Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Multidisciplinární přístup v péči o onkologicky nemocné a role sestry v něm

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: **Autor práce:**

Mgr. Hana Burkertová, Ph. D. **2007** **Zuzana Schánilcová**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Abstrakt

The oncology problems might be considered the most serious health problems in our republic and every second death of adults and children is caused of those diseases. The oncology diagnose can't affect only patient's health condition (mental and physical) but also his spiritual needs, social and work position. Successful managing those problems and needs of an oncology patient demands then the complex approach to those problems and some multidisciplinar cooperation together. A nurse always takes the position of the same standard with other members of an oncology team, too.

The aim of this bachelor's work is to determine nurses' cooperation with other members of the complex oncology team on some patients in the tested oncology departments.

Then there had been determined six hypothesis, four of them were confirmed, two of them were not. Hypothesis 1 - Nurses usually consider their cooperation with a doctor very well (as a member of the complex oncology team). The fact is right tested in the positive way. Hypothesis 2 - There isn't very good nurses' team cooperation with a clinical psychologist in the oncology departments by providing an oncology patient with some medical care. That piece of information is right. This fact was confirmed. Hypothesis 3 - There isn't very good nurses' team cooperation with a spiritual worker by providing an oncology patient with medical care in the oncology departments. That fact is right – it was confirmed. Hypothesis 4 - There isn't good nurses' team cooperation with a social staff (worker) by providing an oncology patient with medical care in the oncology departments. That piece of information was not confirmed. Hypothesis 5 - There is good nurses' team cooperation with a nutritional therapist by providing an oncology patient with medical care in the oncology departments. That fact is right – tested in the positive way. Hypothesis 6 - There isn't good team nurses' cooperation with a physiotherapist by providing an oncology patient with medical care in the oncology departments. That piece of information is wrong, it was not confirmed.

All data were given by respondents in a survey. The research was made by 135 nurses working in the tested oncology departments.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

These research results can point us out, that is necessary to improve nurses' cooperation with other members of an oncology team, mainly with a clinical psychologist and with a spiritual worker.

I would be glad, if the results of this bachelor's work could help nurses to find them out a new view of an complex oncology team and to point nurses out the lack of cooperation with other members in the oncology team.

I hope, all this information could be very useful by solutions of mentioned problems and could make nursing care higher quality and also could improve nurses' cooperation with other members in an oncology team.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „ Multidisciplinární přístup v péči o onkologicky nemocné a role sestry v něm“ 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne ……..

……

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Poděkování

Touto cestou chci velmi poděkovat za dobré připomínky, vzácné rady a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce Mgr. Haně Burkertové, Ph.D.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Obsah

Úvod ……3

1. Současný stav……...5

1.1 Onkologicky nemocní……5

1.1.1 Problémy spojené s onkologickým onemocněním……...6

1.1.1.2 Somatické změny……...6

1.1.1.3 Psychické změny……...7

1.1.1.4 Sociální změny……..9

1.2 Diagnostika nádorových onemocnění……10

1.2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření……11

1.2.2 Laboratorní vyšetření……..11

1.2.3 Nádorové markery……..12

1.2.4 Mikroskopické vyšetření biologického materiálu……..13

1.2.5 Endoskopické metody……14

1.2.6 Zobrazovací metody……...15

1.3 Terapeutické principy a péče v onkologii……..16

1.3.1 Protinádorová léčba……17

1.3.1.1 Chirurgická léčba……17

1.3.1.2 Radioterapie……18

1.3.1.3 Chemoterapie……..19

1.3.1.4 Jiná protinádorová farmakologická léčba……20

1.3.2 Podpůrná péče……20

1.3.3 Paliativní péče……20

1.3.4 Terminální péče……..21

1.4 Multidisciplinární přístup……..22

1.4.1 Složení komplexního onkologického týmu……..23

1.4.2 Znaky, cíle a principy týmu……24

1.4.3 Vnitřní organizace týmové práce……25

1.4.4 Vztahy a hodnoty uvnitř týmu……26

1.4.5 Role sestry v týmu……..27

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1.4.6 Náplň jednotlivých oborů a členů v týmu…….28
1.4.6.1 Sociální práce……..28
1.4.6.2 Psychická péče…….29
1.4.6.3 Nutriční péče……31
1.4.6.4 Duchovní péče……32
1.4.6.5 Léčebná rehabilitační péče……..34
1.4.6.6 Rodina jako člen týmu……35
1.5 Komplexní onkologická centra……...37
2. Cíl práce a hypotézy……..39
2.1 Cíl……..39
2.2 Hypotézy……39
3. Metodika……40
3.1 Použité metody……..40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru……...40
4. Výsledky……41
5. Diskuse……68
6. Závěr……...76
7. Seznam použité literatury…….....78
8. Klíčová slova……..83
9. Přílohy……84

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Úvod

„ Sami toho zvládneme tak málo, ale když se spojíme, zvládneme cokoli.“

Helen Keller (17)

K výběru mé bakalářské práce na téma „Multidisciplinární přístup v péči o onkologicky nemocné a role sestry v něm“ mě přivedla myšlenka na to, jak málo o problematice nádorů vím, i přesto, že se s ním velmi často setkáváme v nemocnicích, ale bohužel mnohdy i ve svých rodinách a blízkém okolí. O žádném jiném onemocnění nekoluje mezi lidmi tolik teorií a názorů jako o rakovině. Avšak není se čemu divit, vždyť onkologická problematika stojí stále v popředí zdravotních problémů v naší republice a je na druhém místě v příčinách úmrtí u dětí i dospělých. Zhruba každý třetí z nás onemocní zhoubným nádorem a každý čtvrtý na zhoubný nádor zemře.

Rakovina je ve vědomí české společnosti chápána jako symbol zla, nevyléčitelnosti a je obklopená strachem. Je to strach ze ztráty lásky, strach ze samoty, bolesti a smrti. Proto výrok »Máte rakovinu« znamená víc než jen oznámení diagnózy. Je to začátek nového způsobu života a zasahuje do všech oblastí člověka. Přináší problémy biologické, psychické, sociální a duchovní. Všechny tyto změny představují pro nemocného utrpení a krizi, kterou musí zvládnout. Působí jako silný stresor, jako zátěž, s níž se musí nemocný vyrovnat. A nejen to – často „onemocní“ celá jeho rodina, poznamenaná náhle vzniklým stavem. Musí čelit nejen strachu ze ztráty milované osoby, ale také učit se žít s doposud neznámou situací- jak se ke svému blízkému chovat, jak pomáhat, když se často sami cítí bezmocní.

Úspěšné zvládnutí všech problémů spojené s onkologickým onemocněním tedy vyžaduje komplexní přístup k této problematice a mnohostrannou spolupráci. K tomu abychom mohli postihnout veškeré potřeby nemocného, je třeba věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Jeho bolesti či tísně související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo jeho celistvost. Základní jednotkou pro poskytování komplexní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

nemocného. A to ve shodě s pacientovým souhlasem a s jeho přáním. Nejvýznamnější roli v ošetřovatelském týmu zaujímá pro pacienty sestra. Sestry jsou u nemocného přítomny vždy, o svátcích, v noci, o víkendech. Proto důvěra, která je jim často dávána je ohromující a nezastupitelná.

Multidisciplinární tým je relativně „nový“ pojem, o kterém nebylo zatím napsáno mnoho prací. Proto bych ráda za pomoci dostupné literatury a výzkumného souboru, chtěla nastínit jeho místo ve zdravotnictví a tím přistoupit k onkologicky nemocnému jako k holistické bytosti a zajistit tak, aby nedošlo k přehlédnutí ani jedné ze složek problémů a potřeb pacienta.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1. Současný stav

1.1 Onkologicky nemocní

Nemocní se zhoubnými nádory představují specifickou skupinu lidí, u nichž lze v průběhu jejich onemocnění vysledovat mnoho zákonitostí. Člověka charakterizuje jednota tělesného, duševního a duchovního vývoje s jeho okolím, přičemž u člověka zdravého jsou všechny tyto složky vyvážené a lze říci, že si tuto skutečnost člověk ani neuvědomuje, stejně jako si běžně neuvědomuje zdraví. Teprve když onemocní, dokáže docenit hodnotu zdraví. Když člověk onemocní, dojde k vychýlení rovnováhy jednoty těla a duše a okolí. Vychýlení, nebo rozladění je tím hlubší a závažnější, čím je závažnější onemocnění, čím déle trvá, čím větší potíže přináší, ale je také výraznější u onemocnění, které doprovází vědomí, že je ohrožen život, strach z neznámé skutečnosti, o níž se vypráví, že je obtížná, bolestivá apod. U onkologicky nemocných lidí dojde k odhalení charakteristik, které byly až dosud zdánlivě skryté a člověk, který chce nemocnému pomoci, musí respektovat tuto skutečnost a pracovat současně na všech frontách. Znamená to samozřejmě léčbu nemoci medicínskými způsoby, ale je také nutné usilovat o znovunalezení porušené jednoty těla s duchem. Je nutné pochopit čemu nemocný věří, a jakým způsobem uvažuje, v neposlední řadě je velmi důležité pochopit a případně korigovat nový vztah nemocného s okolím, s rodinou, přáteli, společností. Život s rakovinou vyžaduje značnou přizpůsobivost změnám. Významné psychosociální přizpůsobení mohou vyžadovat například biologické změny, které se dotýkají fyzického vzhledu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu. Tyto změny mohou negativně ovlivnit pohlavní život, duševní zdraví a celkově tělesnou i duševní pohodu. Léčba a rekonvalescence může vyžadovat určité změny chování. Pacienti mohou být například vyzváni, aby omezili či přerušili kouření nebo pití alkoholu. Může být třeba pozměnit stravovací návyky nebo životosprávu pacientů. Aby se zvýšila efektivity léčebných postupů a snížilo riziko negativních dopadů léčby, může lékař doporučit různé změny chování. Rakovina může ovlivnit také pohled člověka na

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

život, záleží především na úrovni emoční zátěže nemocného. Celkově se tedy u onkologicky nemocných jedná o problém bio- psycho- sociální. (31, 41)

1.1.1 Problémy spojené s onkologickým onemocněním

1.1.1.2 Somatické změny

Každá nemoc – chorobný stav – se nějakým způsobem projevuje. Projevy chorob se v lékařské terminologii označují jako příznaky neboli symptomy. Příznaky, které jsou vázány pouze na pocity nemocného, označujeme jako subjektivní. Subjektivní příznaky pociťuje jen nemocný a zdravotníkům je pouze sděluje. Objektivní příznaky jsou nezávislé na pocitech nemocného a více nebo méně je může zjistit lékař nebo sestra při vyšetření nebo pozorování nemocného. Nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost. (37, 25)

Jakékoli somatické onemocnění, tedy i onkologické, způsobí tělesné potíže. Onkologická onemocnění mohou mít velmi pestrou symptomatologii, podle druhu nádoru, jeho rozsahu a lokalizace. Mezi obecné příznaky nádorového onemocnění, které by neměly zůstat bez povšimnutí, patří varovná znamení. Je to například nevysvětlitelný úbytek hmotnosti, anorexie (někdy k některým složkám potravy, např. k masu), teploty, bolesti, déletrvající kašel či chrapot, jakékoliv nevysvětlitelné krvácení (příměs krve ve stolici, v moči, krvácení z rodidel mimo menstruační cyklus), polykací obtíže nebo poruchy vyprazdňování stolice. (36, 12)

Příčinou symptomů u onkologicky nemocného není pouze samotné nádorové onemocnění, ale také léčba nádoru, celková slabost a ochablost organismu a jiné současně probíhající onemocnění. Všechny tyto příčiny mohou nemocnému způsobovat biologické poruchy. Onkologická terapie přináší s sebou řadu tělesných problémů. Chirurgická, radiační a chemoterapeutická léčba má řadu vedlejších nepříznivých projevů. I s těmi se musí pacient vyrovnat. Příkladem takových problémů může být zvracení, vypadávání vlasů, celkové oslabení, malátnost atp. Velmi časté bývají

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

infekční, metabolické, endokrinní, ortopedické a koagulační komplikace, nádorové obstrukce, výpotky a malnutrice. Důležitá je otevřená aktivní komunikace sestry s nemocným o jeho obtížích, o pozitivních i nežádoucích účincích veškeré léčby. Některé aspekty pacientova strádání lze vhodnou ošetřovatelskou či lékařskou intervencí odstranit. Sestra musí pravidelně posuzovat a sledovat pacientovy symptomy a hlásit přítomnost nežádoucích příznaků. Při změně stavu provede za pomoci lékaře úpravu terapeutického režimu a realizuje dohodnutý plán péče. (41, 11, 15, 40)

1.1.1.3 Psychické změny

V celém průběhu onemocnění se pacient musí vyrovnávat s velkým množstvím problémů. Onkologická nemoc a boj s ní výrazně mění psychiku nemocného. Ochranné mechanismy při přetížení selhávají. Objevuje se paleta emočních odpovědí od rozladění až po těžkou psychopatii. Většinou se projeví úzkostnými stavy až depresivním syndromem bez psychotické intenzity. Pacient je zpomalený nebo naopak agitovaný. Afektivní změny v chování se též projevují jako nepřístupnost nebo neoprávněná rozhněvanost na okolí. (11, 27)

Typ psychické reakce onkologicky nemocného a způsobu prožívání nemoci závisí na několika faktorech: na premorbidní osobnosti nemocného, stavu vyšší nervové činnosti, osobních vlastnostech a schopnostech, na hodnotové orientaci, stylu života a na uspokojování jeho potřeb, na sociálním zázemí nemocného, zvláště pak na citovém zázemí rodiny, její funkčnosti, vztahu k zaměstnání, na společenském postavení a uplatnění, zkušenostech s rolí nemocného, věku nemocného, míře informovanosti o vlastní nemoci, medicínských znalostech a způsobu podávání informací, důvěře ke zdravotníkům a fázi a způsobu, jakým maligní onemocnění probíhá. (11)

Všechny psychické problémy jsou v jednotlivých etapách nemoci rozdílné. Při stanovení diagnózy a při prvním kontaktech s nemocným je hlavním problémem říci či neříci pravdivou diagnózu. Vždy je nutno zvážit, zda v určitém konkrétním případě prospěje víc pravda či polopravda. Pokud se nemocný dozví pravdivou diagnózu, dostaví se u něho fáze psychické odezvy na závažný zdravotní stav, jak jej definuje

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

teorie Kübler- Rossové či Horowitze. První fází je šok- emočně velmi silná odezva na sdělení diagnózy. Pacienti se ptají proč se to stalo, proč právě mně, proč právě teď? Období šoku je různě dlouhé, bezprostředně navazuje obranný mechanismus popření nebo potlačení. Ve fázi popření se pacienti nechtějí smířit s diagnózou, hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřující větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mne na pokuji, mně nic není. Agrese je třetí fází, kdy se pacienti ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí, podle své mentality buď přestávají komunikovat se zdravotníky nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají pomoc i léčebné zákroky. Čtvrtou fází je smlouvání, tady se uchylují pacienti k pomyslné autoritě boží, přírodní či autoritě lékaře a pak od nich slyšíme věty: „musím dostavět dům“, „chci se dočkat vnuků“, „chci vidět dostudovat děti“, apod. Nejtěžší fáze psychické odezvy je deprese, kdy se pacient zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti a opět podle svého osobnostního založení trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím nebo strnulostí, stažením se do sebe a odmítáním veškeré spolupráce s okolím. Fáze psychického uvolnění je smíření, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacienti se zklidní a jsou schopni účinně spolupracovat na své léčbě.
Popsané fáze se mohou u pacienta opakovat nebo některé zcela chybět. Je to většinou v souvislosti se změnou jeho fyzického stavu v průběhu léčby. Sestra by měla znát jednotlivé fáze a jejich projevy. (40, 10, 11)

V průběhu léčby přistupují další faktory, které mohou nepříznivě působit na psychiku nemocného. Po chirurgické léčbě to mohou být kosmetické defekty nebo těžké somatické mutilace. Také léčba zářením a chemoterapie mohou způsobit závažné anatomické nebo funkční poruchy. Tato poškození nemocného psychicky traumatizují a kladou zvýšené nároky na jeho psychickou a sociální adaptaci. (10)

Při progresi onemocnění se situace zásadně mění. Nemocní cítí úbytek sil tuší blížící se konec. Opakovaně se vyptávají na bezprostřední budoucnost a pečlivě váží každý krok lékaře. Ke strachu ze smrti přistupuje ještě pocit bezmocnosti. Vnějším projevem těchto pocitů bývá většinou deprese, jindy agresivita. Po období agresivity se může dostavit stádium rezignace. (10)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

V terminálním stadiu dochází u většiny nemocných k určité změně psychiky. Část nemocných umírá vyrovnána se svým osudem, jiní propadají zoufalství. Povinností lékaře a sestry je zajistit nemocnému důstojné umírání. Od sestry to vyžaduje velkou citlivost a pozornost k maličkostem a zajištění pocitu bezpečí, především tím, že nenecháme nemocného, aby se cítil opuštěn a sám. Verbální i nonverbální komunikace sestry s nemocným je v této situaci rozhodující. I umírající má svá práva, které by měla sestra bezpodmínečně znát. V naší republice byla v roce 1999 přijata parlamentem doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 tzv. „Charta práv umírajícího“. (10, 40, 6)

1.1.1.4 Sociální změny

Společenskou stránku jedince a jeho společenského prostředí lze charakterizovat sociálními rolemi, které tento člověk zastává. Každá nemoc má určité sociální důsledky a mění sociální pozici nemocného. Nemoc člověku brání, aby plnil role, které vyplývají z jeho zařazení do konkrétních sociálních vztahů, ať už se týkají jeho profesionálních činností, rodinných, společenských aktivit a styků, včetně soběstačnosti v běžných každodenních úkonech. Nemoc může narušit komunikaci mezi členy skupiny a snížit schopnost zastávat jim přidělené nebo připsané společenské role.

U pacienta dochází ke změně profesní role, která mu mohla přinášet značné uspokojení a prestiž. Onkologické onemocnění má velký vliv na pracovní aktivitu. Pracovní neschopnost trvá většinou dlouho a končí různými způsoby. Návratem na původní pracoviště, přeřazením na jiné místo, částečnou nebo úplnou invaliditou, ale bohužel i úmrtím nemocného. Navyklá činnost ve známém prostředí, v pracovní skupině, dosažené zkušenosti a uznání spolupracovníků patří ke stabilizaci osobnosti. Změna či ztráta zaměstnání přináší nutnost osvojit si nové zkušenosti či změnit dosavadní způsob života, je počátkem nejistoty člověka a může vést až k depresivnímu stavu. Návrat do práce znamená pro pacienta konec domácí samoty, zvýšeného sebepozorování a je nejlepším způsobem jak zapomenout na překonané období útrap. (4, 36, 3)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Mění se i role v rodině, kde se nemocný stává závislým objektem péče ostatních. Není sice nucen, a často ani schopen, plnit běžné povinnosti, ale na druhé straně už nemá stejná práva jako zdraví. Záleží samozřejmě i na tom, jakou roli nemocný v rodině měl a jak velký rozdíl je mezi jeho původním a nynějším postavením. Nemoc může narušovat vztahy mezi partnery, mezi dětmi a dochází i k nesouladu v sexuálním životě. Dochází k přerozdělování rolí a úloh mezi rodinnými příslušníky, zvyšuje se strach a stres před následky onemocnění, vznikají konflikty z neočekávané zodpovědnosti a dochází ke změnám společenských zvyklostí. Onkologické onemocnění bývá často provázeno omezením finančního a materiálního zabezpečení rodiny, zvláště v době hospitalizace nemocného. (36, 3, 10)

Pacient velmi těžce nese změny v oblasti trávení volného času. Omezení nebo nemožnost další činnosti v různých společenských, kulturních, sportovních a jiných organizacích vede někdy jedince k psychickým depresím. (3)

Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy, to znamená změnou zevnějšku (např. nápadným hubnutím, ztrátou vlasů apod.) nebo změnou kompetencí, především těch, které nějak ovlivňují soběstačnost nemocného. Nemocný se někdy nadměrně soustředí na své pocity a problémy, nemají jiné zájmy než zdraví, a tak dochází ke ztrátě společných témat, která mohou posilovat vzájemné vztahy a to může vést až k sociální izolaci. (36)

1.2 Diagnostika nádorových onemocnění

Stanovení diagnózy nádorového onemocnění není vždy jednoduchým úkolem. Morfologická pestrost jednotlivých nádorů a neobyčejná variabilita příznaků, jimiž se nádor projevuje, může být příčinou diagnostických omylů nebo prodlevy při stanovení definitivního diagnostického závěru. Obojí může mít pro další osud nemocného nepříznivé důsledky. Pozdní stanovení diagnózy zhoršuje vyhlídky na nemocného na úspěšnou léčbu. Proto je mimořádně důležité osvojit si všechny dostupné diagnostické metody a plně je využívat. Významnou úlohu v diagnostice hraje sestra v oblasti prevence. Sestra si může povšimnout příznaků, které jsou prvním projevem vzniku

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

nádorového onemocnění. Sestra je také schopná vhodně a přístupnou formou poskytnout potřebné informace o rizikových faktorech vzniku nádorů. Přes dostupnost nejrůznějších specializovaných vyšetření nelze však opomenout metody základní, tj. pečlivou anamnézu a fyzikální vyšetření. (10, 40)

1.2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Anamnéza má velký význam pro včasné zjištění nádoru. K anamnéze musíme přistupovat velice citlivě a přitom důsledně, někteří nemocní ze strachu z nádorového onemocnění zlehčují nebo dokonce zatajují svoje potíže. Anamnéza je prvním setkáním a rozhovorem s nemocným, proto jí musí být věnována patřičná pozornost i čas. Sestra musí zajistit dostatek klidu, soukromé místo a nesmí lékaře vyrušovat.(40)

Rodinná anamnéza má význam především pro odhalení hereditární dispozice k zhoubnému bujení. Pozitivní anamnestické údaje mohou být podnětem pro preventivní vyšetření dalších členů rodiny. (10)

Osobní anamnéza musí obsahovat kromě údajů o prodělaných chorobách, operací, úrazech atd. údaje o expozici prokázaných škodlivinám (kouření, alkohol, záření apod.) Dále je důležité cíleně zjistit tzv. varovná znamení. (10)

Fyzikální vyšetření se v podstatě neliší od standardního klinického vyšetření. Zvláštní pozornost je však třeba věnovat aspekci kůže, pozorné palpaci všech uzlinových oblastí, vyšetření prsů a vyšetření per rektum. I když sestra sama neprovádí celkové vstupní vyšetření, je nezbytné, aby znala nejdůležitější nálezy, protože je to právě ona, která může rozpoznat závažný patologický stav nebo změnu stavu nemocného. (10)

1.2.2 Laboratorní vyšetření

K diagnostice nádorových onemocnění používáme velmi širokou škálu laboratorních vyšetření, která se u jednotlivých nádorových onemocnění liší. Laboratorní vyšetření má velký význam v diagnostice maligních nádorů, pro stanovení

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

rozsahu choroby a pro zhodnocení celkového stavu nemocného. Při odběru vzorku musí sestra vysvětlit a prodiskutovat výkon s pacientem a zajistit soukromí při provádění výkonu. Odebrané vzorky vložit do správně označených nádob, žádanka musí obsahovat všechny důležité informace a neprodleně vše odeslat do laboratoře. (10, 40)

Hematologické vyšetření je základní diagnostickou metodou u hematologických malignit. Avšak i u nemocných se solidními nádory je důležitou součástí komplexního vyšetřovacího postupu, neboť mnohá nádorová onemocnění mohou být provázena různými hematologickými abnormality. U onkologických nemocných nabývá hematologické vyšetření zvláštního významu také proto, že je užitečnou a citlivou metodou k monitorování nežádoucích účinků protinádorové léčby, zejména chemoterapie. Nejčastěji se vyšetřuje počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu, buněčnost kostní dřeně, charakter krvetvorby, zastoupení jednotlivých buněčných linií. O stavu bílých krvinek periferní krvi informuje vyšetření diferenčního obrazu, počet a morfologie leukocytů. K nespecifickému vyšetření patří vyšetření rychlosti sedimentace červených krvinek. Zrychlená sedimentace se nachází u řady maligních nádorů. Vyšetření moči může upozornit také na přítomnost nádoru. Hematurie bývá např. první známkou nádorů ledvin, pánvičky, močového měchýře. (10, 40)

Biochemické vyšetření jsou součástí základního vyšetření, ale výsledky samy o sobě nemají zpravidla diagnostický význam. Orientační hodnotu může mít vyšetření proteinů akutní fáze nebo stanovení tzv. karcinomového sérového indexu, který při progresi onemocnění jeví vzestup. Je však třeba zdůraznit, že žádný univerzální test na detekci nádorového onemocnění nebyl dosud nalezen. Velmi užitečné může být vyšetření tzv. nádorových markerů. (10)

1.2.3 Nádorové markery

Jako nádorové markery jsou označovány látky, které lze stanovovat v séru, jiných tělesných tekutinách (mozkomíšní mok, moč) či přímo ve tkáni u pacientů s nádorovým onemocněním ve vyšších koncentracích, než u osob bez nádorového

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

onemocnění. V klinické praxi mají současné nádorové markery největší význam při sledování účinnosti léčby a mohou upozornit na progresi či recidivu nádorového onemocnění. Mezi nejčastěji klinicky sledované nádorové markery řadíme proteiny sdružené s nádory (Alfa$_1$-fetoprotein, CEA- carcinoembryonální antigen, CA- carbohydrate antigen- s číslem monoklonální protilátky, TPA- tkáňový polypeptidový antigen), enzymy jejichž tvorba je účinkem nádorů vystupňována (NSE- neuronspecifická enoláza, PAP- prostatická kyselá fosfatáza, PSA- prostatický specifický antigen , TK- tymidinkináza), hormony jejichž tvorba je nádorovým růstem stimulována (HCG) a globuliny v krevní plazmě a moči (β_2-miktoglobulin, monoklonální iminoglobulin, Bence-Jonesova bílkovina). (26)

1.2.4 Mikroskopické vyšetření biologického materiálu

Dříve než se podaří získat bioptický vzorek nebo operační preparát pro histologické vyšetření, je možno orientační informaci o povaze patologického procesu získat jednodušším způsobem, tj. cytologickým vyšetřením. Exofoliativní cytologie je velmi jednoduchá metoda umožňující detekci nádorových buněk v tělesných orgánech nebo na jejich povrchu. Buňky se získávají buď přímým stěrem (např. na děložním hrdle), nebo po mechanické iritaci speciálním kartáčkem, laváží dutého orgánu, event. vyšetřením buněčného sedimentu ve výpotcích nebo v likvidu. Do této kategorie patří též cytologické vyšetření tzv. otiskových preparátů, které se získají přitlačením sklíčka na vyjmutou patologickou tkáň. (10)

Aspirační cytologie získává buněčný materiál punkcí provedenou speciálně konstruovanými jehlami. Aspirovaný materiál se rozetře na podložní sklíčko a po obarvení odečítá v mikroskopu. K punkční aspirační cytologii jsou indikovány např. mízní uzliny nebo podezřelé tumorózní útvary. (10)

Bioptické vyšetření znamená získávání dostatečného množství tkáně k histologickému vyšetření buď peroperačně, nebo endoskopicky zvláště upravenými klíšťkami, event. speciálními jehlami nebo torakary. Předpokladem je získání

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

dostatečně velkého vzorku vyšetřované tkáně, které je možno vyšetřit histologicky. Povinností sestry je odeslat odebraný materiál na vyšetření při dodržení požadavků cytologické laboratoře a přesně a podrobně vyplnit průvodní lístek, který se k materiálu přikládá. (10, 40)

Na histologické vyšetření se odebírá buď část podezřelého nádoru, nebo při menší velikosti celý útvar. Materiál může být zpracován rychlým způsobem (zmrazením), takže výsledek vyšetření máme během několika minut po excizi. Jde o rychlé intraoperační histologické vyšetření, které může být cennou informací pro operátora, ale není tak spolehlivé jako histologické vyšetření z parafínových řezů. Toto podrobné vyšetření se provádí v každém případě. Povinností sestry při odběru histologického materiálu je připravit nemocného na výkon, případně na celkovou anestezii, při malých výkonech je nutné dodržovat sterilitu, jako při větších operacích. Po celkové anestezii je nemocný sledován až do probuzení, je nutné kontrolovat, zda operované místo nekrvácí. (40)

1.2.5 Endoskopické metody

Endoskopické vyšetření má mimořádný význam pro diagnostiku nádorů rostoucích v dutých orgánech a v tělních dutinách. Mimoto lze endoskopickou cestou nejen odebrat bioptický vzorek tkáně, ale provádět i různé léčebné a paliativní výkony. K vyšetření se používají buď pevné kovové tubusy, nebo ohebné konduktory-fibroskopy s vláknovou optikou. Je možné fotografické dokumentování nálezů i snímání mikrokamerou a zpracovávání na televizní monitor. Endoskopie slouží jako nejen jako cenná diagnostická metoda, ale také jí využíváme ke zjištění efektu prováděné léčby. Mezi hlavní endoskopická vyšetření patří laryngoskopie, bronchoskopie, ezofagoskopie, gastroduodenoskopie, ERCP, rektoskopie, kolonoskopie a cystoskopie. Úkolem sestry při indikaci endoskopického vyšetření je poučit pacienta o výkonu a v případě potřeby zajistit přípravu klienta na dané vyšetření. (10, 40)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1.2.6 Zobrazovací metody

Mají pro diagnostiku nádorů nezastupitelné místo. Mohou prokázat přítomnost nádoru, jeho uložení, velikost, rozšíření do okolí, dále krevní zásobení nádoru, postižení lymfatického systému atd. I tady je spolupráce sestry s pacientem pro dosažení optimálních výsledků velmi důležitá. Sestra připravuje nemocného k některým vyšetřením, vysvětluje průběh vyšetření, což přispívá k odstranění obav nemocných a sleduje stav pacienta po vyšetření. (40)

Ultrasonografie je neinvazivní vyšetřovací metoda, která je založena na schopnosti ultrazvuku pronikat tkáněmi. Na rozhraní tkání s různým akustickým odporem se zvukový impuls láme a odráží. Zachycováním ozvěn se pak vytváří ultrasonografický obraz. Ultrazvuk se používá k vyšetření téměř všech oblastí těla a nepředstavuje zátěž pro nemocného, a je rychlé a dostupné. Nahrazuje některá rentgenová vyšetření a pomáhá jak při stanovení onkologické diagnózy, tak při kontrole léčebných výsledků. Při kombinaci endoskopie se záznamem se hovoří o endosonografii. Je to vyšetření endoskopem vybaveným ultrazvukovou sondou. Duplexní ultrasonografie a barevná dopplerovská ultrasonografie kombinuje zobrazení v reálném čase s dopplerovskou technikou hodnotící krevní proudění. Umožní vyšetření cévních abnormalit provázejících růst nádoru a určit vztah nádoru k důležitým cévám.
Rentgenová vyšetření se v onkologické diagnostice uplatní ve všech formách, počínaje prostým nativním snímkem, přes různá kontrastní vyšetření, ať s baryovou suspenzí nebo s jódovými kontrastními látkami, až po tomografické vyšetření. Z invazivních rentgenových metod je pro onkologickou diagnostiku významná endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), v některých případech je užitečná též arteriografie pro posouzení cévního zásobení nádoru nebo lymfangiografie pro diagnostiku maligních lymfomů. Ze speciálních rtg metod je třeba zmínit mamografii, která je důležitou metodou pro screening a diagnostiku karcinomu prsu. Značný pokrok v radiodiagnostice nádorů znamená použití počítačové tomografie (CT), která umožňuje zobrazení anatomických struktur v různých vrstvách. K vyšetření je potřeba velmi specializované vybavení a lékař i radiologický asistent musí být speciálně vyškolení.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Magnetická rezonance (MR) představuje další obohacení diagnostických možností. V praxi se uplatní zejména při vyšetření mozku a míchy. Využitím MR lze nejen tomograficky zobrazit tělesné vrstvy, ale nahlédnout i do jejich biochemické struktury. Výhodou metody je i to, že se nepoužívá ionizační záření. MR již dnes překonává možnosti ostatních zobrazovacích metod, nejlépe ze všech metod zobrazuje rozsah infiltrace maligní chorobu. (10, 40)

K zobrazení nádorového ložiska lze využít též radionuklidové vyšetřovací metody. Vlastní princip zobrazení spočívá v tom, že orgán vychytá příslušné radiofarmakum, jehož záření se pak detekuje a převádí na grafický záznam. Scintigrafie umožňuje získat informaci o tvaru, velikosti, uložení a popřípadě patologických změnách vyšetřovaného orgánu. Metodu lze použít pro vyhledávání, lokalizaci a diagnostiku nádorů. Zobrazovací metody je možno využít při vyšetření mozku, štítné žlázy, plic, jater, sleziny, pankreatu, ledvin, kostí a prsu. Jednofotonová emisní tomografie (SPECT) umožňuje přesnější posouzení tvaru a velikosti ložiska než planární scintigrafie. Pozitorová emisní tomografie (PET) na rozdíl od jiných zobrazovacích metod zhodnotí i metabolickou aktivitu buněk a upozorní s vysokou přesností na funkční změny orgánu. Příprava na PET vyšetření je specifická a pacient dostává ústní i písemné informace o přípravě a průběhu vyšetření. Sestra znovu dotazy zjistí, zda pacient rozumí všem informacím o vyšetření, dodržování hygienických opatření po vyšetření a jestli souhlasí s vyšetřením. (10, 40)

1.3 Terapeutické principy a péče v onkologii

Onkologická léčba má v podstatě čtyři pilíře: operační léčbu, radiační léčbu, medikamentózní léčbu a podpůrnou léčbu. U většiny nádorů jsou postupně použity všechny dostupné léčebné možnosti, neboli léčba je interdisciplinární. Obecně je považováno za vhodné, aby se na plánování léčby konkrétního pacienta podíleli přímo odborníci z výše uvedených oborů, to proto, že každý z nich zná nejlépe možnosti a hranice svého oboru, takže vzájemná domluva těchto zástupců jednotlivých oborů může zaručit optimální léčbu. (10)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1.3.1 Protinádorová léčba

Využívá jednotlivých léčebných modalit (chirurgie, radioterapie a medikamentózní léčby) k maximální redukci, popřípadě odstranění všech nádorových buněk. Cílem je tedy smrt nádorových buněk. (1)

Z hlediska cíle, o který protinádorová léčba usiluje, se může tato léčbu dělit na kurativní a nekurativní. Kurativní léčba si klade cíl nejvyšší- vyléčení nemocného, totální odstranění nemoci. Léčbu s tímto cílem je prováděna v případě, že charakter a rozsah nádoru a celkový stav nemocného dávají předpoklad pro úplné odstranění nádoru z organismu a tím k vyléčení. Nekurativní léčba si klade za cíl také zabíjet nádorové buňky, nedělá si však ambice za vyhubení všech nádorových buněk. Volí se tam, kde dostupnými prostředky není možnost dosáhnout vyléčení. Důvodem může být charakter a stupeň pokročilosti nádoru či nemoci, jeho přirozená rezistence na léčbu, ale také např. celkový stav pacienta, jeho ostatní závažná onemocnění, která znemožňují podání agresivní, potencionálně kurativní terapie. (1, 40)

1.3.1.1 Chirurgická léčba

Chirurgické metody se uplatňují v diagnostice, v profylaxi, v léčbě kurativní i paliativní, a také při řešení celé řady komplikací onkologických onemocnění. Chirurgické metody jsou suverénním nástrojem a základem onkologické terapie v časných stadiích nádorů. Časným stadiem se obvykle myslí nádor, který nepřerůstá místo nebo též orgán svého vzniku a jehož metastázy nepřesahují pro tento orgán spádové lymfatické uzliny. U pokročilejšího nádorového onemocnění, kdy lze předpokládat nebo i prokázat systémovou metastatickou diseminaci, je chirurgická léčba vždy již součástí komplexní léčby spolu s radioterapií, chemoterapií, hormonální a vyjímečně bioterapií či imunomodulační léčbou. Je tedy zřejmé, že u většiny nádorů je zásah odborníka některého chirurgického oboru nutný. Mezi chirurgické obory patří kromě obecné chirurgie také gynekologie, urologie, otorhinolaryngologie, ústní a čelistní chirurgie, neurochirurgie, ortopedie a plastická chirurgie. Úloha sestry při

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

chirurgické léčbě u onkologických pacientů je mimořádně důležitá. K úzkostem a obavám onkologicky nemocného pacienta z vyšetření a zejména jejich výsledků se přidává i obava z chirurgického výkonu a jeho případných následků. Pacientům před chirurgickým výkonem musí sestra poskytovat bezpečnou, účinnou a odpovídající předoperační a peroperační péči, měla by se pokusit zapojit pacienta do procesu péče a navázat partnerský vztah. V pooperačním období patří mezi základní úlohy sestry systematická prevence a případné ošetřování pooperačních komplikací. (1)

1.3.1.2 Radioterapie

Radioterapie spolu s chirurgickou léčbou jsou hlavními lokoregionálně působící modalitami onkologické léčby. Žádná s těchto metod však nemůže postihnout vzdálený nádorový rozsev, a proto jsou tyto metody základem léčby především u časných lokalizovaných stádií onemocnění. Radioterapie využívá k léčbě zejména fotonové a elektronové záření. Toto ionizující záření při průchodu látkovým prostředím předává svou energii molekulám, které ionizuje a excituje. Pokud tyto metody probíhají v citlivých objemech DNA, může dojít k závažnému biologickému poškození buněk, které je při dostatečné dávce letální. Jde o tzv. deterministické účinky záření, kterých může být využito např. k destrukci zhoubně bující tkáně. Snahou radiační léčby je vpravit do cílového objemu letální (smrtící) nádorovou dávku během určité doby, při maximální šetrnosti k okolní zdravé tkáni. Radioterapie je u mnohých nádorových chorob součástí standardního léčebného programu, kdy se kombinuje s léčbou chirurgickou a chemoterapií.

Mezi základní metody radioterapie patří teleradioterapie, brachyradioterapie a systémová aplikace radionuklidů. Teleradioterapie znamená ozařování z dálky. Zevní radioterapie je nejčastěji používanou metodou ozařování. Brachyradioterapie znamená ozařování zblízka. Zdroj záření je umístěn přímo v oblasti nádoru, kde je možné dosáhnout v nádorovém ložisku vysoké dávky. Používá se všude tam, kde je ložisko dostupné a má relativně malý objem. Systémová aplikace radioizotopů je založena na tom, že radionuklid podaný ve formě rozpustné sloučeniny se chová jako neradioaktivní

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

izotop téhož prvku a může se hromadit v určitých orgánech nebo tkáních. Této léčby se používá zejména u karcinomu štítné žlázy.

Nutno však pamatovat, že záření poškozuje vedle proliferujících buněk také cévně pojivovou tkáň. Zatímco u nádorů je takovýto účinek vítaný, ve zdravé tkáni může mít tento efekt závažné následky a přispívat k nežádoucím poradiačním jevům. Úspěšné provedení léčby zářením je v mnohém závislé na úrovni spolupráce radioterapeutického personálu se sestrou a pacientem. Sestra musí znát projevy vedlejších účinků a základní principy ošetřování postradiačních reakcí. Sestra si ověří, zda pacient rozumí informacím, které mu poskytl lékař, a podle potřeby je doplní, iniciuje edukaci pacienta a během naplánovaného režimu radiační terapie sleduje stav kůže, nutriční stav a tišení bolesti. (10, 40, 1)

1.3.1.3 Chemoterapie

Chemoterapie znamená podávání léků, které jsou produkty chemické syntézy. Chemoterapeutika se tedy používají jak k léčbě onkologických, tak k léčbě jiných onemocnění. V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podání léků (cytostatik) a potencionálem zabíjet buňky (cytotoxickým účinkem). Cytostatika mohou být původu syntetického, či jde o deriváty látek získaných z rostlin či z plísní. Léčba cytostatiky má jeden společný cíl- zasáhnou a poškodit genetickou informaci nádorové buňky, která je obsažena v DNA. Dle mechanismu účinku, neboli dle způsobu, jakým cytostatika poškozují nukleové kyseliny, je lze roztřídit do několika skupin, např. alkylační cytostatika, antimetabolity, protinádorová antibiotika, rostlinné alkaloidy, atd.
I chemoterapeutika mají své nežádoucí účinky, které mohou být pro pacienta vážnou komplikací. Sestra tedy musí pacienta vždy poučit o tom, jaké vedlejší účinky by se mohly při jeho léčbě objevit a jak se má při výskytu zachovat. Na sestry, které ošetřují pacienty léčené chemoterapií, jsou kladeny značné nároky jak odborné, tak psychosociální, jejich znalosti a dovednosti musí být stále doplňovány a rozvíjeny. (1, 40)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1.3.1.4 Jiná protinádorová farmakologická léčba

Protinádorová farmakologická léčba je široký pojem. Zahrnuje nejen protinádorovou chemoterapii, ale také protinádorovou hormonální léčbu, dále léčbu diferenciačními látkami (retinoidy) a také různé formy takzvané bioterapie, neboli aplikaci člověkem fyziologicky tvořených látek ve farmakologických dávkách. Nejnovější farmakologickou formou je léčba pomocí monoklonálních protilátek cílených proti některým nádorovým antigenům, které mohou nést toxin nebo radioaktivní prvek. K protinádorovým lékům lze také přiřadit bisfosfonáty, byť jejich aktivita je zaměřená hlavně proti odbourávání kostní tkáně. (1)

1.3.2 Podpůrná péče (symptomatická)

Podpůrná terapie jako doplněk základních modalit protinádorové léčby přispívá významným podílem ke zlepšení prognózy nemocných s nádorovým onemocněním. Zabrání totiž nejen fatálnímu průběhu některých komplikací protinádorové léčby, ale zmírní i dopad komplikací samotného nádorového onemocnění. Mimo to je cílem podpůrné léčby omezit subjektivní potíže nemocných a významně tak přispět ke zlepšení kvality jejich života. Doba přežití přestala být jediným kritériem úspěšnosti zvoleného léčebného postupu a její prodloužení se dnes nepovažuje za významný přínos, je li provázeno významným zhoršením kvality života. Součástí podpůrné péče je rovněž snaha o mírnění psychosociálních a duševních obtíží, které u pacienta a jeho blízkých, které nádorové onemocnění a jeho léčba vyvolávají. (11, 40)

1.3.3 Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb nemocných a jejich rodin. Paliativní péče představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, jež se starají

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v paliativní péči potřeby pacientů, které přesahují jejich znalosti a kompetence. V případě komplikované ošetřovatelské péče je někdy nutném požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí, kteří zajistí potřebnou intervenci a nebo zajistit specializovanou paliativní péči zdravotníky, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny.

Pojem paliativní péče je odlišně vnímán v různých medicínských oborech. Termín paliativní péče má velmi blízko k termínu podpůrná péče. Nelze je však zaměňovat, protože podpůrná péče je totiž nutným doplňkem jak při léčbě kurativní, tak paliativní. V onkologii rozumíme paliací každou léčbu, která nevede k úplnému a definitivnímu uzdravení nemocného. Může však vést k uzdravení dočasnému, někdy s relativně dlouhým časovým průběhem. (1, 10)

1.3.4 Terminální péče

K životu patří i jeho terminální fáze- postupné a nezvratné selhávání životně důležitých orgánů a smrt. Od stanovení s životem neslučitelné diagnózy, je další čas již ovlivňován nemocí. Člověk mění svůj hodnotový systém. Zbývající čas je nutno využít ke splnění vlastních potřeb i potřeb svých blízkých. Kromě symptomatické léčby zde hraje významnou úlohu péče ošetřovatelská a péče o psychický stav nemocného. Nezbytným předpokladem pro práci sestry ošetřující umírajícího člověka je obrovská míra empatie a porozumění, dostatek času na pacienta, orientace v základních otázkách života a smrti, respekt k hodnotovému žebříčku pacienta a především vůle nechat ho stanovit si vlastní priority. Sestra pracující s umírajícím pacientem má stále na paměti čtyři základní okruhy potřeb, které u svých nemocných aktivně vyhledává a saturuje: biologické, psychické, sociální a spirituální. Priority potřeb pacienta se v průběhu choroby mění. V terminálním stádiu bávají v popředí, kromě potřeby zvládnout bolest,

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

potřeby spirituální. V terminální fázi života jsou modifikované i specifické potřeby sociální. Patří sem především potřeba nezůstat v umírání sám. Umírající potřebuje fyzickou blízkost někoho koho má rád. Mnoho umírajících si přeje být nezávislými co možná nejdéle. Sestra je v pozici, kdy nabízí kvalifikovanou podpůrnou péči pacientům a jeho rodinám, citlivou ošetřovatelskou péči umožňující pacientovi co nejdelší soběstačnost, hlášení přítomnosti příznaků a sledování jejich léčby a koordinaci péče v rámci multidisciplinárního týmu.

Běžná lůžková oddělení nemocnic nejsou většinou schopná v uspokojivém rozsahu a kvalitě tento typ péče poskytnout. Je proto žádoucí podporovat zřizování speciálních azylových zařízeních, v nichž by nemocnému bylo zajištěno důstojné umírání. Jednou z alternativ jsou tzv. hospice. Termínem hospice se rozumí specializovaný program, jehož cílem je poskytnout pacientovi kvalifikovanou péči v období, kdy není možná ani kurativní, ani účinná paliativní léčba. Hospicová péče má nemocnému umožnit prožít zbytek života důstojně, bez zbytečného utrpení. Hlavní náplní je tedy účinná symptomatická léčba a komplexní péče o pacienta s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, vyplývající ze základních diagnózy. Současně tato péče klade důraz na zajištění sociálních, psychologických i spirituálních potřeb nemocného. Zahrnuje též úzkou spolupráci se členy rodiny. (10, 13)

1.4 Multidisciplinární přístup

Stále hlubší chápání lidského organismu a v něm probíhajících patologických procesů, stále širší spektrum vyšetřovacích a léčebných možností, vyžadující neskonale širší znalosti nejen medicínské, ale v mnoha i vzdálených vědních oborech už dávno znemožnilo poskytování zdravotní péče jednotlivcem. Jako všude jinde přinesla řešení dělba práce (specializace), která však nemůže být úspěšná bez současné spolupráce. Oba procesy se trvale prohlubují - specializace narůstá a spolupráce dosahuje komplexnější povahy. Ošetřující tým zahrnuje i nelékařské profese s novými kompetencemi, s novou odpovědností. Zdravotníci nelékaři se stávají rovnocennými spolupracovníky lékařských profesí, čemuž přispělo i zvýšení jejich vzdělání na

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

vysokoškolské úrovni. Týmová koncepce nejenom že dá dohromady celou řadu různých specialistů zúčastněných na přímé péči o nemocného, ale přibere také reprezentanty psychologických disciplín. Týmový přístup tak může zajistit integraci medicínské péče o nemocného a současně může postihnout sociální a psychologické potřeby. Pravidelný přehled individuálního postupu a rekapitulace problémů odborníky, kteří se podílejí na všech léčebným modalitách, má pro nemocného a členy jeho rodiny řadu výhod. Tímto způsobem je zajištěna pozornost pro jejich nejrůznější potřeby širokým spektrem specialistů, usnadní se tak absolvování léčby a znovu nabytí životních aktivit při ukončení léčby. Když při úvodním setkání s pacientem všichni odborníci zhodnotí jeho medicínskou a psychologickou situaci, mohou odhalit potencionální problémy a předcházet jim, anebo je alespoň zmírnit dříve, než se rozvinou do krize. (25, 39)

1.4.1 Složení multidisciplinárního týmu v onkologii

Onkologie se stala důležitým vědním oborem a je typickým příkladem multidisciplinárního oboru, který bezpodmínečně vyžaduje týmovou spolupráci. Hlavní jednotkou pro poskytování komplexní onkologické péče je multidisciplinární tým. Základními členy týmu v klinické onkologii musejí být lékaři - kliničtí onkologové, kteří spolupracují s lékaři různých specializací – patologem, chirurgem, internistou, radioterapeutem, radiodiagnostikem, dermatologem, gynekologem, urologem či hematologem. Sestavený tým lékařů závisí na léčebném plánu a druhu nádoru. Klinický onkolog nemůže v žádném případě tým výše zmíněných odborníků nahradit. Jeho role však spočívá v syntéze, koordinaci a integraci jednotlivých stanovisek s cílem zajistit pro nemocného s nádorem optimální diagnostický a léčebný postup. (10, 38)
Zdravotnický tým dále pak zahrnuje všechny osoby, které se podílejí na zajišťování zdravotní péče, tj. sestry, nutriční pracovník, sociální pracovník, psycholog, rehabilitační pracovník, psychiatr, duchovní a další pracovníci dle potřeby. Důležitou součástí zdravotnického týmu je ošetřovatelský tým. Ošetřovatelský tým je skupina pracovníků zajišťující ošetřovatelskou péči o onkologicky nemocného. Skládá se ze sester, ošetřovatelek a sanitářů. V souvislosti s vydáním zákona č. 96/2004 Sb.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

v platném znění, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, se budeme setkávat ještě s kategorií zdravotního asistenta. Každý člen ošetřovatelského týmu má specifické poslání a náplň práce. (41, 19, 18)

Jsou to zvláště sestry, kdo sehrává v týmu primární úlohu. Vzděláním i záměrem se jich nemálo přímo našlo ve své nové pomáhající roli, která je obohacena o úvahy o pocitech nemocných s rakovinou a jejich rodin. Sestry jsou navíc nejviditelnějšími členy týmu, což je skutečnost, která jim dává zřetelnou výhodu, když se setkávají s nemocnými, kteří potřebují psychickou podporu. Lidé se často obracejí na ty osoby, které jsou v daném okamžiku, a těmi osobami jsou sestry. Není to pouze naslouchání, které je tak životní, je to příležitost sestry nemocné poznat, uklidnit, navrhnout začlenění do skupiny pro další pomoc apod. (39)

Přesné složení týmu se liší v různých nemocnicích a institucích, a také se liší podle diagnózy a stádia nemoci. Do týmu je možno přibrat i podpůrný personál, jako např. pomocné sestry a dobrovolníky, kteří dávají týmu nový pohled na potřeby nemocného s rakovinou. Členy týmu mohou být laičtí poradci, kterými mohou být dřívější nemocní s rakovinou. (39)

1.4.2 Znak, cíle a principy týmu

Tým je skupina lidí sdružená k těsné spolupráci na realizaci společného cíle. Je tvořen souborem osob, které jsou spojeny systémem vzájemných vztahů, která má interdisciplinární povahu. Pracovní tým je organizovaný sociální útvar, v jehož rámci se uskutečňuje pracovní, tj. společensky velmi významná činnost člověka. Důležité je, že jde o skupinu definovanou jako smysluplný celek nejen pracovním úkolem, způsobem práce, ale i určitým způsobem vnitřních interpersonálních vztahů. Je to dynamické seskupení, v jehož čele stojí vedoucí pracovník, který řídí uskutečňování cílového zaměření týmu. (18)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Obecně má tým několik charakteristických znaků: vytváří se na základě společného cíle; vzhledem k cíli má určitou organizaci; má zpravidla jistou tradici, která určuje způsob jednání a vzájemný styk členů; týmy jsou různě velké a různě stálé; probíhá komunikace uvnitř týmu. (18)

Součinnost všech členů každého zdravotnického týmu směřuje k dosažení společných cílů, jež jsou nejobecněji vyjádřeni Světovou zdravotnickou organizací. Jsou to zejména: upevnění zdraví jedince, prevence onemocnění, navrácení zdraví a podpora soběstačnosti, zmírnění utrpení, zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Tyto obecné cíle se konkretizují podle odborného zaměření práce zdravotnického týmu. Pro onkologické týmy je vedle účinné terapie v popředí tlumení bolesti a zmírňování utrpení člověka. Základním předpokladem výkonnosti pracovního týmu je ztotožnění členů pracovního týmu s cílem, který má tým zajistit. (18)

Týmový princip je nenahraditelný hned z několika důvodů. Tým svými vnitřními profesními i sociálními interpersonálními vztahy výrazně ovlivňuje vztah, důvěru i chování pacienta. V současné době je vyloučeno, aby jediný lékař obsáhl všechny odbornosti, které jsou nezbytné pro bio-psycho-sociální přístup k nemocnému. Vnitřní diferenciace týmu dovoluje individualizovaný přístup k pacientovi, neboť dává předpoklad širšího spektra diagnostiko-terapeutických možností v krátkodobé i dlouhodobé péči. Tým zajišťuje kontinuitu péče, která při přístupu individuálním a konziliárním (vnitřně nespojitý) je vždy velmi problematická. (18)

1.4.3 Vnitřní organizace týmové práce

Činnost onkologického týmu musí být dobře sehraná. Proto je důležitá kvalitní dělba práce uvnitř týmu. Každá profese má mít v týmu svoje vymezené místo a specifické činnosti, s nimiž jsou seznámeni všichni členové týmu a respektují je. Každý člen týmu však musí mít nejen jasnou představu o svých povinnostech a kompetencích, ale i o povinnostech a kompetencích ostatních spolupracovníků. Za činnost každého zdravotnického týmu odpovídá vedoucí. Na onkologickém oddělení je to vedoucí lékař. V čele ošetřovatelského týmu stojí vedoucí sestra. Po sestavení týmu,

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

je klíčem k jeho úspěšnosti těsná a častá vzájemná komunikace jeho členů. Veškeré získané informace o fyzickém a psychickém stavu nemocného jsou sdíleny všemi členy týmu. Vztahy v týmu jsou určeny tak, aby přínos každého člena týmu byl stejně cenný.

Interprofesionální týmy se mohou stát bitevním polem, proto je označováno několik způsobů jak minimalizovat takové problémy - členy týmu vybírat nejen podle jejich odbornosti, ale také podle schopnosti spolupracovat; omezit velikost týmu na jádro právě tak velké, aby mělo všechny nutné zkušenosti a s tím, že ke složitějším případům bude přivolán další specialista; vedoucí týmu vybrat podle schopnosti vést, ne podle jejich profesionálního postavení, nebo ustanovit spoluvedoucího; ustanovit proces pro rozhodování; rozlišit mezi rozhodnutími, která by měla být dělána celou skupinou a technickými rozhodnutími, která mohou být dělána jednotlivými odborníky; vyhýbat se užívání žargonu specifického pro určité profese.

Vedle svých denních styků se členové týmu obvykle scházejí v pravidelných intervalech, aby diskutovali o problémech svých, jako profesionálních zdravotníků a svých pacientů. Na schůzce týmu se mohou řešit problémy jako: jak nemocný reaguje na léčbu fyzicky a emocionálně, co by se mohlo udělat, aby se cítil lépe a příjemněji a zda jsou indikovány služby některých odborníků, např. fyzioterapeuta, či psychologa. Protože jsou informace o nemocném a jeho rodinném zázemí, které jsou známy jednomu členu týmu, poskytovány na schůzkách členům všem, mají všichni členové týmu příležitost dovědět se o nemocném daleko více než by bylo možné při běžné zdravotnické péči. Zdravotníci mají zajištěn mnohem komplexnější pohled na nemocného a mohou mnohem snadněji strukturovat svůj vlastní přístup. (18, 39)

1.4.4 Vztahy a hodnoty uvnitř týmu

Pro navození týmové spolupráce je nezbytné, aby v týmu jednoznačně fungovaly vztahy nadřízenosti a podřízenosti. Na druhé straně má mít každá profese v týmu svoji autonomii, v níž může samostatně v rámci své kompetence rozhodovat a současně za tuto činnost nést jednoznačně odpovědnost. To vede k posílení oboustranného respektu každé profese a zamezí zbytečnému přehlížení a podceňování práce.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Každý pracovní tým si postupně vytváří určitý soubor sociálních a etických norem, hodnot a tradic, které jsou pro něj charakteristické. Tyto normy se odrážejí v projevech pracovního týmu, ve vztazích mezi jeho členy a určují jeho úroveň. Základní hodnoty, jimiž se členové zdravotnického týmu řídí, jsou vyjádřeny různými profesními etickými kodexy.

Zdravotnický management by měl věnovat pozornost všem úrovním dobrých pracovních týmů a byl pro tuto práci cíleně připraven a vzdělán. Vytváření příznivé společenské atmosféry v pracovním týmu je náročný, trvale probíhající proces. Jeho cílem je dosažení pracovní spokojenosti, která je podmíněna správnou dělbou a organizací práce, spravedlivým odměňováním, pracovní a kvalifikační perspektivou členů týmu, vytvořením atmosféry spolupráce a vzájemného respektu.(18)

1.4.5 Role sestry v týmu

Sestra patří do ošetřovatelského týmu, která se podílí na ošetřovatelské péči ať už v nemocnicích, hospicích či v domácnostech. Její odborná erudikace v ošetřovatelské praxi, každodenní pobyt u lůžka nemocného, komunikace s ním i s jeho blízkými představuje pro pacienta nezastupitelnou pomoc. Sestra pracující na onkologickém pracovišti musí mít adekvátní profesionální odbornost. Vyžadují se od ní specifické vědomosti nejen z onkologického ošetřovatelství, ale i z jiných ošetřovatelských a medicínských oborů. Aby sestra zvládla velmi náročné úkoly, které jsou na ni v onkologii kladeny, měla by na sobě neustále pracovat. Neznamená to jen učení a přijímaní stále nových odborných poznatků z oboru, ale i výcviky a školení v psychosociálních dovednostech, účelné komunikaci s pacientem, lékařem, ostatními členy týmu zdravotníků. (9)

Na vizitách členové týmu přispívají k detailnímu poznání problémů pacientů a navrhují jejich optimální řešení. Znamená to, že setry u lůžka a denní sestry musejí pečlivě vést záznamy v sesterské dokumentaci a na požádání umět správně definovat týmu problémy, se kterými se setkaly při ošetřování nemocných. Takový přístup klade na sestry u lůžka odbornou a psychickou připravenost. Nesmějí se bát přesně se

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

vyjádřit, zdůvodnit své tvrzení, respektovat volbu léčby, přijaté týmem. U lůžka pak v rámci svých kompetencí podporovat naději pacientů na zdar léčby, ale zároveň se nepouštět do plného optimismu. Sestra jako průvodkyně nejtěžšího pacientova životního období by měla umět slovem pohladit, klidným hlasem mírnit jeho strach. (40)

Sestra ošetřující onkologického pacienta se může snadno dostat pod velký psychický tlak. Je to ona, kdo od pacienta dostává signály o jeho strachu, depresi, beznaději či úzkostnosti mnohdy ve větší míře než lékař. Pokud není na oddělení přítomen klinický psycholog, empatická sestra se dostává sama do stresu. Proto je důležité, aby na tak náročném oddělení jako je onkologie, pracovaly sestry s vysokou mírou nezdolnosti a schopnosti čelit trvalému stresu smysluplným naplněním svého života, uměním relaxovat a těšit se i z drobných radostí, které je potkají. Výhodou pro ně nekvalitní rodinné zázemí a radostné mimopracovní aktivity. (9)

1.4.6 Náplň jednotlivých oborů a členů v týmu

1.4.6.1 Sociální práce

Sociální práci lze definovat jako snažení, jehož cílem je obnovit sociální síť klienta, tedy všechny vztahy od partnerského přes rodičovský až po přátelský či kolegiální. Předmětem sociální práce je člověk ohrožený a tísněný životní událostí, jako je například onkologické onemocnění. Sociální práce ve zdravotnictví je specifická činnost, která se liší od sociální práce terénní především tím, že sociální pracovník musí dobře znát diagnózy a jejich obraz v sociální oblasti. Znalost medicínských oborů a jejich specifik patří dnes již k povinnému vzdělání sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Sociální pracovník je prostředníkem mezi nemocným a světem mimo nemocnici- okolím, bydlištěm., rodinnou, školou, zaměstnáním, různými institucemi atd. Jeho péče je samozřejmě směřována především na hospitalizované pacienty, kteří mají kromě zdravotního i sociální problém. Někdy se však musí postarat

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

také o příbuzné nemocné- rodiče či děti, pokud se na základě onemocnění své blízké osoby ocitli v tíživé sociální situaci. (16, 33, 30)

Práce u onkologických pacientů spočívá především v sociální pomoci a v sociální prevenci. Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení otázek finančních a bytových, kooperace s příbuznými pacienta. Sociální pracovník se však neomezuje pouze na rady, ale vyřizuje pacientovi i záležitosti, které si sám zařídit nemůže. Sociální prevence by měla zahrnovat rozhovor s každým onkologickým pacientem a zajišťovat předem případné a možné sociální obtíže a potřeby. Při propuštění pacienta je nutné vědět, do jakého prostředí se nemocný vrací. S tím souvisí i zajištění následné péče, např. umístění nemocného do nějakého z ústavních zařízení či zajištění pečovatelské služby. (41)

Sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. V tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích jako je terminální fáze života. K důležitým předpokladům sociálního pracovníka patří také schopnost rozeznat, nakolik nemocný skutečně vyžaduje aktivní pomoc a asistenci a nakolik volá pouze po rozhovoru, po naslouchání a pochopení. (22)

Sociální práce není pouze náplní sociálních pracovníků, ale i lékařů a především sester. Sestry se podílejí na zjišťování změn sociálního stavu pacientů vyvolané nemocí, zjišťují sociální potřeby nemocných a zajišťují potřeby, které pomáhá naplňovat odborný sociální pracovník.(38)

1.4.6.2 Psychická péče

Nedílnou součástí komplexní péče o nemocného postiženého nádorovým onemocněním je péče o jeho psychický stav. Lékaři často soustředí své úsilí výhradně na medicínské problémy a psychologické potíže nemocného jsou opomíjeny. Proto by měl mít psycholog, psychoterapeut či psychiatr své stálé místo v onkologickém týmu. Současně preferovaný biopsychosociální přístup zdůrazňuje potřebu nových psychologických a psychiatrických postupů v oblasti onkologie. Tím se v tomto

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

kontextu objevuje nutnost psychosociální intervence. Tyto psychologické metody mohou napravit nebo zmírnit celou řadu problémů, které onkologická diagnóza a její následná léčba přináší. (1, 41, 35)

Psychiatr je na konzilium obvykle volán v akutních případech, při podezření na závažné psychiatrické projevy, vyžadující léčbu psychofarmaky, případně umístěním nemocného na psychiatrické oddělení. Psychiatr by měl diagnostikovat a léčit duševní poruchy u onkologických nemocných (včetně depresí a posttraumatické stresové poruchy). Úkolem psychologa je v první řadě uznat pacientovy příznaky a vytvořit léčebné spojenectví. Má nezastupitelnou úlohu při pomoci adaptace onkologického pacienta na nové životní podmínky a v rámci své „pracovní náplně“ se může věnovat potřebám onkologicky nemocným pacientům s maximálním nasazením a hlavně s časovými možnostmi, kterých se lékařům často nedostává. Psychologická práce s onkologickými pacienty zahrnuje také krizovou intervenci, která je zaměřena na včasnou kompenzaci akutních emočních vztahů a projevů deprese. Po odeznění krizového stavu mohou pak následovat různé psychologicko-psychoterapeutické intervence jako např. behaviorální trénink, edukace, individuální či skupinová intervence. Cílem těchto léčebných opatřeních je zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří jsou v podobné situaci, redukce strachu z léčby, snížení zoufalství a deprese. Měli by zmírnit pocity izolace, bezmocnosti, beznaděje, vést k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení a obecně zlepšit kvalitu života. (1, 35, 43, 2, 27)

Péče o psychiku onkologických pacientů a jejich příbuzných tedy není jenom úkolem pro psychologa, ale pro všechny lékaře, kteří s nemocným přijdou do styku. Bylo by chybou kdyby se zapomnělo na sestry. Sestry stráví poměrně dosti času komunikací s nemocným a je nutné, aby i ony byly poučeny o základních psychických problémech těchto pacientů a aby věděly, jak správně reagovat. Sestra, která ošetřuje onkologického pacienta na lůžku nebo v ambulanci, je mu jak fyzicky, tak psychicky nejblíže. V rámci aplikace léků se ho dotýká, způsobuje i tiší bolest. Sestra je první a třeba i jediná, které pacient svěří své vnitřní pocity, emoce, nálady. Sestra se musí

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

s tímto nelehkým údělem vyrovnat, nejlépe opravdovým zájmem o práci na onkologii a výcvikem v komunikačních technikách. (1, 40)

1.4.6.3 Nutriční péče

Nádorová onemocnění jsou často provázena porušeným stavem výživy, malnutricí. Plně vyjádřený klinický obraz malnutrice je znám pod označením nádorová kachexie, která se podstatně neliší od kachexie chronických nenádorových onemocnění. Tyto osoby častěji trpí změnami ve vnímání chutí k jídlu, sníženým příjmem stravy, ztrátou tělesné hmotnosti a celkovou fyzickou i psychickou slabostí. Známky malnutrice jsou téměř u poloviny nemocných s nádorem přítomny již při zjištění diagnózy a její výskyt je závislí na typu nádoru a fázi onemocnění. (1, 38)
V současné době je stále více zřejmé, že nutriční stav onkologicky nemocných má velký význam k celkovému výsledu léčby nádorového onemocnění. Ztráta hmotnosti zde obvykle souvisí s kratším přežíváním a špatnou kvalitou života těchto nemocných a u některých pacientů se může ztráta hmotnosti sama o sobě stát příčinou smrti. Nádorová malnutrice je nepochybně výsledkem multifaktoriálního působení, na němž se podílí nejen interakce nádoru s makroorganismem, ale i protinádorová léčba a její nežádoucí účinky. Čím větší je ztráta hmotnosti a čím závažnější malnutrice, tím vyšší je riziko komplikací. Tyto komplikace mohou narušit další terapeutický plán, a tím zhoršit celkový výsledek protinádorové léčby. (38, 31)

Péče o pacienta s rizikem malnutrice nikdy není záležitostí jednotlivce, ale vždy záleží na bezchybné práci týmu. Cílem nutričního týmu a nutričního terapeuta je rozpoznat nemocného s nedostatečnou výživou, zhodnotit jeho stav, zvolit vhodný způsob léčebné výživy, navrhovat případné řešení kombinované formy výživy a tuto léčbu provádět bezpečným a účinným způsobem. Nutriční terapeut sestavuje nutriční režim a péči individuálně, vždy v přímém kontaktu s pacientem. Sestra hraje v detekci pacientů s rizikem malnutrice klíčovou roli a může tak při souhře s ostatními zdravotníky zajistit důkladné hodnocení. Toto hodnocení by mělo vést ke včasné nutriční intervenci a k zabránění nežádoucích účinků malnutrice nebo jejich

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

minimalizaci. Úlohou sestry při příjmu pacienta je hodnotit nutriční skóre a u vybraných pacientů monitorovat příjem stravy. Povzbuzuje pacienta k perorálnímu příjmu a vytváří příjemné prostředí k jídlu. U každého nemocného, který není schopen samostatné péče, pečuje o hygienu dutiny ústní. Důležitým úkolem je vysvětlit nemocnému význam výživy a způsob aplikace. Sestra musí pečovat o parenterální nebo enterální výživu, váží nemocného a dodržuje zásady sterility a asepse. Vždy musí plně spolupracovat s nutričním týmem a informovat lékaře o změnách nutričního stavu pacienta. (31, 20)

1.4.6.4 Duchovní péče

Nemoc je často spojena s úzkostí a úzkost zpochybňuje všechno, čemu člověk věřil, protože boří pocit zajištěnosti a staví před oči možnost, že věci mohou být také jinak. Z duchovního hlediska je tedy nemoc významnou událostí, která volá pacienta k autentickému přezkušování hodnot, postojů a vztahů. Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality- každý potřebuje mít víru, mít smysl svého života. Na počátku nemoci jsou prvořadé potřeby biologické, při chronickém průběhu a v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti právě potřeby spirituální, tedy otázky duchovního blaha. V terminálním stádiu onemocnění si téměř každý pacient uvědomuje závažnost svého stavu, i když mu prognóza nebyla výslovně sdělena. Proto mnohé z jeho dřívějších priorit pro něho pozbývají významu a nejdůležitější duchovní potřebou se stává hledání životního smyslu.

Jednou z významných podob duchovního světa je náboženská víra. Ta může být jasně strukturována v souladu s nějakou církví či jinou náboženskou společností. Duchovní život se ale netýká pouze víry v boha. Každý člověk si tvoří nějaký názor na to, kde se vzal svět a jaká je jeho role ve světě, každý potřebuje dát životu nějaký smysl a na něm vybudovat své mezilidské vztahy. Není to tedy nutně jenom vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje, je to i každé vědomí světového řádu, který přijímáme a s nímž se identifikujeme.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Při vytváření strategie duchovní péče je nutné si uvědomit, že duchovní otázky se projeví v určitých situacích, příbězích či vyznáních. Někdy se lidé ocitnou v situaci, ve které si nevědí rady a potřebují pomoc při hledání způsobu, jak se sní vyrovnat. Potřebují někoho kdo jim pomůže najít vnitřní sílu k tomu, aby nalezli nový smysl života. Věřící člověk potřebuje mít v nemoci zajištěný kontakt s duchovním jeho církve a je povinností zdravotníků mu tento kontakt umožnit. Někteří z pacientů nemají vůbec žádný vztah k žádnému náboženství, přesto mají své spirituální potřeby.

Nemocniční kaplan má být členem multidisciplinárního týmu. To znamená, že patří do nemocnice, na oddělení a pacienti jsou zvyklí na jeho přítomnost. Je tedy s pacienty v jejich drobných radostech, ale je s nimi a pro ně především tehdy, když je jim úzko, když hledají, ptají se. Je s nimi při bolesti i umírání. Naslouchání je základním „nástrojem“ kaplana, který uplatňuje nejen v setkání s věřícími, ale především v setkání s lidmi s tzv. vnějškovou formou víry, s lidmi se zbytky víry či nevěřícími. Pacienti si potřebují utřídit své myšlenky, sdělit někomu, že jejich život byl a je důležitý. Mnohdy ospravedlňují, co se jim nepovedlo, jindy hledají odpuštění. Chtějí buď najít, nebo potvrdit smysl svého života. Intuitivně se potřebují vyrovnat s minulostí, aby mohli čelit budoucnosti.

Zdravotník nemá teologické vzdělání, nemůže se tedy po něm dost dobře žádat, aby se duchovním potřebám svým nemocným věnoval s patřičnou odborností. Přesto by měl vědět, že duchovní svět patří k člověku stejně jako jeho psychika a tělesnost a být nemocným i v této oblasti podle svých sil nápomocný. Ani sestra nemá teologické vzdělání, přesto může účinně pomáhat lidem v duchovní krizi. Stačí nemocného vyslechnout a nechat jej hovořit o věcech, které s nemocí nemají zdánlivě nic společného, dbát o uchování jeho lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k jeho lidství, ať se vyjevuje v jakékoliv podobě. Hlavním předpokladem duchovní péče jsou kvalitní vztahy. Při vytváření těchto vztahů je sestra často hlavní osobou, která poskytuje podporu v duchovní krizi. Sestry by měli být zapojeny v procesu hodnocení a vytváření plánů duchovní péče. Tyto činnosti vyžadují spolupráci s pacientem a dalšími členy týmu. Sestry významně přispívají k poskytování duchovní péče, ale nevlastní ji, ani ji

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

neřídí. Nedělá to ani nikdo jiný. Duchovní péče může probíhat pouze v aktivním partnerském vztahu s pacientem. (41, 29, 20, 24, 32)

1.4.6.5 Léčebná rehabilitační péče

Donedávna nebyli pacienti s onkologickou diagnózou považováni za vhodné kandidáty pro rehabilitační péči, ať již byla choroba považována za vyléčenou nebo v progresi. Rehabilitační péče v naší republice byla vzhledem ke špatné a nejisté diagnóze odsouzena na okraj zájmu našeho oboru. Některým pacientům se dostalo rehabilitační péče pouze v akutní a časné pooperační fázi terapie. Rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve při stanovení diagnózy a měla by pokračovat ve všech fázích léčby do zotavení a stabilizace stavu. Měla by probíhat také průběžně s onkologickou léčbou chirurgickou, radioterapií a chemoterapií. (34, 41)

Léčebná rehabilitace se zaměřuje na úpravu poruch, které jsou časté u většiny nemocných s nádory, podle jejich lokalizace. Je to především svalová ochablost, omezení hybnosti jako pooperační komplikace, poruchy dýchání, mikční poruchy, apod. Pohybová aktivita, fyzická zátěž a pravidelné změny polohy mají velký význam pro udržení funkcí oběhových, respiračních, trávicích a funkcí urologického systému. Aktivní i pasivní cvičení může být prevencí bolesti a ztráty funkcí kloubů, vede ke zvýšení svalové síly a může stimulovat další funkce. Plán léčené rehabilitace a všechna prováděná cvičení musí být velmi citlivě přizpůsobena proměnám zdravotního stavu a pocitům i zvláštnostem osobnosti nemocného. (41, 10)

Dlouhodobým cílem rehabilitačního procesu je potom ve spolupráci s ostatními odborníky maximální zlepšení kvality života, soběstačnosti a nezávislosti s minimálním pracovním omezením. Rehabilitace onkologicky nemocných je multidisciplinární záležitost, vyžadující týmovou spolupráci mnoha odborníků. Do rehabilitačního léčebného týmu patří odborní lékaři, fyzioterapeut, ergoterapeut, protetik, logoped. event. specialisté jako muzikoterapeut či arteterapeut a sestry. (41, 10, 34)

Fyzioterapeut s ergoterapeutem v rehabilitačním procesu realizují speciální fyzioterapeutickou péči o nemocného. Usilují různými metodami a prostředky

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

o obnovení nebo zlepšení funkce organismu nebo funkce některých částí těla a o maximální aktivizaci schopností nemocného. Mezi tyto metody a prostředky patří pohybová léčba- fyzioterapie, fyzikálně terapeutické prostředky (světloléčba, elektroléčba, vodoléčba, masáže), nácvik činností a praktických dovedností vedoucích k samostatnosti. Důležitou aktivitou sestry v péči o onkologicky nemocného je rehabilitační ošetřovatelství, které patří mezi náplň práce sestry a je součástí základního ošetřování nemocných. Rehabilitační ošetřovatelství dělíme na pasivní, kam patří polohování a pasivní pohyby a na aktivní, které obsahuje dechová cvičení, kondiční cvičení a aktivní pohyby, změny polohy, nácvik chůze, nácvik základní soběstačnosti a sebeobsluhy a nácvik obnovy komunikačního procesu. Sestra nemůže nahradit práci fyzioterapeuta, ale všemi dostupnými prostředky může zabránit vzniku komplikací a sekundárních změn. Podmínkou optimální spolupráce je vzájemná informovanost o stavu a pohybových schopností nemocného. Ošetřovatelské intervence sestry a fyzioterapeuta musí být v souladu, ve vzájemné časové návaznosti a společným cílem ve prospěch nemocného. (17, 28)

Rehabilitační péče je poskytována formou konzultační a konsiliární, ambulantní nebo hospitalizací, formou lázeňské péče a také prostřednictvím rekondičních pobytů dobrovolných sdružení pacientů. Lázeňská péče je vhodným doplňkem rehabilitačního úsilí. Umožňuje vhodně spojit jak léčebnou, tak sociální a psychickou rehabilitaci.Tato léčba se indikuje u nemocných se skončenou protinádorovou léčbou, ať už jsou vyléčeni nebo v kompletní remisi. (34, 10)

1.4.6.6 Rodina jako člen týmu

Závažné onkologické onemocnění se netýká pouze nemocného, ale ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy. Záleží na tom, který člen rodiny onemocní, jak závažné je jeho onemocnění, záleží na délce a trvání nemoci. Rodina s pacientem spoluprožívá změny, na něž citlivý rodinný systém reaguje. Prožívá stejné pochybnosti, úzkost a většinou trpí stejnými psychickými traumaty jako nemocný. Rodina se musí vyrovnávat s mnohdy nevybíravými reakcemi okolí, sousedů, s mýty a stigmatizací.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Náhle nevědí co říci, když nemocný tělesně i duševně strádá, když pláče, podléhá výkyvům nálad, depresivním myšlenkám, když se mění celý systém jeho hodnot. Chtějí rady a pomoc od sester a lékařů, komunikace s nimi je stejně důležitá a stejně náročná jako s pacienty. (43, 14, 3, 40)

Rodina sehrává významnou úlohu v otázce zdraví a nemoci jedince a oprávněně se předpokládá existence řady onemocnění, které nelze uspokojivě léčit bez přispění rodinného prostředí pacienta. Je proto nesporná a přímá souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivní průběh. Členy rodiny je tedy nutné pro spolupráci průběžně získávat. Je nezbytné, aby zdravotní újmu člena rodiny akceptovali a uvědomili si její rozsah a dopad včetně toho, co sami mohou a mají udělat. Rodina umožňuje nemocnému sociální integraci, kterého opakem je vysoce nežádoucí sociální izolace. Dokáže pacientovi poskytnout nejlépe nejpřirozenější podporu, jejímž cílem je měnit a učinit subjektivně snesitelným určitý stav a životní období, i když se možná objektivně nedá mnoho změnit. (42, 3)

Úkolem sestry je poskytovat podporu během nemoci tím, že se snaží minimalizovat narušení v rodině, a pomáhat rodině vyrovnat se s onemocněním svého člena a někdy i s umíráním. Příbuzní potřebují vědět, jak poskytovat péči, jak zajistit pacientovi pohodu, jak s ním komunikovat, jak řešit vedlejší účinky léčby a jaké změny ve stavu pacienta lze očekávat. Při podpoře umírajícího pacienta by měli vědět, jaké jsou nejčastější problémy, aby se na ně mohli připravit. Pro členy rodiny je nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. Bolest pacienta má velký dopad na blízké, kteří ji mohou interpretovat jako známku progrese onemocnění a blížící se smrti. Sestra spolu s pacientem a jeho rodinou vytvoří plán péče a naučí rodinu základním principům léčby bolesti spočívající v posuzování, znalosti různých typů bolesti a průběhu nemoci. Praktické rady podané sestrou jsou užitečné zejména tehdy, když se rodina stará o nemocného doma. Rodina často potřebuje praktickou pomoc s hygienickou péčí, s polohováním a přemisťováním na toaletu. Sestra, která nevidí rodinu pacienta pravidelně, může přehlédnout nebo podcenit známky únavy a vyčerpání. K nedostatečné podpoře rodiny dochází také proto, že její členové rodiny jsou viděny spíše jako zdroj podpory pro pacienta než jako lidé, kteří také potřebují naši pomoc.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Schopnost členů rodiny poskytnout pacientovi podporu a postarat se o něj závisí do značné míry na tom, kolik podpory se dostane jim samotným. Lékař i sestra musí věnovat pozornost emocionálním potřebám členů rodiny, aby byli schopni se o pacienta starat a nevyčerpali se. (40)

1.5 Komplexní onkologická centra

Cesty nemocných k dosažení efektivní komplexní onkologické péče jsou nezřídka spletité s diagnostikou započatou v jedné nemocnici, operací provedenou jinde, radioterapií a chemoterapií zajišťovanými v dalším zařízení a dispenzarizací třeba opět jinde nebo současně na dvou i více pracovištích zúčastněných na léčbě. Tento systém zpravidla ztěžuje orientaci nejen nemocným, ale i lékařům samotným. Nezřídka jsou vyšetření opakována, snižuje se efektivita práce, rozmělňuje se odpovědnost za nemocného a narůstají zbytečné náklady. Provázenost nemusí být v tomto systému dokonalá, pacient se může dostávat vinou vlastní či vinou nepropracovaných vazeb do rizika zanedbání té či oné části péče, nezachycení progrese či recidivy v pravý čas, do rizika nestandardních postupů a málo plynulých návazností, které jsou právě pro léčbu nádorových onemocnění tolik potřebné. Vytvoření potřebných návazností pro kvalitní péči o daný typ nádorových onemocnění se pochopitelně nejlépe zajišťuje pod jednou střechou, v jedné nemocnici nebo ještě lépe v jednom onkologicky profilovaném ústavu. (1)

Náklady na moderní onkologickou léčbu narůstají a efektivně je možno pracovat pouze při určité míře integrace onkologických služeb. Programy podporované WHO, UICC, EC, OECI i EORTC zdůrazňují nutnost vytváření národních sítí onkologických center. Veřejnost má právo mít informaci o transparentní síti odborně garantovaných onkologických služeb a postupně také o kvalitě a ekvitě péče. S těmito východisky a jako součást naplňování bodu 4 Národního onkologického programu se výbor České onkologické společnosti ČLS JEP rozhodl udělit garanci České onkologické společnosti těm pracovištím, která naplňují přijatá odborná kriteria Komplexního onkologického centra nebo Komplexní onkologické skupiny a pomohou také spoluvytvářet síť

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

onkologických služeb v regionech ve spolupráci s menšími odděleními nebo ambulancemi zúčastněnými na onkologické péči. V České republice máme nyní pojmenovaných 17 komplexních onkologických center pro solidní nádory dospělých vázaný na velké krajské a fakultní nemocnice a resortní onkologický ústav, 1 komplexní onkologickou skupinu s podílem několika velkých nemocnic, 6 hematoonkologických center a 2 centra pediatrické onkologie. Těmito 26 pracovišti je republika dobře vykryta i geograficky, takže nikdo z občanů by neměl být znevýhodněn místem bydliště ani možností výběru. V těchto centrech se koncentruje moderní technologie pro diagnostiku a léčbu nádorů, onkologický výzkum, ověřování nových metod, informační služby veřejnosti i specializační vzdělání ve větší míře než je tomu ve všeobecných nemocnicích.(44, 5, 1)

U nás je takto nejvíce koncipovaným ústavem jen Masarykův onkologický ústav (MOÚ) v Brně. Je specializovaným onkologickým centrem s nadregionální působností, jediný svého druhu v České republice. Na jednom místě jsou zde soustředěny všechny nezbytné medicínské obory pro zajištění komplexní onkologické péče, která zahrnuje prevenci, epidemiologii, diagnostiku, jednotlivé modality protinádorové léčby, rehabilitaci. Jeho pracovníci se také zaměřují na vědecko-výzkumnou činnost včetně základního výzkumu. Je to pracoviště s pre- i postgraduální výukou lékařů a zdravotníků a s osvětovou činností zaměřenou na širokou veřejnost. (8)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl

Cílem bakalářské práce je zjistit spolupráci sester s ostatními členy komplexního onkologického týmu u pacientů na vybraných onkologických odděleních.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 – Sestry shledávají dobrou vzájemnou spolupráci s lékařem, jakožto jedním z členů onkologického komplexního týmu.

Hypotéza 2 - Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a klinickým psychologem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.

Hypotéza 3 – Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a duchovním při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.

Hypotéza 4 – Na onkologických oddělení neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a sociálním pracovníkem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.

Hypotéza 5 – Na onkologických odděleních existuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a nutričním terapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.

Hypotéza 6 – Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3. Metodika

3.1 Použité metody

Při sběru dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika sběru dat strukturovaný dotazník. Anonymní dotazník obsahoval 26 otázek. Z celkového počtu otázek bylo 13 otázek uzavřených, 10 otázek polootevřených, které sloužily k doplnění dalších skutečností nebo vlastních názorů sestry a 3 otázky otevřené.

První 4 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru. Otázky 5, 6 byly zaměřeny na vědomosti sestry o multidisciplinárním onkologickém týmu a spolupráci. Otázka 7 zkoumala názor sestry na důležitost vzájemné spolupráce členů týmu zajišťující komplexní přístup. Otázky 8 – 16 se vztahovaly k daným hypotézám. Otázky 17 a 18 zjišťovaly, zda rodina má být členem týmu z pohledu sestry a jak často se sestra snaží s rodinou navázat kontakt. Otázky 19 – 24 doplňovaly informace ke stanovenému cíli, zaměřovaly se na začlenění sestry do týmu. Poslední otázky 25 a 26 zjišťovaly, jak hodnotí sestry spolupráci se členy týmu.

Výzkum byl proveden během měsíce března a dubna 2007 na vybraných onkologických odděleních po celé České republice.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

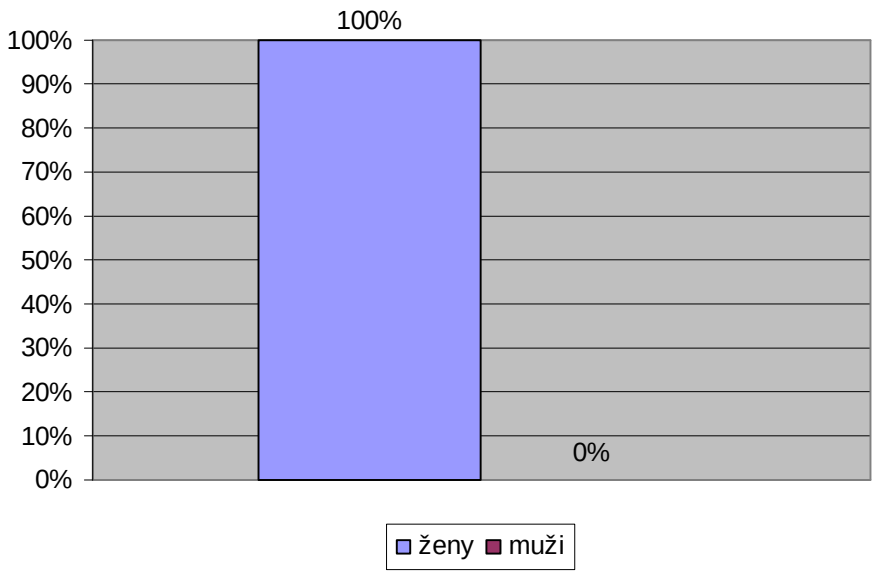
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na onkologickém, hematologicko-onkologickém a radiačním oddělení. Výzkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, Krajské nemocnici Liberec, Masarykově nemocnici Ústní nad Labem, v Nemocnici s poliklinikou Chomutov, Fakultní nemocnici Plzeň- onkologické oddělení a hematologicko-onkologické oddělení, Fakultní nemocnici v Motole, Fakultní nemocnici na Bulovce, Fakultní Thomayerově nemocnici, v Nemocnici České Budějovice, a.s., Krajské nemocnici T. Bati a.s. Zlína a v Nemocnici Cheb.

Celkem bylo rozdáno 185 dotazníků. Ze 147 dotazníků, které se vrátily, muselo být 12 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky výzkumu byly tedy zpracovány na základě 135 zcela kompletně vyplněných dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla tedy 73 %.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4. Výsledky

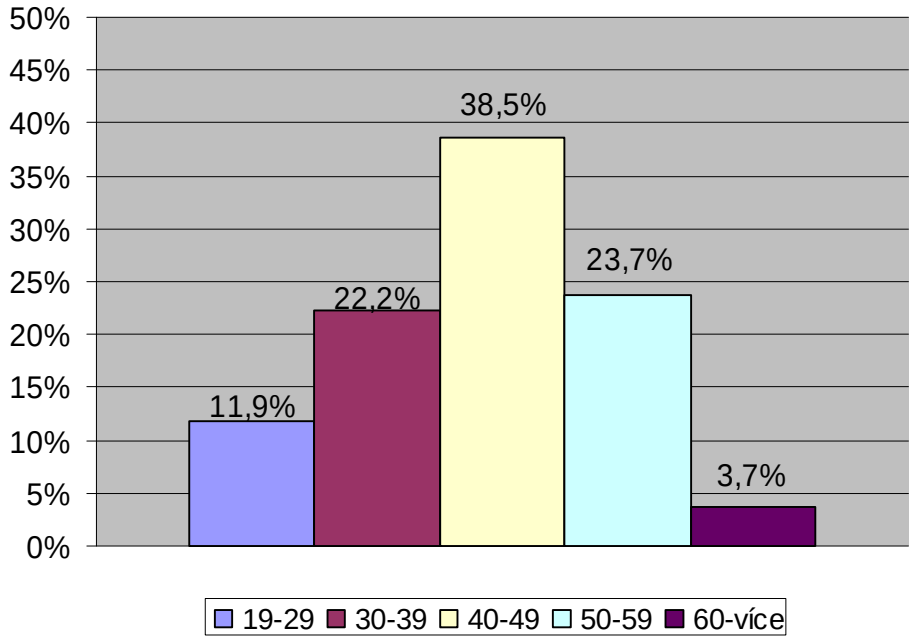
Graf 1 Pohlaví respondentů (otázka č. 1)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů se zúčastnilo dotazníkového šetření 135 (100 %) žen a žádný muž.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

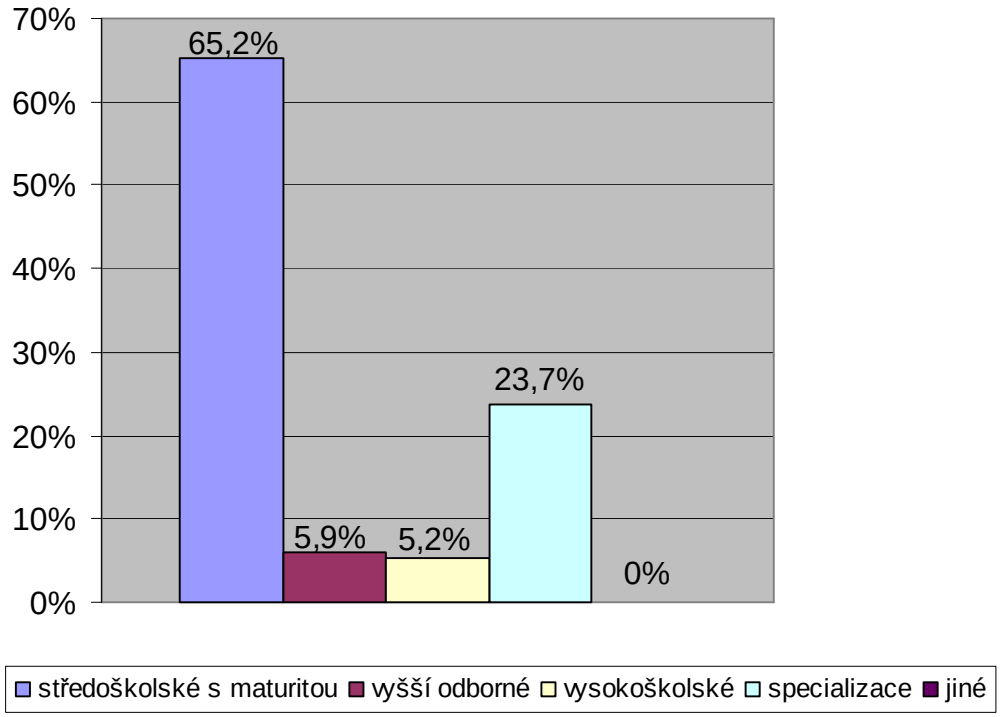
Graf 2 Věkové kategorie respondentů (otázka č. 2)



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 16 (11,9 %) respondentů ve věkové kategorii 19-29 let, 30 (22,2 %) respondentů ve věku 30-39 let, 52 (38,5 %) respondentů ve věku 40-49 let, 32 (23,7 %) respondentů ve věkové kategorii 50-59 let a 5 (3,7 %) respondentů bylo ve věku 60- více let.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

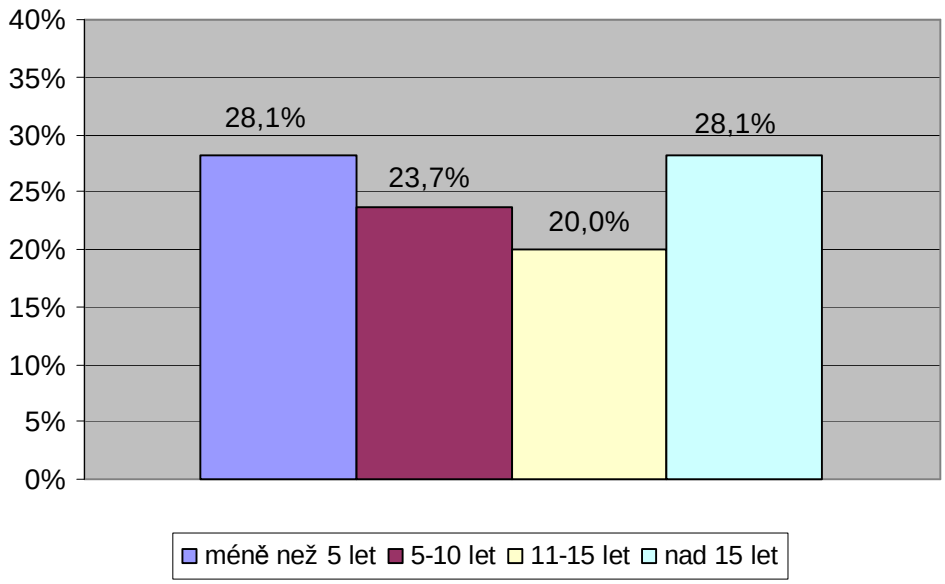
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání (otázka č. 3)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 88 (65,2 %) respondentů, že mají středoškolské vzdělání s maturitou, 8 (5,9 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 7 (5,2 %) respondentů vysokoškolské vzdělání, 32 (23,7 %) respondentů uvedlo specializaci a žádný z dotazovaných respondentů neuvedl jiné vzdělání.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

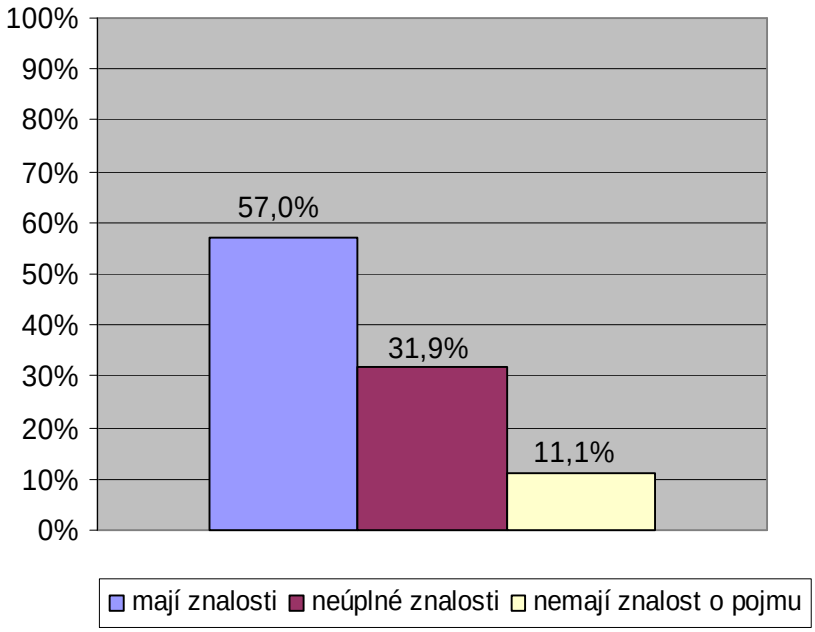
Graf 4 Doba praxe v oboru onkologie (otázka č. 4)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů odpovědělo 38 (28,1 %) respondentů, že pracuje v oboru onkologie méně než pět let, 32 (23,7 %) respondentů pracuje v oboru onkologie 5-10 let, 27 (20 %) respondentů odpovědělo 11-15 let a nad 15 let pracuje v oboru onkologie 38 (28,1 %) respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

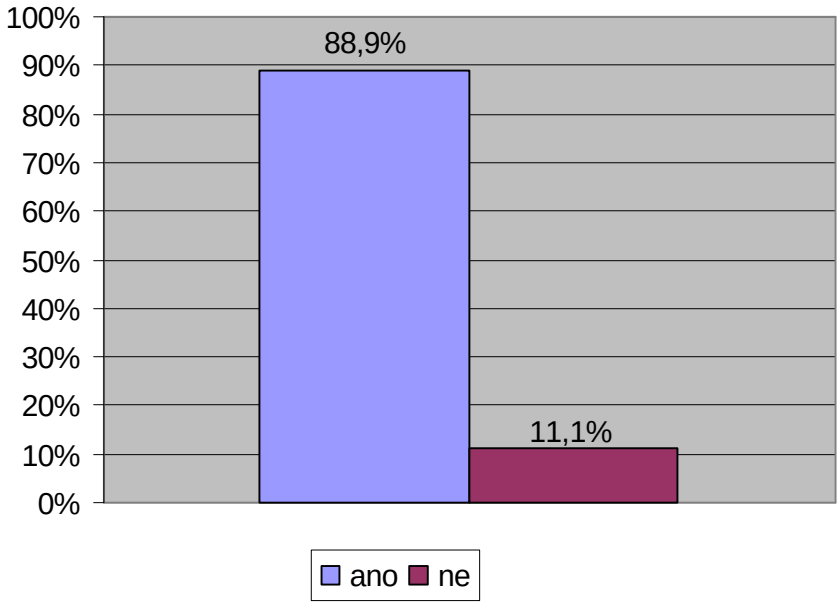
Graf 5 Znalost sester o pojmu multidisciplinární spolupráce (otázka č. 5)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů správně vysvětlilo pojem multidisciplinární spolupráce 77 (57 %) respondentů, 43 (31,9 %) respondentů má neúplné znalosti o pojmu multidisciplinární spolupráce a 15 (11,1 %) respondentů tento termín neumí vysvětlit.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

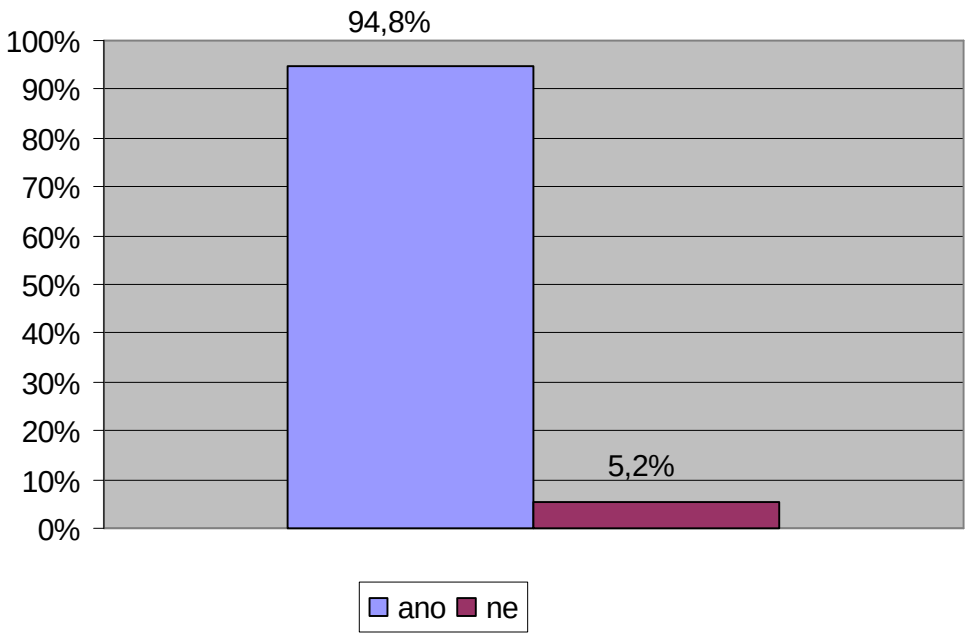
Graf 6 Znalost sester o složení onkologického týmu (otázka č. 6)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů, si myslí 120 (88,9 %) respondentů, že ví jaké je složení onkologického týmu a 15 (11,1 %) respondentů uvedlo, že neví z jakých členů se skládá onkologický tým.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

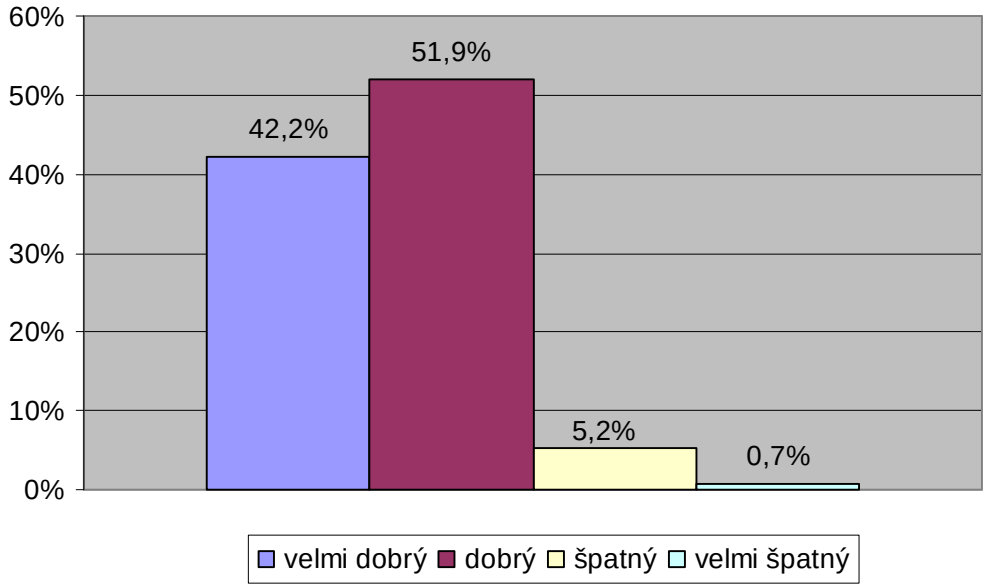
Graf 7 Pohled sestry na důležitost vzájemné spolupráce členů zajišťující komplexní přístup (otázka č. 7)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 128 (94,8 %) respondentů, že vzájemná spolupráce všech členů týmu zajistí komplexní přístup k nemocnému a 7 (5,2 %) respondentů si myslí, že nezajistí.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

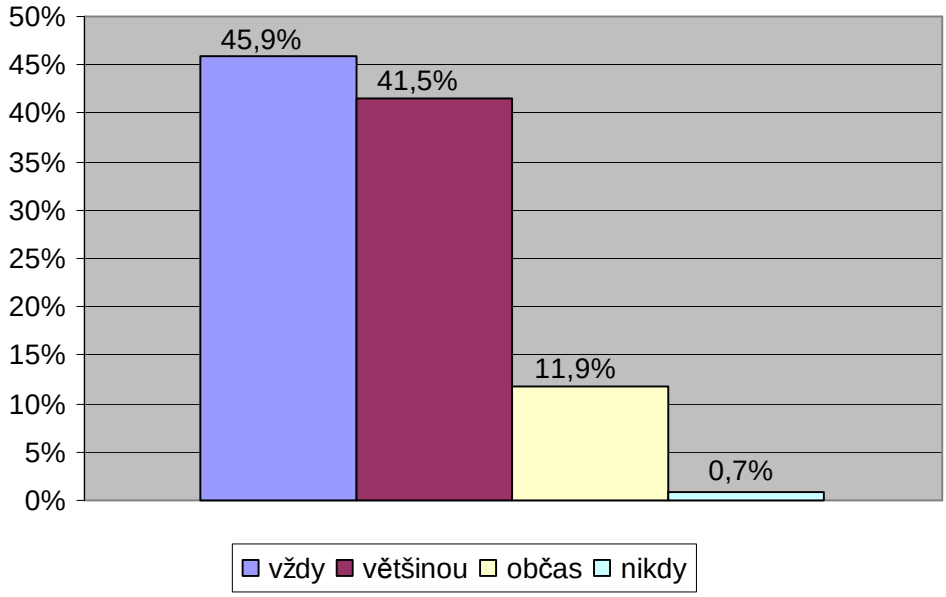
Graf 8 Spolupráce setry s lékařem (otázka č. 8)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů hodnotí spolupráci s lékařem 57 (42,2 %) respondentů jako velmi dobrou, 70 (51,9 %) respondentů jako dobrou, 7 (5,2 %) respondentů jako špatnou a 1 (0,7 %) respondent si myslí, že spolupráce s lékařem je velmi špatná.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

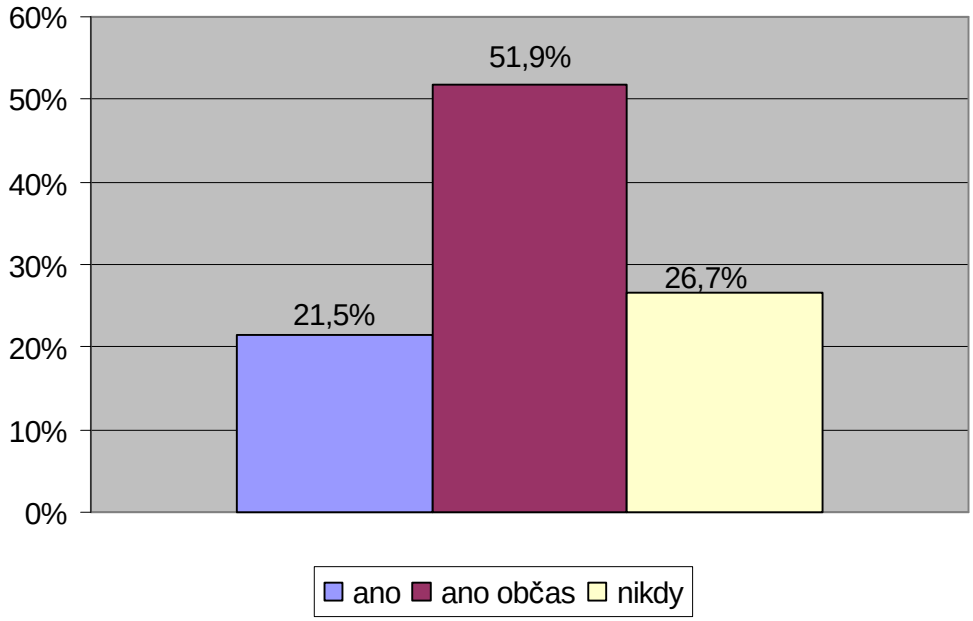
Graf 9 Názor sestry na ochotu lékaře (otázka č. 9)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 62 (45,9 %) respondentů, že lékař byl ochotný si promluvit vždy, když se vyskytl jakýkoliv problém, 56 (41,5 %) respondentů uvedlo, že většinou byl ochotný, občas uvedlo 16 (11,9 %) respondentů a 1 (0,7 %) respondent uvedl, že lékař nebyl ochotný nikdy.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

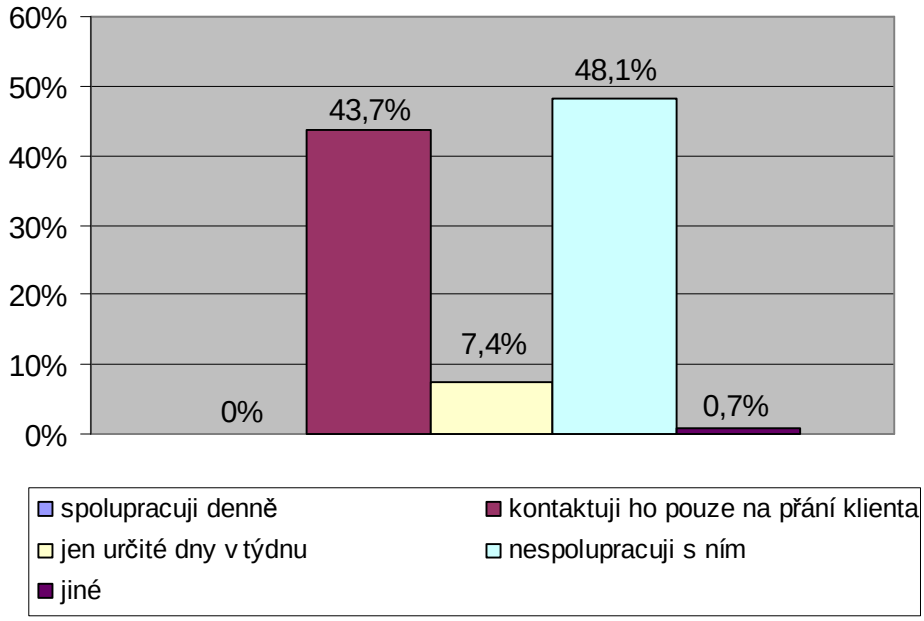
Graf 10 Spolupráce sestry s klinickým psychologem (otázka č. 10)



Z celkového počtu 135 respondentů uvedlo 29 (21,5 %) respondentů, že spolupracuje s klinickým psychologem pravidelně, 70 (51,9 %) respondentů uvedlo, že s ním spolupracuje pouze občas a 36 (26,7 %) respondentů nikdy s klinickým psychologem nespolupracuje.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

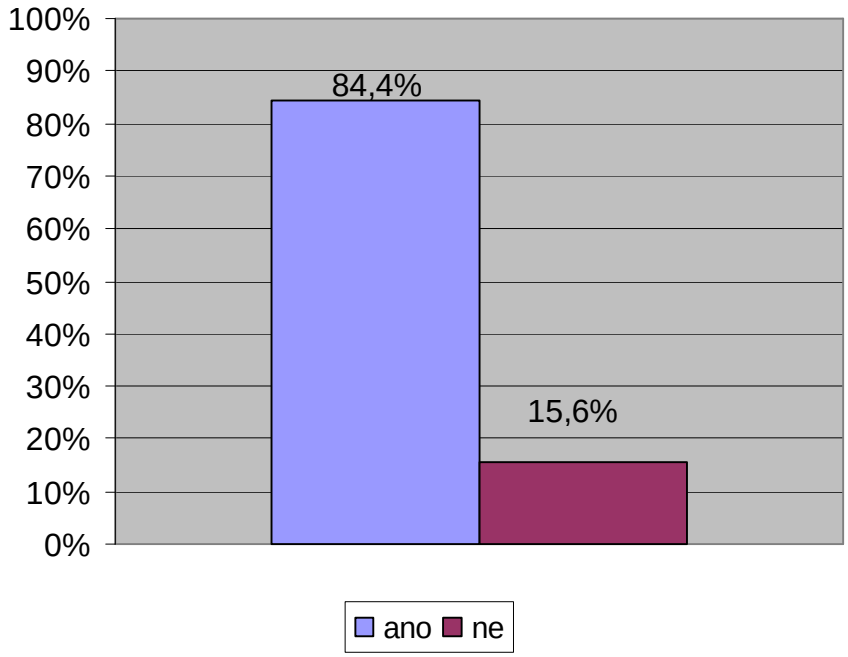
Graf 11 Četnost spolupráce sester s duchovním pracovníkem (otázka č. 11)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 59 (43,7 %) respondentů, že kontaktuje duchovního pracovníka pouze na přání klienta, 65 (45,9 %) respondentů s duchovním pracovníkem nespolupracuje vůbec, 10 (7,4 %) respondentů spolupracuje s duchovním pracovníkem jen určité dny v týdnu, 1 (0,7 %) respondent uvedl, že duchovního pracovníka si zajišťuje rodina a denně nespolupracuje s duchovním pracovníkem žádný z respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

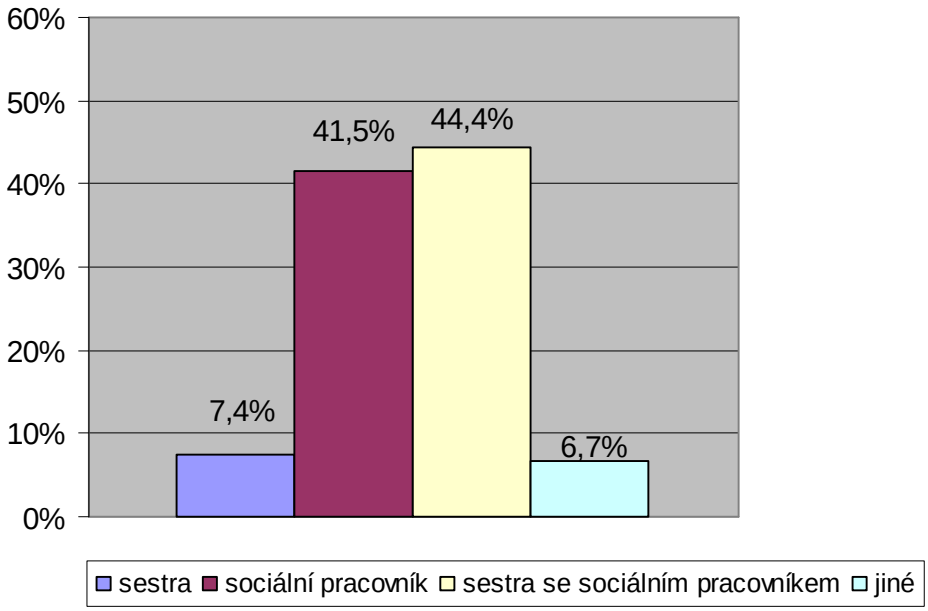
Graf 12 Spolupráce sestry se sociálním pracovníkem (otázka č. 12)



Z celkového počtu 135 (100 %) uvedlo 114 (84,4 %) respondentů, že spolupracují se sociálním pracovníkem, 21 (15,6 %) respondentů se sociálním pracovníkem nespolupracuje.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

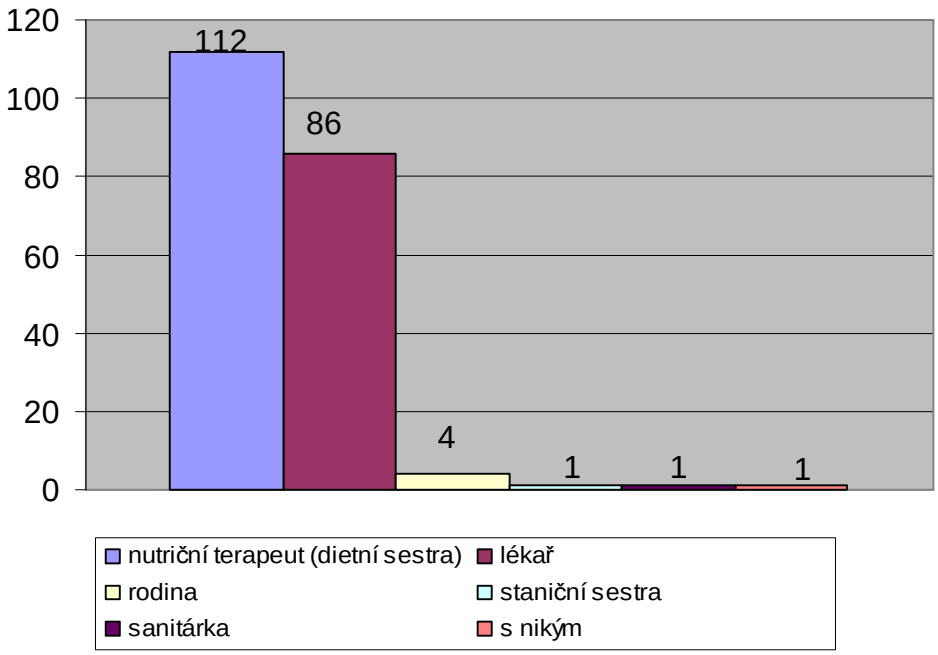
Graf 13 Osoby zajišťující následnou péči (otázka č. 13)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů 10 (7,4 %) respondentů odpovědělo, že následnou péči po propuštění zajišťuje sestra, 56 (41,5 %) respondentů odpovědělo, že sociální pracovník, 60 (44,4 %) respondentů odpovědělo, že následnou péči zajišťuje sestra spolu se sociálním pracovníkem a 9 (6,7 %) respondentů uvedlo jiné osoby, mezi nimiž byla převážně rodina.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

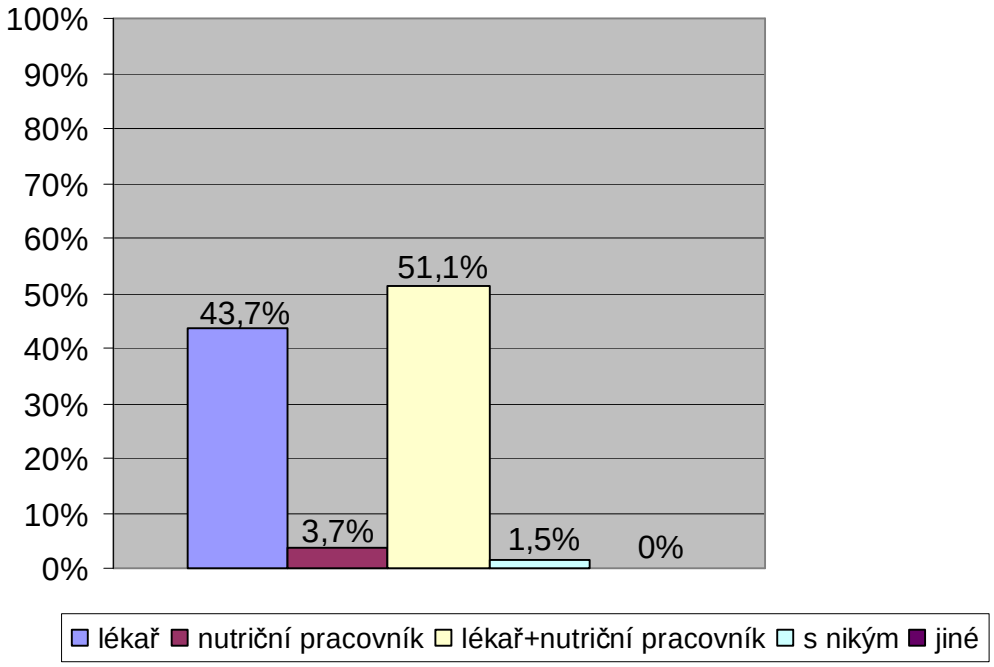
Graf 14 Spolupráce sestry s osobami zajišťující výživu (otázka č. 14)



Otázka č. 14 byla otevřená. Z celkového počtu 205 odpovědí byl ve 112 případech uveden nutriční terapeut (dietní sestra) jako nejčastější osoba spolupracující se sestrou pří zjišťování stavu výživy, 86 respondentů uvedlo lékaře, 4 respondenti uvedli rodinu, 1x byla zmíněna staniční sestra, 1x sanitárka a 1 respondent uvedl, že při hodnocení stavu výživy s nikým nespolupracuje.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

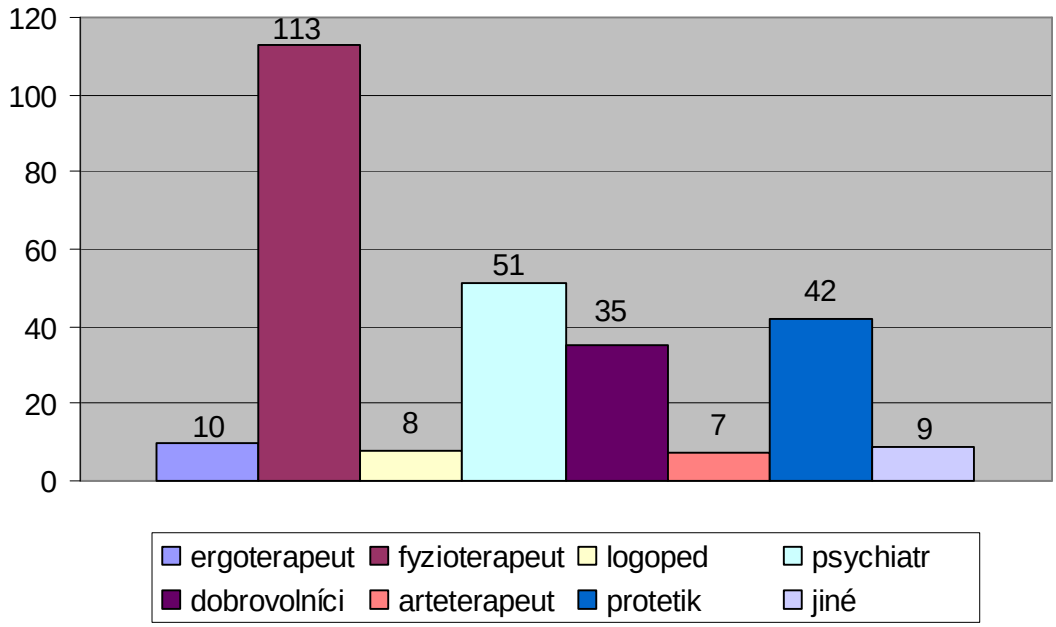
Graf 15 Osoby, s kterými sestra konzultuje změnu nutričního stavu (otázka č. 15)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů konzultuje 59 (43,7 %) respondentů změnu nutričního stavu s lékařem, se samotným nutričním pracovníkem 5 (3,7 %) respondentů, 69 (51,5 %) respondentů odpovědělo, že při změně spolupracuje jak s nutričním pracovníkem, tak s lékařem, 2 (1,5 %) respondenti nekonzultují změnu výživy pacienta s nikým a žádný z dotazovaných neuvedl jiné osoby.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

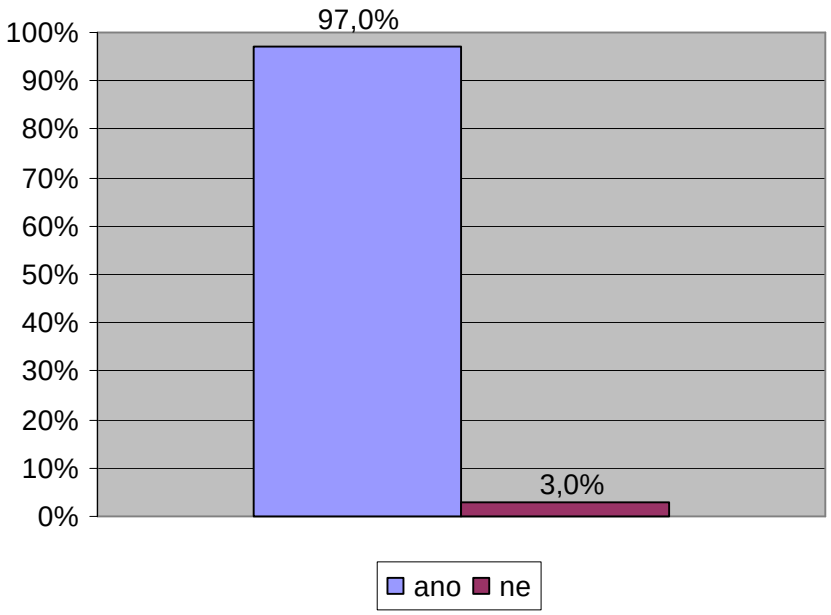
Graf 16 Spolupráce sestry s dalšími odborníky (otázka č. 16)



Na otázku č. 16 mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 275 odpovědí uvedlo 10 respondentů, že spolupracuje s ergoterapeutem, 113 respondentů s fyzioterapeutem, 8 respondentů spolupracuje s logopedem, 51 respondentů uvedlo psychiatra, 35 respondentů dobrovolníky, 7 respondentů arteterapeuta, 42 respondentů spolupracuje s protetikem a 9 respondentů, kteří označili možnost jiné, spolupracují se stoma sestrou.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

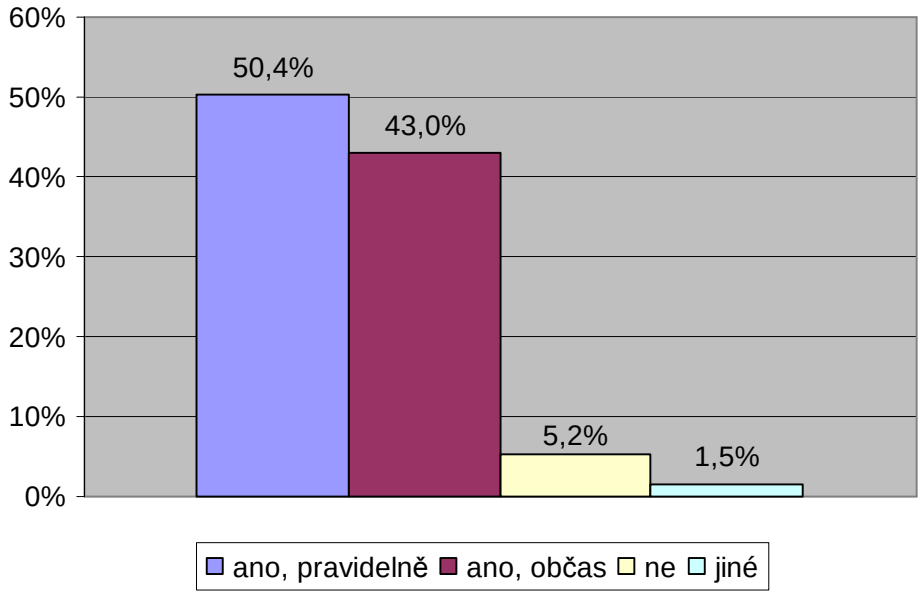
Graf 17 Názor sestry na začlenění rodiny do týmu (otázka č. 17)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 131 (97 %) respondentů, že rodina se má stát členem týmu pečujícího o nemocného a 4 (3 %) respondenti si myslí, že ne.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

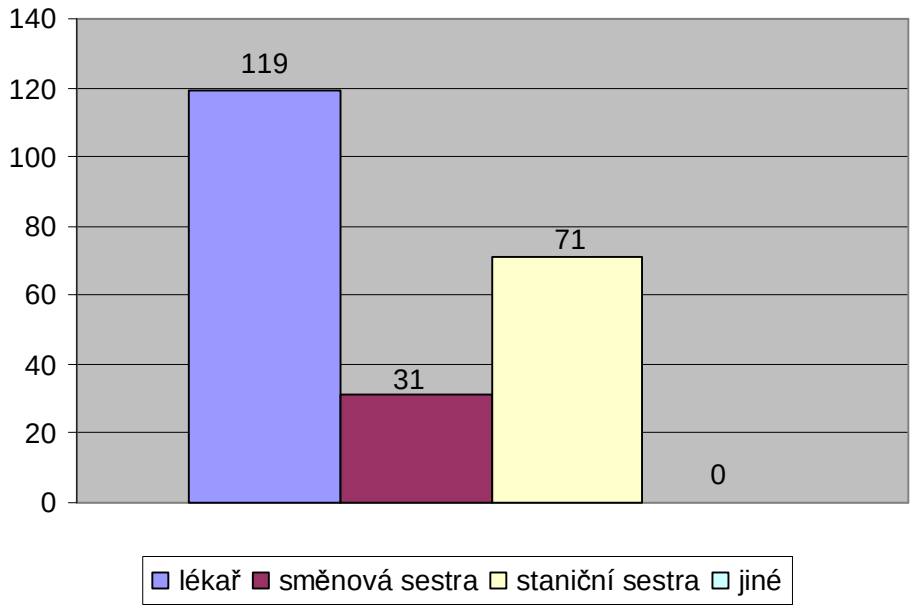
Graf 18 Snaha sestry o kontakt s rodinou (otázka č. 18)



Z celkového počtu 135 (100 %) uvedlo 68 (50,4 %) respondentů, že se snaží kontaktovat rodinu pravidelně, 58 (43 %) respondentů se snaží pouze občas, o kontakt s rodinu nemá zájem 7 (5,2 %) respondentů a 2 (1,5 %) respondenti si vybrali jiné možnosti, kde uvedli, že o kontakt s rodinou se snaží podle diagnózy pacienta nebo až po posouzení rodinných poměrů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

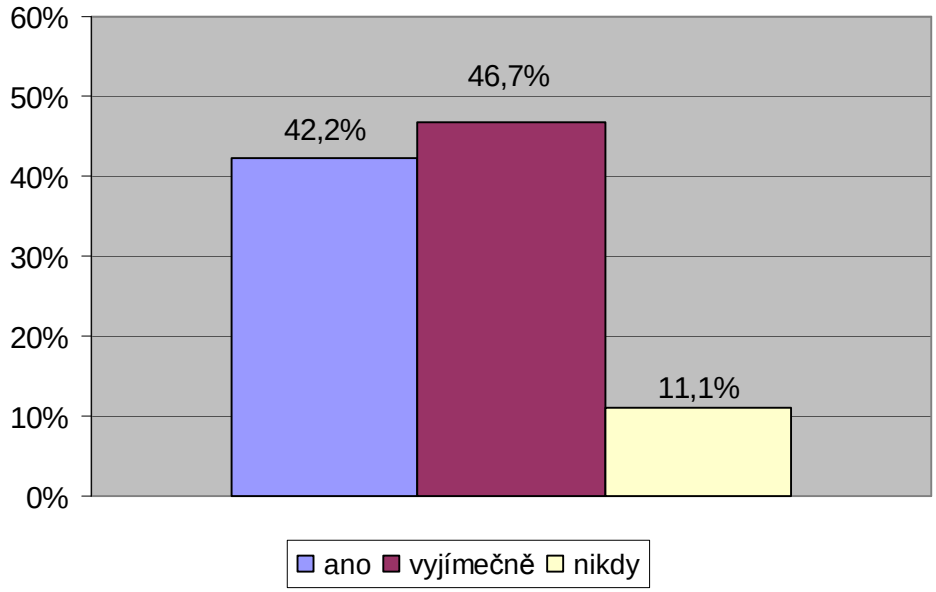
Graf 19 Osoba kontaktující odborníky jiných profesí (otázka č. 19)



U otázky č. 19 mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 221 odpovědí uvedlo 119 respondentů, že odborníky v případě potřeby jejich služby kontaktuje lékař, 31 respondentů uvedlo směnovou sestru, 71 respondentů staniční sestru a žádný s respondentů nezvolil možnost jiné.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

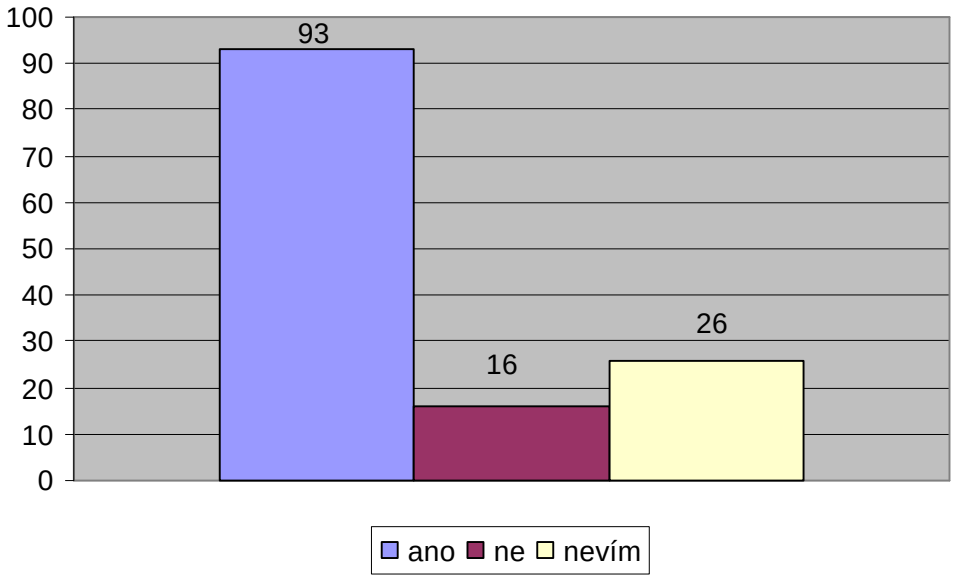
Graf 20 Začlenění sester do diskuzí na vizitách (otázka č. 20)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů odpovědělo 57 (42,2 %) respondentů, že jsou vždy zapojeni do diskuzí na vizitách, 63 (46,7 %) respondentů odpovědělo, že jsou vyzváni k zapojení do diskuzí pouze výjimečně a 15 (11,1 %) respondentů není zapojeno nikdy.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

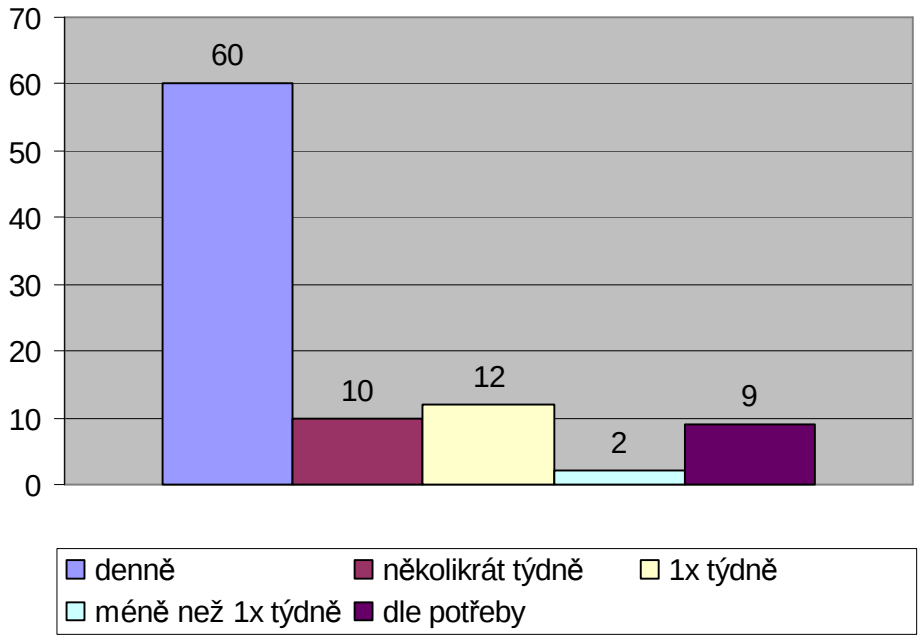
Graf 21 Počet sester znající schůzky členů týmu (otázka č. 21)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 93 (68,9 %) respondentů, že členové mají pravidelné schůzky, 16 (11,9 %) respondentů uvedlo, že členové nemají schůzky a 26 (19,3 %) respondentů neví.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

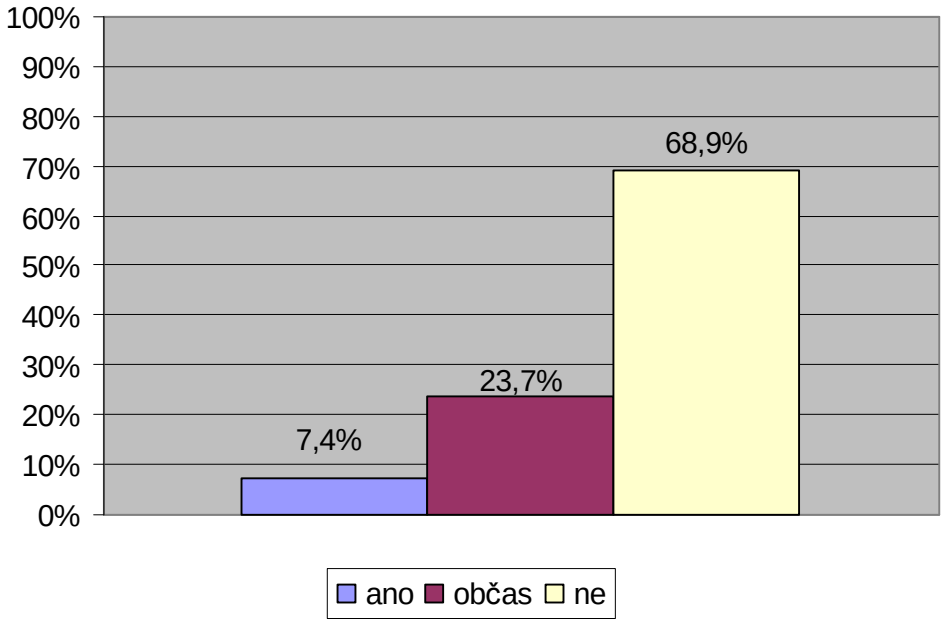
Graf 22 Četnost schůzek členů týmu (otázka č. 22)



Z celkového počtu 93 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že členové týmu mají pravidelné schůzky, odpovědělo 60 respondentů, že se členové týmu scházejí denně, 10 respondentů odpovědělo méně než 1x týdně, 12 respondentů 1x za týden, 2 respondenti méně než 1x za týden a dle potřeby odpovědělo 9 respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

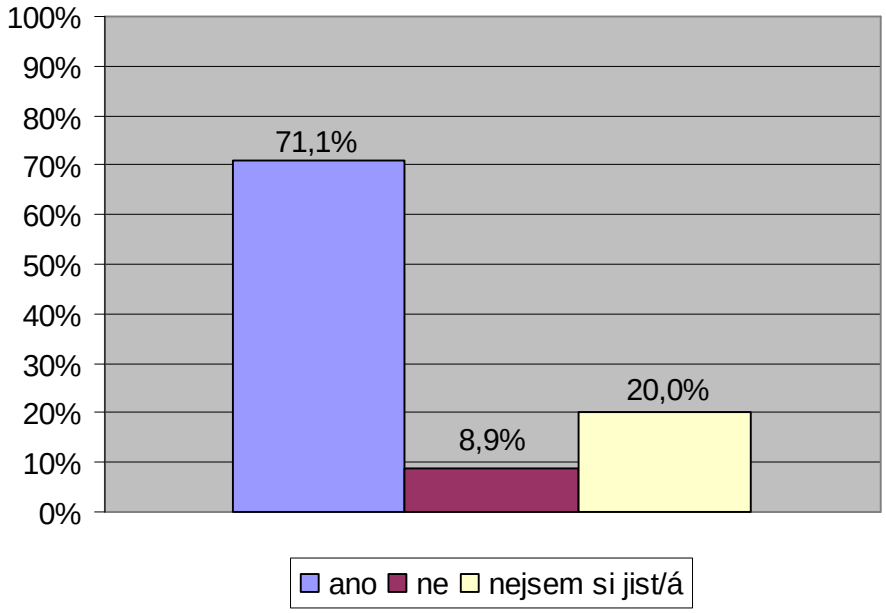
Graf 23 Přítomnost sester na schůzkách (otázka č. 23)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů se zúčastňuje 10 (7,4 %) respondentů pravidelně schůzek členů týmu, 32 (23,7 %) respondentů pouze občas a schůzek členů týmu se nezúčastňuje 93 (68,9 %) respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

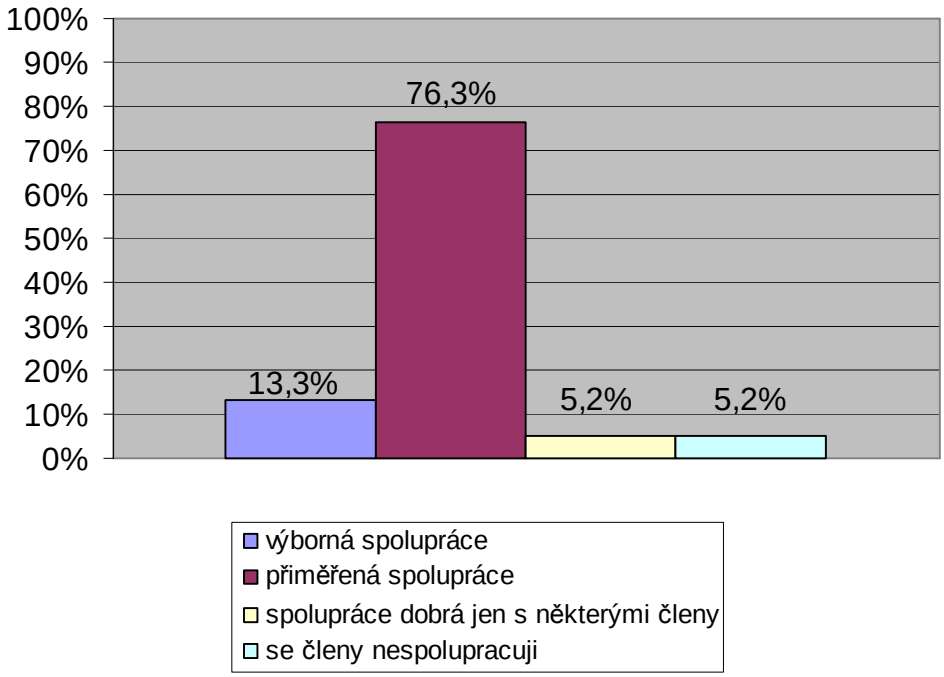
Graf 24 Znalost sestry o vedoucím onkologického týmu (otázka č. 24)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů uvedlo 96 (71,1 %) respondentů, že mají na oddělení stanoveného vedoucího týmu, 12 (8,9 %) respondentů uvedlo, že nemají a není si zcela jistých 27 (20 %) respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

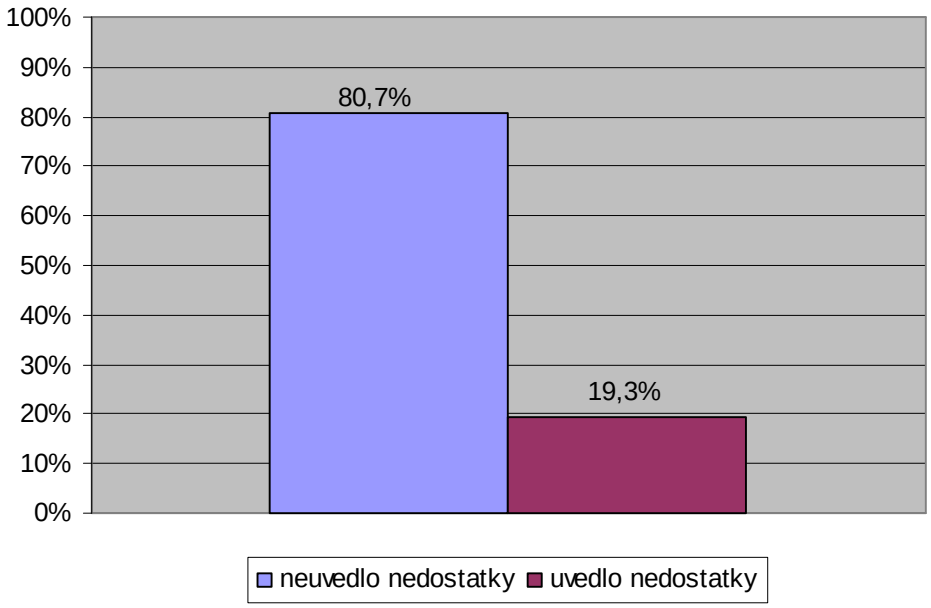
Graf 25 Názor sester na celkovou spolupráci se členy týmu (otázka č. 25)



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů si myslí 18 (13,3 %) respondentů, že celková spolupráce se členy týmu je výborná, 103 (76,3 %) respondentů shledává spolupráci přiměřenou, 7 (5,2 %) respondentů uvádí, že spolupráce je dobrá jen s některými členy týmu a se členy týmu nespolupracuje 7 (5,2 %) respondentů.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

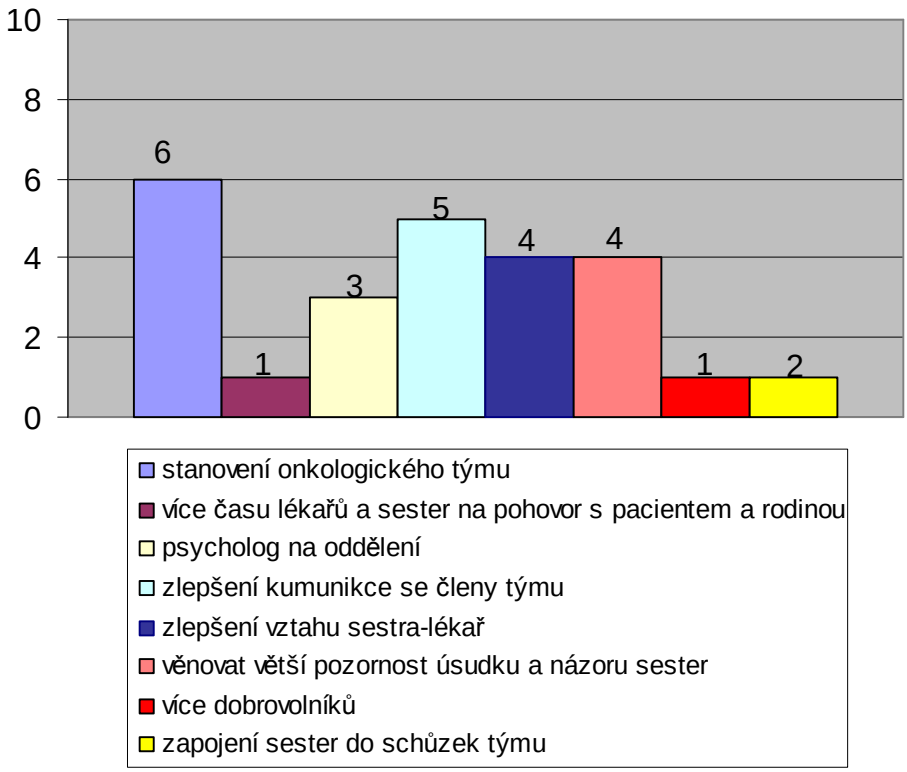
Graf 26 Počet sester uvádějící názor na nedostatky ve spolupráci (otázka č. 26)



Z celkového počtu 135 (100%) respondentů neuvedlo 109 (80,7 %) respondentů svůj názor na nedostatky ve spolupráci a 26 (19,3 %) respondentů nedostatky ve spolupráci uvedlo.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Graf 27 Návrhy ze strany sester odstraňující nedostatky ve spolupráci se členy týmu (otázka č. 26)



Z celkového počtu 26 respondentů, kteří se vyjádřili k nedostatkům ve spolupráci se členy týmu, uvedlo 6 respondentů, že by si přáli stanovit onkologický tým, 1 respondent si přeje více času lékařů a sester na pohovor s pacientem a rodinou, 3 respondenti uvedli přání mít psychologa na oddělení, 5 respondentů uvedlo zlepšení komunikace se členy týmu, 4 respondenti si přejí zlepšit vztah sestra-lékař, 4 respondenti by věnovali větší pozornost úsudku a názoru sester, 1 respondent si přeje dobrovolníky na oddělení a 2 respondenti by chtěli být zapojeni do schůzek týmu.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

5. Diskuse

V diskusi hodnotím výsledky získané z vyhodnocených dotazníků určeným sestrám pracujících na onkologickém oddělení. Výzkumný soubor tvořilo 135 sester pracující na onkologických odděleních po celé České republice. Spolupráce byla složitá, neboť zajistit návratnost dotazníků rozdaných po celé České republice, byl náročný úkol.

Ve své práci jsem se snažila zjistit, jaká je spolupráce sestry s ostatními členy komplexního onkologického týmu u pacientů na vybraných onkologických odděleních.

V úvodu diskuse se zabývám výsledky dotazníkového šetření týkající se charakteristiky zkoumaného souboru. Z výsledků vyplývá, že na onkologických odděleních jsou zaměstnány sestry různé věkové kategorie. Nejvyšší počet činí sestry ve věku mezi 40-49 lety (38,5 %). Nejnižší zastoupení mají sestry přesahující věkovou hranici 60 let (3,7 %). Ani sestry mladší věkové kategorie od 19-29 let příliš často v oboru onkologie nepracují. Domnívám se, že tento výsledek je zapříčiněn tím, že obor onkologie je v představách sester spjat s lidským strádáním, umíráním a psychickou náročností. Proto ve sféře onkologie vídáme spíše sestry vyšší věkové kategorie, mající předešlé zkušenosti. Někde nejsou na onkologická pracoviště přijímány mladší sestry záměrně, především ty co ještě nerodily (viz graf 2).

Nijak zvlášť není rozdílný ani výsledek týkající se počtu odpracovaných let v oboru onkologie. Na onkologických odděleních pracují sestry méně jak 5 let (23,7 %), tak i sestry s více než 15ti- letou praxí (28,1 %). Souhlasím s názorem Vorlíčka (40), že u sester, které pracují delší dobu v tak těžkých podmínkách jako je onkologie, by mohlo dojít k syndromu vyhoření. Proto by se sestry, které pracují v onkologii již několik let, měly naučit odpočívat, relaxovat, vést spokojený osobní život a především být smířené s vlastní smrtelností a naučit se zvládat nepřetržité stresové situace. Důležitou prevencí syndromu vyhoření je také supervize, která ovšem ve zdravotnictví často chybí (viz graf 4).

Další otázka zkoumající identifikační údaje sester byla zaměřena na vzdělání. Většina sester uvedla, že má pouze středoškolské vzdělání (62,5 %). Specializační

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

studium uvedlo 23,7 % sester a pouze 7 (5,2 %) sester má vysokoškolské vzdělání. Myslím si, že vysokoškolských sester bude přibývat v souvislosti s vydáním zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění, který nahradil studijní obor všeobecná sestra oborem zdravotní asistent na všech středních zdravotnických školách v celé České republice. Tím dochází k rozšíření počtu bakalářských a magisterských oborů a sestry budou chtít nadále studovat. Vysokoškolsky vzdělaná sestra bude podle mého názoru pro obor onkologie velkým přínosem (viz graf 3).

Následujícími otázkami zkoumám vědomosti sester o multidisciplinární spolupráci a onkologickém týmu. V otázce č. 5 jsem se ptala sester, zda umí vysvětlit pojem multidisciplinární spolupráce. Odpovědi jsem si rozdělila do tří kategorií. Do první kategorie spadají sestry mající znalosti o pojmu multidisciplinární spolupráce (57 %). Do kategorie neúplných znalostí bylo zařazeno 31,9 % sester, které sice umí vysvětlit tento pojem, ale představují si pod ním pouze spolupráci lékařů různých oborů a opomíjejí velmi důležité postavení psychologických, sociálních a dalších odvětví v rámci multidisciplinárního týmu. Je pochopitelné, že sestry pracující na onkologických pracovištích, kde je již komplexní onkologický tým plnohodnotně využíván, mají větší znalosti o pojmu multidisciplinární spolupráce. Příkladem takového pracoviště je Masarykův onkologický ústav v Brně. Přikláním se k názoru Duškové (7), která ve své bakalářské práci uvádí, že řada psychosociálních intervencí lze aplikovat i v jiných nemocnicích, kde je onkologické oddělení jedno z mnoha dalších. Tedy nejen ve specializovaných onkologických center, kterým MOU zajisté je (viz graf 5).

V otázce č. 6 jsem se setkala s podobným případem jako v otázce předešlé. Drtivá většina sester (88,9 %) uvedla, že ví s kterých členů se onkologický tým skládá. Ale i zde převážná část sester myslela pouze spolupráci mezi lékaři různých oborů, jako je onkolog, chirurg, gynekolog, patolog, radiolog, atd. (viz graf 6). Největší výhradu bych měla k samotným sestrám, neboť jen malý počet z nich uvedlo, že mezi členy onkologického týmu patří také ony. Jak se již zmiňuji v teoretické části jsou to právě sestry, které by měly v týmu sehrávat primární úlohu, neboť jsou nejčastější osobou setkávající se s nemocným. Přestože spolupráce v multidisciplinárním týmu má

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

v různých zemí dosud odlišný charakter, zaujal mě irský model multidisciplinární spolupráce, který byl zmíněn na Odborné konferenci s mezinárodní účastí v Brně na téma „Multidisciplinární tým“ (17). Tento model vidí sestru jako případovou sestru, která sama sestavuje na základě anamnézy multidisciplinární tým, se kterým společně vypracuje ošetřovatelský plán. Tato skupina odborníků je sestavena podle řešení zdravotních a sociálních problémů nemocného, které jsou pro něj důležité. Líbí se mi, jak je v tomto modelu na sestru nahlíženo a domnívám se, že tímto by si sestra byla jistá svou pozicí a kompetencemi v týmu a nedošlo by k opomenutí její klíčové a nezastupitelné role.

Následovaly otázky vztahující se ke spolupráci sestry s jednotlivými členy týmu. Otázka č. 8, která zkoumala vztah lékaře a sestry s hlediska spolupráce, zjistila výsledky, které mě zároveň potěšily. Celých 51,9 % sester uvedlo, že spolupráce s lékařem je dobrá a 42,2 % sester si dokonce myslí, že výborná (viz graf 8). Podobné výsledky vyplynuly i z otázky č. 9, která mapovala ochotu lékaře mluvit se sestrou při vyskytnutí jakéhokoliv problému, 45,9 % sester odpovědělo, že lékaři jsou ochotní promluvit si vždy a 41,5 % sester uvedlo ve většině případů (viz graf 9). Myslím si, že na tomto výsledku se podílí převážně to, že lékaři jsou denně přítomni na odděleních a pro sestru jsou tedy nejviditelnějšími členy týmu, se kterým se každý den setkávají a mají možnost konzultace. Ze zjištěných výsledků se domnívám stejně jako Bártlová (3), že spolupráce sestry a lékaře začíná být na úrovni rovnoprávných vztahů, neboť přibližováním se České republiky k vyspělým evropským státům přináší změnu postojů ve vztahu lékař-sestra. Lékaři přestávají vnímat sestru jako odborně jim podřízenou pomocnici, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace, ale vytvářejí vyvážený vztah, který přispívá k lepší kvalitě poskytované péče. I přesto se stále najdou lékaři, kteří se nejspíš cítí ohroženi rozvojem moderního ošetřovatelství a chovají k němu tedy nízký respekt, a tím i k sestrám, neboť 7 sester uvedlo, že spolupráce s lékařem je špatná a dokonce 16 sester si myslí, že lékaři jsou ochotní pouze občas. Tyto negativní odpovědi sester nemusejí být ale vždy chybou lékaře, protože lékařské povolání s sebou nese spoustu práce, málo času, hodně administrativních úkolů a vytíženost se projeví na vzájemné spolupráci sestry s lékařem. Což by také mohlo vysvětlit, proč v otázce č. 26

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

sestry uvádějí, že si přejí zlepšit vztah s lékařem (viz graf 27). *Tyto otázky dopomohly k potvrzení první hypotézy, ve které jsem předpokládala, že sestry shledávají dobrou vzájemnou spolupráci s lékařem, jakožto jedním z členů komplexního onkologického týmu.*

Posléze jsem zjišťovala spolupráci sestry s klinickým psychologem. Pouze 21,5 % sester uvedlo, že s klinickým psychologem spolupracují pravidelně. Tento výsledek se mi zdá příliš nízký ve srovnání s tím, jaké psychické problémy onkologické onemocnění pacientům přináší. Nemocný člověk se ocitá v nové, jemu neznámé situaci. Přichází o věci, které pro něho byly důležité, na kterých často celý život pracoval. Ztrácí životní jistoty, své soukromí, životní rytmus, práci i volnost pohybu. Místo toho nastupuje bolest, slabost, obavy. Má právo reagovat na novou situaci agresí, úzkostí, depresí, zmatkem i poruchami chování. Proto pacienti potřebují sestru, jež bude na danou situaci připravená, a předem zajistí vhodnou formu pomoci a opory, kterou kompletně docílí převážně spoluprácí s vhodným odborníkem. Dalších 51,9 % sester v této otázce uvedlo, že s psychologem spolupracují občas a 26,7 % nikdy (viz graf 10). Tento počet je alarmující. I přesto, že dobrá sestra představuje pro pacienta nezastupitelnou pomoc v psychické oblasti, domnívám se že ve spolupráci s psychologem by byly postihnuty lépe veškeré psychické aspekty potřeb nemocného, neboť klinický psycholog má kvalifikované vzdělání přímo zaměřené na tuto oblast. *Po zhodnocení těchto odpovědí se potvrdila druhá hypotéza, která předpokládala, že na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a klinickým psychologem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.* Tuto hypotézu potvrzuje definitivně i to, že sestry si přejí, aby se stal psycholog součástí oddělení (viz graf 27).

V otázce č. 11 jsem zkoumala, jak často spolupracuje sestra s duchovním pracovníkem. Výsledky pro mě nebyly velkým překvapením, neboť si myslím stejně jako Mašát (21), který uvádí, že slovo „spirituální“ se v poslední době stalo módním pojmem a i přesto je v českých nemocnicích často opomíjeno. Celých 48,1 % sester uvedlo, že s duchovním pracovníkem nikdy nespolupracuje a pouze 43,7 % sester by duchovního pracovníka kontaktovalo na přání klienta. Samy sestry často dodávaly, že se

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

s podobným přáním ze strany pacienta ještě nesetkaly. Sestra by měla ale vědět, že duchovní svět patří k člověku stejně jako jeho psychika a tělesnost, a proto má být i v této oblasti podle svých sil nápomocná. Pokud se sestra na podobnou oporu necítí dostatečně zralá, měla by aktivně nabídnout a zprostředkovat nemocnému pomoc duchovím pracovníkem. Netýká se to pouze pomoci v rámci víry v Boha, ale duchovní potřeby mají i lidé nevyznávající žádnou víru. Každý z nás se zabývá otázkami týkající se smyslu vlastního života a konáním, obzvlášť pak lidé s onkologickým onemocněním. Často si sestra ani duchovní stránku pacienta neuvědomí, i přesto, že by měla být zahájena péče o tuto oblast již v počátečním období při zjištění onkologické diagnózy. *Na základě zjištěných výsledků se potvrdila i třetí hypotéza, ve které jsem předpokládala, že na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a duchovním při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.*

Dalším výsledkem jsem byla překvapena, neboť 84,4 % sester uvedlo, že spolupracuje se sociálním pracovníkem. I následující otázka, ve které jsem zjišťovala, kdo zajišťuje následnou péči v případě její potřeby, mi potvrdila, že sestry spolupracují se sociálním pracovníkem (44,4 %). Další část sester (41,5 %) uvedla, že následnou péči zajišťuje pouze sociální pracovník (viz graf 12, 13) V tomto případě bych nemohla souhlasit s názorem Kůnové (41), která v knize *Paliativní medicína* uvádí, že sociální pracovníci nemají stále ještě tendenci svou práci prezentovat a prosazovat se. Bylo by žádoucí, kdyby se počet sester spolupracujících se sociálním pracovníkem i nadále zvyšoval, neboť společné působení a propojení těchto dvou oborů, by bylo hodnotným zdrojem sociální opory s možností, co nejdříve zachytit osoby vyžadující určitou psychosociální intervenci. *Výsledky této otázky nepotvrdily čtvrtou hypotézu, ve které jsem předpokládala, že na onkologických oddělení neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a sociálním pracovníkem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.*

Otázka č. 14 mapovala spolupráci sestry s osobami pečující o výživu nemocného. Tato otázka byla otevřená, nechala jsem sestry ať sami napíšou, s kterými odborníky při výživě spolupracují. Z celkového počtu 205 odpovědí uvedlo 112 sester, že spolupracují převážně s nutričním terapeutem. Do této skupiny jsem zařadila i menší

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

pročet sester, které uvedly, že spolupracují s dietní sestrou, neboť nutričním terapeutem byla dříve nazývána dietní sestra a v souvislosti s legislativními požadavky na toto studium, došlo ke změně vyplývající ze zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a dále z vyhlášky č. 424/2004 Sb. v platném znění, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Velký počet sester (86) uvedlo, že spolupracují s lékařem. Dokonce 1 sestra odpověděla, že spolupracuje se sanitárkou. Odůvodnila bych to tím, že často jsou to právě sanitárky, které doplňují nemocným nápoje, v případě potřeby je krmí a i ony mohou zachytit, že nemocný nepřímá tekutiny, nemá chuť k jídlu apod. (viz graf 14). Pozitivní je, že spolupracují při výživě s rodinou, neboť jak vyšlo z výsledků, 97 % sestry si myslí, že rodina se má stát členem týmu (viz graf 17). Proto také 50,4 % sester se snaží pravidelně spolupracovat s rodinou (viz graf 18). Kontakt pacienta (face to face) s rodinnými příslušníky formou návštěv by měla sestra zajistit především při dlouhodobější hospitalizaci s upoutáním na lůžko, protože je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav nemocného velmi potřebný, neboť je nesporná přímá souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivním, popřípadě i negativním průběhu. *Otázka č. 14 dopomohla k potvrzení páté hypotézy, která předpokládala, že na onkologických odděleních existuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a nutričním terapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním.*

Otázka č. 16 prověřila sestry, s jakými dalšími odborníky spolupracují. Největší počet 113 sester spolupracuje s fyzioterapeutem. V teoretické části uvádím, že donedávna nebyli pacienti s onkologickou diagnózou považováni za vhodné kandidáty pro rehabilitační péči. Jsem ráda, jak lze zjistit z výsledků, že tomu tak nyní už není a sestry jsou si vědomy výhod plynoucích z propojení rehabilitačního týmu se sestrou, které je nezbytnou součástí komplexního přístupu k onkologickému pacientovi. Tento výsledek potvrzuje i Vorlíček (41), který uvádí, že i u nás se nyní mění názory na význam rehabilitace v této oblasti a mnoho onkologických center zavádí jako standardní

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

součást terapie léčebnou rehabilitaci po chirurgických výkonech a udržování dobré fyzické kondice v průběhu chemoterapie a radioterapie. *Z této otázky vyplynulo, že šestá hypotéza, ve které jsem předpokládala, že na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním, se nepotvrdila.* Celkem velký počet sester také spolupracuje s psychiatrem (51), protetikem (42) a dobrovolníky (35). Obzvlášť roli dobrovolníka shledávám na onkologických odděleních jako důležitou formu pomoci jak pro sestru, tak nemocného. Samy sestry by si přály zvýšit jejich počet na onkologických odděleních (viz graf 27). Jak uvádí Matoušek (22), dobrovolník je spojnicí s vnějším zdravým světem, je kontaktním mostem pro člověka v obtížné životní situaci, která mu do nemocnice přináší kus normálního světa a na chvíli mu umožní něco z aktivit, o které je připraven. Bylo by přínosem, kdyby se sestry pracující na onkologii co nevíce angažovaly do projektu „Dobrovolníci v nemocnici“ a zajímaly se o kontakty a zkušenosti s dobrovolnickými centry.

Následující otázky č. 19-23 zkoumaly začlenění sestry do týmu. Myslím si, že otázka č. 19 není zcela objektivní. Neboť jak z předchozích výsledků vyplynulo, sestry vidí multidisciplinární tým převážně jako tým lékařů, proto odpověď sester ve 119 případech na otázku, kdo kontaktuje odborníky jiných profesí v případě potřeby jejich služby, byla že lékaři (viz graf 19).

Sestry jsou osoby, se kterými pacienti přichází nejčastěji do kontaktu. Při ošetřování nemocných mohou narazit na problémy a všimnout si změn zdravotního stavu dříve, než jakýkoliv zkušený lékař. Proto by členové týmu měly zapojovat sestry do řešení a posuzování problémů pacienta na vizitách více než ve 42,2 % případech, jak ukazuje výsledek otázky č. 20 (viz graf 20). I odpovědi na otázky týkající se schůzek členů týmu zjistili, že členové sice mají pravidelné schůzky (viz graf 21, 22), ale pouhých 7,4 % sester se jich pravidelně účastní (viz graf 23). Tyto výsledky souhlasí i s výsledky z otázky č. 26, která zjišťovala, jaké nedostatky vidí sestra ve spolupráci se členy onkologického týmu. Sestry by si přály být zapojeny více do schůzek a zároveň apelují na členy, aby věnovaly větší pozornost jejich úsudkům a názorům. Kvalitní onkologický tým nepochybuje o tom, že sestry mohou mít výrazný podíl na uzdravení

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

nemocného a přispívají k dobrému zdravotnímu stavu pacienta. Sestry také poukazují na důležitost komunikace v týmu, která výrazně zlepší vztahy mezi členy, o kterých se již zmiňuji v teoretické části. Sestry z pracovišť, kde nepracují formou multidisciplinární spolupráce uváděly, že by si přály sestavit onkologický tým (viz graf 27). Těší mě, že sestry mají zájem pohlížet na člověka holisticky, neboť jak vyplývá z otázky č. 7, drtivá většina sester (94,8 %) si je vědoma toho, že vzájemná spolupráce všech členů týmu a tedy pokrytí všech potřeb pacienta, zajistí komplexní přístup k nemocnému (viz graf 7).

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit spolupráci sester s ostatními členy komplexního onkologického týmu u pacientů na vybraných onkologických odděleních.

K tomuto cíli bylo stanoveno 6 následujících hypotéz..

Hypotéza 1 – Sestry shledávají dobrou vzájemnou spolupráci s lékařem, jakožto jedním z členů onkologického komplexního týmu. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 2 - Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a klinickým psychologem při péči o pacienta s onkologickým onemocnění. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 3 – Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a duchovním při péči o pacienta s onkologickým onemocněním. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 4 – .Na onkologických oddělení neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a sociálním pracovníkem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 5 – Na onkologických odděleních existuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a nutričním terapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 6 – Na onkologických odděleních neexistuje dobrá týmová spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem při péči o pacienta s onkologickým onemocněním. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Cíl výzkumu byl splněn. Čtyři hypotézy byly potvrzeny, dvě hypotézy se nepotvrdily.

Onkologická onemocnění stojí stále v popředí zdravotních problémů naší republiky a staly se tak celospolečenským problémem. Úspěšné zvládnutí zhoubných nádorů tedy vyžaduje komplexní přístup k této problematice a multidisciplinární spolupráci, neboť profesionální fungování multidisciplinárního onkologického týmu vychází důsledně z individuálních přání a potřeb klienta, chrání jeho důstojnost a klade

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

důraz na kvalitu jeho života. Společným cílem by měl být zájem o pacienta a podpora naděje na zdar léčby.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že je nutné motivovat sestry k větší spolupráci s duchovním pracovníkem a klinickým psychologem a nadále sestry podporovat ke zvyšování spolupráce s nutričním pracovníkem, sociálním pracovníkem a fyzioterapeutem.

Ráda bych, aby výsledky bakalářské práce odkryly sestrám pohled do složení komplexního onkologického týmu a zároveň upozornily na nedostatky ve spolupráci s některými jejími členy. Mým přáním je, aby si sestry uvědomily svou důležitou roli v týmu, neboť jsou to právě ony, které mohou prohloubit poznatky o nemocném a poskytnout mu integraci ošetřovatelských, psychických, sociálních i spirituálních aspektů.

Věřím, že informace k dané problematice se mohou stát podnětem ke zkvalitnění ošetřovatelské péče a zlepšení spolupráce sestry s onkologickým týmem.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7. Seznam použité literatury

1. ADAM, Z. a kol. *Obecná onkologie a podpůrná léčba.* 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6.

2. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi.* 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 6. vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

4. BERČ, A. PALKOVÁ Ľ. Psychosociálne problémy pacientov s onkologickými ochoreniami. *Zdravotníctvo a sociálna práca.* Bratislava : 2006, roč. 1, č. 2, s. 45-46. ISSN 1336-9326.

5. Česká onkologická společnost. Česká síť onkologických center. *Autor neuveden.* [online]. [cit 2007-03-04]. Dostupné z: ‹ http://www.linkos.cz/tisk/onkocentra_info.pdf, 26.1. 2007›.

6. DRDOVÁ, M. a kol. „Komfort při umírání“ – víme o čem mluvíme? In: XXXI. Brněnské onkologické dny. *Edukační sborník.* Brno : Masarykův onkologický ústav, 2007, s. 126. ISBN 978-9780-86793-09-2.

7. DUŠKOVÁ, D. Bakalářská práce. *Psychosociální péče v ošetřování onkologicky nemocných.* České Budějovice : JU ZSF, 2006. s. 77. ZS-DP-1971.

8. Joukalová, Zuzana. Masarykův onkologický ústav. [online]. [cit 2007-03-04]. Dostupné z: ‹ http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=902|910.28.1. 2006›.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

9. KALVODOVÁ, Libuše. Sestra jako součást týmu, který rozhoduje o ukončení neprospěšné protinádorové léčby. *Onkologická péče.* Praha : 2004, roč. 8, č. 4, s.19. ISSN 1214-5602.

10. KLENER, P. *Klinická onkologie.* 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.

11. KLENER, P. VORLÍČEK, J. *Podpůrná léčba v onkologii.* 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 231 s. ISBN 80-902501-2-2.

12. KLENER, P. *Propedeutika.* 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 325 s. ISBN 80-7262-252-8.

13. KOMÍNKOVÁ, Helena. Právo na důstojné umírání. *Sestra.* Praha : 2002, roč. 12, č. 1, s. 20. ISSN 1210-0404.

14. KRTIČKOVÁ, Kateřina. Onkologický pacient jako součást rodinného systému. *Onkologická péče.* Praha : 2004, roč. 8, č. 4, s. 16-19. ISSN 1214-5602.

15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

16. KVAPILOVÁ, Vladimíra. Sociální práce ve zdravotnictví. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha : 2006, roč. 2, č. 6, s. 248. ISSN 1801-1349.

17. MACKOVÁ, M. *Multidisciplinární tým.* In: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 48 s. ISBN: 80-7013-437-2.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

18. MAREK, J. KALVACH, P. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 652 s. ISBN 80-7262-252-8.

19. MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

20. MARKOVÁ, Jaroslava. Nutriční terapie má budoucnost. *Zdravotnické noviny*. Praha : 2005, roč. 54, č. 37, s. 6-7. ISSN 0044-1996.

21. MAŠÁT, Vladimír. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha : 2006, roč. 2, č. 3, s. 103- 104. ISSN 1801-1349.

22. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

23. NEZU, A. NEZUOVÁ, CH. a kol. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. Přel. T. Kohoutek. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.

24. OPATRNÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha : 2006, roč. 2, č. 3, s. 105- 108. ISSN 1801-1349.

25. PACOVSKÝ, V. SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.

26. PETERA, J. a kol. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 205 s. ISBN 80-246-0968-1.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

27. ROMAŇÁKOVÁ, M. *Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné.* 1. vyd. Brno : MOU, 2003. 15 s.

28. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství I / 2.* 2. vyd. Praha : Informatorium, 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.

29. RUMBOLD, B. HUDSON, R. Duchovní péče. In O´CONNOR, M. ARANDA, S. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Přel. J. Heřmanová. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

30. SEVEROVÁ, Jana. Sestra v sociální péči. *Sestra.* Praha : 2005, roč. 15, č. 9, s. 23. ISSN 1210-0404.

31. ŠACHLOVÁ, Milana. Sestra- nezbytný článek nutričního týmu. *Onkologická péče.* Praha : 2004, roč. 8, č. 4, s. 11- 13. ISSN 1214-5602.

32. ŠIMEK, Jiří. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha : 2006, roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN 1801-1349.

33. ŠIMEK, Jiří. Sociální péče. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha : 2006, roč. 2, č. 6, s. 246. ISSN 1801-1349.

34. TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ, O. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou.* 1. vyd. Praha : Triton, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-485-3.

35. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie.* Přel. L. Simonová. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.

36. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

37. VELEMÍNSKÝ, M. KOZLOVÁ, L. a kol. *Klinická propedeutika.* 1. vyd. České Budějovice : JU ZSF, 2003. 106 s. ISBN 80-7040-643-8.

38. VODVÁŘKA, P. *Podpůrná léčba v onkologii 2003.* 1. vyd. Praha : Galén, 2004. 224 s. ISBN 80-7262-264-1.

39. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava : ZSF OU, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.

40. VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry.* 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

41. VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína.* 1. vyd. Praha : Grada, 1998. 540 s. ISBN 80-7169-437-1.

42. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie.* 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 398 s. ISBN 80-7178-740-X.

43. WILHELM, Z. a kol. *Výživa v onkologii*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 260 s. ISBN 80-7013-410-0.

44. ŽALOUDÍK, J. Onkologie založená na průzkumu v onkocentrech. In: XXX. Brněnské onkologické dny. *Edukační sborník*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2006, s. 21-22. ISBN 80-86793-06-0.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

8. Klíčová slova

Bio-psycho-sociální

Komplexní

Multidisciplinární

Onkologie

Problémy

Sestra

Spolupráce

Tým

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

9. Přílohy

1. Dotazník pro sestry

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, kolegové,

Jmenuji se Zuzana Schánilcová a jsem studentkou III. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dovoluji si vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mé bakalářské práce na téma „ Multidisciplinární přístup v péči o onkologicky nemocné a role sestry v něm.“ Účelem tohoto dotazníku je zjistit spolupráci sestry s onkologickým týmem, která je velmi důležitá nejen pro postihnutí všech potřeb pacienta, ale i zdárnou diagnostiku a léčbu.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Jejich následné zpracováni bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou data použita k jiným účelům.

Vaše odpovědi, prosím, zakřížkujte nebo stručně dopište. Pokud nebude stanoveno jinak, označte vždy pouze jednu odpověď.

Děkuji za Vaši spolupráci při této výzkumné práci.

1. Uveďte prosím Vaše pohlaví?
   - □ muž
   - □ žena

2. Kolik je Vám let?
   - □ 19 – 29
   - □ 30 – 39
   - □ 40 – 49
   - □ 50 – 59
   - □ 60 - více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
   - □ středoškolské s maturitou

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

- □ vyšší odborné vzdělání
- □ vysokoškolské
- □ specializace
- □ jiné

4. Jak dlouho pracujete v oboru onkologie?
   - □ méně než 5 let
   - □ 5 – 10 let
   - □ 11- 15 let
   - □ nad 15 let

5. Vysvětlete pojem multidisciplinární spolupráce

……
……
……

6. Víte z jakých členů se skládá komplexní onkologický tým?
   - □ ANO- vyjmenujte……
   - □ NE

7. Myslíte si, že vzájemná spolupráce všech členů týmu zajistí komplexní přístup k nemocnému?
   - □ ANO
   - □ NE

8. Jaký je Váš vztah s lékařem z hlediska spolupráce?
   - □ velmi dobrý
   - □ dobrý
   - □ špatný
   - □ velmi špatný

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

9. Pokud jste měl/a jakýkoliv problém, byl lékař ochotný si s Vámi promluvit?

- □ vždy
- □ většinou
- □ občas
- □ nikdy

10. Onkologická diagnóza přináší řadu psychických problémů pro nemocného, spolupracujete na Vašem oddělení s klinickým psychologem?

- □ ANO, pravidelně
- □ občas
- □ nikdy

11. Jak často spolupracujete s duchovním pracovníkem na Vašem oddělení, v případě potřeby duchovní pomoci nemocným?

- □ s duchovním pracovníkem spolupracuji denně
- □ kontaktuji ho pouze na přání klienta
- □ spolupracuji s ním jen určité dny v týdnu
- □ s duchovním pracovníkem nespolupracuji
- □ jiné…….

12. Spolupracujete na zjišťování změn sociálního stavu pacientů vyvolané nemocí se sociálním pracovníkem?

- □ ANO
- □ NE

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

13. Kdo zajišťuje po propuštění v případě potřeby následnou péči? (např. umístění do ústavní péče)
    - □ sestra
    - □ sociální pracovník
    - □ sestra spolu se sociálním pracovníkem
    - □ jiné……

14. S kterými osobami spolupracujete při zajištění a hodnocení stavu výživy klienta na Vašem oddělení? Prosím uveďte ……..

15. S kým konzultujete změnu nutričního stavu klienta?
    - □ s lékařem
    - □ s nutričním pracovníkem
    - □ s lékařem i nutričním pracovníkem
    - □ s nikým
    - □ jiné……..

16. Z jakými dalšími odborníky na Vašem oddělení spolupracujete? (zde můžete označit více odpovědí)
    - □ ergoterapeut
    - □ fyzioterapeut
    - □ logoped
    - □ psychiatr
    - □ dobrovolníci
    - □ arteterapeut
    - □ protetik
    - □ jiné - vyjmenujte……

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

17. Myslíte si, že rodina má být členem týmu v péči o svého blízkého?

- □ ANO
- □ NE

18. Snažíte se o kontakt s rodinou klienta?

- □ ANO pravidelně
- □ ANO občas
- □ NE
- □ jiné……

19. Kdo kontaktuje odborníky jiných profesí v případě potřeby jejich služby? (zde je možné označení více odpovědí)

- □ lékař
- □ směnová sestra
- □ staniční sestra
- □ jiné……

20. Na vizitách členové týmu navrhují optimální řešení problémů a potřeb, zapojují Vás do těchto diskuzí?

- □ ANO vždy
- □ výjimečně
- □ nikdy

21. Mají členové týmu pravidelné schůzky?

- □ ANO
- □ NE
- □ nevím

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

22. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jak často se členové scházejí?

- □ denně
- □ několikrát týdně
- □ 1x týdně
- □ méně než 1x týdně
- □ dle potřeby

23. Zúčastňujete se schůzek členů týmu?

- □ ANO pravidelně
- □ občas
- □ NE

24. Máte na Vašem oddělení stanoveného vedoucího onkologického týmu?

- □ ANO – kdo……
- □ NE
- □ nejsem si jist/á

25. Jak byste vy sám/sama celkově hodnotil/a spolupráci sestry s členy týmu?

- □ spolupráce je výborná
- □ spolupráce je přiměřená
- □ spolupráce je dobrá jen s některými členy- kterými……
- □ se členy týmu nespolupracuji

26. Zde můžete uvést 3 nedostatky ve spolupráci se členy týmu, které byste rád/a změnila …….

……..

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com