

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**POTŘEBY RODINY V PÉČI O STARÉ NEMOCNÉ S ONKOLOGICKÝM
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce :
Mgr. Hana Burkertová, Ph.D.**

**Autor práce :
Tereza Panglová**

2007

Abstract

Cancer diseases are one of the most frequent causes of death. Their occurrence increases with age and depends on many internal and external factors. Cancer is much feared diagnosis among people especially due to high mortality and pain. Such diagnosis causes high psychic stress on a patient and their family. The time period of medication and convalescence is stressing for a patient and entails number of complications. The course of the disease and therapy is also influenced by age of a patient. In case of seniors, anatomic and physiologic changes that can influence the result of medication must be considered.

Family can be a great support for a patient. Some families care for their diseased family member at home. However, this is an uneasy task. Sometimes it can lead to exhaustion of a tender; nevertheless, stay in home environment has a positive effect on a patient.

Findings about population's ageing, old-age and physiologic changes caused in human body due to ageing, are included in the introductory theoretical part of the Bachelor's Thesis. The following chapters devote of occurrence of cancer diseases, their prevention, characteristic symptoms and complex medication. An essential chapter is characteristics of an onco-geriatric nurse.

Family function and complex insight on a family tender is described in the second concurring part of the Thesis followed by characteristics of separate biological-mental-social needs of a patient and their family.

The Thesis is elaborated by use of a qualitative approach. Semi-standardized interview was used for data collection, the group of informants was structurally chosen. I have elaborated 12 detailed case reports according to the informants' responses. The interviews were held in home environment of the informants.

The objective of the Thesis was to examine needs of families with regard to care for a client above 60 years of age with cancer disease. The second objective was to examine conditions enabling care for a client with cancer disease above 60 years of age to a family in home environment.

The results revealed that the home tenders mostly miss offer of psychological care and sufficiency of information from specialists, in particular information from the field of finance. The most frequently mentioned condition enabling care for a senior with cancer disease to a family is free time. The free time of the main tender was enabled due to their retirement age or leaving their employment. Another condition is support of a family and other people.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „Potřeby rodiny v péči o staré nemocné s onkologickým onemocněním“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14.května 2007

Podpis studenta.....

Děkuji vedoucí práce Mgr. Haně Burkertové, Ph.D. za vedení a rady při zpracování této bakalářské práce. Velký dík patří také MUDr. Ladislavu Přívozníkovi za cenné připomínky k práci a poskytnutí kontaktů na rodinné ošetřovatele, vhodné k výzkumu v mé bakalářské práci.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 8 |
| 1. Současný stav | 9 |
| 1. 1 Demografické údaje | 9 |
| 1. 1. 1 Stárnutí populace | 9 |
| 1. 1. 2 Incidence onkologických onemocnění ve věku na 60 let | 10 |
| 1. 1. 3 Přežívání onkologicko-geriatrických pacientů | 11 |
| 1. 2 Stáří a proces stárnutí | 11 |
| 1. 2. 1 Stáří | 12 |
| 1. 2. 2 Proces stárnutí | 13 |
| 1. 2. 3 Fyziologické stárnutí | 13 |
| 1. 3 Specifická symptomatologie ve stáří | 13 |
| 1. 4 Onkologické onemocnění ve stáří (charakteristika) | 15 |
| 1. 4. 1 Příčiny vzniku onkologických onemocnění | 16 |
| 1. 4. 2 Prevence onkologických onemocnění | 17 |
| 1. 4. 3 Charakteristické příznaky onkologických onemocnění | 18 |
| 1. 5 Léčba onkologických onemocnění | 19 |
| 1. 5. 1 Druhy terapie onkologického onemocnění | 20 |
| 1. 5. 2 Negativní dopady onkologické terapie | 23 |
| 1. 5. 2. 1 Negativní fyzické dopady onkologické léčby na klienta | 23 |
| 1. 5. 2. 2 Negativní emocionální dopady onkologické léčby na klienta | 24 |
| 1. 6 Ošetrovatelská péče v geriatrii | 25 |
| 1. 6. 1 Onko-geriatrická sestra a její role v péči o klienta | 27 |
| 1. 7 Rodina a její funkce | 28 |
| 1. 8 Pečující v rodině a jeho funkce | 29 |
| 1. 8. 1 Historický pohled na pečovatelsví | 29 |
| 1. 8. 2 Pečovatelsví v domácím prostředí | 30 |
| 1. 8. 3 Společné prvky pečovatelsví | 30 |
| 1. 8. 4 Zátěž pečovatelů | 31 |
| 1. 9 Potřeby onkologicky nemocného a jeho ošetrující rodiny | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 1. 9. 1 Potřeby biologické..... | 33 |
| 1. 9. 2 Potřeby psychické..... | 34 |
| 1. 9. 3 Potřeby sociální..... | 35 |
| 1. 9. 4 Potřeby spirituální..... | 36 |
| 1. 10 Sociální aspekty onkologického onemocnění ve stáří..... | 36 |
| 1. 11 Syndrom vyhoření..... | 37 |
| 2. Cíle a hypotézy..... | 40 |
| 2. 1 Cíle práce..... | 40 |
| 3. Metodika..... | 41 |
| 3. 1 Metodika práce..... | 41 |
| 3. 2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 41 |
| 4. Výsledky..... | 42 |
| 4. 1 Kazuistiky..... | 42 |
| 5. Diskuse..... | 67 |
| 6. Závěr..... | 74 |
| 7. Seznam použité literatury..... | 76 |
| 8. Klíčová slova..... | 79 |
| 9. Přílohy..... | 80 |

Úvod

Lidský život můžeme popsat, jako určitý vyvíjející se proces. Objektivně ho rozdělujeme do určitých, časově vymezených etap (dětství, dospělost, stáří), subjektivně si tyto etapy vytváříme sami. Ovlivňuje nás mnoho důležitých faktorů, jako je rodina, zaměstnání, životní prostředí, ekonomická situace, ale v první řadě je to zdraví. Podle těchto faktorů a typu osobnosti se člověk sám svým chováním zařazuje do určité etapy života.

Kvalita zdraví nás ovlivňuje celý život, ale ve většině případů až ve stáří, začneme pociťovat jeho nedostatky. Já si představuji stáří, jako klidnou část života, věnování se koníčkům a rodině. Bohužel ve většině případů mého okolí jde o smutné období. Starý člověk se musí vyrovnávat s různými ztrátami. Ztrácí své přátele, blízké, ztrácí ekonomické jistoty a někdy i soběstačnost. Tohle všechno je velice zatěžující, obzvlášť, když starý člověk sám vážně onemocní. V mé práci se zaměřím na onkologické onemocnění ve stáří. Ta patří mezi nejzávažnější a hlavně mezi nejčastější, nejen v tomto věku.

Onkologická onemocnění jsou specifická svou diagnostikou a léčbou. Odtud se odvíjí způsob péče o takto nemocné a specifika přístupu k nim. V této situaci vidím nejlepší řešení pomoci a podpory v rodině.

Pokud se rodina o starého nemocného člena rodiny stará, je to velice záslužné, ale také velice náročné „povolání“. Téma mé práce jsem si vybrala hlavně proto, že v mé rodině se tato situace vyskytla již několikrát. Uvědomuji si, že pečující člověk je pod velkým fyzickým a hlavně psychickým tlakem. Proto se chci zaměřit nejen na starého, onkologicky nemocného člověka, ale hlavně na jeho pečující rodinu a její specifické potřeby a možnost podpory.

Doufám, že výsledek práce bude přínosem a ukáže v čem tyto rodiny potřebují pomoc a podporu. Byla bych ráda, kdyby bylo možné, použít závěry výzkumu v praxi.

1. Současný stav

1. 1 Demografické údaje

1. 1. 1 Stárnutí populace

Jedním z mnoha faktorů, které ovlivňují charakteristiku seniorské populace je demografický vývoj a některé jeho demografické údaje, jako je např. porodnost, úmrtnost atd.

Porodnost (natalita), znamená počet živě narozených dětí v určitém kalendářním roce na 1000 obyvatel. Úmrtnost (mortalita) je počet zemřelých v kalendářním roce na 1000 obyvatel. Naděje na dožití (střední délka života, life expectancy) ukazuje předpokládaný počet let, který má osoba ještě před sebou, pokud budou zachovány úmrtnostní poměry. Normální délka života je věk, ve kterém v dospělosti umírá největší počet osob. Index stáří znamená poměr seniorů (60 a více let) k dětem. Index závislosti popisuje poměr osob věkově „předproduktivních“ ve věku 0-14 let (index závislosti I), „poproduktivních“ ve věku 60 a více let (index závislosti II) i jejich souhrn k osobám ekonomicky „produktivním“ ve věku 15-59 let. (12)

Vývoj civilizace je spojen se změnami reprodukčního chování. To se projevuje ve změnách základních procesů, porodnosti a úmrtnosti i v ostatních procesech, které s nimi souvisí (sňatečnost, rozvodovost, potratovost, migrace atd.). (12)

V České republice je pokles počtu obyvatel způsobený přirozeným úbytkem. Rok 2000 byl již sedmým rokem, kdy počet zemřelých převýšil počet narozených. Úbytek se pohybuje okolo 18099 osob. Díky nízkému počtu narozených začala populace ČR výrazně stárnout. Počty dětí ve věku do 14-ti let se každoročně výrazně snižují. V roce 2001 klesl podíl dětské populace na úroveň 15,9 %. Od roku 1996 je počet dětí nižší než počet osob ve věku nad 60 let a více. Podíl osob ve věku 60 a více let je 18,5 %. Index stáří během posledních 10-ti let vzrostl na 85. (20)

Kraj, kde je počet starších osob výrazně zvýšený, je hlavní město Praha, index stáří zde převyšuje republikovou hodnotu o 41 %. Naopak nejmladším krajem je Karlovarský, Ústecký a Moravskoslezský kraj. Index stáří je zde okolo 70. (20)

Výrazným faktorem, který ovlivňuje demografické údaje v ČR je pokles porodnosti. Počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel je pod hranicí 9, což nemůže vyrovnat pokles populace, i když se novorozenecká úmrtnost snížila na 2,3 promile. (20)

Další změnou je také pokles úmrtnosti, ten činí okolo 10,5 promile. Nejčastější příčinou smrti jsou nemoci oběhové soustavy (52,3 %), novotvary (26,4 %), poranění hlavy a otravy (6,4 %). (20)

Tabulka 1 : Podíly osob v % ve věku 60 a více let v ČR, 1950 – 2030

| Rok | Populace | 60+ (muži) | 60+ (ženy) | Celkem 60 |
|------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------|
| 1950 | 8 896 133 | 11,1 | 13,7 | 12,5 |
| 1961 | 9 571 531 | 12,6 | 16,9 | 14,9 |
| 1970 | 9 807 697 | 15,6 | 20,8 | 18,4 |
| 1980 | 10 291 927 | 13,9 | 19,4 | 16,9 |
| 1991 | 10 302 215 | 14,6 | 20,8 | 17,8 |
| 1995 | 10 321 344 | 14,8 | 21,0 | 18,0 |
| 2000 | 10 267 668 | 15,3 | 21,4 | 18,4 |
| 2005 | 10 246 699 | 17,2 | 23,2 | 20,3 |
| 2010 | 10 243 530 | 20,4 | 26,4 | 23,4 |
| 2015 | 10 200 431 | 23,2 | 29,1 | 26,2 |
| 2020 | 10 098 028 | 24,7 | 30,6 | 27,7 |
| 2025 | 9 927 102 | 26,3 | 32,0 | 29,2 |
| 2030 | 9 691 185 | 27,7 | 33,3 | 30,6 |

Zdroj: MPSV, Demografické údaje (2006) (20)

1. 1. 2 Incidence onkologických onemocnění ve věku nad 60 let

Výskyt nádorových onemocnění s postupným stárnutím nejprve roste. V pokročilejším stáří, nad 80 let tento vzestup stagnuje, s výjimkou karcinomu prostaty. V současné době tvoří zhoubná onemocnění, ve věku 65 let a vyšším, 50 % všech chorob. Vyšší výskyt souvisí s věkem, jde o výsledek delšího působení karcinogenních faktorů, zvýšené vnímavosti stárnoucích tkání, působením životního prostředí. (12)

Od roku 1951 zavedlo Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky povinné hlášení každého zhoubného novotvaru a od roku 1975 působí v České Republice

Národní onkologický registr, ten pracuje podle požadavků a kritérií Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny v Lyonu. Díky Národnímu onkologickému registru je průběžně sledován stav nemocných, úroveň diagnostiky, terapie a dispenzarizace každého nemocného. (1)

Povinné hlášení nádorových onemocnění je nutné i pro onkologická onemocnění histologicky a cytologicky neověřena, zjištěna pouze klinickým vyšetřením nebo zobrazovacími metodami, či zjištěna při úmrtí a uvedena v Listu o prohlídce mrtvého. Hlášení provádí lékař zdravotnického zařízení, ve kterém byl nález diagnostikován. Používá se předepsaný tiskopis, odeslaný v písemné, nebo elektronické formě, do jednoho měsíce od data stanovení diagnózy. Zasílá se na spádové centrum Národního onkologického registru dle trvalého bydliště pacienta. Vývoj nemoci se postupně zaznamenává v intervalech 1, 2, 3, 4, 5, 7 a 10 let a dále po 5 letech a při úmrtí. (1)

1. 1. 3 Přežívání onko-geriatrických pacientů

Mortalita lidí se zhoubným nádorem se rozděluje na počty zemřelých sledovaných v Národním onkologickém registru a na zemřelé, kteří mají diagnózu zhoubného onemocnění napsanu v Listu o prohlídce mrtvého. Pokud jsou tyto údaje v rozporu, nebo pokud v registru osoba zemřelá na nádor chybí, je zahájeno dohledávání a opravy v Národním onkologickém registru. (31)

Případy, kdy je diagnóza napsána v Listu o prohlídce mrtvého se soustřeďují do vyšších věkových skupin. Jen ve vyjíměčných případech jde o osoby mladší 60ti let. Průměrný věk těchto lidí je vyšší než průměrný věk při úmrtí na zhoubné onemocnění. Registrace bývá u starších osob neúplná. (31)

1. 2 Stáří a proces stárnutí

Obdobím stáří a procesem stárnutí se zabývají obory geriatrie a gerontologie. Gerontologii řadíme mezi integrované a interdisciplinární obory. Je to nauka o problematice starých lidí a života ve stáří. Gerontologii tvoří tři vědní disciplíny.

Teoretická gerontologie, tvoří základ poznatků k praktické aplikaci, klinická se zajímá o zvláštnosti chorob ve stáří, jejich ovlivnění a sociální gerontologie se zabývá vztahy starého člověka a společnosti. Naproti tomu obor geriatrie je velice široký a propojuje seniorskou problematiku se všemi obory. Těmto oborům náleží také specifická ošetrovatelská péče. Sestry pracující v geriatrii znají potřeby starých lidí, znají komplikace péče a umí komunikovat nejen se starým člověkem, ale především s jeho rodinou. (29, 12)

Kromě zvláštností chorob ve stáří (viz kapitola 1.3) se seniorská populace vyznačuje specifickými tělesnými příznaky. Mezi některé patří atrofie a involuce orgánů, zpomalení metabolismu, změny ve vnitřních orgánech, snížená spotřeba kyslíku, snížená hmotnost-úbytek svalové hmoty a podkožního tuku. Kůže je vrásčitá, bez elasticity, suchá, objevují se pigmentové skvrny, vrásky, šedivění vlasů, řídnutí a vypadávání vlasů. V důsledku menopauzy, dochází u žen k odvápnování kostí. Typické je zvýšené riziko úrazu, snížená sekrece žláz s vnitřní sekrecí, zastavení sekrece některých žláz. Také nervový systém je méně odolný vůči zátěžovým situacím a objevuje se zhoršení smyslového vnímání. (10)

1. 2. 1 Stáří

Stáří je základní součástí životního cyklu člověka. Patří mezi pozdní fáze ontogeneze, je přirozené a jeho vývoj je velice individuální. V těle člověka dochází k nevratným změnám, okem viditelným, nebo skrytým, na vnitřních orgánech. Tyto změny jsou v zásadě funkční nebo morfologické a probíhají v různém časovém rozpětí, pod vlivem mnoha vnitřních i zevních faktorů. (12, 6)

Období stáří je možné dělit na jednotlivé etapy. Jde o počínající stáří, ve věku 60–74 let. V tomto období se člověk připravuje na důchod a odchází do důchodu. Věk 75–89 let se označuje jako vlastní stáří a ve věku nad 90 let jde o dlouhověkost. (12, 7)

U člověka je důležité sledovat jeho věk z několika úhlů. Rozlišujeme věk kalendářní, který nám ukazuje stáří člověka ode dne jeho narození. Biologický věk poukazuje na stav jednotlivých tělesných systémů a orgánů. A velice důležitý je také

věk sociální, ten se určuje podle role, kterou člověk ve společnosti, nebo v rodině zastává. (7)

1. 2. 2 Proces stárnutí

Stárnutí (involuce) je kontinuální, celoživotně probíhající proces, který postihuje každou živou hmotu. Postup tohoto procesu je individuální a liší se i změnami v orgánových systémech a jednotlivých orgánech. Jednotlivé děje v organismu a vnější faktory se ovlivňují a vytváří povahu změny vzniklé stárnutím. (12)

1. 2. 3 Fyziologické stárnutí

I když je známo mnoho poznatků o stáří, nelze úplně jednoznačně vysvětlit jev stárnutí a říct, proč stárneme. Během stárnutí dochází ke specifickým degenerativním, morfologickým a funkčním změnám jednotlivých orgánů (viz kapitola 1.2), na všech úrovních. Změny nastávají během vývoje jedince v různou dobu a rychlost jejich vývoje je vysoce individuální. (29)

Během stárnutí se redukuje tvorba bílkovin, to má za následek poruchy glycidového a lipidového metabolismu. Velký význam má především působení vnitřních a vnějších faktorů. Mezi vnější se řadí životní styl, životní prostředí, popř. onemocnění, jejich váha zaujímá okolo 65 %. Jako vnitřní faktor se označuje genetika, která má asi 35 % podíl na celkovém stavu starého člověka a na šanci jeho dožití. (29)

Je důležité si uvědomit, že nemoc a stáří jsou dvě úplně odlišné věci. Stáří je fyziologické a přirozené a mnoho lidí se ho dožije bez větších obtíží. Pro starého člověka může zdraví znamenat nejen stav bez nemoci, ale také schopnost sebepěče a přiměřená fyzická, psychická a sociální aktivita. (29)

1. 3 Specifická symptomatologie ve stáří

Ve stáří se často objeví netypické příznaky pro onemocnění, která mají v mladším věku charakteristický a známý obraz. Díky tomu je diagnostika ve starším věku velice obtížná. Nejen lékař, ale někdy ani sám starý člověk na sobě nepozoruje

projev nemoci. Je důležité, aby lékaři a sestry v geriatrici mysleli na tyto odlišnosti a aktivně pátrali po možné nemoci. I sestry musí znát odlišnou symptomatologii, měli by provádět diagnosticko-zjišťovací rozhovory a získat starého nemocného k aktivní spolupráci. U starých nemocných hrozí nepoznání, pochybení až prodlení. (12)

Během nemoci se u starého člověka objevují určité zvláštnosti. Patří mezi ně multimorbidita, polypragmázie, dekompenzace nejkřehčího orgánu, naříkání nevinného orgánu, anorexie, malnutrice, geriatrické syndromy, vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace, sklon k chronicitě a časté komplikace.

Multimorbidita znamená současný výskyt několika nemocí. Jedna z chorob většinou dominuje. Celkové příznaky, průběh a prognózu ovlivňují všechna onemocnění. Objevuje se také tzv. dominový efekt, kdy akutní, nebo subakutní onemocnění postupně dekompenzuje ostatní choroby. (12, 14)

Polypragmázie je předepisování a užívání nevhodného množství léku. U starých lidí je velice obtížné stanovit vhodnou dávku léku. Metabolismus starého člověka se mění, díky tomu může dojít k předávkování, nebo k nedostatku léčebné látky v těle. Je důležité myslet na farmakokinetické procesy v těle starého člověka a snažit se zabránit iatropatogennímu poškození. (12)

Dekompenzace nejkřehčího orgánu, tedy nejzranitelnějšího místa organismu. Tento stav mohou vyvolat zátěžové stavy způsobené chorobou i nechorobným jevem. Ten postihne nejdříve orgán, nebo systém, který je nejkřehčí a nejvíce zranitelný. (12)

„Naříkání nevinného orgánu“ znamená, že symptomy základního onemocnění bývají atypicky nenápadné. Příznaky úplně chybějí, nebo jsou málo vyjádřené. Jde např. o vymizení, nebo zmírnění viscerální bolesti, afebrilii nebo subfebrilii při zánětlivém onemocnění. (12)

Anorexie, malnutrice, chátrání jsou velice časté nespecifické příznaky mnoha chorob ve stáří. (12)

Geriatrické syndromy jsou soubory příznaků, u kterých je velice obtížné zařazení ke konkrétní chorobě (např. inkontinence, imobilita, pády atd.). Na vzniku syndromů se podílí více faktorů a jejich medicínské řešení je složité. Geriatrické

syndromy zhoršují kvalitu života postižených osob a mají vysoké nároky na sociální péči. (12, 14)

Zdravotní a sociální situace se u starého člověka vzájemně výrazně ovlivňují. Jakákoliv změna sociálního prostředí, nebo sociální role, může podmiňovat zhoršení zdravotního stavu, popřípadě až smrt (odvoz do domova důchodců). (29)

Sklon k chronicitě je ve stáří zcela běžný. Je typické, že choroby, které mají v mladém věku akutní průběh, ve stáří přechází do chronicity. Tím se zvyšuje riziko smrti. (29)

Typickým znakem je také sklon ke komplikacím. Mělo by se na něj myslet především před některými, mnohdy zatěžujícími, diagnostickými vyšetřeními. (29)

1. 4 Onkologická onemocnění ve stáří (charakteristika)

Onkologie je velice široký obor, můžeme ho rozdělit do dvou odvětví. Experimentální onkologie, stará se o základní výzkum nádorového onemocnění a spolupracuje s ní mnoho vědních oborů (imunologie, onkologická virologie, genetika, molekulární biologie atd.). Klinická onkologie, přenáší výsledky experimentální onkologie do mnoha jiných oborů (farmakologie, rentgenologie atd.). (13)

Onkologie hraje zásadní roli v geriatrici. Je známo, že nádorová onemocnění se vyskytují častěji s vyšším věkem. Tento nárůst je patrný hlavně ve vyspělých zemích, kde se stále prodlužuje naděje na dožití. Souvislost mezi věkem a nádorovým onemocněním je dána delším působením karcinogenních faktorů, vyšší vnímavostí stárnoucích tkání ke karcinogenům a změnami způsobenými stárnutím, které usnadňují vývoj nádoru. (12)

Nahromadění karcinogenů a endogenní procesy probíhající u starého člověka způsobí poškození DNA. To je hlavní příčina vzniku nádorového onemocnění ve vyšším věku. (12)

Nádor může nejen poškozovat zdraví, ale také vážně ohrožovat život mnoha různými způsoby. Nádory rozdělujeme podle jejich charakteru na benigní a maligní.

Benigní nádor působí místně, tlačí na okolí, je ohraničený, nemetastazuje. Tam kde okolní tkáň nemohou uhnout do volného prostoru, způsobuje nádor jejich atrofii a různé poruchy funkce. Nejzávažnější bývá růst nádoru v uzavřeném prostoru, např. v lebeční dutině, nebo páteřním kanálu (ohrožení životně důležitých center). Je důležité, nezapomenout na možný vývoj benigního nádoru v nádor maligní (prekanceróza). (22, 28)

Maligní nádor působí nejprve také místně, vytváří však výraznější komplikace (tlak na místní oběhový systém, infekční a zánětlivé komplikace) a rychlým růstem narušuje a ničí okolní tkáň. Rozdíl od benigního nádoru je v postupném postižení životně důležitých orgánů (plíce, játra, mozek). Pokud se včas neléčí, způsobuje postupnou smrt organismu. Velký význam mají metastázy. (22, 28)

1. 4. 1 Příčiny vzniku onkologických onemocnění

„Vznik nádoru začíná přeměnou nenádorových buněk v nádorové.“(22, s.137) Nádorové buňky se množí a hromadí se v určitém místě, kde získávají místní převahu nad buňkami nenádorovými. Onkologové poukazují na mnoho rizikových faktorů, které ovlivňují vznik rakoviny, nazývají se karcinogeny. Také dědičnost je důležitá, ale podstatně významnější je životní styl člověka (hlavně kouření a nevhodná strava). Velice přínosné jsou epidemiologické informace. Poukazují na množství nádorových onemocnění, jimi způsobenou úmrtnost a jejich výskyt v souvislosti s věkem, pohlavím, životním prostředím, zaměstnáním, stravou, návyky a jinými nemocemi. (22, 28, 16)

I když přesná příčina vzniku nádorového onemocnění není zcela jasná, známe mnoho faktorů, které se na vzniku onemocnění významně podílejí. Uznání a omezení rizikových faktorů může riziko vzniku zásadně ovlivnit. Jsou známé některé rizikové faktory, jako je např. ionizační záření, chemické látky, životní prostředí, zvýšený příjem uzenin, toxiny, plísně v potravě, dusitany, dusičnany a některé viry. (22, 28)

Ionizační záření působí karcinogenně na všechny tkáň. Řadíme sem ultrafialové sluneční záření, nadměrné rentgenové a radioaktivní záření. Chemické látky se vyskytují téměř všude v prostředí okolo nás. Patří sem tabákový kouř, hlavně

cigaretový. Ten má vliv na aktivní kuřáky, ale jeho působení na pasivní kuřáky není vůbec zanedbatelné (rakovina průdušek, plic, rtů, ústní dutiny, hrtanu atd.). Se spotřebou tuků roste výskyt obezity, ta je rizikovým faktorem pro vznik karcinomu tlustého střeva, mléčné žlázy, prostaty a žlučníku. Alkoholické nápoje obsahují karcinogeny, jejich účinek se zvyšuje současným kouřením. (22, 28)

Viry způsobují karcinom děložního čípku, nosohltanu a také karcinom jater. Dědičnost je významná jen u některých nádorů. Také hormonální vlivy mají význam při vzniku některých nádorů, hlavně při vzniku karcinomu prsu, prostaty, děložního hrdla i těla vaječníků. (22, 28)

1. 4. 2 Prevence onkologických onemocnění

Ze všech dosavadních poznatků vyplývá, že nejúčinnější a nejšetnější ochranou před zhoubnými nádory je prevence. V oblasti prevence nelze považovat českou populaci za dostatečně informovanou. Velice záslužná je činnost občanských sdružení, která bojují proti rakovině. Je ale důležité, průběžně prohlubovat znalosti lidí. (22)

U starých lidí je onkologické onemocnění diagnostikováno většinou až v pokročilém stádiu nemoci. Je to hlavně tím, že lidé považují stáří za období, kdy je normální mít potíže a nemoci a určitý příznak berou jako nutnou součást života. To vede k podcenění závažného příznaku nemoci. Symptomy nádorového onemocnění mohou mít ve stáří atypický projev, nebo se mohou přičíst jiné nemoci. Aktivní screening je v tomto období nepostradatelný. (12)

Primární prevence je zaměřená na zdravé lidi. Jejím úkolem je předcházet zdravotním potížím. Soustředí se nejen na prevenci vzniku chorob, ale také na upevnění zdraví. Snaží se ovlivňovat vnější faktory (dieta, požívání alkoholu, kouření, pohyb atd.). Limituje rizikové faktory a podporuje aktivity vedoucí ke zlepšení životního stylu. Sestra pracující se starými lidmi by se měla snažit o aktivní vyhledávání obtíží, komunikovat s klientem a edukovat ho o prevenci onkologických onemocnění. (8)

Sekundární prevence se snaží včas zjistit, že onemocnění již existuje. Zabraňuje rozvoji choroby a má určit diagnózu v době, kdy je možné onemocnění dobře léčit. Proto by se měla při jakékoliv návštěvě lékaře věnovat pozornost preventivnímu

onkologickému vyšetření. Do sekundární prevence patří také samovyšetřování. Sestra se aktivně snaží, dozvědět se o problémech klienta. Tyto problémy nemusí být zatěžující, ale pro diagnostiku mají zásadní význam. (8)

Terciální prevence je zaměřena na lidi u nichž se nepodařilo vzniku onemocnění zabránit a nemoc již propukla. V této situaci je třeba, aby se sestra věnovala výchově nemocných a jejich rodin. Cílem je využít možností zdravého žití a zabránit vzniku zbytečných komplikací a problémů. Role sestry je v tomto případě zcela nezastupitelná. Komunikace s klientem a jeho rodinou, může zabránit mnoha následným problémům způsobených neznalostí. (22, 8)

1. 4. 3 Charakteristické příznaky onkologických onemocnění

Pro včasnou diagnostiku nádoru je nutné znát varovné signály. Tyto signály umožní lékaři, ale hlavně samotnému nemocnému uvědomit si ohrožení a začít jednat. U nemocných je velkým problémem strach, lidé se bojí nemoci a vyšetření odkládají. Ve stáří si lidé některých příznaků nevšímají, berou je jako součást života a běžný příznak stáří. V těchto případech je nezbytný aktivní screening, edukace pomocí letáků a diagnostický rozhovor klienta s lékařem a sestrou. Je nutné vědět, že při prvotních projevech je návštěva lékaře rozhodující, protože nemoc je většinou dobře léčitelná. (22)

Projevy mohou být různé. Místně se nádor projevuje jako bulka, zduření, nebo zatvrdlina kdekoliv na těle. Na sliznici a kůži se může jevit jako nehojící se rána, vřed, bradavice, nebo mateřské znaménko. V tlustém střevě se projevuje příměsí krve ve stolici atd.

Celkově se nádorové onemocnění jeví neurčitými příznaky, jako jsou hubnutí, únava, ztráta pocitu zdraví, nechutenství, subfebrilie, febrilie, odpor k masu, nauzea, popř. zvracení, časté nebo protrahované infekce, ortostatická hypotenze. Sestry na ambulancích i lůžkových odděleních by měly na onkologická onemocnění myslet a zaměřovat se na ně. Důležité je neustálé informování ústní i písemnou formou a zpětná vazba. Nezbytností jsou i pravidelné preventivní, lékařské prohlídky. (22, 1)

1. 5 Léčba onkologických onemocnění

Zvolit optimální léčbu onkologického onemocnění je nelehký úkol, hlavně u starých nemocných. Je známo několik druhů terapie, které se používají jednotlivě, nebo v kombinaci dvou, či tří metod. Léčba by měla být komplexní a individuální, to vyžaduje multidisciplinární přístup ke každému nemocnému. Nejvhodnější léčba se volí podle diagnózy, klinického stádia nemoci a prognostických faktorů. (1, 19)

Je vhodné, pokud o léčbě rozhoduje tým odborníků příslušných oborů. Složení týmu může být obligatorní, nebo fakultativní. Obligatorní znamená, že tým tvoří klinický onkolog se specialistou daného oboru, histopatolog, radiodiagnostik a radioterapeut. Při fakultativním složení je navíc přizván psycholog. Dalším členem týmu je také sestra. Pacient jí většinou zcela důvěřuje a díky tomu má sestra možnost ovlivnit jeho rozhodnutí. Důležitý je přátelský přístup a nenadřazené chování. U seniorů je toto chování velice vhodné. (4)

Ve stáří je nutné udělat před výběrem vhodné léčby multiparametrické geriatrické vyšetření (comprehensive geriatric assessment, CGA). Toto rozsáhlé vyšetření zahrnuje vyhodnocení závažnosti přidružených chorob, zhodnocení funkčního, mentálního a nutričního stavu (viz. tabulka č.3). (12)

Tabulka č. 3: Hlavní součásti multiparametrického onkologického geriatrického vyšetření.

| Předmět hodnocení | Vyšetřovací postup |
|----------------------------|---|
| Komorbidity | CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric) kumulativní škála přidružených onemocnění |
| Funkční stav | ADL – test základních všedních činností podle Barthela AIDL – test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Lodyho |
| Depresivní symptomatologie | GDS – geriatrická depresivní škála |
| Mentální stav | MMSE – test kognitivních funkcí |
| Nutriční stav | Mini Nutritional Assessment – orientační vyhodnocení nutričního stavu |

Zdroj: KALVACH, Z. a kol. *Geriatry a gerontologie* (2004) (12)

Polymorbidita, nepříznivý celkový stav, depresivní syndrom, špatný nutriční stav a nevhodné sociální zázemí vytváří nepříznivé faktory, které zvyšují riziko úmrtí. Výsledky vyšetření mají rozhodující vliv na výběr způsobu léčby, hlavně z hlediska tolerance léčby. (12)

Některé jedince označí vyšetření jako křehké. To znamená, že nejsou schopni podstoupit agresivní léčbu. Léčebný přístup ke křehčímu jedinci je proto zaměřen na maximální využití podpůrné léčby. (12)

„Kopmlexní geriatrické vyšetření je prováděno na geriatrických odděleních a není běžnou součástí klinického vyšetření onkologem. Zvláště u křehkých nemocných je proto úzká spolupráce geriatra s onkologem nezbytná.“(12, s.402). Cílem obou oborů je, aby nemocný podstoupil nevhodnější léčbu vzhledem k jeho bio psycho sociálním a spirituálním potřebám. Sestra spolupracuje s lékařem při provádění uceleného geriatrického vyšetření. Podle jeho výsledků dále sestry s pacientem zachází, je nutné dbát na individuální ošetrovatelskou péči. (12)

1. 5. 1 Druhy terapie onkologických onemocnění

Obecně můžeme terapii rozdělit na kurativní, paliativní, symptomatickou, podpůrnou a terminální. Kurativně léčíme tam, kde je možné nádorové onemocnění vyléčit. Paliativním způsobem není nádor zcela odstraněn, pouze se zpomalí, nebo zastaví jeho růst. Symptomatickou léčbou neodstraňujeme příčinu, potlačujeme klinické příznaky. Podpůrná terapie se snaží sjednotit jednotlivé části péče o onkologicky nemocného člověka. Snaží se navodit rovnováhu, která zlepší kvalitu života a umožní uzdravení nebo kvalitní přežití. Terminální terapie umožňuje důstojné a kvalitní dožití člověka. (11)

Konkrétně se onkoterapie rozděluje na chirurgickou léčbu, radioterapii, chemoterapii, biologickou léčbu, podpůrnou léčbu, neionizující zářící zdroje a alternativní léčbu. Chirurgický zákrok bývá často jedinou efektivní léčbou, hlavně u malých, ohraničených nádorů. Výsledek se odvíjí od časnosti odhalení zhoubného nádoru. Důležitou roli hraje chirurgie v paliativní léčbě. (28)

U starých onkologicky nemocných, představuje chirurgická léčba riziko, hlavně v souvislosti s přítomností přidružených chorob. Před každým chirurgickým výkonem by se měl starý člověk kompenzovat. Akutní výkony jsou pro staré lidi nebezpečné, hrozí vznik mnoha komplikací a zvyšuje se úmrtnost. Naproti tomu, plánování chirurgických výkonů s kompenzací přidružených chorob a nutriční příprava jsou bezpečné. Je nutné, aby sestra a lékař sebrali, co nejpřesnější anamnézu. Starý onkologicky nemocný člověk by měl být na výkon připraven co nejlépe a co nejrychleji. Vše je důležité pro následnou prognózu onkologického onemocnění. (12)

Na věk by se mělo hledět i při výběru operační techniky a anestezie. V pooperační péči je dobré věnovat pozornost dechové rehabilitaci a nutriční podpoře. Sestra a celý ošetrovatelský tým by se měl věnovat celkové aktivizaci klienta a snaze zachovat jeho co největší soběstačnost. Výše soběstačnosti má velký vliv na psychický stav seniora. (12)

Radioterapie je léčba ionizujícím zářením. Tento druh léčby je v onkologii velice používaný. Někdy se jí dává přednost před chirurgickou léčbou v souvislosti s věkem pacienta, přidruženým chorobám a druhu diagnózy. Často se kombinuje s chirurgickou léčbou. Radioterapie je založena na faktu, že většina zhoubných nádorů je citlivější na toto záření. Po absorpci energie záření může dojít až k zástavě dělení buněk, nebo smrti buňky. Zdroje záření se volí podle typu a rozsahu nádoru. Ten se může ozařovat zvenku, z několika stran, aby se účinek znásobil. Je důležité myslet na to, že záření působí na nádor přes zdravé tkáně. Na nich se mohou objevit negativní známky záření, nebo se ozařuje zevnitř, jedná se o brachyterapii. Podstatou je zavedení zářiče do dutého orgánu postiženého nádorem (rakovina těla děložního, děložního čípku). U starých onkologicky nemocných je důležité myslet na přidružená onemocnění. Staří nemocní mohou být zmatení, nebo mají strach a podobně. Vždy je důležitý individuální přístup a trpělivost sester i lékařů. Radioterapie je také typická nepříjemnými tělesnými následky. Sestra by měla být nejen psychickou podporou starého nemocného, ale také by ho měla naučit, jak pečovat o následné defekty vzniklé v souvislosti s léčbou. (30, 28)

Chemoterapie znamená podávání protinádorových léků, cytostatik. Nevýhodou je, že některé z těchto léků nepůsobí selektivně, takže dochází k poškození zdravých buněk. Chemoterapie se užívá samostatně, nebo v různých kombinacích s ostatními druhy léčby. Také způsob aplikace je odlišný, je možné podávat per os, intravenózně, intramuskulárně, intrakavitálně, antraarteriálně nebo lokálně. Při jakémkoliv podání je nutné, aby sestra znala správný postup aplikace cytostatika, specifickou přípravu a možné komplikace. Edukace klienta a jeho rodiny je nepostradatelná. Rodina klienta hraje důležitou roli. Může starého nemocného psychicky podpořit a to je pro výsledky léčby zásadní. (11)

Obecně rozdělujeme cytostatika na alkylační látky, antimetabolity, protinádorová antibiotika, inhibitory mitózy buněk, platinové deriváty, inhibitory topoizomeráz a ostatní cytostatika. (11, 30)

Biologická terapie je nejmladší léčba zhoubných onemocnění. Jde o léčbu, při které dochází k zásahu do biologických mechanismů regulace proliferace buněk. (19)

Další léčbou je neionizující záření. Řadí se do ní hypertermie, tzv. ohřívání nádorového ložiska na 42–43°C po určitou dobu. Dále sem patří ještě fotodynamická terapie. (30)

Podpurná léčba má velký rozsah. Patří do ní psychoterapie, dietní režim, léky proti nežádoucím účinkům, léky proti bolesti, umělá výživa atd. Jejím hlavním úkolem je odstranit nebo zmírnit vedlejší účinky základní terapie a podpořit celkový stav nemocného. V této oblasti je nepostradatelný profesionální přístup sestry. Sestra může klienta v mnohém podpořit (fyzicky, psychicky) a přispět tak ke zlepšení celkového stavu. Velice žádoucí je spolupráce s rodinou klienta. (30)

Alternativní medicína nepatří mezi standardní postupy při léčbě onkologických onemocnění. Lékaři ji příliš nedoporučují a jsou k ní nedůvěřiví. Alternativní medicína nebývá vědecky podložená, ale i přesto může mít pro pacienta význam. Většinou se nepodaří léčebné změny, ale zájem, podpora a zmírnění příznaků jsou přínosem. Mezi alternativní přístupy se řadí homeopatie, Clusterova medicína, aromaterapie, Bachova květinová terapie. (1)

1. 5. 2 Negativní dopady onkologické terapie

Každá léčba může mít vedlejší účinky. Onkologická léčba je tím typická. Je téměř pravidlem, že u onkologicky léčeného člověka se objeví nějaké nežádoucí příznaky léčby. Bývá obvyklé, že ve stáří reaguje organismus odlišným způsobem na diagnostiku, léčbu i komplikace. U starých lidí bývají komplikace závažnější a jejich odstranění je náročnější. Objevují se v souvislosti s chirurgickou léčbou, radioterapií i chemoterapií. U ozařovaných je příčinou usmrcování, nejen nádorových buněk, ale také zdravých buněk. Zdravé buňky mají vysokou schopnost regenerace, hlavně kůže, sliznice, vlasové folikuly, kostní dřev a zárodečné buňky. Jejich návrat do zdravého stavu je proto rychlejší. Velkým kladem je, že již existuje řada léků, kterými lze tyto příznaky potlačit. (17, 30).

Další dělení negativních dopadů onkologické terapie na klienta, je podle časového odstupu. Rozeznáváme vedlejší účinky bezprostřední, objeví se během hodin, nebo dní po podání léku. Dále časné (za dny až týdny), vzdálené (za týdny až měsíce) a pozdní (za měsíce až roky). (11)

Na negativní tělesné projevy léčby, automaticky nasedají psychické obtíže, které jsou pro člověka po léčbě stejně, nebo i více zatěžující. U starých onkologicky nemocných se objevují deprese a příznaky hospitalismu. V této věci je nutná rozsáhlá edukace starého onkologicky nemocného a jeho rodiny. Sestra informuje starého nemocného postupně a informace opakuje, vhodné jsou i informační materiály. Nemocný musí vědět, že se má na koho obrátit.

1. 5. 2. 1 Negativní fyzické dopady onkologické léčby na klienta

Bezprostřední nežádoucí účinky jsou nevolnost, zvracení, lokální nekrózy, záněty žil při paravenózní aplikaci, nebo alergické reakce až anafylaktický šok. Nevolnost a zvracení jsou velice časté a lze se jim zabránit aplikací antiemetik. Lokálním nekrotickým lze předejít správnou aplikací cytostatika. Pro přípravu i podání těchto léků jsou stanovená přesná pravidla, která musí sestra na onkologickém oddělení bezpodmínečně ovládat. Starý nemocný musí být o těchto následcích poučen, aby ho takové věci nevyvedly z míry a nezhoršily jeho celkový zdravotní stav. (28, 30)

Časné nežádoucí účinky jsou pozorovatelné za několik měsíců až týdnů. Jsou to leukopenie (projeví se častými záněty), trombocytopenie (krvácivé stavy), stomatitida, alopecie, průjem, retence moči, nebo pankreatitida. (11)

Vzdálené nežádoucí účinky jsou znatelné za týdny až měsíce. Patří k nim anemie, azoospermie, hepatorenální toxicita, zácpa, kardiotoxikita. Většina nežádoucích projevů se musí zaléčit, ale pokud je to možné, snaží se lékaři o nefarmakologickou alternativu. Jedná se hlavně o stravování a pitný režim. Tělo léčeného člověka je pod velkou zátěží a další farmaka ho zatěžují. Velký význam má tento přístup u starých nemocných, kde bývá polymorbidita a organismus reaguje na některá farmaka odlišně, než v mladším věku. (11, 30)

Pozdní nežádoucí účinky se objeví za měsíce až roky. Tato poškození, jako je sterilita, hypogonádismus, osteoporóza, encefalopatie, vzniká v důsledku kumulace léku. Je proto důležité, nepřesahovat kritické kumulativní dávky cytostatik. Jako pozdní důsledek léčby se může objevit také infarkt myokardu. Ten většinou nastane v souvislosti s kardiotoxicitou, ale jejich vzájemná interakce bývá opomíjena. Informování starého nemocného zabezpečuje sestra. Sestra s lékařem navrhuje starému nemocnému nejvhodnější ošetření těchto defektů a sleduje dodržování doporučení. Režimová opatření jsou nezbytná. Sestra také informuje o pozdních nežádoucích změnách, které se objevují až po letech. Souvislost s onkoterapií může být opomenuta. (11, 30)

1. 5. 2. 2 Negativní emocionální dopady onkologické léčby na klienta

Pro člověka se zhoubným onemocněním nastává v době diagnostiky nemoci rychlý koloběh událostí, se kterými se musí během krátké doby vyrovnat. Po určení diagnózy se musí stanovit adekvátní léčba. Nemocný člověk by měl vědět o všech úskalích a hlavně o negativních účincích léčby. U starých nemocných je nutné přizpůsobit výklad, sdělovat informace postupně a používat zpětnou vazbu. Každý má právo na informace. V této oblasti je důležitá podpora starého nemocného. Oporou musí být nemocnému nejen sestra na onkologii, ale na jakémkoliv oddělení. Výhodou je, pokud sestra absolvuje kurzy psychoterapie, nebo vhodné komunikace.

Neopomenutelnou složkou je rodina, ta v některých případech emocionální podporu zcela zastane. (16)

Člověk po chirurgickém výkonu má za sebou pouze první část léčby. Musí se připravit na další obtíže. Některé chirurgické výkony mohou způsobit ztrátu tělesné krásy člověka, nebo poruchu nějaké z jeho funkcí. Tyto výkony jsou velice zatěžující a nemocný potřebuje vysvětlení a podporu. Tělesnému vzhledu je potřeba se věnovat i u starých nemocných. Není vhodné ho kvůli stáří bagatelizovat, i člověk ve vyšším věku má své potřeby. Opomenutí by mohlo mít psychické následky. Během rekonvalescence je důležité, aby se lidé s podobnou diagnózou a obtížemi setkávali. To pomůže při jejich zotavování, zlepší jejich psychickou pohodu, zmírní pocity osamělosti a izolace. (17, 16)

Radiační terapie a cytostatická léčba jsou obávanou částí onkoterapie. Někteří nemocní mohou mít negativní obavy ještě před zahájením léčby, protože mají informace od spolupacientů nebo z rodiny. Těmto obavám je možné předejít správným rozhovorem s lékařem nebo sestrou. Mnoho příznaků je možné potlačit či zmírnit, nebo kosmeticky zamaskovat. Tyto informace musí mít nemocný ještě před zahájením léčby. Pak se může on i jeho rodina na vše připravit a vzájemně se podpořit. (16, 27)

Velkým psychickým problémem bývá také propuštění z nemocnice. Hospitalizovaný nemocný, hlavně ve vyšším věku, se na oddělení cítí bezpečně, pod ochrannou rukou. Po dlouhé hospitalizaci má na oddělení své sociální zázemí, které po propuštění ztrácí a cítí se izolovaný. Velkým přínosem je, pokud se návrat na oddělení neomezí pouze na občasné kontroly, ale nemocný se se svými spolupacienty a personálem pravidelně stýká. Může si pohovořit o svých osobních problémech. To pomůže jeho postupné integraci do běžného života a zlepší jeho psychický stav. (16)

1. 6 Ošetrovatelská péče v geriatrii

Ošetrovatelství je specifické, podle oboru, ve kterém sestra pracuje. Vždy je nutné se přizpůsobit charakteru nemoci a individuálním potřebám pacienta a jeho okolí.

V geriatrii bylo zapotřebí vytvořit okolo pacienta jeho tým, který má dostatečné zkušenosti a kompetence pro péči o geriatrické pacienty.

Základem týmu je pacient, na jeho vůli a potřebách závisí další péče. Má pravomoc rozhodovat se pro nabízené alternativy. Popřípadě je může odmítnout. (7)

Rodina pacienta bývá mnohdy nejednotná. Rodiny bývají milující, pečující, ale také ubližující. Během kontaktu s rodinou je důležité respektovat vůli pacienta. Domluva a spolupráce s rodinou má vliv na starého nemocného. Může mu být psychickou oporou, dodává nezbytné informace o předchozím životě nemocného, může zajišťovat finanční a materiální zabezpečení nemocného a plnit funkci ošetřovatele. Ze strany rodiny může být pro starého nemocného s onkologickým onemocněním velice motivující poukazování na budoucnost rodiny (vnoučata), dávat krátkodobější cíle (dostavba domu) apod. Tyto věci starého člověka aktivizují a mnohdy odpoutají jeho myšlenky od vážné nemoci. (7)

Lékař posuzuje zdravotní stav pacienta a stanovuje diagnózu. Průběžně vytváří léčebný plán. Jeho úkolem je spolupracovat se členy týmu a společně vytvářet nejvhodnější přístup k pacientovi. (7)

Sestra je jedním z nejdůležitějších elementů pečujícího týmu. Musí umět kooperovat se všemi členy týmu. Bývá nemocnému nejbliže a zajímá se o všechny jeho potřeby. Pečuje o fyzické a psychické blaho pacienta a zajišťuje mu komunikaci s ostatními členy týmu a specialisty. Také funkce v komunikaci s rodinou je neopomenutelná a může přispět k lepší péči o starého nemocného. (7)

Geriatrická sestra by se měla zaměřovat na starého člověka holisticky a soustředit se na tělesné a psychické změny typické pro tento věk. Léčba je ve stáří zdlouhavá a málo úspěšná. Sestra se zaměřuje na podávání vhodného množství léku, vzhledem ke změnám metabolismu starého člověka. Kontroluje nežádoucí reakce léků, účinek léků. Pečuje o udržení mobility pacienta. V některých zařízeních může sestra zajišťovat denní pohybové aktivity a RHB. Během dne může spolupracuje s ergoterapeutem a zapojuje pacienta do aktivit. (26, 10)

Dále sestra zajišťuje nebo kontroluje péči o hygienu pacienta a oblékání. Během těchto úkonů pacienta aktivně sleduje, hledá tělesné nedostatky, možné defekty. Snaží

se, aby se pacient v rámci možností obsloužil sám. Provádí kontrolní a diagnostické testy soběstačnosti a úzce spolupracuje s lékařem. (26)

Se spánkem mívají senioři obtíže, často trpí nespavostí. Sestra zjišťuje příčiny špatného spánku. Informuje o zásadách spánkové hygieny, podává léky dle ordinace lékaře. (26)

Výživa je ve stáří také velkým problémem. Často se objevuje malnutrice, anorexie. Sestra sleduje hodnotu BMI a snaží se dosáhnout optimálních hodnot. Edukuje pacienta o zdravé výživě a sleduje její dodržování. Ve stáří dochází k potlačení pocitu žízně, sestra tekutiny stále nabízí, povzbuzuje starého nemocného k jejich příjmu. Po případě sleduje příjem a výdej tekutin. (12, 26)

V oblasti vyprazdňování se sestra zaměřuje na pravidelnost stolice, množství, charakter, příměsi a jiné související obtíže. Doporučuje vhodná řešení, konzultuje problémy s lékařem. (26)

Dále se sestra stará o průchodnost dýchacích cest, sleduje charakter dýchání, odsává sekret z dýchacích cest a podává vhodné léky. Měří fyziologické funkce. (26)

Díky změnám symptomatologie ve stáří, musí být sestra obezřetná a všímat se i malých změn. I nepatrné příznaky mohou znamenat závažné onemocnění. (12, 10)

V geriatrii je důležité spolupracovat s rodinou. Sestra domlouvá případné propuštění, nebo převoz do jiného zařízení. Pokud rodina o starého člověka pečuje doma, učí je základům ošetrovatelské péče, podává informace a hlavně dává rodině kontakt na agentury domácí péče a podobná zařízení.

1. 6. 1 Onk –geriatrická sestra a její role v péči o klienta

Onko – geriatrická sestra plní veškeré funkce, jako geriatrická sestra. Má ale navíc mnoho specifík pro onkologii. V tomto oboru je přínosem umět komunikovat. Sestra se musí domlouvat s rodinou v těžkých obdobích pacientova života i v době terminálního stádia. Musí umět ovládat své emoce a hlavně emoce rodiny, která má o svého blízkého strach. Rodinné zázemí je pro onkologicky nemocného důležité. Nemocní s dobrým rodinným zázemím mají kvalitnější život a jsou v lepší psychické pohodě. Rodina může dopomoci i k včasné diagnostice nemoci. (16)

I kontakt s onkologickým pacientem je jiný. Upřednostňuje se, aby pacient nebyl pasivní, ale aby o nemoci hovořil a v podvědomí se s ní „pral“. Sestra by měla při komunikaci s onkologickým pacientem dodržovat určitá pravidla. Nechávat nemocného projevovat negativní emoce, nezastavovat ho, nekritizovat jeho prožívání, vyslechnout a pozorně naslouchat, nezlehčovat situaci, podporovat v životních aktivitách, neodcházet od umírajícího, dotýkat se, nebrat nemocnému naději. Součástí onkologického týmu bývá i psycholog, který může s komunikací pomoci. (4, 16)

Kromě psychologických dovedností, musí sestra ovládat péči o pacienta po komplexní onkoterapii, potlačit a zmírnit nežádoucí příznaky, umět aplikovat cytostatika a znát zásady péče při vzniku komplikací. Cytostatikum musí být aplikováno přímo do žíly, podání paravenózně je iatropatogenní poškození, je nutné podat okamžitě antidotum. (10)

Dalším specifikem je léčba bolesti, je důležitou součástí podpůrné léčby a neměla by se podceňovat. Sestra aktivně předchází bolesti, hodnotí intenzitu bolesti pomocí VAS a aplikuje analgetika a opiáty dle ordinace lékaře. (28)

1. 7 Rodina a její funkce

Rodina je určitou formou základní instituce. Je to skupina osob, které jsou přímo spjaté pokrevními svazky, manželstvím, nebo adoptí a jejíž dospělí členové jsou odpovědní za péči a výchovu dětí. Jako rodina se chápe především rodina, která vznikla založením manželství. Ale může se tak vnímat i malá skupina lidí, kteří jsou spojeni nejen příbuzenským vztahem a manželstvím, ale i společným způsobem života. Rodina má také své funkce, jsou to funkce reprodukční, sociální, ekonomické, kulturně výchovné, sociálně psychologické a emocionální. (21)

Z historie vyplynul pojem „tradiční rodina“, který se v průběhu dějin měnil. V období před průmyslovou revolucí se do rodiny začleňoval každý, kdo seděl s hospodářem u jednoho stolu. Fungovala soudržnost a odpovědnost za druhé. V období 16. až 19 století byly rodiny velice malé. Díky vysoké úmrtnosti nemohly vznikat trojgenerační rodiny. Sňatky byly uzavírány z majetkových důvodů a více než ne cit, se

zaměřovaly na ekonomii rodiny. Na přelomu 17. a 18. století se ve vyšších vrstvách začal klást důraz na mateřskou lásku a přirozenost, kterou autoritativně ovlivňoval otec. V průběhu 19. století vznikl obraz rodiny, který přetrvává dodnes. Členové jsou těsně spjati citovým poutem, svobodně si volí partnera. Vytváří se pevné vazby a uzavřenost vůči okolí s důrazem na soukromí. (21)

V dnešní době známe pojem „moderní rodina“. Díky upřednostňování hmotné stránky se mnoho manželství rozpadá, rozvodovost stále stoupá. Díky tomu dochází k deficitu znalostí v nových generacích. Děti z rozvedených rodin nemohou okoukat přirozený vzorec chování a použít ho v budování své vlastní rodiny. Pokud se hmotná stránka dostane v životě do pozadí, stává se důležitou péče o děti a jejich výchova v tradičním smyslu. (21)

1. 8 Pečující v rodině a jeho funkce

1. 8. 1 Historický pohled na pečovatelsví

V období založení Jeruzalémského království, byla země a lidé trvale ohroženi. Někteří rytíři se snažili zemi chránit a sdružovali se do užších spolků. Spojovali řeholní a vojenský život. Jejich hlavním cílem byla ochrana křesťanských poutníků na cestě do Svaté země, ošetřování nemocných a ochrana křesťanství před útoky nevěřících. Zavazovali se k dodržování čtyř slibů – slib čistoty, chudoby, poslušnosti a boj za Krista při ošetřování poutníků. Řády měly i vnitřní rozdělení, jednou z jejich skupin byli služební bratři, ti ošetřovali nemocné. (24)

Nejstarším řádem byli johanité. Okolo roku 1530 se přesunuli na Maltu, od níž přijali název maltézští rytíři. Dodnes poskytují zdravotní a sociální služby. (24)

Dalším řádem, původně z Jeruzaléma, byli templáři. Vznikli okolo roku 1119. Jejich posláním byla ochrana poutníků putujících do Svaté země a péče o nemocné ve špitálech. (24)

Ve 12. století vznikl v Praze 1. špitál maltézských rytířů. Nejprve se jednalo o dům pro pocestné, byl to útulek pro účastníky trhů. Kromě noclehu a stravy, poskytovaly špitály pro unavené pocestné možnost umytí, vykoupání v lázni a ošetření

neduhů vzniklých cestováním. Šlo o dobročinnou činnost a proto se začalo s aktivním vyhledáváním chudiny a nemocných lidí. (24)

1. 8. 2 Pečovatelství v domácím prostředí

Pečovatelství znamená poskytování laické péče blízké osobě. Blízkou osobou mohou být rodiče, partner, dítě, nebo kdokoli blízký. Pečování je velice náročné povolání. Může trvat měsíce, roky, nebo celý život. Vždy ale platí základní zásada: pečovatel může pečovat dobře jen tehdy, jestliže věnuje čas a pozornost také svým potřebám. (24, 25)

O blízké je možné pečovat doma nebo v instituci. Většinou jsou pečující a nemocný ve stejném domě. Často dochází k velké zátěži pečovatele. Pokud je o nemocného pečováno pomocí instituce, neznamená to konec péče a zájmu rodiny. Péče pokračuje „na dálku“ a je mnohdy obtížnější. (24)

Pečujícím je nejčastěji člen rodiny, ve většině případů žena. Rodina byla historicky první strukturou zabezpečující staré osoby. Postarat se o starého člena rodiny bylo v možnostech rodiny a patří do morálních povinností. Jednalo se o vzájemný závazek, rodiče pečují o své děti a ty se v dospělosti starají o své rodiče. V dějinách společnosti se stávalo jen vyjíměčně, že se o starého člověka starala instituce. (9)

Rodina je přirozené sociální prostředí a umožňuje rozvoj inter-generační solidarity. Starý člověk, popř. nemocný tak nemá pocity izolace a vyčlenění z rodinného kruhu, ale i v domácím prostředí může být nemocný v izolaci. (9)

1. 8. 3 Společné prvky pečovatelství

Člověk, který pečuje se musí vyrovnat s velkým smutkem. Jeho blízký ztrácí soběstačnost, mobilitu a přestává fungovat ve svých sociálních rolích. Pečující se musí vyrovnat také s faktem, že jeho blízký již nedosáhne normálního životního fungování. (24)

Pečovatelství má některé společné prvky. Jde o otřes v rodině, změnu životního rytmu, vytváření nového rodinného systému. Objevuje se pocit izolace, život najednou probíhá mimo normu. To, co ostatní považují za normální, se stává středem pozornosti.

Objevuje se frustrace. Lidé, kteří nikdy nepečovali, nechápu potřeby pečujícího. Odborníci většinou nedokáží v této těžké životní situaci pomoci. Velice častý je také stres, pečující nemá dostatek volna pro své osobní potřeby. Mohou vznikat až těžké deprese. Pečující najdou neskutečnou vnitřní sílu, odvahu a statečnost. Úkol postarat se o někoho vznikne velice rychle. Pečující naráz vydává velké množství energie, je pod psychickým nátlakem a nemůže přestat, protože je na něm někdo závislý. Mnohdy si ani neuvědomí, jak mimořádné věci dělá. (24)

1. 8. 4 Zátěž pečovatelů

Pečující by si měl vytvořit pečovatelský plán, kde zjistí své potřeby a potřeby svého blízkého. I když je určeno, co kdo potřebuje, mnohdy se objeví problémy a následná zátěž pečovatele. Zátěž může být tělesná, finanční, sociální, může vycházet z okolního prostředí, nebo být citová. (25)

Péče o starého postiženého člověka je fyzicky náročná, většinou se objeví velká tělesná zátěž. Jde o manipulaci, přesuny, ale také péči o domácnost (úklid, vaření, praní, nákupy). Složitější situace nastává, pokud blízký člověk není zcela duševně zdravý, nebo je inkontinentní. Zvedání a přemisťování může vést až k poranění pečovatele, nebo příjemce. (25)

Pečující většinou nemůže vydělávat, čímž je finanční příjem rodiny omezen. Finanční zátěž rodiny se může stát až neúnosnou. Je důležité zajistit služby, které rodina nemůže provádět (lékařské, farmaceutické, RHB atd.), zvolit místo, kde bude služba zajištěna a jak bude uhrazena. Příjem starého člověka většinou nestačí na pokrytí výloh souvisejících s péčí a proto se musí péče rozdělit mezi všechny členy rodiny. (25)

Je důležité vybrat správné místo pro poskytování péče, v nevhodném prostředí se může objevit zátěž z okolního prostředí. Někdy je nezbytné nainstalovat pomůcky, rampy, hrazdičky, zábradlí, madla, nebo se přestěhovat do vhodnějšího prostředí, či specializovaného zařízení. Také je nutné provést změny v denním režimu a ve způsobu života. (25)

Obvyklá je také sociální zátěž, ta je způsobená trvalou izolací od rodiny, přátel a společenského života. Pečující může být tak unaven, že není schopen mít večerní

volno alespoň 1 krát týdně, nebo se mu nemusí podařit mít volno ani jednou měsíčně. To vše může vyústit ve vztek a odpor k příjemci péče. (25)

Pečující je omezen ve volbě náplně svého volného času. Musí se vyrovnat s velkou odpovědností k příjemci péče. Mohou vzniknout až pocity odporu k příjemci, nepříjemné pocity, hněv, znechucení z trvalé odpovědnosti, izolace. To vše vyvolává nepříjemnou citovou zátěž pečovatele. (25)

Někdy se může objevit až pocit touhy zbavit se svého pečovatelsví, odložit příjemce do ústavu, nebo přání jeho smrti. To vše následně vystřídá pocit viny. Tyto pocity jsou časté a normální. Sestra by měla rodinu o těchto pocitech edukovat a připravit ji na ně. Částečně tím může preventivně působit proti syndromu vyhoření. (6, 25)

1. 9 Potřeby onkologicky nemocného a jeho ošetřující rodiny

Předností sestry je nahlížet na pacienta a jeho okolí, jako na celek, holisticky. Vidí je, jako bio-psycho-sociální a spirituální bytosti. Vše se vším souvisí, tzn., že porucha jedné části je poruchou celého organismu. (26)

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“(26, s.10) Je to něco, co člověk nutně potřebuje ke svému životu, nebo vývoji. Pocit nedostatku může ovlivnit i psychickou činnost člověka, pozornost, myšlení, emoce atd. Potřeba se v průběhu života mění a vyjadřování i uspokojování projevuje každý individuálně. (26)

Potřeby všech lidí se obecně rozdělují na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Každá tato složka obsahuje mnoho jednotlivých potřeb, jejichž neuspokojení se výrazně odráží na fyzickém i psychickém stavu člověka.

Potřeby nemocného, jeho blízkého, nebo sestry jsou velmi podobné a navzájem se prolínají. Každý má jinou úroveň uspokojení. Také potřeby ošetřující rodiny jsou velice důležité. Hraje zde roli i finanční stránka, prostředí a mnoho dalších zevních vlivů.

1. 9. 1 Potřeby biologické

Pohybová aktivita a celková tělesná zdatnost jsou základem zdraví a prevence. Uvolňují duševní napětí, zlepšují spánek, zvyšují odolnost orgánů a navozují pozitivní emoce. Potřeba pohybu je přirozená u všech živých bytostí. Její nedostatek se nemusí ani projevit. (26)

Někteří lidé používají pohyb jako prostředek k relaxaci. V tomto případě může člověk duševně strádat. Pro člověka je schopnost pohybu základní životní předností. Pohyblivost je základem nezávislosti. (26)

Nemocný člověk může mít potřebu pohybu neuspokojenu a je závislý na pomoci druhých. Jeho pečovatel zastává funkci některých svalů. Pečující člověk může mít, podle stavu soběstačnosti nemocného, pohybovou aktivitu nadměrnou, může být vyčerpaný a toužit po odpočinku. Do potřeb rodiny by se dalo v oblasti pohybu zařadit také zlepšení prostorového uspořádání domácnosti. Pokud není domov vhodně uzpůsoben pro péči o nemocného, může mít ošetřující člen rodiny tuto potřebu neuspokojenu.

Hygiena je soubor činností a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví, udržování osobní čistoty. Kvalita čistoty člověka vypovídá o jeho duševním světě, náladě, spokojenosti a psychických vlastnostech. (26)

Nesoběstačný nemocný čeká na pomoc druhých. Čistota u něho může vyvolávat pozitivní emoce, pocity spokojenosti. (26)

Ošetřující člen rodiny by měl při poskytování hygienické péče dbát na to, aby byla zachována potřeba intimity nemocného. Ve zdravotnických zařízeních se na tuto důležitou potřebu mnohdy zapomíná.

Potřeba spánku se mění s věkem, ale stále zůstává. Zdravý člověk by, měl denně spát 7–9 hodin. Spánek a odpočinek jsou nepostradatelné předpoklady, zachovávají a udržují tělesné i duševní zdraví. Mají regenerační a ochranný význam. (26)

Potřeba spánku závisí na denní aktivitě a zdraví. U pečujícího člověka bývá potřeba spánku zvýšená. Pečující pracují i v noci, vždy, když nemocný potřebuje. Potřeba bývá nedostatečně uspokojena a mohou vznikat další navazující obtíže.

Příjem potravy bývá příjemnou věcí v životě člověka. Složení potravy ovlivňuje duševní pohodu, zdraví a způsob stravování má podíl na celkovém zdravotním stavu. I přesto se stravujeme nezdravě a obtížně měníme zajetý jídelníček. (26)

Výživa je biologickou, primární potřebou člověka a nezbytným předpokladem udržení biologické homeostázy. Je předpokladem k zachování života. Příjem potravy nás pozitivně naladí, závisí také na úpravě stravy, spoluživních a prostředí. (26)

Neopomenutelný je příjem tekutin, zvláště u starých lidí se na něj musí dbát. Ve stáří se ztrácí pocit žízně, pobízení k pití je každodenním úkolem pečujícího. (26)

Výsledkem metabolismu je vylučování odpadních látek z těla stolicí a močí. Vyprazdňování je základním předpokladem zdraví. Defekace je odstranění stolice z recta a anu. Frekvence je individuální a závisí na druhu potravy, množství přijatých tekutin, popř. onemocnění. Po vyprázdnění nastává příjemný pocit. Pokud se defekace nedostaví, vyvolává to u člověka nepříjemné pocity. Močení (mikce) je vyprázdnění moče z měchýře. Stejně, jako u hygieny, je důležité myslet na potřebu intimity a její zachování. (26)

Dýchání je základní fyziologická funkce, bez dýchání není možná existence, na něm závisí další fyziologické funkce. Bez vzduchu může člověk vydržet maximálně 3 minuty. Dech můžeme rozložit do dvou základních dějů, vdech (inspirium) a výdech (expirium). Celkově se v něm promítají pocity člověka. Při nedostatku kyslíku a neuspokojení potřeby dýchání je člověk ohrožen na životě a je nutný okamžitý zásah. (26)

1. 9. 2 Potřeby psychické

Jistota a bezpečí je potřeba, kdy se snažíme vyvarovat ohrožení a nebezpečí. Člověk vyjadřuje touhu po bezpečí, stabilitě. Při nemoci má člověk nepříjemné pocity, i když se jedná o banální onemocnění. Absence v práci a ve škole mu pocity bezpečí bere. Tato potřeba je velice široká a skládá se z touhy po důvěře, spolehlivosti a stabilitě, osvobození se od strachu apod. Vhodná komunikace sestry a její rady nemocnému i rodině mohou uspokojení potřeby usnadnit. Rodina má v sestře oporu, důvěřuje jí. (26)

Uspokojení, či neuspokojení této potřeby má vliv na funkci jednotlivých orgánů, přes působení centrálního nervového systému. Také nejistota je velkým stresorem. Závisí na věku člověka, jak tuto potřebu vnímá. V průběhu ontogenetického vývoje se člověk osamostatňuje a potřeba se mění, např. v dospělosti je uspokojením rodinné zázemí, přátel, dobrý zdravotní stav a soběstačnost. (26)

Uspokojení této potřeby se mění také v souvislosti se zdravotním stavem. Člověk se může cítit doma ohrožen, nemá zde podmínky pro své zdraví, např. astma, nesoběstačnost.

Sebekoncepce, sebeúcta, nebo také sebevědomí je nezbytnou součástí duševního zdraví. Zdravé sebevědomí je důležité při řešení náročných životních situací, např. nemoci. Zdravotníci by měli pocit sebeúcty podporovat a ne ho svou komunikací a chováním snižovat. Nemocný je jedinečná bytost a měl by se mu projevovat respekt a zájem. (26)

Narušená sebekoncepce předchází pocitu bezcennosti, beznaděje, bezmoci a může přejít k nenávisti druhých. Sebekoncepce je složena z obrazu těla, výkonu role, osobní identity, sebeúcty. (26)

1. 9. 3 Potřeba sociální

Jedná se o potřeby, které nás zařazují do společnosti, neizolují nás a díky kterým se cítíme bezpečně. Je to sounáležitost, ekonomické zajištění, pocity svobody. V této oblasti může sestra rodině pomoci. Spolupracuje se sociální pracovníci a zajišťuje její kontakt s rodinou.

Potřeba sounáležitosti je rozdílná v různých věkových obdobích. Bývá to zařazení do kolektivu, přátel, spolupracovníci, partner, rodina. Pocit odcizení má negativní vliv na psychiku člověka. (26)

Ekonomická nezávislost a její naplnění může být obtížné a je pomíjivé. Člověk se může ocitnout bez veškerých prostředků, v izolaci. Obdobné je to s materiálním zajištěním. Díky domácímu pečování o blízkého nemocného, může dojít ke změně finanční situace rodiny a neuspokojení některých sociálních, nebo společenských potřeb. V této fázi je důležitá informovanost o možnostech finanční podpory státu. (26)

Potřeba svobody je ohrožena při konfliktech, v době války apod. Člověk se cítí ohrožený, ztrácí půdu pod nohama, jistotu. Uspokojení této potřeby je i uzákoněno v Listině základních práv a svobod. (26)

1. 9. 4 Potřeba spirituální

Do této oblasti patří nejen víra a její uspokojení, ale pro lidi bez vyznání, je to vztah k nějaké blízké osobě, která mu naslouchá. Spirituální potřebu dáváme do popředí většinou až v terminálním stádiu nemoci člověka. Ale myslet by se na ni mělo během celé nemoci.

Člověk, který druhému naslouchá mu může být oporou. Zná jeho příběh, nejen ten nynější, ale také minulost a přání do budoucna. Pro zjištění takových informací musí setra, nebo rodina navázat s nemocným blízký vztah a navzájem si důvěřovat. (18)

U věřících lidí je péče o spiritualitu delegována na duchovního. Aby nemocný mohl službu využít, musí o ní vědět. Je vhodné, aby sestra zařadila tuto informaci už do příjmového rozhovoru a v případě potřeby ji znovu nabízela. V některých případech se může stát, že sestra spirituální péči sama poskytuje. Záleží na individuálním přání nemocného. (18)

1. 10 Sociální aspekty onkologického onemocnění ve stáří

Sociální péče je neoddělitelnou od péče zdravotní. Ve stáří navazují zdravotní problémy na sociální problém a mohou způsobit závažné komplikace až smrt starého člověka. (12)

Podle Listiny základních práv a svobod, má každý člověk právo na přiměřené hmotné zajištění ve stáří. Patří sem důchodové pojištění, státní sociální pomoc a sociální péče. (12)

Člověk má nárok na obecný starobní důchod v případě, jestliže dosáhl důchodového věku a byl potřebnou dobu zaměstnán (platil důchodové připojištění). Potřebná doba důchodového pojištění musí být 25 let a člověk je může získat kdykoliv

během života. Dále má člověk nárok na důchod, pokud získal alespoň 15 let pojištění a dosáhl věku alespoň 65 let. (2, 12)

Podmínkou nároku na bezmocnost je přiznání příslušného stupně bezmocnosti. Bezmocnost posuzuje posudkový lékař z okresní správy sociálního zabezpečení. Rozhoduje podle stupně soběstačnosti, schopnosti postarat se o sebe a nutnosti pomoci druhé osoby. (2, 12)

Částečně bezmocná fyzická osoba potřebuje dlouhodobou pomoc od jiné osoby, při nezbytných životních úkonech (mytí, oblékání, atd.). Převážně bezmocná fyzická osoba má potřeby pomoci I. stupně, dále soustavný dohled jiné osoby při základních úkonech, jako jsou chůze, fyziologické potřeby atd. Za úplně bezmocnou fyzickou osobu se považuje člověk, kterému úplně chybí schopnost sebeobsluhy a potřebuje soustavné ošetřování. Je odkázána trvale na pomoc jiné osoby. (2, 12)

Další formou pomoci mohou být jednorázové peněžité dávky, věcné dávky (příspěvek na úpravu bytu, na opravy, úpravy, instalace atd.) a opakující se peněžité dávky (např. na dietní stravování, na užívání bytu). Mezi opakující se peněžité dávky patří také příspěvek pro péči o blízkou a jinou osobu. Ten může získat člověk, který se stane sociálně potřebným, díky péči o zletilou osobu. Tato osoba bývá částečně, nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let. (12)

1. 11 Syndrom vyhoření

Pokud syndrom vyhoření vznikne, jde o obtížný stav. Předpoklady pro jeho vznik mají nejen zdravotní sestry, ale i domácí pečovatelé. Ti jsou v mnohem obtížnější situaci, pečují o člena rodiny, většinou doma. Odreagování je v tomto případě obtížné, někdy až nemožné. V této situaci by měla sestra rodinu poučit o možnosti vzniku syndromu vyhoření a navrhnout preventivní opatření. Například nabídkou spolupráce s hospicem, či agenturou domácí péče.

Když je sestra v dobré psychické pohodě, může během svého povolání podávat dobrý výkon. Je velice důležité, aby měla dostatek síly a energie k výkonům, které ji během práce čekají. Neboli hořet a nevyhořet. (15)

Syndrom vyhoření (burnout) je určitý duševní stav objevující se nejčastěji u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Profese těchto lidí bývá založena na mezilidské komunikaci. Přítomnost syndromu ukazuje řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. (23)

Syndrom vyhoření vzniká v souvislosti s dlouhodobě působícím a nepřiměřeným vypořádáním se s psychickou a fyzickou zátěží. Takovým to dlouhodobým stresem trpí lidé vystaveni trvalé zátěži v sociálně–emocionální oblasti. Proces vzniku syndromy trvá mnoho měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé a je možné ho najít i v Mezinárodní klasifikaci nemocí, kde je klasifikován, jako „Problémy spojené s obtížným uspořádáním života“. (23)

Fáze syndromu vyhoření jsou nadšení (vysoké ideály, vysoká angažovanost), stagnace (ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření, požadavky klientů, příbuzných, či zaměstnavatele je začíná obtěžovat), frustrace (pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání), apatie (mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozborům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám), syndrom vyhoření (dosažení stádia úplného vyčerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem). (23)

Vývoj fází je individuální a někdy velice málo patrný, až přehlédnutelný. Z posledních fází, je cesta zpět velice obtížná. Je dobré, pokud se podaří proces pochopit a zastavit ve fázích frustrace nebo apatie. Pokud sestra s rodinou spolupracuje, může si počátečních fází všimnout a zabránit zhoršení stavu pečovatele.

Zátěžové situace, které na člověka působí se začnou postupně přenášet i do rodinného prostředí. Rodina pozná, že je něco v nepořádku. Člověk je podrážděný, hádá se. Zátěž z povolání se přelévá do rodinného stresu, nebo naopak. Někdy může harmonické domácí prostředí zmírnit intenzitu profesní zátěže. (23)

V klinickém obrazu syndromu se rozlišují psychické a tělesné příznaky. Mezi psychické příznaky patří ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti; nechut', lhostejnost k práci; negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu; únik do fantazie; potíže se soustředěním, zapomínání.

Do tělesných příznaků patří porucha spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem; vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak. (23)

Příznaky se odrážejí nejen v kvalitě života člověka, ale také v kvalitě jeho práce. Postižení jsou více náchylnější k nemocem a déle v nich zůstávají. Syndrom vyhoření se většinou diagnostikuje velice pozdě. (23)

Syndromu vyhoření je možné předcházet, díky dodržování určitých zásad psychohygieny. Mezi některé patří snížit vysoké nároky, nepropadat syndromu pomocníka, naučit se říkat NE, stanovovat si priority, dobrý plán ušetří polovinu času, dělat přestávky, otevřeně vyjadřovat své pocity, hledat emocionální podporu, vyvarovat se negativnímu myšlení, předcházet komunikačním problémům, v kritických okamžicích zachovat rozvahu, dělat konstruktivní analýzy, vyhledávat výzvy, zajímat se o své zdraví. (23)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit potřeby rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let.
2. Zjistit podmínky umožňující rodině pečovat o nemocného klienta s onkologickým onemocněním ve věku nad 60 let v domácím prostředí.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl polostandardizovaný rozhovor (viz. příloha č.1). Při výběru respondentů byl použit záměrný výběr. Odpovědi respondentů jsou zpracovány do dvanácti podrobných kasuistik. Rozhovory byly prováděny po předběžné telefonické, nebo osobní domluvě s respondenty v jejich domácím prostředí, kde se cítili dobře.

Nejprve jsem respondenty oslovovala telefonicky, tři ze čtyř respondentů spolupráci odmítli. Ostatní respondenty jsem oslovila osobně. Po osobní návštěvě přistoupilo ke spolupráci všech jedenáct respondentů, celkem tedy dvanáct rodinných pečovatelů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem dvanáct rodinných pečovatelů, kteří se starají o svého blízkého s onkologickým onemocněním v domácím prostředí. Bylo osloveno patnáct respondentů, tři oslovení spolupráci odmítli. Výzkumu se zúčastnilo 8 žen a 4 muži.

Devět z dvanácti respondentů bylo z Jihočeského kraje. Dva respondenti byli z kraje Vysočina a jeden z Pardubického kraje.

4. Výsledky

4. 1 Kasuistiky

Kasuistika č. 1

Paní K. se narodila v roce 1937. V dětství nebyla nikdy vážněji nemocná, prodělala běžné dětské nemoci. Po střední zdravotnické škole se vdala a přestěhovala s manželem do velkého domu na vesnici. V 21 letech se jí narodil syn. Jako zdravotní sestra pracovala přes 30 let, v menší okresní nemocnici. Když jí před devíti lety náhle zemřel manžel, zůstala v domě sama pouze se psem, ke kterému měla blízký vztah. Asi o rok později jí bylo náhodně diagnostikováno zhoubné onemocnění prsu. Následovala radikální operace a onkologická léčba. V této době se její soběstačnost zhoršila a nebyla schopna postarat se o velký dům sama. Později jí syn nabídl bydlení u něho v bytě, v pokoji po jeho synech. Syn bydlí asi 50 km od jejího původního bydliště. Po přestěhování ztratila téměř všechny sociální kontakty s původním okolím.

Několik měsíců po přestěhování se objevil třes rukou a ztuhlost svalů. Neurologické vyšetření stanovilo, že jde o Parkinsonovu chorobu. Velmi prospěšná byla přítomnost psa, díky němu se v synově bytě necítila opuštěná. Syn chodil denně do práce a neměl tolik času dělat mamince společnost. Po stabilizaci neurologického onemocnění se objevili potíže s vyprazdňováním stolice. Obvodní lékař doporučil endoskopické vyšetření tlustého střeva, kde byl nalezen zhoubný nádor. Opět následovala operace, onkologická léčba a dlouhodobá hospitalizace. Během tohoto období se její celkový stav zhoršil. Velkou oporou jí byl syn a jeho přítelkyně.

Syn paní K. se narodil v roce 1958. Po střední škole se odstěhoval od rodičů, oženil se a má dva syny. Po rozvodu dostal obě děti do péče. Nyní už jsou oba synové dospělí a žijí sami. Syn paní K. bydlí již několik let s přítelkyní a maminkou. Nejprve se o maminku nemusel vůbec starat, po druhé operaci se ale její fyzický i psychický stav zhoršil a přítomnost druhé osoby byla nutná. Syn paní K. je nyní už dva roky v částečném invalidním důchodu. I jeho přítelkyně je dlouhodobě nemocná, byl

jí objeven zhoubný nádor prsu. Všechny tyto události rodinu velice zatížily. Pro všechny to bylo těžké období. Přítelkyně syna je optimistka a svou nemoc a léčbu dobře snáší. Nyní je schopna se starat i o paní K. společně s jejím synem.

Paní K. je již 8 let vážně nemocná. Podle bodového hodnocení Brthelova testu má 60 bodů. Potřebuje pomoc druhého při oblékání, v oblasti hygieny je zcela závislá. V noci mívá problémy s vyprazdňováním moči. Chůzi zvládá pouze s chodítkem, nebo oporou druhého.

Syn paní K. s přítelkyní si je vědom, že stav maminky se postupně zhoršuje, ale dokud budou schopni, chtějí se o ní starat sami. Během hospitalizace paní K. na chirurgickém oddělení, v souvislosti s operací tlustého střeva, nebyl přístup zdravotního personálu dobrý. Syn paní K. se snažil získat informace o prognóze maminčina onemocnění, ale lékaři i ostatní zdravotníci byli neochotni a téměř žádné srozumitelné informace nedostal. Nedostali ani poučení, jak pečovat o paní K. po propuštění domů. Přítelkyně syna měla již zkušenosti z péče o svého otce, takže péči o paní K. zvládá dobře, nyní se o ní starají již 3. rok.

Asi před 5 měsíci zemřel paní K. její pes. Tuto ztrátu nesla velice těžce. Přestala jíst, pít a odmítala vstát z postele. Postupně se začal její stav horšit a byla nutná hospitalizace na interním oddělení. Ani tady nebyla rodina s péčí spokojena, paní K. přestala i komunikovat, proto se rozhodli vzít jí zpět domů. Nyní se oba bojí dalšího zdravotního problému maminky a její hospitalizace, popř. umístění do jiného zařízení.

Pomoc zdravotníků našel syn paní K. až nedávno, když byla jeho přítelkyně v lázních. Obával se, že převazy paní K. nezvládne, obvodní lékař mu dal kontakt na Svaz invalidů. Zde se setkal s přívětivým přístupem. Sestra za nimi docházela 3 krát týdně, dělala převazy, vše synovi paní K. prakticky ukazovala a nabídla mu půjčení kompenzačních pomůcek domů. Tuto službu využívají stále, paní K. používá toaletní židli, chodítko a hole. Od Svazu dostali i nabídku kurzů péče. V oblasti psychologické péče žádnou nabídku nedostali, ale přístup zaměstnanců za Svazu invalidů je velice podpořil a povzbudil.

Syn paní K. i jeho přítelkyně mají díky svému zdravotnímu stavu omezený finanční příjem. Paní K. pobírá příspěvek na bezmocnost již od operace tlustého střeva,

díky obvodnímu lékaři. Nyní, po změně zákona byla paní K. přeřazena do 2. stupně bezmocnosti a příspěvek byl navýšen. Přítelkyně syna by ráda přestavěla koupelnu. Do vysoké vany se paní K. velice špatně dostává a v koupelně je málo prostoru. Také prostředí bytu není podle rodiny nejvhodnější, paní K. se těžko pohybuje s chodítkem. Na přestavbu bytu, ale nemají finanční prostředky a z platů nejsou schopni téměř nic ušetřit. Tento problém je zatěžující hlavně pro přítelkyni syna, péče o paní K. je náročnější a trvá mnohem déle.

Přítelkyně syna zabezpečuje náročnější část péče o paní K., stará se o ranní a večerní hygienu. Během dne se v péči a jednotlivých úkonech střídají, i v noci. Díky tomu pro ně není péče tak zatěžující. Střídání je výhodou i v plánování volného času, oba pečující mají volno a mohou se věnovat svým koníčkům. Tento způsob jim vyhovuje a není pro ně tolik zatěžující. Za příznivý označují také zájem sousedů a přátel, ti je podporují a v případě potřeby je mohou na krátký čas zastoupit.

Syn paní K. i jeho přítelkyně si jsou vědomi velkého závazku, který k paní K. mají. Žádné větší problémy v pečování nemají, ale oba by uvítali kladný postoj a větší zájem ze strany zdravotníků.

Kasuistika č. 2

Pan D. se narodil v roce 1930, jako druhorozený syn, později měl ještě dvě sestry. Jeho rodiče se věnovali zemědělství. Prodělal běžná dětská onemocnění, vážně v dětství nestonal. Po gymnáziu studoval Pedagogickou fakultu. Zaměstnání učitele se věnoval až do důchodu. Jeho koníčkem byla historie a historické romány. Věnoval se také turistice a jízdě na kole. Ve 24 letech se oženil, se svou ženou má dceru a syna. Až do svých 62 let byl zcela zdravý. V této době se u něho začaly objevovat prvotní příznaky onemocnění. Byl zřetelně bledý, unavený a měl problémy s vyprazdňováním stolice. Obvodní lékař diagnostikoval anémii a skryté krvácení ve stolici. Endoskopické vyšetření ukázalo rozsáhlý kolorektální karcinom. Pan D. byl okamžitě hospitalizován a během několika dní operován. Svou diagnózu velice těžko nesl a odmítal střešní vývod. Lékaři se pokusili o operaci bez vývodu, ale během několika dalších dní začala

rána prosakovat. Byla nutná další závažná operace, střevní vývod byl jediným řešením. Po částečném zotavení byl přeložen do krajské nemocnice na onkologické oddělení, kde byla provedena komplexní onkoterapie. Pan D. se fyzicky dobře zotavoval, ale jeho psychický stav byl velice vážný. Psycholog onkologického oddělení doporučil intenzivní léčbu. Pan D. užívá antidepresiva. Po ukončení onkoterapie lékaři doporučili pobyt v psychiatrické léčebně v Dobřanech. Zde se jeho psychický stav zhoršil ještě více. Manželka s rodinou se rozhodli vzít si pana D. domů.

Manželka pana D. se narodila v roce 1933. Až do důchodu pracovala jako zdravotní sestra. Jejím koníčkem je zahrádka a ruční práce. Už od prvních příznaků manželova onemocnění se o něho velmi bála. Období diagnostiky a manželovi léčby pro ni bylo velice těžké, cítila se bezmocná a každý den plakala. Před manželem se snažila být silná a podporovat ho. Od druhé operace pozorovala velké změny manželova chování. Tyto změny přisuzuje dlouhé narkóze dvakrát za sebou v krátkém období. Manžel je od té doby apatický, nemá o nic zájem a uzavřel se do sebe. Po vytvoření střevního vývodu změnil pohled na své tělo a odmítá se o vývod starat. Veškerou péči o vyprazdňování provádí jeho žena. I celková soběstačnost pana D se změnila, postupně přestal vykonávat všechny sebeobslužné činnosti.

Podle Barthelova testu má pan D. 25 bodů. Zvládne se s pomocí najíst, s pomocí se přesune na WC a vydrží kratší dobu sedět. Občas se objeví inkontinence moči.

Pan D. je nemocný již 5 let, po celou dobu se o něho jeho manželka stará. Dcera i syn bydlí dál a nemohou manželce pana D. s péčí pomáhat. K rodičům jezdí o víkendu na kratší návštěvy, ale během týdne si často volají a psychicky matku podporují. Manželka pana D. spolupracuje při ošetřování manžela pouze s obvodním lékařem a onkologem. O služby agentury domácí péče, ani o umístění manžela do nějakého zařízení nemá zájem. Manžel se cizích lidí velice bojí, má strach, že ho odvezou pryč a bude muset být sám.

Manželka pana D. měla zkušenosti s péčí o nemocné ze svého zaměstnání. Na chirurgickém oddělení byla pečlivě poučena o stomických pomůckách i o získávání pomůcek. Ošetření stomie si v nemocnici prakticky zkoušela a byla jí promítnuta videokazeta. Díky milému přístupu sester se při zaučování cítila dobře a neměla obavy

se na cokoliv zeptat. Od té doby se péče o stomii nezměnila a nenastal žádný problém, proto zatím další informace od zdravotníků nepotřebovala.

V oblasti psychologické péče bylo postaráno především o pana D. Zátěž rodiny považuje manželka za velkou. Ona sama se necítila dobře, ale musela být manželovi oporou. Pomoc hledala u obvodního lékaře, nyní užívá dlouhodobě antidepresiva.

V oblasti finančního zabezpečení si manželka pana D. neztěžuje. S financemi vychází dobře, oba s manželem dostávají starobní důchod. I když se o manžela intenzivně stará 5 let, nikdo ji neinformoval o příspěvku na bezmocnost. Až v lednu 2007 ji snacha informovala o změně zákona a donutila ji podat žádost. Kdyby ji snacha nepřesvědčila, žádost by nepodala. Žádat o peníze jí připadá nedůstojné.

Pan D. se velice špatně pohybuje, ale žádné úpravy bytu neprováděli. Manželka si ztěžuje na špatně přístupnou vanu a kluzkou podlahu. Dříve uvažovala o přestavbě bytového jádra, ale manžel potřebuje intenzivní péči. Uzavření vody a nepořádek by byl pro oba stresující. Jiné řešení podle manželky, vzhledem ke stavu pana D., není.

Péče trvá již 5 let a je stále více zatěžující. Pan D. potřebuje veškerou péči v lůžku, nebo na křesle. Manželka s ním manipuluje. Vzhledem k jejímu věku je pro ni péče těžká a fyzicky ji vyčerpává. Často trpí bolestmi zad. Pan D. vyžaduje téměř 24 hodinovou přítomnost manželky. Pokud o něho právě nepečuje, musí ji alespoň slyšet, nebo s ní mluvit. Manželka pana D. spí maximálně 5 hodin denně. Manžel má v noci halucinace a někdy ji celou noc budí. Má strach, že ho někdo unese apod.

Přes den může manželka odejít max. na půl hodiny až hodinu. Pokud se zdrží déle, má pan D. pocit osamělosti a je plačtivý. Pan D. nechce chodit ven, manželka se už téměř s nikým ze svých přátel nestýká. Nedávno jí byl objeven diabetes mellitus, potřebuje pravidelný pohyb, ale s manželem to není možné.

O svých problémech ošetřovatele může mluvit jen s obvodním lékařem, nebo dcerou. Je se svými problémy sama a uvítala by větší aktivní zájem. Pomoc by přivítala hlavně v oblasti informovanosti o službách. Kdyby jí informace nesdělilo okolí, od zdravotníků by se téměř nic nedozvěděla. Příručku pro pečovatele nezná. Od operace manžela jsou členy Klubu stomiků, ten ale není v místě jejich bydliště.

Manželka pana D. je již fyzicky i psychicky vyčerpaná. Stále se snaží o manžela dobře pečovat, ale má strach o své zdraví a o to, kdo se o něj postará, kdyby se jí něco stalo. Péči manželovi zajišťuje díky tomu, že je v důchodu. Kdyby ještě pracovala, musela by zaměstnání opustit. Myslí si, že pokud člověk chce, může se o svého blízkého postarat.

Kasuistika č. 3

Pan Z. se narodil v roce 1932. Má dva sourozence, bratry. Prodělal běžná dětská onemocnění. Po střední škole nastoupil na vysokou školu vojenskou. Jako voják pracoval až do důchodu. Ve 25 letech se oženil, se svou ženou má dceru a syna. Díky jeho povolání se musela rodina několikrát stěhovat. V nynějším bydlišti žijí skoro 25 let. Ani v dospělosti nebyl pan Z. vážněji nemocný, byl vášnivý turista a má rád přírodu. Asi před 4 lety se u něho objevil první astmatický záchvat. Etiologie nebyla zcela přesně stanovena, lékaři si mysleli, že vyvolávajícím podnětem může být nějaký potravinový alergen. I přes léčbu a režimová opatření se záchvaty objevovali dvakrát do měsíce. Asi po roce se stav zklidnil. Před rokem byl pan Z. na kontrolním rentgenu plic po zdlouhavé bronchopneumonii, kde byl náhodně objeven zhoubný nádor pravé plíce. Pan Z. byl hospitalizován na plicním a onkologickém oddělení, kde absolvoval onkoterapii. Léčbu snášel dobře.

Manželka pana Z. se narodila v roce 1935. Pracovala jako úřednice na okresní úřadu a před odchodem do důchodu pracovala pro Český červený kříž. S žádnou nemocí se neléčí, pouze dochází na rehabilitaci s koleny. Po diagnostice manželova onemocnění se cítila špatně. Manžel byl v tu dobu hospitalizován, tak se mohla s jeho vážnou nemocí vyrovnat. Před manželem se snažila být statečná, podporovat ho a dávat mu naději. Nyní hodnotí nemoc, jako osud a nesnaží se hledat její příčinu.

Nyní je manžel hospitalizovaný na oddělení následné péče, kde se zotavuje z těžkého zánětu plic. Doma měl velký astmatický záchvat, který se manželka bála sama řešit. Každý den chodí manžela navštěvovat. Doma má teď čas na sebe a sbírá energii na podporu manžela.

Situace je ještě více zatěžující tím, že manželovi dcery pana Z. byl diagnostikován nádor ledviny. Manželka pana Z. se snaží podporovat také dceru a vnučku, kteří se bojí prognózy nemoci.

Pan Z. má podle Barthelova testu 90 bodů. Je samostatný, pouze občas má problémy s dýcháním a potřebuje pomoc druhého. Díky samostatnosti pana Z. neuvažovala jeho manželka o žádné ústavní péči. Nyní úzce spolupracuje s lékaři nemocnice, kde je manžel hospitalizován. Ti ji dávají naději do budoucnosti. Sestry z oddělení následné péče ji učí aplikaci nových antiastmatik. Spolupráci považuje za příjemnou, ví, že se na ně může znovu obrátit.

Nabídku psychologické péče nedostala, ale uvítala by ji. Díky své kamarádce, která měla stejné obtíže s manželem, se necítí v těžké situaci sama. S dcerou má blízký vztah, ale člověk, který byl ve stejné situaci ji chápe lépe.

V oblasti financí nemají žádné obtíže. Manžel nepotřebuje speciální ošetření, tak vychází dobře. O finanční podpoře státu ví od obvodního lékaře, ale zatím ji nepotřebují. Ani o přestavbě bytu zatím neuvažují. Syn jí nabídl v tomto směru pomoc, až ji bude potřebovat, určitě toho využije. O půjčování kompenzačních pomůcek ví, ale nevyužívá ho.

Díky manželovi soběstačnosti se necítí fyzicky zatížena. Naopak psychickou zátěž hodnotí jako obrovskou. Snaží se s tím vyrovnat sama, ale pokud se bude cítit špatně, vyhledá pomoc. Se spánkem, ani volným časem nemá problémy. Jedenkrát měsíčně navštěvuje Svaz důchodců, který pořádá přednášky a besedy. Díky své přítelkyni si má s kým popovídat.

Publikaci „Příručka pro pečovatele“ nezná, ale ráda by si ji přečetla. Ve městě, kde s manželem žije není žádná podpůrná skupina. Podle manželky pana Z. je to škoda, ráda by se účastnila. Myslí se, že o manžela se může starat díky tomu, že je v důchodu. Manžel sice zvládá většinu věcí sám, ale potřebuje dohled. Při astmatickém záchvatu si není schopen sám pomoci.

Kasuistika č. 4

Paní B. se narodila v roce 1930. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Ve 14 letech onemocněla hepatitidou A, díky porušené kanalizaci v místě jejího bydliště. Nemoc proběhla bez větších komplikací a bez následků. Paní B. se vyučila prodavačkou, toto zaměstnání dělala 8 let. V 19 letech se provdala, s manželem má dvě dcery. Po druhé mateřské dovolené začala pracovat jako dělnice ve dvou směnném provozu. Několik let před důchodem pracovala v úklidové firmě. Během zaměstnání neměla větší zdravotní problémy. Od mládí trpí bolestmi zad v oblasti krční páteře. Před 3 roky se objevily velké bolesti bederní páteře a brnění nohou. Po neurologickém vyšetření a CT byl zjištěn metastatický proces v bederní páteři. Prvotní ložisko bylo nalezeno v plicích. Paní B. v mládí hodně kouřila, nyní už asi 10 let vůbec nekouří.

Těžkou diagnózu snášela dobře. V této době byla již vdova, manžel zemřel náhle na infarkt myokardu. Snažila se vážnou situaci zlehčovat a uklidňovat obě dcery. Onkologickou léčbu absolvovala ambulantně. Vše snášela dobře. Velkou motivací byla čerstvě narozená vnučka. Díky miminku v rodině, se pozornost upínala jinam a situace se trochu odlehčila.

Paní B. zvládala veškerou sebek péči sama, zůstala bydlet ve svém bytě. Před rokem začala bolest zad sílit a byla nutná hospitalizace na neurologickém oddělení. Velice obtížně chodila a bolest bývala až nesnesitelná. Po propuštění dcera zařídila návštěvu ambulance bolesti. Tady byly paní B doporučeny opiátové náplasti. Díky nim je pro ni bolest zvládnutelná. Chůze zůstala obtížná, lékaři neslibovali kladnou prognózu. Tím se soběstačnost paní B zhoršila, byla nutná přítomnost druhé osoby.

Starší dcera paní B. se narodila v roce 1954, jako prvorozená. Má dvě děti, pracovala jako bankovní úřednice. Po smrti otce jí byla paní B. velkou oporou, hodně se s matkou sblížila. Po zjištění matčina onemocnění se skoro zhroutila a velice se o ni bála. Snažila se hledat nejlepší lékaře a hodně se o onemocnění matky dozvědět. Spolupráci s lékaři a zdravotníky hodnotí kladně, všichni chápali její situaci. I když jí nikdo nemohl zaručit zlepšení, snažili se jí podporovat.

Po zhoršení soběstačnosti paní B. se dcery s rodinami rozhodly, že se o paní B. postarají doma. Rodina starší dcery je díky manželovi finančně zajištěna, proto se dcera rozhodla opustit zaměstnání a být s paní B. Mladší dcera je na mateřské dovolené, o matku se stará 1-2 dny v týdnu. U starší dcery má paní B svůj pokoj, kde má soukromí a vše po ruce, pokud něco potřebuje, stačí na dceru zavolat.

Paní B. má podle Barthelova testu 50 bodů. Zvládne se samostatně najíst, částečně se sama obleče. Pomoc je nutná při celkové hygieně, koupání, při přesunu na WC. Chůzi nezvládne vůbec, v současné době se pohybuje pomocí vozíku.

Starší dcera paní B. nikdy neuvažovala o umístění matky do zdravotnického zařízení. Má ji ráda a chce, aby byla s nimi doma. Díky spolupráci celé rodiny je možnost se v péči vystřídat, ale hlavní péče zůstává stále na starší dceři. Vnoučata berou paní B. ven na vozíku a psychicky jí podporují. Díky střídání osob u paní B, nedochází k dohadům mezi ní a starší dcerou. Mají možnost si od sebe odpočinout.

Nyní spolupracuje rodina hlavně s obvodním lékařem a ambulancí pro léčbu bolesti. Díky nim je bolest pro paní B. snesitelná. Během hospitalizace ani po propuštění nedostala rodina informace v souvislosti s péčí o paní B doma. Návštěvu ambulance bolesti zařídila starší dcera sama. Díky obvodnímu lékaři se dozvěděli o půjčování kompenzačních pomůcek, využívají pojízdný vozík, toaletní židli a kompenzační pomůcky do koupelny. Nyní v místě jejich bydliště funguje hospic. Dcera paní B. začala spolupracovat s jednou z hospicových sester. Rodina se rozhodla, že pokud bude v závěru života paní B. potřebovat odbornou péči, využijí místní hospic. S paní B. o této věci ještě nemluvili.

Finanční zajištění rodiny je díky vzájemné spolupráci dcer paní B. dobré. I když starší dcera nepracuje, jsou finance zajištěny manželovým platem. Velkým kladem je také příspěvek pro bezmocnost. Rodina ho využívala již před změnou zákona. Informace o příspěvku měla mladší dcera z internetu. Nikdo z odborníků je o tom neinformoval.

V domácnosti starší dcery bylo potřeba změnit přístup do koupelny. Dveře byly pro vozík příliš úzké. V koupelně je sprchový kout, kam se paní B. dobře dostává, bylo nutné dodat madla a sedátko.

Péče o paní B. je fyzicky náročná. Je nutné ji přesunovat a zvedat. Pokud je starší dcera doma sama, je při ni péče fyzicky hodně namáhavá. Pokud to jde, snaží se získat pomocnou ruku. Paní B. vyžaduje péči a pomoc během celého dne. V noci se snaží rodinu nerušit. Dcera jí chystá potřebné věci k ruce.

Díky spolupráci celé rodiny má starší dcera vždy v týdnu volno. I mezi jednotlivými úkony péče se může věnovat svým věcem. Díky rodině se také necítí být v péči sama, může si o svých pocitech promluvit. O příručce pro pečovatele jí informovala hospicová sestra, ale nečetla ji.

O maminku se mohou starat hlavně díky dobré finanční situaci. Problém v domácím pečování vidí hlavně v malém zájmu zdravotníků.

Kasuistika č. 5

Pan K. se narodil v roce 1946. Má bratra. V dětství měl běžná dětská onemocnění. Vystudoval střední školu, oženil se a má 3 děti. Až do 50 let pracoval jako mistr dílny. V dospělosti také vážně nestonal. Ve 48 letech měl úraz, po poranění nohy dostal invalidní důchod. Nyní je ve starobním důchodu. Po úrazu se již nemohl vrátit do zaměstnání, bylo to pro něj těžké, svou práci měl rád. Než šla jeho žena do důchodu, byl doma sám a zvládl se obsloužit. Před 7 lety se objevilo tuhnutí svalů a byla objevena Parkinsonova choroba. Pohyblivost pana K. se nejprve zhoršovala, ale nyní je asi 4 roky zcela beze změn. Při běžné preventivní prohlídce byl objeven diabetes mellitus, pan K ho kompenzuje dietou. Před 3 lety byl objeven nádor tlustého střeva. Díky jeho uložení bylo možné provést operaci bez vytvoření střevního vývodu.

Pan K. byl od nástupu do invalidního důchodu psychicky vyčerpaný. Svá onemocnění snáší obtížně. Nejhorší bylo sdělení diagnózy rakovina. Pan K. se bojí smrti. Díky příznivé prognóze a úspěšné operaci dostal pozitivnější pohled na život. Nyní užívá dlouhodobě antidepresiva.

Onkoterapii snášel fyzicky dobře, ale stále se o sebe hodně bál. Podporou mu byla jeho manželka.

Manželka pana K. se narodila v roce 1948. Pracovala jako administrativní pracovnice. Je velice vitální a pracovitá. O manžela se stará už 7 let. Snaží se ho psychicky podporovat, ale manžel je spíše pesimista a jeho negativní názory se mu obtížně vyvrací. O manžela se stará téměř sama, děti za nimi chodí na návštěvy. Ale do péče se příliš nezapojují. Většinou berou otce na menší výlety, to mu pomáhá a zlepšuje jeho náladu.

Při hodnocení pomocí Barthelova testu má pan K. 60 bodů. Zvládá se sám najít, s pomocí se oblékne, přesune se na WC a zvládne chůzi do 50 m s doprovodem. Zcela odkázaný je na pomoc druhých v oblasti hygieny, celkového koupání, občas se objevuje inkontinence moči.

Péče o pana K. se stala pro jeho ženu běžnou součástí života. Žijí spolu od 20 let a společně se těšili na důchod. I když je manžel nemocný a soužití s ním není vždy lehké, je ráda, že ho má doma a může se o něho postarat. Péče je časově náročná a proto je ráda, že už je důchodce a má čas téměř pořádku. Kdyby tato situace nastala dřív, asi by musela manžela svěřit do péče někomu jinému.

Manželka pana K. spolupracuje především s obvodním lékařem, neurologem a lékařem a sestrami v onkologické ambulanci. O agentuře domácí péče ví, ale zatím ji nevyužívá. V době hospitalizace vycházela se zdravotníky a lékaři dobře. O konzultace s lékaři se stará manžel sám, chce mít přehled o svém zdravotním stavu. Jeho manželku zajímala spíše ošetrovatelská péče. Péče o manžela není nějak zvláštní, proto nepotřebovala zaučení, ani se neučila nové praktické dovednosti.

Nabídku psychologické péče manželka nedostala a ani ji nepotřebuje. Pan K. byl po diagnostice zhoubného onemocnění ve špatném psychickém stavu. Psychologická péče mu nabídnuta nebyla, ale povzbuzující pro něho byl rozhovor s lékařem, často se po něm uklidnil.

Ve finančních věcech rodiny je pan K. dobře zorientován. Zajímá se o finanční zabezpečení lidí, jako je on sám. Zjišťuje na jaké příspěvky má nárok a sám o ně žádá. V této oblasti nemá rodina problémy.

Díky dobré hybnosti pana K., nebylo nutné dělat v bytě přestavbu. Pan K. dojde s pomocí všude. Bylo nutné vyměnit některé kousky nábytku, aby byl průchod bytem snazší. O půjčování kompenzačních pomůcek nevědí, zatím žádné nepotřebují.

Manželku pana K. zatěžuje zvedání manžela a hygiena. Má pocit, že už nemá tolik síly, v tomto směru se obává budoucnosti. V noci pan K. většinou spí. Pouze někdy má v noci úzkostné stavy, je plačtivý a manželku stále budí.

Pokud připraví manželka panu K. všechny potřebné věci k ruce, může od něho odejít. Pan K. vydrží sám 3-4 hodiny. Díky tomu má manželka i volno a může se setkat s přáteli. Někdy chodí návštěvy i za panem K., ale ten bývá často unaven.

Zájem o její problémy jí nechybí. Mluví o problémech péče s dětmi, nebo s kamarádkami. V péči by ocenila více informací o možnostech realizace domácího ošetřování. Příručku pro pečovatele nezná.

Kasuistika č. 6

Paní M. se narodila v roce 1938. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Po základní škole se vyučila a pracovala jako dělnice ve velkém závodě. Ve 20 letech se vdala, s manželem má dceru. Po mateřské dovolené pracovala jako prodavačka a zároveň si dodělávala maturitu ve večerní škole. Po složení maturitní zkoušky pracovala jako úřednice. Během pracovního období stonala velmi málo. Asi od 45 let trpí bolestmi zad. Později se přidaly další pohybové obtíže, byla diagnostikována artróza. V 59 letech byl objeven diabetes mellitus, nejprve ho kompenzovala dietou, ale po třech letech se hodnoty zvýšili a byla nutná denní kontrola glykémie a aplikace inzulínu. V současné době si inzulín aplikuje dvakrát denně. Asi před 4 roky si paní M. začala ztěžovat na bolesti v podbřišku a v křížové oblasti zad. Chodila na rehabilitaci, bolesti se stupňovaly, po gynekologickém vyšetření byla stanovena diagnóza zhoubného onemocnění vaječnicků. Paní M. nechtěla diagnóze uvěřit a snažila se hledat jiné příčiny bolestí. Brzy po stanovení diagnózy byla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení. Zde byla provedena rozsáhlá operace. Na oddělení se necítila dobře, díky svým pohybovým obtížím měla problémy se zdravotním

personálem. Po zotavení byla přeložena na onkologické oddělení. Nejprve byla hospitalizována, později podstupovala léčbu ambulantně. Díky návratu domů se cítila lépe a měla lepší náladu. Onkoterapii snášela dobře, jen následky léčby se obtížně hojily a byly bolestivé.

Po roce od onkoterapie se objevili další obtíže. Paní M. měla bolesti v podbřišku, gynekolog stanovil další gynekologický nádor. Paní M. podstoupila další onkoterapii. Po ukončení léčby si ji vzal manžel domů. Lékaři sdělili manželovi prognózu na kratší časové období. Paní M. je od propuštění doma s manželem, má bolesti zad a břicha a má větší obtíže s pohybem a vyprazdňováním. Po fyzické stránce se paní M. necítí dobře, ale v oblasti psychiky se snaží být optimistka.

Manžel paní M. se narodil v roce 1940. Jeho celoživotním koníčkem jsou auta a motorky. Jeho zdravotní stav je dobrý. Před 8 lety se začal léčit na hypertenzi. Před 7 lety prodělal infarkt myokardu, ze kterého se dobře zotavil. Nyní užívá léky a nemá žádné zdravotní problémy. O svou ženu se stará asi 5 let. Po stanovení diagnózy své ženy se necítil dobře, snažil se jí denně navštěvovat a být s ní co nejvíce. Na gynekologickém oddělení nebyl s péčí o manželku spokojen. Paní M. často plakala, kvůli obtížné pohyblivosti měla se sestrami konflikty. Manžel problém raději neřešil, bál se, že by se jejich chování zhoršilo. Po přeložení na onkologické oddělení se vše změnilo. Přístup sester k paní M. i k celé rodině byl velice vstřícný. Paní M. se zde cítila dobře. Když se její stav zlepšil, požádal manžel o ambulantní ošetřování. Bylo mu vyhověno, třikrát týdně vozil paní M. na oddělení. Díky pobytu doma se psychický stav obou zlepšil.

V současné době je paní M. doma a dochází pouze na onkologické kontroly. Manžel se o ni stará doma. Paní M. má podle Barthelova testu 50 bodů. S pomocí manžela se nají a oblékne. Občas se objeví inkontinence moči, někdy i stolice. Na WC se přesune pomocí manžela, chůzi zvládá pouze na krátkou vzdálenost s pomocí. Hygienu provádí manžel.

O manželku se stará v domácím prostředí hlavně proto, že se obává špatného chování zdravotníků v nějakém zařízení. Také si je vědom špatné prognózy manželčina onemocnění a chce s ní být až do konce. Péči zajišťuje převážně sám, o víkendu mu

pomáhá dcera. Ta ale nemá moc času, má svou rodinu. Rodina dcery prarodiče podporuje, díky častým návštěvám vnoučat má paní M. lepší náladu.

Manžel paní M. spolupracuje s lékaři a sestrami z onkologického oddělení. Obvodní lékař k nim dochází na pravidelné návštěvy a předepisuje pomůcky pro inkontinenci. Informace, jak pečovat o manželku nedostal. Péči zvládá sám a aplikaci léků zajišťuje sestra z agentury domácí péče. V případě potřeby manželovi paní M. pomůže.

Nabídku psychologické péče manželé nedostali. Spíše se snaží povzbuzovat se navzájem.

Finanční zabezpečení rodiny je podle manžela dobré. O podpoře státu ho informovala dcera a lékař na onkologickém oddělení. O žádosti na příspěvek se stará dcera. Díky tomu manželé s penězi dobře vycházejí.

Domácí prostředí upravoval manžel už v době, kdy začaly pohybové obtíže paní M. Nechal vyměnit vanu za sprchový kout a nakoupil protiskluzové rohože. Bylo potřeba přestěhovat nábytek v ložnici, aby se mohla paní M. snáze pohybovat s doprovodem. Díky pronajímání pomůcek využívá paní M. toaletní židli, sedačku do sprchového koutu a vozík pro pohyb venku.

Fyzickou zátěž zvládá manžel dobře, paní M. je hodně hubená, proto je manipulace snazší. Péči manželce poskytuje průběžně po celý den, v noci k ní vstává asi dvakrát. Díky pojízdnému vozíku může s manželkou ven a oba mají kontakt se svými přáteli. Přijímají i návštěvy doma. Manžel paní M. zvládá péči dobře, ale někdy nemá čas na úklid domácnosti. S tím mu pomáhá dcera. O svých problémech mluví hlavně s dcerou a zetěm.

S nynějším přístupem zdravotníků je spokojen a nic mu neschází. Příručku pro pečovatele viděl u dcery na internetu, ale nevyužívá ji.

Kasuistika č. 7

Paní Z. se narodila v roce 1932. V dětství nebyla vážně nemocná. Po střední škole pracovala jako vychovatelka ve školní družině. Již od mládí se věnovala atletice

a závodně sportovala. Ve 23 letech se vdala a má dceru a syna. Syn trpěl od dětství pohybovým onemocněním a je v invalidním důchodu. Dcera je zdravá. Po 15 letech se s manželem rozvedla. S druhým manželem žila 18 let. Ten před několika lety zemřel po těžké mozkové mrtvici. Paní Z. byla zdravá, od 50 let má obtíže s žaludečními vředy, nyní je 4 roky bez problémů, ale dochází na pravidelné kontrolní fibroskopie. Je po operaci kyčelního kloubu, má diabetes mellitus, který kompenzuje PAD. Před 3 lety se u ní objevili bolesti břicha a hmatné zduření. Byla stanovena diagnóza karcinom tlustého střeva. Bylo nutné udělat střevní vývod. Po operaci a léčbě byla paní Z. velmi slabá a unavená. Přestala mít zájem o okolí. Po propuštění z onkologického oddělení byla přeložena na oddělení následné péče, kde byla hospitalizována 2 měsíce. Na oddělení se uzavřela do sebe a komunikovala jen s dcerou a vnučkou. Po propuštění byla potřeba přítomnost druhé osoby. Nejprve byla paní Z. u sebe doma, docházela k ní sestra z agentury domácí péče. Ta se starala o střevní vývod, dcera zařídila i dovoz obědů pečovatelskou službou. Paní Z postupně potřebovala celodenní pomoc.

Dcera paní Z. se narodila v roce 1957. Pracuje jako učitelka, má dvě dcery. K matce měla vždy blízký vztah, v době onkoterapie se jí snažila být oporou. Sama o ní měla velký strach, měla poruchy spánku. V současnosti užívá antidepresiva. Po propuštění matky z oddělení následné péče si dcera myslela, že péči zvládne paní Z sama s pomocí sestry z agentury. I když jí dcera navštěvovala každý den, nebyla péče dostatečná. Dcera s vnučkou se rozhodly, že se o paní Z. budou starat. Přestěhovaly jí k sobě domů a její byt začaly pronajímat. U dcery má paní Z. pokoj vedle ložnice, má zde své soukromí. Dcera paní Z. pracuje už jen na částečný úvazek, pokud není doma, snaží se vystřídat s vnučkou. Po případě nechává paní Z. několik hodin samotnou.

Ostatní členové rodiny se k péči staví kladně a dceru podporují. Podle Barthelova testu má paní Z. 65 bodů. Zvládne se sama najíst, s pomocí se oblékne a částečně i umyje. S inkontinencí moči problémy nemá. Na WC se přesune s doprovodem, o střevní vývod se stará dcera. Paní Z. vydrží chvíli sedět, zvládne krátkou chůzi s doprovodem. Po léčbě je vyčerpaná a stále cítí velkou únavu.

Pro domácí péči se rozhodli hlavně proto, že v době hospitalizace byla paní Z. uzavřená. Dcera nevidí v ošetřování matky doma žádný problém. Stará se o ni už 2

roky. Nyní spolupracuje hlavně se stoma sestrou, ta ji naučila péči o vývod. V době hospitalizace matky byla s přístupem zdravotníků spokojená. Ani nyní si na nic neztěžuje, vždy když něco potřebuje, vyjde jí obvodní lékař vstříc. Nabídku psychologické péče dostala dcera během hospitalizace matky a využívá ji stále.

Péče o paní Z. se v rozpočtu rodiny projevila, kvůli snížení platu dcery. Stále svou finanční situaci hodnotí jako dobrou. Paní Z. dostává příspěvek na bezmocnost, tím rodině vypomáhá. O příspěvku se dozvěděli z televize, dostávají ho až od letošního roku.

Domácí prostředí nebylo nutné upravovat. O zapůjčení pomůcek se dcera dozvěděla od obvodního lékaře. Zatím péči zvládá bez obtíží a pomůcky nepotřebuje.

Péče o paní Z. není tolik fyzicky náročná. Dcera ji zvládá bez obtíží. Matce se věnuje průběžně celý den, podle potřeby. Nejvíce péče potřebuje při ranní a večerní hygieně. Díky střídání s vnučkou mívá dcera asi 2 odpoledne v týdnu volná. Může navštěvovat své přátele, odreaguje se také v zaměstnání. O problémech ošetřování mluví hlavně s dcerou a manželem.

Příručku pro pečovatele dcera nezná. Se zájmem okolí i zdravotníků je spokojena, žádnou pomoc nepotřebuje.

Kasuistika č. 8

Paní K. se narodila v roce 1922. V dětství prodělala běžná onemocnění. Od narození žila ve velkém statku, oba rodiče se věnovali zemědělství a hospodářství. Paní K. měla ještě 3 sourozence. V 17 letech se vdala a pracovala s rodiči, po jejich smrti převzala s manželem celý statek. S manželem měla 2 děti. Manžel zemřel po krátké nemoci, paní K. je již téměř 30 let vdova. Během dospělosti nikdy vážně nestonala.

Před 17 lety si objevila na pravém prsu bulku. Po prohlídce u obvodního lékaře byla hospitalizovaná na chirurgickém oddělení, zde byla provedena ablace prsu. Po operaci se velice dobře zotavila a neměla žádné větší problémy. Pouze hybnost pravé ruky zůstala částečně omezená a pohyb byl bolestivý. Toto těžké období zvládala dobře, je optimistická. Od té doby neměla žádné problémy. Před 2 lety se začala celková

hybnost paní K. více horšit a bolestivost byla silnější. Byla hospitalizovaná na neurologickém oddělení. Zde bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění kostí. Paní K. absolvovala opět onkoterapii, ale její prognóza není podle lékařů dobrá. Od té doby, kdy se její soběstačnost zhoršila, díky bolestivosti, je paní K. smutná a nechce spolupracovat.

Dcera paní K. se narodila v roce 1940. Po vyučení pracovala až do důchodu, jako kadeřnice. Žije s manželem a má 2 dospělé syny. Nyní už je několik let v důchodu a 2. rokem se stará o paní K. Při prvním onemocnění se o maminku bála, paní K. vše dobře snášela a po rekonvalescenci se vrátila zpět k sobě domů. Druhé onemocnění dceru nezaskočilo, už delší dobu se jí zdála paní K. bledá, byla hubenější a měla velké bolesti při pohybu. Dcera ji vzala na vyšetření, kde byla diagnóza zjištěna. Po radioterapii si vzala matku domů. Lékaři sdělili dceři nepříznivou prognózu a nejisté přežití závažné nemoci. Dcera se rozhodla, že se o matku postará po zbytek jejího života.

Paní K. má podle Barthelova testu 20 bodů. Kvůli silné bolesti, která jí ztěžuje pohyb není schopna se samostatně obléct, nevykoupe se, bez pomoci nevstane ze sedu. Někdy dojde k úniku moči. Paní K. potřebuje celodenní péči. Péči zabezpečuje především dcera, pokud potřebuje něco zařídit, zastupuje jí manžel

O paní K. se její dcera stará díky tomu, že je s manželem v důchodu. Paní K. je v pokoji po svých vnučkách, kde může mít soukromí. Pozitivní je pro rodinu podpora okolí. Dcera paní K. se setkala s podporou sousedů a známých.

Informace, jak pečovat o paní K. poskytuje dceři její snacha, ta pracuje jako interní lékařka. Díky ní má paní K. zajištěnu lékařskou péči, podle potřeby. Kromě snachy, spolupracuje také s obvodní lékařkou paní K., díky ní získávají některé pomůcky.

Nabídku psychologické péče nedostala ani paní K., ani její dcera s rodinou. Dcera nemá potřebu této péče, ale její poskytování hodnotí, u takto nemocných, jako vhodné.

Ošetřování paní K. nemá na rodinný rozpočet téměř žádný vliv. Od snachy vědí o příspěvku na bezmocnost, který využívají. Díky němu jsou pokryty veškeré výdaje na léky a pomůcky pro paní K. Nový zákon O sociálních službách je povzbudil.

Prostředí bytu nebylo nutné téměř vůbec měnit. Manžel přestavěl nábytek v dětském pokoji, aby byl možný přístup k lůžku. Paní K. se téměř nepohybuje. Hygienickou péči provádí dcera v lůžku, nebo v koupelně, kam odnese paní K. manžel dcery. Používání WC je zajištěno díky přenosnému WC. Pohyb na WC a zpět zajišťuje dcera, paní K. nevydrží sama stát. Tato péče je možná díky zapůjčení pomůcek, o půjčování je informovala snacha.

Péče o paní K. je pro dceru fyzicky náročná. Dcera má bolesti zad a kolenních kloubů. V noci má paní K. plenu, ale dcera k ní vstává asi dvakrát za noc. Díky snaše, používá paní K. náplasti proti bolesti, které zvládne vyměnit dcera sama. To umožňuje pobyt paní K. doma.

Dcera paní K. je většinou doma a nikam moc nechodí. Pokud potřebuje od matky odejít, střídá se s manželem. O svých problémech ošetřovatele mluví hlavně s manželem a snachou.

Zájem o její problémy jí nechybí. Jinou pomoc, než je jí poskytována nevyžaduje. Publikaci Příručka pro pečovatele má od snachy. Dcera doufá, že bolest paní K. bude stále zvládnutelná a bude se o ni moci starat až do konce jejího života.

Kasuistika č. 9

Paní B. se narodila v roce 1944. Po vysoké škole pedagogické se vdala. S manželem má dceru. Pracovala jako učitelka na střední škole. Jejím koníčkem byla zahrádka a domácnost. Její manžel zemřel před 7 lety. Před 4 měsíci objevili lékaři u paní B metastatické ložisko v plicích. Prvotní nádor byl nalezen v malé pánvi. Paní B. bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění vaječníků ve 4. stádiu s metastázami v plicích.

Dcera paní B. se narodila v roce 1964. Pracuje jako zahradnice v soukromé firmě. S manželem má dvě dcery. Problémy paní B. ji zaskočily, onemocnění se

projevilo velice náhle a nečekaně. Od prvních vyšetření maminku doprovázela. Diagnóza zaskočila i paní B., měla velký strach a diagnóze nevěřila. Problémy paní B. se stále stupňují a je nutná stále větší péče. Po stanovení diagnózy byla paní B. hospitalizována na chirurgickém oddělení. Po konzultacích stavu s onkologem byla doporučena pouze paliativní léčba, vzhledem k závažnosti a pokročilému stavu nemoci paní B. Celou rodinu tato informace zaskočila, navzájem se podporují. Paní B. je ve špatném psychickém stavu.

Po měsíci hospitalizace paní B. se rodina dcery rozhodla vzít si paní B. domů. Členové rodiny byli velice nespokojeni s chováním sester a lékařů. Zdravotnický personál se choval bezohledně a netaktně, i přesto, že znali vážnou diagnózu paní B. Podle rodiny berou takto nemocné jako „odepsaný případ“ a neberou žádné ohledy na lidskou důstojnost.

O paní B. se nyní stará dcera s rodinou. Péče v domácím prostředí trvá 3 měsíce. Do péče se zapojuje rodina dcery i ostatní příbuzní a mají k ní pozitivní postoj. V současnosti spolupracuje rodina s lékařkou, která chce postavit v místě jejich bydliště hospic a problematice domácího ošetřování se věnuje. Dále rodina spolupracuje s Centrem bolesti, díky nim je paní B. schopna alespoň některých malých činností. Za tuto spolupráci je rodina velice vděčná.

Podle Barthelova testu má paní B. 15 bodů. S pomocí druhého se nají, ostatní činnosti nezvládá, je velice unavená a má bolesti. Dcera provádí veškerou manipulaci s paní B. v lůžku, hygienu, je nutné používání plen. Dochází k inkontinenci moči, díky změnám v oblasti malé pánve.

Při propuštění paní B. do domácího prostředí nedostala rodina v nemocnici téměř žádné informace, jak péči poskytovat. Informace získali postupně od známých zdravotních sester a lékařky, která se věnuje paliativní péči. Té mohou volat 24 hodin denně a ona ji radí, jak řešit náhle vzniklý problém. Péči se učí spíše formou pokusů a omylu sami. Prakticky jim péči nikdo neukázal.

Nabídku psychologické péče nedostala ani rodina, ani paní B. Veškerou oporou je všem známá, lékařka. Díky ní ví, že nejsou s problémem sami, dokáže je uklidnit a povzbudit.

Ve financích rodiny je péče o paní B. znatelná. Dcera je na neschopence. Díky obvodnímu lékaři je rodina informována o příspěvku na bezmocnost. Z něho hradí léky a pomůcky. Pokud je potřeba koupit pro paní B. nějakou nákladnější pomůcku, složí se na ní celá široká rodina.

Pronajímání pomůcek rodina využívá. Nemocná používá polohovací postel a kvůli obtížnému dýchání také kyslíkový přístroj. Paní B. má k dispozici jednu místnost, kde má její dcera k ruce všechny potřebné pomůcky pro péči.

Díky nízké soběstačnosti je péče velmi fyzicky náročná. Dcera paní B. má velké bolesti zad. Přes den se paní B. věnuje sama, po příchodu ostatních ze zaměstnání se v péči prostřídají. Péče je nutná 24 hodin denně. V noci spí u paní B. její dcera, pravidelně ji otáčí a dává ji pít, popř. přebaluje. Díky odpolednímu střídání má dcera volno a může si odpočinout. O svých problémech mluví s lékařkou, ale stále mají pochybnosti, jestli péči poskytují správně.

Zájem o jejich problémy jim chybí hlavně ze strany zdravotníků. Dcera by uvítala hlavně psychologickou pomoc. Většinou si neví rady, jak paní B. povzbudit a uklidnit sama sebe.

Péči o paní B. hodnotí, jako velkou starost, ale také radost a zadostiučinění.

Kasuistika č. 10

Pan S. se narodil v roce 1925. Po vyučení pracoval ve strojírenství. Práce byla jeho koníčkem. Ve 27 letech se oženil, s manželkou má syna a dceru. Pan S. je nyní v důchodu. Během dospělosti měl dvakrát vážný úraz nohy, dále absolvoval operaci žlučníku a kýly. Před 3 lety jeho obvodní lékař objevil zvýšenou glykémii, pan S. ji kompenzuje dietou. Zhruba před rokem se objevily neurčité příznaky jako nechutenství, hubnutí, bledost a bolesti. Po podrobnějším vyšetřování bylo objeveno zhoubné onemocnění pankreatu. Lékaři klasifikovali nemoc, jako velmi pokročilou a po dohodě s panem S. přistoupili k jednorázové léčbě a v pokračovací paliativní péči.

Pan S. i jeho rodinu stav velice zaskočil. Nejprve se snažili hledat pomoc ve větší nemocnici, ale byla jim sdělena stejná prognóza. Pan S. se postupně s nemocí

smiřuje. Před širší rodinou a okolím se snaží být statečný, ale manželka a dcera ví, že se s nemocí stále nesmířil a psychicky ho to velice zatěžuje. Obavy podporují také jeho zkušenosti s touto nemocí. Jeho otec i bratr na rakovinu zemřeli a jejich úmrtí bylo provázeno velkou bolestí. Pan S. má také bolesti, ale pomocí léků a náplastí proti bolesti ji zvládá.

Manželka pana S. se narodila v roce 1934. Pracovala jako vedoucí prodejny, nyní je také v důchodu. Již od dětství měla problémy s kyčelními klouby, prodělala již dvě operace. Nyní se léčí pro hypertenzi, jiné zdravotní problémy nemá.

Manželka pečuje o pana S. 1 rok. S péčí o manžela ji nikdo nepomáhá, dcera i syn bydlí dál a jezdí je jen navštěvovat. Podle hodnot Barthelova testu má pan S. 70 bodů. Sám se zvládne najíst. S pomocí manželky se obleče, umyje a vykoupe. S oporou se zvládne přesunout na WC a ujde krátkou vzdálenost po rovině. I když bývá pan S. hodně unaven, snaží se pohybovat s co nejmenší pomocí a manželce tím péči ulehčit.

O tom, zda bude o manžela pečovat doma se vůbec nerozhodovala. Pan S. chtěl být doma, jeho zdravotní stav to dovoluje. I ostatní členové rodiny přítomnost pana S. doma vítají a podporují. Se zdravotníky nemá manželka, v souvislosti s manželovým onemocněním, žádné špatné zkušenosti. Během jeho hospitalizace se k němu chovali hezky a byli vstřícní.

Manželka pana S spolupracuje s lékařem z onkologické ambulance a z ambulance bolesti. Díky sestře z ambulance bolesti umí manželka měnit opiátové náplasti a nemusí s manželem do ambulance tak často. Před nedávnem se bolest pana S zhoršila, manželka dostala telefonní číslo na lékaře z ambulance bolesti. Má možnost mu kdykoliv zavolat a vzniklý problém konzultovat. Tento krok manželku pana S. povzbudil. Nyní má pocit jistoty, s problémem není sama a nemusí se bát kritické situace. I pan S. vnímá tento krok jako pozitivní.

Psychologickou podporu manželé nedostali. Pan S. užívá antidepresiva, ale s odborníkem nemluvil. V této oblasti vidí manželka pana S. problém. Manželův vážný stav vznikl velice rychle a ona nebyla schopna se s ním rychle vyrovnat. Manžel by potřeboval povzbudit, ale jeho žena nevěděla, jak mu má pomoci a podpořit ho.

Problém musela vyřešit sama. Stále by tuto péči přivítala. Situaci rodiny hodnotí v tomto směru, jako obtížnou.

Na finanční situaci rodiny nemá péče o pana S. téměř žádný vliv. Oba s manželkou dostávají důchod. S penězi vychází dobře. O finanční podpoře státu je informoval lékař z onkologické ambulance, ale manželé ji nevyužívají. Manželce pana S. se to zdá zbytečné, když všechny náklady na péči pokryjí.

Domácí prostředí nemusela rodina měnit. Pan S. si dojde s oporou manželky, kam potřebuje. Kompenzační pomůcky také nevyužívají, prozatím žádné nepotřebují.

Pro manželku pana S. je nejvíce fyzicky náročné zvedání manžela z postele. Objevily se u ní bolesti kyčelních kloubů. Manželovi se přes den věnuje jen podle potřeby, nejnáročnější je hygienická péče. V noci manžel spí, někdy má velké bolesti, ale manželku se snaží nebudit. Ta spí 5-6 hodin denně.

Díky manželově soběstačnosti ho může nechat doma samotného. Někdy si od sebe rádi odpočinou. Manželka se pravidelně schází s kamarádkami.

Zájem o její problémy jí chybí hlavně v oblasti psychologické. Potřebovala by poradit, jak s manželem vhodně komunikovat a dodávat mu odvalu. Sama se obává terminálního stádia manželovi nemoci, bojí se o tom mluvit.

Příručku pro pečovatele nezná. V podpůrně vedené skupině není.

Kasuistika č. 11

Paní F. se narodila v roce 1944. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. S manželem má syna. Pracovala jako zástupkyně ředitele, nyní je v důchodu. Od 40 let se léčí s hypertenzí, má artrózu kloubů, jiné problémy neměla. Před rokem si při sprchování objevila bulku na prsu, vedle bradavky. Po vyšetření mamografem byl diagnostikován karcinom prsu. Stejnou diagnózu měla matka paní F.

Na chirurgickém oddělení byla paní F. provedena ablace prsu. Poté absolvovala onkologickou léčbu, ambulantně, neměla žádné větší obtíže. Stanovenou diagnózu předpokládala, znala příznaky od své matky.

Před operací manželovi nic o nemoci neřekla, bála se jeho reakce. Po sdělení jí manžel velice podpořil a převzal veškerou starost o domácnost.

Od operace trpí paní F. bolestmi horní končetiny, na operované straně. Díky bolestivosti je v určitých věcech omezena a potřebuje drobnou pomoc. Pravidelně dochází do rehabilitačního centra na cvičení a lymfodrenáž.

Manžel paní F. se narodil v roce 1947. Nyní je také v důchodu. Po zjištění manželčiny nemoci, má o ni strach a snaží se jí vyjít vstříc. Bojí se, že o ní v budoucnu přijde. Společně se synem a jeho rodinou vymýšlí výlety a snaží se paní F. rozptýlit.

Paní F. je téměř soběstačná, podle Barthelova testu má 90 bodů. Pomoc manžela potřebuje hlavně kvůli omezené hybnosti ruky, její bolestivosti a otoku. Jde hlavně o oblékání, osobní hygienu a koupání.

O ústavní péči manžel neuvažoval. Prozatím není třeba, sám manželce téměř nepomáhá. Jeho hlavním úkolem je starost o domácnost a zahradu, ale i s tím mu paní F. někdy pomáhá. Manželovi pomáhá hlavně syn s rodinou, snaží se o pravidelné návštěvy. V době léčby byl syn rodičům velkou oporou.

Manželé spolupracují s onkologem a s fyzioterapeutem z rehabilitačního centra. V centru naučili manžela základní masáž ruky, kterou může dělat manželce doma. Spolupráce se zdravotníky není problém. Jsou k rodině vstřícní, ochotně zodpovídají jejich dotazy. Psychologickou péči manželé nedostali. Manžel paní F. ji nechce, ale má obavy o budoucnost. I když je manželčin stav dobrý, má strach z recidivy. Má svou ženu rád a nechce o ni přijít.

Nemoc paní F. a její nynější stav nemá na finance rodiny vliv. Finanční příspěvky státu nevyužívají, nepotřebují je. O příspěvcích vědí od známých. Zákon o sociálních službách neznají.

Domácí prostředí nepřizpůsobovali, nevyužívají ani kompenzační pomůcky. Paní F. je zatím soběstačná a nic nepotřebuje. Díky tomu není péče pro manžela vůbec náročná. Manžel pomáhá paní F. jen s minimem činností. Manžele se společně věnují svým koníčkům a někdy navštěvují své přátele.

Pomoc manžel paní F. nepotřebuje. Pouze má strach z budoucnosti, o tom mluví hlavně se synem. Příručku pro pečovatele nezná.

Kasuistika č. 12

Paní K. se narodila v roce 1938. Po vyučení pracovala jako kuchařka ve školní jídelně. S manželem má 4 děti. Při autonehodě utrpěla úraz pravé nohy a bederní páteře. Od úrazu měla velké bolesti zad a obtížně chodila. Před 2 lety absolvovala operaci bederní páteře. Její obtíže se nezlepšily. Paní K. měla stále bolesti zad a obtíže při pohybu. Od operace potřebuje paní K. pomoc s běžnými denními činnostmi. Před 8 měsíci byla hospitalizovaná na interním oddělení, zde byl náhodou nalezen kolorektální karcinom.

Během operace byl proveden střevní vývod a následovala onkologická léčba. Od stanovení diagnózy je paní K. ve špatném psychickém stavu. Má pocity méněcennosti a mluví o brzké smrti. Na onkologickém oddělení začala spolupracovat s psychologem, ale po propuštění byl kontakt ukončen. Nyní je paní K. 5 měsíců po ukončení léčby a kvůli své nemoci se stále trápí. Díky neurologovi užívá antidepressiva.

Manžel paní K. se narodil v roce 1937. Pracoval jako technik, nyní je také v důchodu. O manželku se stará 2 roky. Od operace páteře je její pohyblivost výrazně snížena a potřebuje pomoc. Po zjištění zhoubné diagnózy změnila pohled na život. Nechtěla být manželovi na obtíž. Díky psychologické péči se její stav zlepšil, ale stále má pocity strachu. Pro manžela paní K. je to obtížné. Sám se o manželku bojí, ale zároveň se jí snaží povzbuzovat. Má strach, že boj s nemocí vzdala.

O paní K. se stará manžel společně s její mladší sestrou. Ta pomáhá hlavně s domácností. Velkou podporou manželů jsou také jejich děti s rodinami. Nejmladší dceři se narodil syn. Paní K. z něho má radost a každý týden ho s manželem navštěvují.

Podle Barthelova testu má paní K 55 bodů. Potřebuje pomoc při oblékání, osobní hygieně i koupání. Chůzi zvládá s berlemi, velké obtíže jí dělá vstávání ze sedu, chůzi po schodech téměř nezvládá.

Manžel paní K. neuvažoval o její ústavní péči. Vše zvládá s pomocí rodiny. Myslí si, že hospitalizace by psychický stav paní K. hodně zhoršila. O manželku se stará už 2. rok a všichni ho podporují. Manželé spolupracují a centrem bolesti a stoma

sestrou. Díky ní se oba naučili péči o střevní vývod. Nyní dochází paní K. na kontroly. Stoma sestra se chová velice vstřícně a pomůže i mimo svou pracovní dobu.

Vzhledem ke špatnému psychickému stavu paní K. jí byla psychologická péče nabídnuta, paní K. ji využívala. Manžel tuto pomoc nepotřebuje, se vším se chce vyrovnat sám.

Díky příspěvku na bezmocnost je finanční situace rodiny dobrá. Paní K. užívá mnoho přípravků proti bolesti, které jsou finančně nákladné. Příspěvek na bezmocnost pobírá již od operace páteře. Informoval je obvodní lékař. Nový Zákon o sociálních službách manžel zná, díky němu se příspěvek zvýšil, to rodina uvítala.

Prostředí bytu manžel neupravoval. Pouze bylo nutné dodat madla na záchod a do koupelny. Pronajímání kompenzačních pomůcek nevyužívají.

Manžel nepovažuje péči za náročnou. Pořídil paní K. vyšší židli, ze které se jí s pomocí lépe vstává. Během dne se manžel věnuje paní K. převážně ráno a večer, během dne se obslouží paní K. téměř sama. V noci vstává k manželce jen na podání analgetik. Pokud není paní K. unavená, jezdí manželé o víkendu k dětem, tam péči přebírá dcera. Manžel si může odpočinout. O problémech ošetřovatele mluví hlavně s dcerou.

Manžel paní K. by uvítal navazující psychologickou péči, která propuštěním paní K. skončila. Příručku pro pečovatele nezná. Péči o paní K. zvládá hlavně díky podpoře celé rodiny.

5. Diskuze

Prvním cílem mé práce bylo zjistit potřeby rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let. Během rozhovoru jsem se zaměřila na jednotlivé potřeby pečujícího člověka a jeho rodiny (viz příloha č. 1). Druhým cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou podmínky umožňující rodině pečovat o nemocného klienta s onkologickým onemocněním ve věku nad 60 let v domácím prostředí.

Oba cíle mé práce se vztahovaly na rodinu pečující o svého starého onkologicky nemocného člena. Díky spolupráci s lékařem z onkologické ambulance jsem získala kontakty na tyto rodiny. Nejprve jsem respondenty kontaktovala telefonicky. Telefonický kontakt se neosvědčil, tři ze čtyř oslovených kontakt okamžitě odmítlo z důvodu strachu a neosobního jednání. Ostatní respondenty jsem navštívila osobně a domlouvala si s nimi následné schůzky. Lidé spolupracovali především díky potvrzení z onkologické ambulance a důvěře k lékaři, který ho vystavil. Během následných rozhovorů jsem se od respondentů dozvěděla, že vzhledem ke svému důchodovému věku jsou upozorňováni na zloděje v bytech apod.

Při následných rozhovorech jsem se postupně od respondentů dozvíдалa mnoho osobních informací, které nebyly zahrnuty do zpracovaných kasuistik. Délka rozhovoru se pohybovala od 60 do 90 minut.

V části rozhovoru zaměřené na psychosociální oblast, bylo zjišťováno, jak dlouho se rodina o svého blízkého stará v domácím prostředí. Podle mého názoru se vzhledem k délce poskytované péče mohou potřeby pečovatele i jeho rodiny měnit. Pět z dvanácti respondentů se o starého onkologicky nemocného stará 1 rok a méně. Pouze v kasuistice č. 9 se rodina stará o nemocnou méně než půl roku, ale vzhledem k závažnému stavu nemocné a negativní prognóze je péče náročnější a ve všech směrech více zatěžující. Naopak sedm z dvanácti respondentů poskytuje péči v domácím prostředí více než jeden rok. Čtyři respondenti se o nemocného starají jeden rok, dva respondenti dva roky, jeden respondent tři roky a dva pět let, nebo víc. Ve dvou případech se o nemocného staral jeho blízký již před onkologickým onemocněním. Jak ale ukazuje kasuistika č. 9 a uvádí Tošnerová (24), pečovatelsví

není jen vlastní výkon péče, ani počet let či měsíců věnovaných péči o blízkého. Základním, zásadním a společným prvkem pečovatelství je jeho emocionální dopad. To se v kasuistice č. 9 zcela potvrzuje.

Kromě délky poskytované péče vidím rozdíl také v tom, který ze členů rodiny péči poskytuje. Určitě je rozdíl v tom, zda péči poskytuje partner nemocného, nebo někdo z jeho potomků. Sedm z dvanácti dotazovaných byli partneři nemocného. Jak uvádí Tošnerová (24), je role vzájemné péče mezi manželi společensky očekávaná a péče tedy může být nedobrovolná. S tímto problémem jsem se během rozhovorů nesetkala. Všichni dotazovaní se péče o svého partnera ujali hlavně proto, že k němu mají pozitivní vztah, nebo jak uváděli, nemají důvěru ke zdravotníkům. Tošnerová (24) se zaměřuje převážně na nemocné s demencí a uvádí, že péče o nemocného s demencí může narušit blízký mateřský nebo partnerský vztah a vzájemnost blízkých se může vytratit. Myslím, že tento jev je v problematice domácího ošetřování častý a objevuje se i v péči o onkologicky nemocného. Na tuto problematiku jsem nezaměřila žádnou otázku, ale během rozhovoru jsem se s ní setkala. V kasuistice č. 2 se mi respondentka svěřila, že její vztah s manželem se od začátku nemoci a vytvoření stomie změnil.

Jednou ze zásadních otázek bylo, zda rodina spolupracuje s lékaři nebo agenturou domácí péče apod. Z dvanácti respondentů uvedlo sedm, že spolupracuje především s obvodním lékařem. Předpokládala jsem, že většina respondentů spolupracuje také s agenturou domácí péče, nebo pečovatelskou službou. I Tošnerová (25) uvádí, že činnost agentury domácí péče může těmto lidem pomoci a může poskytnout péči značného rozsahu. Během rozhovorů jsem zjistila, že s agenturou domácí péče spolupracuje pouze ošetřující manžel z kasuistiky č. 6 a to pouze v oblasti aplikace léků nemocné, zbytek péče zajišťuje sám. Také v kasuistice č. 7 spolupracovala dcera nemocné s agenturou domácí péče, ale po převzetí péče do vlastních rukou spolupráci ukončila. Ostatní respondenti zvládají péči sami a pomoc agentury hodnotí jako nepotřebnou. V kasuistice č. 2 uvedla manželka nemocného, že s agenturou nespolečně spolupracuje hlavně kvůli manželovi a jeho strachu z cizích lidí. Někteří respondenti nepřímo uvedli, že spolupráce s agenturou domácí péče by znamenala jejich

vlastní selhání, nebo se obávají reakce okolí. V těchto případech vidím problém v informovanosti pečovatelů.

V kasuistice č. 1 respondent odpověděl, že v době nepřítomnosti druhého pečovatele využil služeb sestry ze Svazu invalidů. I přes to, že devět respondentů z dvanácti je z Jihočeského kraje, okresu Prachatice, kde funguje hospic, využívá jeho služeb pouze dcera nemocné v kasuistice č. 8, respondentka z Pardubického kraje intenzivně spolupracuje s lékařkou, která se snaží o výstavbu hospice. Obě jsou se spoluprací spokojeny. Opět vidím problém v nedostatku informací pečovatelů a jejich následných obavách. Jak uvádí Holmerová a kol. (7), je důležité myslet při péči o nemocného především na jeho potřeby. Dále Holmerová a kol. (7) uvádí, že nemocný by měl mít kolem sebe tým lidí, který se o jednotlivé potřeby postará. Dle autorů (7) nejde jen o rodinu, ale také o sestru, sociálního pracovníka, či fyzioterapeuta. Díky nim může být péče komplexní.

Další součástí psychosociální části rozhovoru byla otázka, zda rodina dostala informace, jak o nemocného pečovat doma. V této oblasti ukázaly odpovědi respondentů velké mezery. Jak uvádí O'Connor (18), příbuzní potřebují informace o tom, jak o nemocného pečovat, tyto informace jim dodávají sílu. Dále uvádí, že praktické rady a informace má sestra rodině podat jednoduše a srozumitelně. Rady od zdravotníků dostali příbuzní pouze v kasuistice č. 2, 4, 7, 11, 12. Praktické dovednosti se učili příbuzní v kasuistice č. 1, 2, 7, 12. Šlo především o nácvik péče o stomii.

V kasuistice č. 9 respondentka přímo uvedla, že se péči učí formou „pokusů a omylu“. Jak uvádí O'Connor (18), příbuzní pociťují tíhu, která na nich při péči o nemocného leží a potřebují praktickou pomoc. Praktické problémy mohou zvýšit napětí v rodině a následně se přenést na nemocného. V této souvislosti vidím pozitivní odpověď syna z kasuistiky č. 1. Toho naučila praktické dovednosti sestra ze Svazu invalidů v jeho domově a nabídla mu kurz poskytování péče.

Zcela zásadní se ukázala otázka zaměřující se na psychologickou péči. Respondentů jsem se ptala, zda dostali nabídku psychologické péče v době hospitalizace i mimo hospitalizaci jejich blízkého. Dle Vorlíčka a kol. (28) je schopnost

členů rodiny poskytnout nemocnému podporu a péči závislá na tom, kolik podpory se dostane jim samotným. Pro všechny respondenty bylo a je pečování o onkologicky nemocného psychicky zatěžující. Psychologická péče byla nabídnuta rodině pouze ve třech případech z dvanácti. Dcera nemocné v kasuistice č. 4 našla psychologickou oporu v hospicové sestře. V kasuistice č. 7 dostala dcera nemocné nabídku psychologické péče během hospitalizace matky, i nyní s psychologem spolupracuje a užívá antidepresiva. V kasuistice č. 12 využívala nemocná psychologickou péči v době hospitalizace na onkologickém oddělení, ale po propuštění byla spolupráce ukončena. Manžel nemocné by následnou psychologickou péči manželky uvítal.

I když dva domácí pečovatelé užívají antidepresiva, s psychologem spolupracuje jen jeden. Ze skupiny nemocných užívají antidepresiva čtyři, s psychologem nespolupracuje nikdo.

Na tuto oblast poukazovali respondenti jako na velký problém. Celkem osm respondentů nabídku psychologické péče vůbec nedostalo. V kasuistice č. 4 nahrazuje tuto funkci rodině hospicová sestra. V kasuistice č. 8 pomáhá a podporuje rodinu příbuzná lékařka. Podle mě je potřeba problém v této oblasti vyřešit, aby se nemocní a jejich blízcí měli na koho obrátit.

Další oblastí nedostatku v psychologické péči je komunikace rodiny s nemocným. V kasuistice č. 12 vyjádřil manžel nemocné velké obavy o její stav, ale zároveň uvedl, že se nemocnou snaží podporovat. Tyto údaje uvedli téměř všichni respondenti. Sami se s nemocí blízkého nevyrovnali, ale snaží se ho podpořit. Jak uvádí Vorlíček a kol. (28), rodina by měla vědět, jak s nemocným komunikovat a zároveň si uchovat dostatek sil k péči. Tento nedostatek popsala dcera nemocné v kasuistice č. 9, chybí jí rady, jak vhodně nemocnou podpořit a zároveň povzbudit sebe a rodinu. Podle Margaret O'Connor (18), může dobrá komunikace pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života onkologicky nemocných lidí a může také napomoci ve zmírnění tělesných symptomů.

V další části rozhovoru jsem se zaměřila na finanční zabezpečení rodiny v souvislosti s péčí o starého onkologicky nemocného. Jeřábek a kol. (9) uvádí, že institucionální péče je nákladnější než péče rodinná. Myslím si, že i když je péče

v domácím prostředí levnější, může rodinu velice zatížit. Nedostatek financí zpětně zatěžuje pečovatele, což se odráží v poskytované péči.

I když by o finanční podpoře státu měl rodinu informovat sociální pracovník, u tří respondentů podal informace obvodní lékař. Sedm dotazovaných respondentů se dozvědělo o příspěvku od příbuzných, z internetu, nebo televize. Dva dotazovaní o příspěvku ví, ale nevyužívají ho. Nejvíce mě zaskočila odpověď manželky nemocného v kasuistice č. 2. I když se o manžela stará sama již pět let (výsledek Barthelova testu 25 bodů), tak se o příspěvku státu dozvěděla až letos v lednu. Její snacha ji přesvědčila podat žádost. Respondente však připadá žádání o peníze nevhodné. Tomuto postoji bylo možné zabránit už v počátcích péče o manžela, stačilo pouze podat vhodné informace.

Deset respondentů pobírá od začátku pečování důchodové dávky, to jim umožňuje být s nemocným doma. Jeden respondent pracuje kvůli pečování o nemocného na částečný úvazek a jeden musel zaměstnání opustit.

Na otázku znalosti Zákonu o sociálních službách (č.108/2007 Sb., v platném znění) odpověděli čtyři respondenti kladně a s opatřeními v zákoně souhlasí a podporují ho. Ostatní respondenti o něm nevědí.

V oblasti přestavby domácího prostředí k ulehčení péče odpověděla kladně pouze jedna respondentka. Další dva respondenti by přestavbu uvítali, ale nemají na ní finanční prostředky, nebo by nebylo možné realizovat péči o nemocného v době přestavby. Ve všech případech šlo o přestavbu koupelny, hlavně vany. Vysoká vana ztěžuje poskytování hygienické péče nemocnému. Tošnerová (25) uvádí, že nevhodné prostředí domova, kde je péče poskytována, může u pečujícího vyvolávat stres a ztěžovat tím jeho pečování. Rodina by se podle mě měla snažit, aby byla péče co nejjednodušší a nevyvolával se nevhodným prostředím další zbytečný stres.

O využívání kompenzačních pomůcek měla informace většina respondentů. Nejčastěji využívanou pomůckou je toaletní židle. V kasuistice č. 10 uvedla manželka nemocného, že kompenzační pomůcky nepotřebuje. V další otázce se svěřila, že při zvedání manžela z postele má bolesti kyčlí. Tento problém by vyřešila vyšší postel. Zde vidím problém v neznalosti možností.

Další otázky rozhovoru byly zaměřeny na celkovou zátěž pečovatele. Tošnerová v publikaci (24) uvádí, že pečovatelská práce bývá okolím vnímána podobně, jako práce v domácnosti, se všemi stereotypy. Během rozhovorů všichni respondenti uvedli, že spolupracují s rodinou a mají její podporu. Díky podpoře okolí se respondenti necítí v těžké životní situaci sami a mohou si o problémech promluvit s rodinou. Okolí jejich péči oceňuje. Toto zjištění považují za velmi dobré.

Respondenti odpovídali také na jejich časovou vytíženost péčí a na jejich osobní volno. Díky spolupráci rodiny, nebo soběstačnosti nemocného si může pečovatel odpočinout. Tento jev uvedla většina respondentů. Pouze manželka nemocného v kasuistice č. 2 se o manžela stará již pět let a od začátku péče neměla žádné osobní volno. V současnosti se už cítí velice vyčerpaná. Tento stav není určitě vhodný, podle mě by měl mít každý nárok na své osobní volno, i v případě domácího pečovatele. Stejný názor uvádí i Tošnerová (25).

Mezi neuspokojené potřeby respondentů patřil především systém psychologické péče a nezájem zdravotníků o jejich potřeby. Myslím si, že zdravotníci si problémy pečovatelů neuvědomují. Byla by třeba jejich větší informovanost a následný aktivní zájem o pečovatele, jejich edukace apod.

V rozhovoru jsem se také zaměřila na znalost citované Příručky pro pečovatele od Tošnerové. Její obsah by mohl pečovateli v mnohém pomoci a podpořit ho. Díky rozsahu informací by se zde dozvěděli o finanční podpoře i sociálnímu zabezpečení. Bylo by tak možné předejít takto velké neinformovanosti.

Z dvanácti respondentů znají publikaci pouze tři. V kasuistice č. 4 ji poskytla hospicová sestra, v kasuistice č. 7 viděl manžel nemocné příručku na internetu.

Závěrečnou otázkou bylo členství v podpůrně vedených skupinách. Ze všech respondentů jsou členy skupiny pouze manželé z kasuistiky č. 2. Ti ale setkání nenavštěvují kvůli vzdálenosti bydliště. Ostatní respondenti se k podpůrným skupinám vyjádřili kladně, ale v jejich okolí žádná není. Podpůrná skupina může pečovatele povzbudit, jak uvádí Nezu (7). Ten píše, že domácí pečovatelé projevují zájem o spolupráci se skupinou. Chtějí vědět, jak se problémy, které prožívají oni, vyrovnali

jiní. Rozhovory s ostatními jim často poskytují ujištění a povzbuzení. Tomuto tvrzení odpovídaly všechny odpovědi respondentů.

Závěry výzkumu ukázaly, že základními potřebami rodiny pečující o onkologicky nemocného klienta v domácím prostředí je potřeba psychologické podpory pro pečující rodinu a potřeba normovanosti pečující rodiny o péči o nemocného klienta, po propuštění domů. Nezbytnou je také potřeba informací pečující rodiny o finančním a sociálním zabezpečení.

Další výsledky ukázaly podmínky, které umožňují rodině pečovat o onkologicky nemocného v domácím prostředí. Základní podmínkou je především důchodový věk pečujících, nebo jejich odchod ze zaměstnání, který jim umožňuje poskytovat péče po celý den. Další podmínkou je podpora rodiny a blízkých.

Závěrem lze tedy stanovit tyto hypotézy:

H1 – Hlavní potřebou rodiny pečující o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je potřeba psychologické péče.

H2 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je potřeba informovanosti o tom jak pečovat o nemocného klienta v domácím prostředí.

H3 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je potřeba informovanosti o možnostech finančního zabezpečení.

H4 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je potřeba nácviku komunikace pečující rodiny s onkologicky nemocným klientem.

H5 - Mezi podmínky umožňující rodině péči o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí patří podpora ostatních členů rodiny.

H6 - Mezi podmínky umožňující rodině péči o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí patří souhlas ostatních členů rodiny se snížením ekonomického statutu rodiny v souvislosti s vyčleněním jednoho jejího člena do přímé péče o nemocného klienta.

I když by se na první pohled zdálo, že poskytování péče nemocnému v domácím prostředí je zcela přirozené a samozřejmé, odpovědi respondentů tomu nenasvědčovaly. Aby se rodina mohla o onkologicky nemocného člena postarat doma, vyžaduje to spolupráci celé rodiny, vzájemnou podporu a hlavně úzkou spolupráci se zdravotníky. Neopomenutelnou nutností je také finanční a materiální zabezpečení.

Až se stane spolupráce s rodinou a její informování zdravotníky základní součástí péče o nemocného, bude péče o nemocného pro rodinu snazší a efektivnější. Jedním z možných řešení by mohlo být komunitní ošetřovatelství. Díky jeho využití by mohl klient zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí a jemu i rodině by se dostávalo odborné péče. Tato forma péče může být použita především díky multidisciplinárnímu přístupu ke klientovi a jeho rodině.

6. Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit potřeby rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let. Největší nedostatky v uspokojení potřeb pečovatелů se ukázaly v oblasti psychologické péče a celkové informovanosti od zdravotnických pracovníků. Pečující postrádají nabídku psychologické péče rodině i nemocnému. Pokud byla péče v době hospitalizace poskytována, chyběla její návaznost po propuštění nemocného domů.

Mezi další potřeby rodiny pečující o starého onkologicky nemocného klienta se zařadila potřeba informovanosti v mnoha oblastech. Výzkum ukázal, že informovanost pečující rodiny je nedostatečná a může rodině vyvolávat další stres. Jedná se hlavně o informace týkající se péče o nemocného po propuštění, popřípadě praktická ukázka ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného klienta. Dále pečovatелům chybí poznatky o možnostech finančního a sociálního zabezpečení. Velkým nedostatkem se ukázalo také nesprávné vnímání využívání služeb agentury domácí péče.

Do potřeb rodiny patří také jejich podpora ze strany zdravotníky a důvěra k nim. Pomoc je potřeba také v nácviku komunikace rodiny s nemocným. Tento nedostatek může pečovatele hodně zatěžovat.

Cíl práce byl splněn. Rozhovory s domácími pečovateli ukázaly, jaké mají pečující rodiny specifické potřeby.

Druhým cílem bylo zjistit podmínky umožňující rodině pečovat o nemocného klienta s onkologickým onemocněním ve věku nad 60 let v domácím prostředí. Tento cíl byl práce byl splněn. Bylo zjištěno, že základní podmínkou umožňující rodině péči, je důchodový věk pečovatелů, nebo jejich odchod ze zaměstnání. Pečovatelé mají na nemocného čas a mohou se mu věnovat. Další podmínkou je velká podpora rodiny a vzájemná pomoc.

Závěrem lze tedy stanovit tyto hypotézy:

H1 – Hlavní potřebou rodiny pečující o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je potřeba psychologické péče.

H2 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je informovanost pečující rodiny, o tom jak pečovat o nemocného klienta v domácím prostředí.

H3 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je informovanost pečující rodiny o možnostech finančního zabezpečení.

H3 - Potřebou rodiny související s péčí o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí je nácvik komunikace pečující rodiny s onkologicky nemocným klientem.

H4 - Mezi podmínky umožňující rodině péči o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí patří podpora ostatních členů rodiny.

H5 - Mezi podmínky umožňující rodině péči o onkologicky nemocného klienta ve věku nad 60 let v domácím prostředí patří souhlas ostatních členů rodiny se snížením ekonomického statutu rodiny v souvislosti s vyčleněním jednoho jejího člena do přímé péče o nemocného klienta.

7. Seznam použité literatury

1. ADAM, Z. VORLÍČEK, J. a kol. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Brno : MU, 2004. s. 440. ISBN 80-210-3574-9.
2. ČERMÁK, L. Důchodové a nemocenské pojištění. *Přehled sociálních dávek - část I*. Jihlava : 2002, 3, s. 28 - 51. ISSN 1214-0805.
3. DIENTSBIER, Z. SKALA, E. *Předcházíme rakovině*. 1. vyd. Praha : Computer Press, 2001. s. 105. ISBN 80-7226-375-7.
4. DRBAL, J. FISCHER, J. JELÍNKOVÁ, A. *Onkologie : Doporučené postupy onkologické péče*. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. s. 59. ISBN 80-7262-058-4.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc : EPAVA, 2000. s. 480. ISBN 80-86297-05-5.
6. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. s. 92. ISBN 80-247-0212-6.
7. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Česká alzheimerská společnost, 2003. s. 88. ISBN 80-86541-12-6.
8. HRUBÁ, M., FLORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Masarykův onkologický ústav v Brně, 2001. s. 77. ISBN 80-238-7618-X.
9. JEŘÁBEK, H. a kol. 1. vyd. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha : CESES FSV UK, 2005. s. 99. ISSN 1801 – 1519.
10. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. 1. vyd. *Ošetrovatelství - 2. část*. Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. s. 236. ISBN – neuvedeno.
11. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství - 1. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště – Středisko služeb školám, 2000. s. 154. ISBN neuvedeno.
12. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. s. 864. ISBN 80-247-0548-6.
13. KOUTECKÝ, J., KOPÁSEK, B. *Nevhodné slovo rakovina*. 1. vyd. Praha : Makropulos, 1999. s. 143. ISBN 80-86003-29-9.

14. KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Vydání neuvedeno. SAP- Slovak academic Press, 2000. s. 82. ISBN 80-88908-68-X.
15. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČEŇKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 77. ISBN 80-247-0784-5.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. s. 200. ISBN 80-247-0179-0.
17. NEZU, A.M., NEZUOVÁ, Ch. M., FRIEDMANOVÁ, S. H. *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. s. 311. ISBN 80-7364-0007.
18. OCONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
19. PETERA, J. a kol. *Obecná onkologie : Učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. s. 205. ISBN 80-246-0968-1.
20. Příloha – demografické údaje [online]. Poslední aktualizace 6. 5. 2005 [cit. 2006-12-18]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/1058>>
21. Rodina – definice [online]. Poslední aktualizace- neuvedena [cit. 19.12.2006]. Dostupné z: <<http://rodina.cs.gabsmad.info>>
22. STRÍTESKÝ, J. *Patologie*. 1. vyd. Olomouc : EPAVA, 2001. s. 339. ISBN 80-86297-06-3.
23. Široká veřejnost-syndrom vyhoření [online]. Poslední aktualizace neuvedena [cit. 19.12.2006]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html>
24. TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2001. s. 68. ISBN 80-23-8001-2.
25. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 2. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 1999. počet stran a ISBN neuvedeno.
26. TRACHTOVÁ, E a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. s. 186. ISBN – neuvedeno.

27. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. s. 216. ISBN 80-7178-826-0.
28. VORLÍČEK, J. VORLÍČKOVÁ, K. ABRAHÁMOVÁ, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 328. ISBN 80-247-1716-6.
29. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. s. 151. ISBN 80-7013-314-7.
30. ZÁMEČNÍK, J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2002. s. 62. ISBN 80-7040-556-2.
31. Zastoupení nádorů nahlášených při úmrtí [online]. Poslední aktualizace 22. 12. 2005 [cit. 20.12.2006]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/article.php?order=datum&sort=asc&type=28&mnu_id=6100>

8. Klíčová slova

- onkologické onemocnění
- pečovatel
- rodina

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Záznamový arch pro položený rozhovor
2. Deklarace práv onkologických pacientů

Příloha č. 1. Záznamový arch pro polořízený rozhovor

Identifikační část

- Kolik je Vám let?
- Muž / žena ?
- Jaký je Váš vztah k nemocnému? (člen rodiny, přítel atd.)
- Jaká je diagnóza Vašeho blízkého?
- Jak dlouho je Váš blízký nemocný?
- Jaké bylo zaměstnání Vašeho blízkého před začátkem onemocnění?
- Na jaké úrovni soběstačnosti je Váš blízký, o kterého se staráte? (Barthelův test)
- Kdo je hlavním pečovatelem?

Psychosociální část

- Proč jste se rozhodli pečovat o Vašeho blízkého v domácím prostředí?
- Jak dlouho se o Vašeho blízkého staráte?
- Kdo Vám s péčí pomáhá? (členové rodiny, instituce)
- **Spolupracujete s lékaři, agenturou domácí péče atd?**
- Jaký postoj má rodina a širší okolí k péči o Vašeho blízkého?
- Dostali jste informace, jak pečovat o Vašeho blízkého?
- Rozuměli jste všem odborným výrazům zdravotníků?
- Měli jste a máte možnost se kdykoliv na cokoliv zeptat?
- Měli jste možnost, naučit se praktické dovednosti nutné k péči o Vašeho blízkého?
- Dostali jste nabídku psychologické péče v době hospitalizace i mimo hospitalizaci Vašeho blízkého?

Finanční zabezpečení

- Má péče o blízkého vliv na finanční situaci rodiny?
- Máte dostatek informací o možnostech finanční podpory?
- Využíváte finanční podpory státu?

- Kdo Vás informoval o finanční podpoře státu?
- Jsou Vaše finanční prostředky dostačující k pokrytí nákladů na péči?
- Znáte nový Zákon o sociálních službách ?

Domácí prostředí

- Přizpůsobovali jste prostředí bydlení, pro snažší péči o Vašeho blízkého?
- Využíváte možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek?

Zátěž pečovatele

- Péče je fyzicky náročná, pociťujete na sobě příznaky fyzické zátěže?
- Kolik hodin denně věnujete péči o nemocného?
- Kolik hodin denně spíte?
- Máte alespoň 1 den v týdnu volno?
- Navštěvujete své přátelé?
- Máte si o svých problémech s kým promluvit?

Doplňující otázky

- Schází Vám zájem o Vaše problémy?
- Jaký druh pomoci by jste uvítali? (psychologická, materiální, finanční atd.)
- Znáte publikaci „Příručka pro pečovatele“? (MUDr. Tamara Tošnerová)
- Jste členem profesionálně vedených podpůrných skupin?

Příloha č. 2. Deklarace práv onkologických pacientů přijatá 29. června 2002 v Oslu

Článek 1. Definice

1.1. Termín pacient je míněn v souvislosti s využitím zdravotní péče u zdravého nebo nemocného. Termín "onkologický pacient" je označení uživatele zdravotní péče, který má nádorové onemocnění nebo obtíže související s rakovinou.

Článek 2. Pacienti jako živé bytosti

2.1. Hodnota člověka a jeho práva vyjádřená v mezinárodních dokumentech citovaných výše je dána v systému zdravotní péče a zejména ve vztahu mezi pacientem, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními.

2.2. V rámci toho všichni pacienti mají právo na kvalitní život, fyzický a duševní rozvoj, důstojnost, respektování soukromí, vlastní morální, kulturní, filozofický, ideologický, náboženský názor, který nesmí být příčinou diskriminace.

Článek 3. Právo na léčení, zdravotní péči a psychosociální podporu

3.1. Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby.

3.2. Medicínské a psychosociální přístupy jsou stejné u nádorově nemocných.

3.3. Nádorově nemocní mají právo na přiměřenou úroveň péče, která je dána jak dokonalým technickým vybavením úměrným dostupným zdrojům, tak současnému dostupnému klinickému vzdělání a odborné úrovni v dané zemi a mezilidským vztahům mezi onkologickým pacientem a zdravotníky.

3.4. Nádorově nemocní mají právo na nezbytnou zdravotní péči při svém onemocnění včetně preventivní péče a rehabilitace.

3.5. Nádorově nemocní mají právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a zdravotnického zařízení stejného zaměření.

3.6. Nádorově nemocní mají právo konzultovat jiného lékaře v každé situaci.

3.7. Nádorově nemocní jsou léčeni vždy ve vlastním zájmu v souladu s léčebnými postupy a dostupnou technikou.

3.8. Nádorově nemocní mají právo na zabezpečení pokračujícího léčení v jedné i více nemocnicích při střídání s domácím ošetřováním.

3.9. Nádorově nemocní mají právo na léčbu obtíží v důsledku onemocnění podle současných poznatků, na pomoc v terminálním stadiu nemoci a na důstojné umírání.

Článek 4. Právo na informace

4.1. Nádorově nemocní mají právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu včetně lékařských vyšetření; o navrhovaných lékařských postupech spolu s riziky a účinky způsobu léčby; o alternativách navržené léčby včetně vyhlídky bez jakékoliv léčby, o diagnóze, výhledu (prognóze a postupu léčby). Rozsah informace umožňuje pacientův souhlas stejně tak i pro jakýkoliv lékařský postup, výzkum anebo výukovou demonstraci.

4.2. Informace musí být podána pro pacienta srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou.

4.3. Nádorově nemocní mají právo na vlastní žádost informaci odmítnout.

4.4. Nádorově nemocní mají právo rozhodnout, kdo, pakliže vůbec, má být ještě informován.

4.5. Nádorově nemocní mají právo znát identitu a odbornost zdravotníků zejména zaměstnanců zdravotnického zařízení. Pacienti mají právo být seznámeni s provozním řádem tohoto zařízení.

Článek 5. Právo na seberozhodování

5.1. Nádorově nemocní mají právo v každé situaci na souhlas pro všechny lékařské výkony, pro zařazení do výzkumu nebo do výukového procesu.

5.2. Když nádorový pacient je nesvéprávný, vyžaduje se souhlas zákonného poručníka ale i pacient musí být přesto informován před rozhodovacím procesem v rozsahu, který umožní jeho stav. Když zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař je přesvědčen o zákroku v zájmu nemocného, konečné rozhodnutí musí být v souladu se zákonem.

5.3. Jestliže nádorově nemocný je neschopný vyjádřit svůj souhlas po předchozí informaci a jestliže není zákonný poručník nebo poručníci určení pacientem, rozhodovací proces musí zahrnovat, co je známo a nejširší výběr předpokládaných možností podle přání onkologického pacienta.

Článek 6. Právo na mlčenlivost a soukromí

6.1. Všechny informace o nádorově nemocném, zdravotní stav, lékařské posouzení, diagnóza, prognóza a léčení a všechny ostatní informace osobního charakteru musí být důvěrné.

6.2. Nádorově nemocní mají právo přístupu ke svým zdravotním nálezům a záznamům a veškeré další dokumentaci, týkající se jejich diagnózy, léčení a následné péče a k tomu, aby dostali kopii celé nebo části lékařské zprávy.

6.3. Informace mohou být vyčleněny jako tajné, jestliže si to pacient výslovně přeje, nebo jsou-li výslovně zahrnuty zákoně s ostatními ve výzkumných protokolech. Souhlas k přístupu je možný při změně lékaře, pro ovlivnění pacientovy léčby nebo pro následující zákrok, ale musí to být jen v naprosto nezbytném rozsahu.

6.4. Všechny osobní údaje o pacientovi musí být vhodným způsobem chráněny.

6.5. Nádorově nemocní mají právo vyžadovat změnu, doplnění, vypuštění nebo upřesnění anebo úpravu dat osobních nebo medicínských, které se jich týkají, pokud jsou nepřesná, neúplná, dvojsmyslná nebo časově neodpovídají dané diagnóze, prognóze, léčení a následné péči.

Článek 7. Právo na sociální péči

7.1. Život nádorově nemocných je často provázen během nebo po léčení finančními nebo sociálními starostmi. Onkologičtí pacienti mají právo na ekonomické, finanční a sociální služby a podporu.

Článek 8. Povinnosti pacientů

8.1. Nádorově nemocní jsou povinni aktivně se podrobit diagnostickým vyšetřením, léčení a doprovodné péči poskytované ošetřujícím personálem a zdravotnickým zařízení po předchozí informaci.

8.2. Nádorově nemocní se musí snažit, aby styk se zdravotnickým personálem a zdravotní péče probíhala v pohodě.

Článek 9. Stížnosti

9.1. Nemocní musí mít přístup k informacím a radám umožňujícím jim seznámení se s jejich právy obsaženými v tomto dokumentu. Tam, kde práva nejsou respektována, musí být možnost podat stížnost. K tomu by měla být možnost a způsob uplatnění práva nápravným opatřením nebo jinou formou nestandardního postupu.

Článek 10. Uplatnění

10.1. Seznámení se s právy uvedenými v této deklaraci znamená, že byl naplněn uvažovaný záměr.

10.2. Seznámení se s těmito právy nebude znamenat postih. Při aplikaci těchto práv se pacienti přizpůsobí omezením danými hranicemi lidských práv a v souladu s předpisy danými zákonem.

10.3. Jestliže pacient nemůže sám uplatnit práva uvedená v dokumentu, měl by se s těmito právy seznámit zákonný zmocněnec nebo osoba pověřená k tomuto účelu nemocným. Kde není ani zákonný zmocněnec ani pověřená osoba, měly by se hledat jiné způsoby pro zástup nemocného.