nejvýraznějším projevem progresu onkologického onemocnění (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 229). Pacientovi blízcí jsou zhoršeným příjmem potravy a ztrátou hmotnosti často více znepokojeni než sám nemocný. Je nutné jim vysvětlit, že nutit pacienta k jídlu není v jeho zájmu (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 43).

### 3.13 Sestra v paliativní péči

*„Smrti se neboj. Dokud jsi tu ty, není tu smrt, až tu bude, nebudeš tu ty.“*

*čínské přísloví*

Vztah člověka ke smrti se vyvíjí postupně s věkem, stejně jako každý jiný vztah. Ovlivňuje ho velké množství okolností, jako příklad rodičů a dalších důležitých osob v našem životě. Postoj je také ovlivněn tím, jak k setkávání se smrtí dochází. U zdravotních sester je také důležité jejich první setkání se smrtí v jejich profesním životě. Dochází k němu většinou na praxích ještě při studiu. V profesním životě je potřeba naučit se zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru optimálního odstupu. Smutek je normální reakcí na jakoukoliv ztrátu. Tuto reakci je nutné prožít, abychom si v sobě nehromadili problémy. Mladá sestra, které umírá pacient, ztrácí možná také své představy a iluze o medicíně o tom, že dokáže pomoci k uzdravení každému. Smutek je reakcí na událost, která se nás nepříznivě dotkne, jako například ztráta blízkých. Smutek může vystupňovat v žal, nevypovídá-li se člověk s žalem, může propadat až do deprese. I my profesionálové bychom si ale měli dovolit zaplakat nad úmrtím pacienta, který nám více přirostl k srdci a netvořit si kolem sebe tvrdou skořápku. Prožitý smutek nám totiž pomůže jít dál. Sestra také potřebuje, aby byla pracovně spokojená, vidět dobré výsledky své práce. Vidět pacienta, co se po náročné operaci zotaví a s díky odchází domů. To se u onkologicky nemocných pacientů, tedy hlavně v paliativní péči, stává málokdy. Sestra však potřebuje vidět nějaký smysl ve své práci, proto je dobré přehodit ve vlastní mysli od postoje „ten už spěje k poslednímu, nedá se nic dělat“ na „bohužel základní onemocnění nevyлéčíme ale uděláme vše pro to, aby měl pacient kvalitní závěr života“. Sestra poskytující

paliativní péči by se měla snažit prožívat svůj život v celé jeho bohatosti, být vděčná za své zdraví a za zdraví svých blízkých, za dobré věci, ale i za překážky, které ji život dává, toto vnímání se pak odvíjí i v jejím postoji k nemocným, umírajícím a jejich rodinám (Marková, 2010, s. 29–30). Sestry, které pracují na odděleních, kde se léčí onkologicky nemocní pacienti, se setkávají s pacienty v různých fázích jejich nemoci. K tomu, aby mohly včas rozpoznat různé psychické problémy pacienta je nutné, aby znaly fáze přijetí nemoci z pohledu pacienta (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 433). Tyto fáze jsou popsány v horních kapitolách, této práce. Sestra, která ošetřuje onkologicky nemocného pacienta na lůžku nebo v ambulanci, je mu jak fyzicky, tak psychicky ze všech nejbliže. Sestra je první a často i jediná, které pacient svěří všechny své pocity, emoce, strachy a nálady. Sestra by měla mít stále na mysli, že pacienti jsou psychicky zdraví lidé, kteří se nacházejí v ohrožení života, a proto se mohou chovat neočekávaně, patologicky. Měla by zachovávat klid, v momentě, kdy si na ni pacient například vylévá negativní emoce spojené se strachem z umírání. Naslouchat pacientům, chválit je i jen za malý úspěch. Dále by měla přemýšlet při své práci a snažit se být vždy včas tam, kde je zrovna nejvíce potřeba. Pacienty je možné ošetřovat dobře jen tehdy, pokud i my sami budeme v dobré psychické a fyzické kondici (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 435–436). Úkolem sestry v péči o onkologické pacienty je tedy bedlivě sledovat stav pacienta, udržovat ho v čistotě, věnovat pozornost vedlejším symptomům onemocnění, jako například vysychající sliznice a jiné (Dostálová, 2016, s. 70). Paliativní sestry jsou hrdé na to, že mají dostatek času na své pacienty a jejich blízké. Vzhledem ke klesajícímu rozpočtu, začínají sestry v hospicích pociťovat nedostatek času na péči, a je to proto u nich častý zdroj pocitu selhání. Velký vliv na osobnost zdravotníka pracujícího v paliativní péči má motivační složka (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 56–57). Pracovní motivace není jen vnitřní hybnou silou jednotlivých pracovníků, ale jedná se o soubor mnoha různých faktorů, které je možné a i nutné ovlivňovat vhodnými manažerskými přístupy. Nedostatek motivace nejen u sester v paliativní péči se dříve či později projeví zhoršením kvality práce. Ztráta motivace je také jedním z prvních spouštěcích mechanismů k burn – out syndromu (Marková, 2010, s. 39).

## 4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této části se popisuje vybraná metodika literární rešerše, podle kterých se studie vyhledávaly a jaké byly podmínky a postupy. Dále je zde popsána každá studie, která byla zahrnuta do této rešerše a jak souvisí s tématem práce.

### 4.1 Metodika

K sestavení literární rešerše a sepsání této teoretické práce byla zvolena rešerše článků v odborných databázích.

Před začátkem vyhledávání studií bylo nutné vymezit téma, stanovit si kritéria pro vyhledávání (viz. Tabulka 1 a Tabulka 2). Stanovila jsem rešeršní otázku dle vzorce PICO. (P) – pacient/ populace, (I) – typ použité intervence, (C) - porovnání s jiným typem intervence, (O) – výstupy. Pokud jsem chtěla zjistit, jaká je kvalita života pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní a jak ji ovlivňují psychické potřeby, bylo nutné vymezit a konkretizovat jednotlivé pojmy (viz. Tabulka 1).

Každý jednotlivý pacient, který byl objektem vyhledávaných studií, musel být dospělý, tedy starší 18 let, který měl diagnostikované onkologické onemocnění slinivky břišní a onemocnění nějakým způsobem ovlivnilo jeho bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Zkoumala jsem jaké nejčastější potíže pacienti měli a co ovlivňovalo jejich kvalitu života.

**Tabulka 1 - Kritéria dle vzorce PICO**

Populace	Dospělý (18 let a více), starší, staří
Intervence	Rakovina slinivky břišní
Porovnání	Bio-psycho-socio-spirituální potřeby
Výstupy	Kvalita života, pohoda, související se zdravím

**Tabulka 2 - PICO Keywords**

Population	Adult, aged, elderly
Intervention	Pancreatic cancer
Comparation	Bio-psycho-social-spiritual needs
Outcomes	Quality of life, well being, health – related quality of life

Vyhledávala jsem v internetových databázích prostřednictvím rozšířeného vyhledávání s pomocí Booleánských koordinátorů AND a OR. Mnou zadaná klíčová slova, dle kterých jsem vyhledávala, jsou k dispozici v tabulkách 1 a 2.

Pro vyhledávání jsem použila zahraniční databáze EBSCOhost a SCOPUS, kde po zadání mnou vybraných klíčových slov systém vygeneroval určitý počet řádků. Vyhledávala jsem studie v anglickém jazyce. Z důvodu nedostatku studií nebylo vyhledávání nijak časově omezeno.

Dne 14.6.2021 jsem do každé databáze zadávala klíčová slova. Výsledky vyhledávání v databázi EBSCOhost a SCOPUS pro jednotlivá klíčová slova a jejich varianty s použitím koordinátorů AND a OR jsou zobrazeny v tabulce 3 a 4.

Tabulka 3 - Vyhledávací strategie v databázi EBSCOhost

Vyhledávací strategie v databázi EBSCOhost		
Číslo	Klíčové slovo	Počet výsledků
1.	Adults	1107839
2.	Aged	489011
3.	Elderly	229951
<b>4.</b>	<b>1 OR 2 OR 3</b>	<b>1826801</b>
5.	Bio-psycho-social-spiritual needs	3
6.	Psychological needs	7387
<b>7.</b>	<b>5 OR 6</b>	<b>7390</b>
8.	Quality of life	247528
9.	Well – being	132692
10.	Health – related quality of life	116408
<b>11.</b>	<b>8 OR 9 OR 10</b>	<b>496628</b>
12.	Pancreatic cancer	28040
<b>13.</b>	<b>1 OR 2 OR 3 AND 6 AND 8 OR 9 OR 10 AND 12</b>	<b>0</b>
<b>14.</b>	<b>1 OR 2 OR 3 AND 8 OR 9 OR 10 AND 12</b>	<b>49</b>



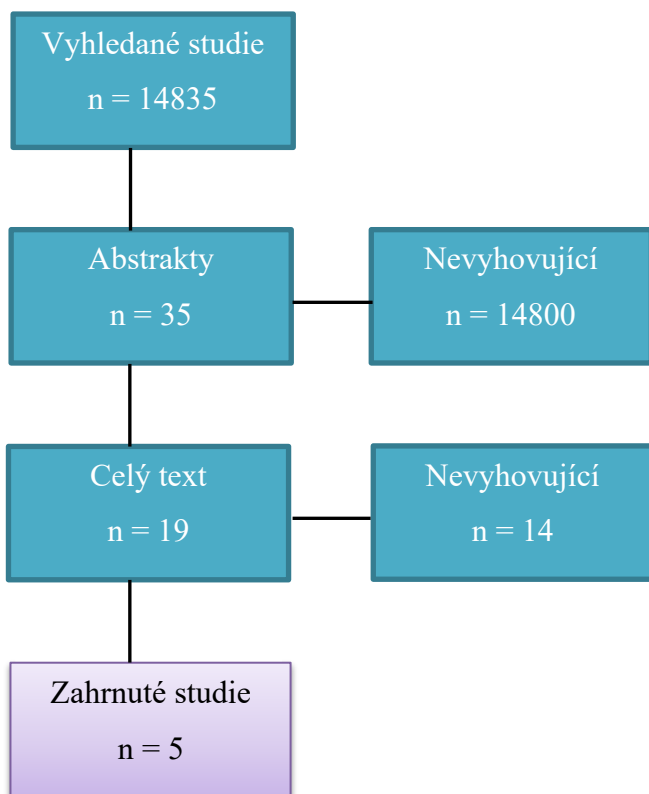
Tabulka 4 - Vyhledávací strategie v databázi SCOPUS

Vyhledávací strategie v databázi SCOPUS		
Číslo	Klíčové slovo	Počet výsledků
1.	Adults	11871114
2.	Aged	6261625
3.	Elderly	1804441
<b>4.</b>	<b>1 OR 2 OR 3</b>	<b>19937180</b>
5.	Bio-psycho-social-spiritual needs	44
6.	Psychological needs	754922
<b>7.</b>	<b>5 OR 6</b>	<b>754966</b>
8.	Quality of life	2724326
9.	Well – being	11336086
10.	Health – related quality of life	928521
<b>11.</b>	<b>8 OR 9 OR 10</b>	<b>14988933</b>
12.	Pancreatic cancer	578585
<b>13.</b>	<b>1 OR 2 OR 3 AND 6 AND 12</b>	<b>1768</b>
<b>14.</b>	<b>1 OR 2 OR 3 AND 8 OR 9 OR 10 AND 12</b>	<b>13018</b>

Z celkem 14835 nalezených studií jsem nejprve na základě názvu a abstraktu vyřadila 14800 studií, protože byly nevyhovující z hlediska mých zadaných kritérií. Dále jsem vyhledávání

upřesnila na plné texty a zbylo mi 19 studií, z nichž se 3 shodovaly. Tedy z 16 studií jsem po pečlivém prozkoumání vyřadila 11 studií, protože se mého tématu dotýkaly jen okrajově.

**Obrázek 1 - Vývojový diagram zahrnutých studií**



**Tabulka 5 - Seznam vybraných studií**

Číslo	Rok vydání	Autor
1.	2019	Katherine E. Henson, MSc, DPhil a kol.
2.	2016	Didem Kat Bektas, Sati Demir
3.	2021	Chalhoub Sabine a kol.
4.	2015	Erin E. Kent, PhD a kol.
5.	2020	Grant R. Williams MD, a kol.

## 4.2 Hodnocení vybraných studií

### 4.2.1 Studie č. 1

#### **Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England**

**Katherine E. Henson, MSc, DPhil a kol.**

Populační studie z roku 2019 popsána kolektivem autorů.

Diagnostikovaná rakovina s sebou nese značné riziko psychického utrpení a to se v této studii snaží prozkoumat. Cílem je zjistit, jak velké je riziko sebevraždy u pacientů s rakovinou a identifikovat rizikové faktory, které mohou pomoci při psychologickém hodnocení založeném na potřebách. Studie probíhala v Anglii.

**Metodologie:** Populační studie využívající údaje z National Cancer Registration and Analysis Service v Anglii spojená s údaji o úmrtí 4722099 jedinců. Byli zahrnuti pacienti ve věku 18–99 let s diagnostikovaným maligním onemocněním od 1. ledna 1995 do 31. prosince 2015 s následným sledováním do 31. srpna 2017. Byly sečteny standardizované poměry úmrtnosti (SMRs) a absolutní nadměrná rizika (AERs).

**Výsledky:** Z 4722099 pacientů s rakovinou bylo 50,3 % mužů a 49,3 % žen. Z celkového počtu pacientů bylo 3509392 ve věku 60 let a více, když jim byla stanovena diagnóza. Celkem 2491 pacientů zemřelo v důsledku sebevraždy, což představuje 0,08 % všech úmrtí během sledovaného období. Celkový SMR pro sebevraždu byl 1,20 a AER 10000 osob/rok. Riziko bylo nejvyšší u pacientů s mazoteliomem. Po něm následovala rakovina pankreatu, jícnu, plic a žaludku. Riziko sebevraždy bylo nejvyšší v prvních 6 měsících po diagnostice rakoviny.

**Závěr:** Navzdory nízkým výsledným číslům představuje zvýšené riziko sebevraždy u pacientů s určitými druhy rakoviny obavy, což představuje potenciální úmrtí, kterému lze předcházet. Zvýšené riziko v prvních 6 měsících od oznámení diagnózy může naznačovat nenaplněnou potřebu psychologické podpory. Výsledky této studie naznačují, že je potřeba lepší psychologické podpory u pacientů se všemi druhy rakoviny a pozornost by se měla věnovat i rizikovým faktorům jako je bolest, zejména u konkrétního druhu rakoviny jako je například rakovina pankreatu.

#### 4.2.2 Studie č. 2

##### **Anxiety, Depression Levels and Quality of life in Patients with Gastrointestinal Cancer in Turkey**

**Didem Kat Bektas, Sati Demir**

Tato deskriptivní studie je popsána z roku 2016 autory Didem Kat Bektas a Sati Demir v Turecku.

Studie je zaměřena na to, že rakovina je hlavním problémem veřejného zdraví po celém světě. Gastrointestinální rakoviny jsou zodpovědné za 20 % všech úmrtí souvisejících s rakovinou z toho 5,9 % je jenom rakovina slinivky břišní. Zkoumala se úroveň úzkostné deprese a kvalita života u pacientů s GI rakovinou.

**Metodologie:** Studie byla provedena na 335 dospělých pacientech, kteří měli rakovinu trávicího traktu a kteří byli hospitalizováni na klinikách lékařské onkologie. Data byla shromážděna pomocí stupnice úzkosti a deprese v nemocnici a pomocí informačního formuláře pro pacienta.

**Výsledky:** Pacienti, kteří byli mužského pohlaví a byli absolventy střední školy měli větší funkční potíže. Pacienti se špatným ekonomickým stavem zaznamenávali více příznaků. Celková pohoda pacienta se snižovala s časem a úroveň funkčních obtíží se zvyšovala se zvyšujícím se počtem pobytů v nemocnici. Skóre úzkosti i deprese se zvyšovalo s prodlužováním trvání nemoci a rostlo i s klesajícím věkem. Pacienti, kteří byli ženami, osamělí, ovdovělí, rozvedení nebo absolventy základních škol, měli vyšší skóre úzkosti a deprese. Kvalita života klesala s rostoucí úzkostí a depresí.

**Závěr:** U pacientů s GI rakovinou je důležitá podpora, aby se předcházelo úzkosti a depresi.

### 4.2.3 Studie č. 3

#### **Prevalence of Insomnia among Pancreatic Cancer Patients following Pancreaticoduodenectomy**

**Chalhoub Sabine a kol.**

Retrospektivní kohortová studie z roku 2021 popsána Chalhoub Sabine a kolektivem autorů.

Studie je zaměřena na poruchy spánku u pacientů s rakovinou slinivky břišní, které ovlivňují kvalitu života pacientů. Popisuje prevalenci nespavosti u pacientů s rakovinou pankreatu, kteří nedávno podstoupili pankreatoduodenektomii. Spánek a zdraví je slině propojeno, kvalita spánku pozitivně ovlivňuje obnovení fyzického a mentálního zdraví.

**Metodologie:** Byla provedena 6letá retrospektivní kohortová analýza všech dospělých pacientů ve věku 18 let a více s rakovinou pankreatu, kteří podstoupili pankreatoduodenektomii. Insomnie (nespavost) byla charakterizována pomocí Pittsburghského indexu kvality spánku (PSQI). Příznaky nespavosti a jejich dopad na každodenní život byly hodnoceny pomocí indexu závažnosti nespavosti (ISI) a pacienti byli rozděleni na mírnou nespavost nebo středně těžkou až těžkou nespavost.

**Výsledky:** Ze čtyřiceti pacientů s rakovinou pankreatu, kteří podstoupili operaci, 19 uvedlo, že jejich poruchy spánku měly významný vliv na kvalitu jejich života. Celkem 55 % pacientů uvedlo nespavost, přičemž 63,2 % uvedlo mírnou nespavost. Bylo zjištěno, že chemoterapie významně zvyšuje riziko středně těžké až těžké nespavosti.

**Závěr:** Poruchy spánku, jako nespavost po operaci rakoviny pankreatu, jsou velmi rozšířené. Ošetřující lékaři a chirurgové by měli rozpoznat a pravidelně vyšetřovat poruchy spánku prostřednictvím řízení multidisciplinárního týmu, aby se zmírnila část zátěže na duševní pohodu pacienta a zlepšila se tak kvalita života.

#### 4.2.4 Studie č. 4

##### **Health – Related Quality of Life in Older Adult Survivors of Selected Cancers: Data From the SEER-MHOS Linkage**

**Erin E. Kent, PhD a kol.**

Kohortová studie z roku 2015 popsána kolektivem autorů.

Výzkumy týkající se kvality života související se zdravím (HRQOL) mezi staršími přeživšími dospělými s rakovinou je většinou omezen na rakovinu prsu, prostaty, kolorekta a plic. Tato studie se zaměřuje i na ovlivnění kvality života u méně častých rakovin jako například rakovina pankreatu.

**Metodologie:** HRQOL byla zkoumána pomocí 36 položkového průzkumu Short Form Health Survey a 12 položkového průzkumu Veterans RAND u pacientů s vybraným typem rakoviny (rakovina ledvin, močového měchýře, pankreatu, horního trávicího traktu, dutiny ústní a hltanu, dělohy, děložního hrdla, štítné žlázy, melanom, chronická leukemie, non-Hodgkin lymfom a mnohočetný myelom) a jednotlivců bez rakoviny na základě dat spojených z The Surveillance, epidemiologie a konečných výsledcích z registru rakoviny a The Medicare Health Outcomes Survey. V měřítku se porovnávaly fyzické komponenty a mentální komponenty.

**Výsledky:** Byla zahrnuta data 16 095 pacientů s rakovinou a 1 244 549 jedinců bez rakoviny. Výsledky ukázaly pozoruhodné deficity ve fyzickém zdravotním stavu. Duševní zdraví bylo srovnatelné, i když u emocionální role a sociálního fungování byla data horší u všech typů rakoviny než u jedinců bez rakoviny. Přeživší s mnohočetným myelomem a rakovinou pankreatu hlásili nejnižší skóre jak z pohledu fyzického fungování, tak z pohledu psychické stránky.

**Závěr:** Výzkum ukázal, že kvalitu života související se zdravím mají zhoršenou všichni přeživší jakéhokoliv typu rakoviny, nejvíce však pacienti s rakovinou pankreatu a mnohočetným myelomem.

#### 4.2.5 Studie č. 5

##### **Association of malnutrition with geriatric assessment impairments and health – related quality of life among older adults with gastrointestinal malignancies**

**Grant R. Williams MD, a kolektiv autorů**

Prevalenční studie z roku 2020 zpracována Grantem E. Williamsem a dalšími.

U většiny starších pacientů s rakovinou se rozvíjí podvýživa. Důsledky podvýživy mezi touto populací jsou špatně chápány. Cílem této prevalenční studie bylo v číslech ukázat prevalenci příznaků souvisejících s výživou a podvýživou u starších dospělých s malignitami gastrointestinálního traktu (GI) a souvislost podvýživy s geriatrickým hodnocením (GA), kvalitou života související se zdravím (HRQOL) a využití zdravotní péče.

**Metodologie:** Byla provedena prevalenční studie starších dospělých, kteří byli posláni na kliniku GI Oncology v Birminghamu. Pacienti podstoupili průzkum hodnocení odolnosti proti rakovině a stárnutí, který zahrnuje zkrácené subjektivní hodnocení výživy generované pacienty. Výživové skóre bylo rozděleno na normální a podvyživené. Vícerozměrná analýza upravená dle demografie, typu rakoviny a stadia rakoviny byla použita ke zkoumání sdružení s poruchou GA, HRQOL a využitím zdravotní péče.

**Výsledky:** Bylo zahrnuto celkem 336 účastníků s průměrným věkem 70 let, nejčastější diagnózy byly kolorektální karcinom a rakovina pankreatu. Celkem bylo 52,1 % pacientů označeno jako podvyživení. Podvýživa byla spojena s vyšší prevalencí několika zhoršení GA. Podvýživa byla také spojena s narušením kvality života související se zdravím (HRQOL), jak po fyzické, tak psychické stránce, a předchozí hospitalizací.

**Závěr:** Studie zjistila vysokou prevalenci podvýživy u starších dospělých s GI malignitami, která byla spojena se snížením HRQOL a zvýšeným využíváním zdravotní péče.

## 5 DISKUZE

Cílem této práce bylo zhodnotit, jak ovlivňuje maligní onemocnění slinivky břišní kvalitu života pacienta a jeho psychické potřeby pomocí rešerší vyhledaných studií a sestavením literárního přehledu. Práce zahrnuje celkem 5 studií, které byly publikovány v letech 2015 až 2021. Většina studií se nezaměřuje jen na rakovinu pankreatu, ale na více druhů maligního onemocnění. V každé vybrané studii je rakovina pankreatu zahrnuta a data jsou podrobně analyzována. Nejvíce s mým tématem souvisí studie Didem Kat Bektas a Sati Demir 2016, kde popisují úroveň úzkostné deprese a kvality života spojené s rakovinou GI a studie Katherine E. Henson, MSc, DPhil a kolektivu autorů, kteří provedli výzkum, jaké je riziko sebevražd u onkologických pacientů a jak to může ovlivnit správná psychologická podpora. V dalších studiích se spíše zabývají fyzickými potřebami, které také významně ovlivňují kvalitu života, a mentální zdraví pacienta.

Studie Didem Kat Bektas 2016 popisuje, jak úroveň deprese ovlivňuje kvalitu života pacientů. Deprese spolu s úzkostí představuje nejčastější psychiatrické symptomy u onkologicky nemocných a neléčení těchto symptomů nejen zhoršuje kvalitu života pacienta, ale má i významný vliv na bolest (Světláková, Sláma, Světlák, Pochop, Šedo, Alexandrová, Bílek, Vyzula, 2019, s. 202).

Studie Henson 2019 se zaměřila především na riziko sebevražd u onkologicky nemocných pacientů. Přestože riziko nevyšlo příliš vysoké, je nutné u těchto pacientů pozorovat jakékoliv náznaky. Nejvíce sebevražd bylo spácháno v prvních šesti měsících od stanovení diagnózy. Do studie bylo zahrnuto mnoho typů onkologického onemocnění a rakovina pankreatu se umístila na prvních příčkách. Jak uvádí Hort (2006, s. 201–203) u onkologicky nemocných je riziko sebevraždy 2x vyšší. Dále například i Fisher (2014, s. 60) popisuje, že nejrizikovějším obdobím je období stanovení diagnózy, což se shoduje se studií, která uvádí za nejrizikovější prvních šest měsíců. Dle Fishera (2014, s. 60) je ale rizikové i terminální stádium nemoci, kdy nemocný podléhá bolesti, nechce být na obtíž blízkým, aby viděli, jak špatně zvládá situaci. Z výsledků vyplívá, že riziko sebevražd u onkologicky nemocných je vyšší a je proto důležitá psychologická podpora a hlavně nezanedbání vedlejších symptomů onemocnění, jako je například bolest.

Zbylé studie se zaměřují na kvalitu života onkologicky nemocných pacientů, která je ovlivněna různými faktory. Například studie Didem Kat Bektas a Sati Demir 2016 potvrzuje, že maligní onemocnění GI traktu, kde je zahrnuta i slinivka břišní, významně ovlivňuje kvalitu života



a míru úzkostné deprese. Poukazují na to, že míra úzkosti je vyšší zejména u jedinců s horší sociální úrovní a u mladých pacientů. Úzkost spojovaná s onkologickým onemocněním má velký vliv na kvalitu života pacientů. Studie Chalhoub 2021 se věnuje dalšímu faktoru, který trápí onkologicky nemocné a ovlivňuje kvalitu jejich života, a to je porucha spánku. Studie byla provedena jen u pacientů s malignitami pankreatu, kteří podstoupili pankreatoduodenektomii. Nedostatkem spánku trpěla více jak polovina pacientů, významný vliv na to měla i chemoterapie, kterou pacienti podstupovali. Šamánková (2011, s. 118) popisuje poruchy spánku jako nejčastější obtíže onkologicky nemocných pacientů. Sochor (2019, s. 238–239) tvrdí, že tato porucha se může vyskytovat i spolu s dalším, jako například s úzkostí, bolestí nebo depresí. Nespavost negativně ovlivňuje jak fyzický, tak psychický stav pacienta a tím i kvalitu jeho života. To uvedly i výsledky této studie, kdy celkem 19 pacientů uvedlo, že nespavost ovlivňuje kvalitu jejich života. Další velmi významný faktor, který ovlivňuje kvalitu života je podvýživa. Studie Williams 2020 zjistila, že podvýživa je častým problémem pacientů s rakovinou, konkrétně u rakoviny kolorekta a pankreatu byla nejvyšší, což ovlivňuje jak kvalitu života těchto jedinců, tak i jejich využívání zdravotní péče. To potvrzuje i Sochor (2019, s. 175), ten tvrdí, že podvýživa spojená s onkologickým onemocněním ovlivňuje jak kvalitu života, tak i komplikuje protinádorovou léčbu. Také se zmiňuje o tom, že nádorová kachexie se nejčastěji vyskytuje u pacientů s rakovinou GI traktu, kam patří právě slinivka břišní, což potvrdila i vybraná studie.

Cílem v této práci bylo pomocí literární rešerše najít práce, které by zkoumaly kvalitu života u pacientů s malignitami pankreatu. Tím, že zadání bylo takto konkrétní se nepodařilo najít více studií. Výzkumy, které se zabývají kvalitou života obecně u onkologicky nemocných je vícero. Poslední studií, která byla zahrnuta do práce je studie Kent 2015, kde byla zkoumána kvalita života související se zdravím právě i u pacientů s rakovinou pankreatu. Výsledky ukázaly, že kvalitu života mají zhoršenou všichni jedinci trpící onkologickým onemocněním, nejvíce však pacienti s onkologickým onemocněním slinivky břišní a pacienti s mnohočetným myelomem. Studie byla zahrnuta, především proto že Sochor (2019, s. 100) popisuje, že udržení nejvyšší možné kvality života je hlavním a konečným cílem všech paliativních intervencí. Přestože je hodnocení kvality života složitý proces, kvalita života v sobě vždy odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu každého pacienta (Šamánková, 2011, s. 31). To popisují i ve studii, kde zkoumají, jak duševní zdraví, tak sociální fungování.

## 6 ZÁVĚR

Teoretickou část této bakalářské práce tvoří kapitoly věnované psychickým potřebám a problémům, které vznikají na základě nově vzniklého onkologického onemocnění. Popisuje, jaké problémy mohou být s onkologickým onemocněním sdružené a jak proti nim bojovat. Práce také popisuje i co je to kvalita života a jaké potřeby vznikají u nemocných v závislosti na onemocnění a jak je důležité je naplňovat, aby byla udržena dobrá kvalita jejich života.

Cílem práce bylo za pomoci rešerší vyhledaných studií zhodnotit, jak psychické potřeby ovlivňují kvalitu života u pacientů s onkologickým onemocněním slinivky břišní. Do rešerše je zahrnuto 5 studií, které nejvíce souvisely s tématem práce. Výsledky jednotlivých studií ukazují, že kvalita života pacientů s malignitami pankreatu je ovlivněna mnoha faktory a u každého jedince je to individuální. Jedním ze základních symptomů, které mohou vyvolat potíže, jako například úzkost, nespavost a deprese, je bolest. Ta doprovází pacienty s rakovinou pankreatu po celou dobu, může se rozvinout až v průlomovou bolest. Proto je důležité nastavit dostatečnou dávku analgetik a nepodcenit příznaky pacienta.

Zpracování tohoto literárního přehledu přineslo velmi užitečné informace. Kvalita života onkologicky nemocných pacientů je velmi ovlivněna přidruženými symptomy onemocnění a je důležité, aby se lékaři a ošetřující personál zajímal o veškeré pocity a potíže nemocného a nastavil adekvátní léčbu, díky které pacient udrží kvalitu svého života na dobré úrovni až do posledního dne.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.

BEKTAS, Didem Kat a Sati DEMIR. Anxiety, Depression Levels and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal Cancer in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [online]. 2016, **17**(2), 723-731 [cit. 2021-6-13]. ISSN 1513-7368. Dostupné z: doi:10.7314/APJCP.2016.17.2.723

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

GRUNA, Josef. Velice dobrý efekt eskalace systémové paliativní chemoterapie u generalizovaného karcinomu pankreatu. *Onkologie*. 2018, **12**(2), 87-90.

HENSON, Katherine E., Rachael BROCK, James CHARNOCK, Bethany WICKRAMASINGHE, Olivia WILL a Alexandra PITMAN. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* [online]. 2019, **76**(1) [cit. 2021-6-14]. ISSN 2168-622X. Dostupné z: doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Galén, [2020]. ISBN 978-80-7492-475-0.

HORT, CSC., Doc. MUDr. Vladimír a Doc. PhDr. Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2006, **102**(4), 201–203 [cit. 2021-6-19]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2006\\_4\\_201\\_203.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_4_201_203.pdf)

CHALHOUB, Sabine, Marita YAGHI, Natasha ARD, Mariam KANSO, Jad ALLAM, Mohamad KHALIFE, Rola F. JAAFAR a Walid FARAJ. Prevalence of Insomnia among Pancreatic Cancer Patients following Pancreaticoduodenectomy. *Sleep Disorders* [online]. 2021, , 1-6 [cit. 2021-6-13]. ISSN 20903545. Dostupné z: doi:10.1155/2021/5535220

JOHN, Stanislav. Současný pohled na léčbu pokročilého adenokarcinomu slinivky břišní. *Onkologie*. 2020, **14**(1), 37-39.

KENT, Erin E., Anita AMBS, Sandra A. MITCHELL, Steven B. CLAUSER, Ashley Wilder SMITH a Ron D. HAYS. Health-related quality of life in older adult survivors of selected cancers: Data from the SEER-MHOS linkage. *Cancer* [online]. 2015, **121**(5), 758-765 [cit. 2021-6-13]. ISSN 0008543X. Dostupné z: doi:10.1002/cncr.29119

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN isbn978-80-7367-349-9.

KRŠKA, Zdeněk. *Onemocnění slinivky břišní*. Praha: We Make Media, 2019. Albertova sbírka (We Make Media). ISBN 978-80-87339-59-6.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

RYSKA, Miroslav, Hana PAROBKOVÁ, Pavel ZÁRUBA a Luboš PETRŽELKA. Pokročilý karcinom pankreatu. *Onkologie*. 2015, **9**(6), 264-267.

RYSKA, Miroslav. Karcinom pankreatu – současný efektivní diagnostické – terapeutický postup. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(1), 38-43.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

SOCHOR, Marek, Irena ZÁVADOVÁ a Ondřej SLÁMA, ed. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4223-9.

SVĚTLÁKOVÁ, Lucie, Ondřej SLÁMA, Miroslav SVĚTLÁK, Lukáš POCHOP, Jiří ŠEDO, Radka ALEXANDROVÁ, Ondřej BÍLEK a Rostislav VYZULA. Prevalence of Anxiety and Depression and Their Impact on the Quality of Life of Cancer Patients Treated with Palliative Antineoplastic Therapy – Results of the PALINT Trial. *Klinická Onkologie* [online]. 2019, **32**(3) [cit. 2021-6-29]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2019201

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

WILLIAMS, Grant R., Mustafa AL-OBAIDI, Chen DAI, et al. Association of malnutrition with geriatric assessment impairments and health-related quality of life among older adults with gastrointestinal malignancies. *Cancer* [online]. 2020, **126**(23), 5147-5155 [cit. 2021-6-14]. ISSN 0008-543X. Dostupné z: doi:10.1002/cncr.33122