



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Muráňová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem*“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Kateřina Muráňová

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za velmi cenné rady, ochotu, vstřícnost, trpělivost a velkou podporu při zpracování mé bakalářské práce. Další poděkování patří také informantům, kteří mi věnovali svůj čas a byli ochotni poskytnout mi důležité informace do empirické části práce.

Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem

Abstrakt

Hlavním cílem předložené práce bylo zmapovat specifické potřeby pacienta s lymfomem a dále zjistit požadavky na ošetrovatelskou péči. V návaznosti na tyto cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které zní: „Jaké jsou specifické tělesné potřeby pacienta s lymfomem?“; „Jaké jsou specifické psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem?“; „Jaké ošetrovatelské problémy se vyskytují u pacienta s lymfomem?“; „Co považuje pacient s lymfomem v rámci ošetrovatelské péče za prioritní?“

Empirická část bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovor byl rozdělen na čtyři okruhy, které se dále dělily na dílčí části odkazující informanty na konkrétní otázky. První okruh představoval zjištění identifikačních údajů o informantech. Druhý okruh se zaměřoval na specifické tělesné a psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem. Ve třetím okruhu byly zmíněny ošetrovatelské problémy pacienta s lymfomem. Poslední čtvrtá část se zabývala požadavky pacienta na ošetrovatelskou péči. Získané výsledky byly zpracovány formou otevřeného kódování „tužka-papír“. Výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů, kteří v průběhu svého života onemocněli lymfomem.

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v podobě kategorií, které jsou dle vhodnosti členěny do dalších podkategorií. Konkrétními kategoriemi jsou: průběh onemocnění, ovlivnění tělesných potřeb nemocí, ovlivnění psycho-sociálních potřeb nemocí a priority v ošetrovatelské péči. Výsledky práce poskytují celkový pohled na problematiku lymfomu z perspektivy samotného pacienta. Výsledky práce mohou sloužit jako výukový materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo je mohou využít sestry v souvislosti s poskytováním péče pacientům s lymfomem.

Klíčová slova

Lymfom; pacient; sestra; ošetrovatelská péče; potřeby; holistický přístup

The nursing care for patient suffering from lymphoma

Abstract

The main goal of the thesis was to map the specific needs of the patient with lymphoma and to determine the requirements for nursing care. In connection with these goals, four research questions have been identified. "What are the specific physical needs of a patient with lymphoma?"; "What are the specific psycho-social needs of a patient with lymphoma?"; "What nursing problems are there in a patient with lymphoma?"; "What is considered by patient with lymphoma in the context of nursing care a priority?"

The empirical part of the bachelor's thesis was processed through a qualitative research analysis, which was carried out by a depth interview. The depth interview was divided into four sections, which were further divided into different sections referring informants to specific questions. The first round focused on basic identification data of informants. The second round focused on the specific physical and psychosocial needs of the patient with lymphoma. In the third round, the nursing problems of the patient with lymphoma were mentioned. The last fourth part dealt with the patient's priorities for nursing care. The obtained results were processed in the form of an open coding method "pencil-paper". The research group was consisted of five patients suffering from lymphoma.

Based on the research, four categories were identified: the course of illness, the influence of physical needs of illnesses, the influence of psycho-social needs of illnesses and priorities in nursing care. The thesis provides an overview of the issue of lymphoma from the patient's perspective. The thesis takes into account the specific needs of patients with lymphoma and their requirements for nursing care. The results of the thesis can be used as a teaching material for students of health care disciplines or can be used by nurses in connection with take care of patients suffering from lymphoma.

Key words

Lymphoma; patient; nurse; nursing care; needs; holistic approach

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Anatomie a fyziologie lymfatického systému.....	8
1.2 Základní vymezení lymfomů a jejich dělení.....	9
1.2.1 <i>Klinický obraz lymfomů</i>	12
1.2.2 <i>Diagnostika lymfomů</i>	13
1.2.3 <i>Léčba lymfomů</i>	15
1.3 Potřeby pacienta a holistický přístup.....	18
1.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem.....	20
1.4.1 <i>Malnutrice a váhový úbytek v onkologii</i>	21
1.4.2 <i>Úzkost a deprese u onkologického pacienta</i>	23
1.4.3 <i>Mukozitida a problémy v dutině ústní u onkologického pacienta</i>	25
1.4.4 <i>Únava u onkologického pacienta</i>	27
1.4.5 <i>Průjem a zácpa u onkologického pacienta</i>	29
1.4.7 <i>Bolest u onkologického pacienta</i>	32
1.4.8 <i>Terminální stav a paliativní péče</i>	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíle práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 METODIKA	36
3.1 Použité metody.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 VÝSLEDKY	38
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	38
4.2 Výsledné kategorie.....	39
5 DISKUZE	56
6 ZÁVĚR	64
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	66
8 PŘÍLOHY	75
9 SEZNAM ZKRATEK	77

Úvod

„Nemoc se dá vyléčit, jsme-li ochotni změnit způsob myšlení, věřit a jednat!“

Louise L. Lay (1926 - 2017)

Pacient je při zjištění maligní diagnózy vystaven velkému tlaku, který se může odrážet v mnoha aspektech jeho života. Během onemocnění jsou narušeny pacientovy potřeby a pro pacienta je velmi těžké vyrovnat se s přítomností nemoci nebo alespoň přijmout tuto skutečnost. Člověk se může nacházet v mnoha postojích a je pouze na něm a jeho okolí, jak se s touto situací vyrovná. Nicméně kvalita zdravotnické péče a rozvoj medicíny a techniky zajišťuje dostatečnou možnost bojovat s nemocí. Lymfomy jsou řazeny, až na pár výjimek, k dobře léčitelným zhoubným nádorům. Základem je kvalitní diagnostika a pojmenování nemoci a následné zvolení léčby, která může zahrnovat např. chemoterapii, radioterapii a možnost transplantace krvetvorných buněk. V případě, kdy není možné pacientovo úplné uzdravení lze směřovat péči ke kvalitě a prodloužení života pacienta, která probíhá jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v domácím prostředí.

Předložená práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienta s lymfomem. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifické potřeby pacienta s lymfomem a dále zjistit jeho priority ze strany ošetrovatelské péče. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na anatomii a fyziologii lymfatického systému, na rozdělení lymfomů a dále podrobněji rozebírá klinický obraz onemocnění, diagnostiku a léčbu. Další část práce je věnována potřebám pacienta a ošetrovatelské péči o pacienta s lymfomem. Empirická část bakalářské práce poskytuje pohled na problematiku lymfomu z perspektivy samotného pacienta. V této části práce jsou dále zmíněny požadavky pacienta na ošetrovatelskou péči.

Toto téma jsem si vybrala proto, že se v mém rodinném okolí vyskytuje člověk, který onemocněl lymfomem. O problematice lymfomu jsem se chtěla dozvědět více informací a chtěla jsem jej zpracovávat proto, abych si představila, co pacient s lymfomem prožívá, jak vnímá narušení svých potřeb, jakými problémy trpí a jak sám hodnotí ošetrovatelskou péči.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie lymfatického systému

Lymfom je maligní onkologické onemocnění postihující převážně lymfatické uzliny, a proto je tato kapitola zaměřena na anatomii a fyziologii lymfatického systému. Tato kapitola vás seznámí s jednotlivými částmi lymfatického systému a představí jejich funkci a význam v lidském těle.

Lymfatický neboli mízní systém se skládá z mízních cév, mízních uzlin a tkání. Lymfatický systém je součástí imunitního systému, kdy právě funkce mízy zahrnuje kromě drenážní a transportní funkce i obrannou složku. Po látkové výměně tkání má za úkol míza odvést z tkání vstřebané látky a odpadové produkty. Při nesprávné funkci lymfatického systému může dojít k rozvratu vnitřního prostředí tkání a orgánů, protože zde selhávají transportní i filtrační schopnosti mízy (Dylevský, 2013). Lymfatický systém zbavuje organismus cizích částic, neboť se podílí na odpovědi organismu proti infekci a nádorovým buňkám (Cibula et al., 2009). Jak již bylo zmíněno, základní části lymfatického systému představují **míza a mízní cévy**. Míza neboli lymfa je tekutina pocházející z tkáňového moku. Její složení připomíná složení plazmy, avšak obsah bílkovin je v míze menší (Langmeier et al., 2009). Plazma se dostává do mezibuněčných prostorů, kde tvoří tkáňovou tekutinu. Ta musí být z tkání odváděna, aby nedošlo k jejímu nahromadění ve tkáních a tak i k porušení nebo zastavení cirkulace ve tkáních. Složení mízy je proměnlivé, např. míza z trávicího ústrojí obsahuje množství bílkovin, a proto její vzhled připomíná mírně zkalenou tekutinu mléčné barvy (Dylevský, 2013). Míza z tkání proudí mízními cévami. Ty jsou podobně jako žíly vybaveny chlopněmi, které znemožňují zpětný tok mízy. Usměrnují tedy tok mízy pouze jedním směrem (Čihák, 2016). Míza je tedy smršťováním svalstva vytlačována směrem k srdci. Mízní cévy lze rozdělit na mízní vlasečnice, které zajišťují mízní oběh určitého orgánu, dále větší mízní cévy (kolektory), soustřeďující se především v okolí hlavních kmenů orgánových a končetinových tepen a žil (Dylevský, 2013). Mízní cévy se sdružují v mízní kmeney a ty pak v mízovody. Jedním z hlavních mízovodů je hrudní mízovod (ductus thoracicus), který odvádí mízu proudící z dolní části těla, levé horní končetiny, levé poloviny hrudníku a krku, dále pokračuje podél hrudní páteře k levostrannému soutoku hrdelní a podklíčkové žíly. Mízu z pravé horní končetiny, pravé poloviny hrudníku, krku a hlavy odvádí pravý mízovod (ductus thoracicus dexter) do soutoku pravé podklíčkové a hrdelní žíly (Merkunová a Orel, 2008). **Mízní uzliny**

(nodi lymphatici), ač už je jejich uložení v lidském těle velmi rozmanité, mají každá stejnou stavbu. Na povrchu uzliny se nalézá vazivové pouzdro, od něj odstupují jemné přepážky, které rozdělují vnitřní prostor na oddíly, ve kterých jsou nakupeny lymfocyty. Funkce mízních uzlin může být přirovnána k jakémusi filtru, který má za úkol rozpoznat skrze lymfocyty bakterie, nádorové buňky a další cizorodé látky. Již přefiltrovaná míza pak odtéká mízními cévami pryč z uzliny (Dylevský, 2013). Uzliny jsou místa, která se snaží ubránit organismus před vstupem infekcí. Pokud však nedojde ke zneškodnění infekce, představují cévy lymfatického systému otevřenou cestu pro postup infekcí do krve a tím následně i rozšíření po celém organismu. Tímto způsobem vznikají metastázy, protože se takto mohou šířit i nádorové buňky (Vajner et al., 2015). **Slezina** (lien) představuje největší lymfatický orgán, který plní funkci obrany proti škodlivinám a infekcím vnikajícím do cirkulace. Tuto funkci zajišťuje jednak tvorbou protilátek a imunokompetentních buněk a dále pomocí fagocytárních buněk (Čihák, 2016). Slezina je orgán, který se v lidském těle nalézá v dutině břišní pod levou brániční klenbou, hluboko při páteři. Povrch sleziny, obdobně jako povrch mízní uzliny, tvoří vazivové pouzdro. Slezina je vyplněna červenou a bílou dření (pulpou). Červená pulpa je tvořena širokými cévami, které jsou vyplněny erytrocyty. Bílá pulpa obsahuje množství makrofágů a lymfocytů, ti se podílejí na specifické imunitní reakci (Dylevský, 2013). Posledním orgánem, který je v souvislosti s lymfatickým systémem nezbytné zmínit, je brzlík. **Brzlík** (thymus) plní funkci primárního lymfatického orgánu, který je uložený v mediastinu za hrudní kostí, před žilami vstupujícími do srdce (Čihák, 2016). Jeho velikost se v průběhu života zmenšuje a v pozdějším věku je nahrazen tukovým vazivem. Funkci brzlíku pak nahrazují jiné lymfatické orgány, hlavně mízní uzliny (Elišková, 2015). Uvnitř brzlíku vznikají T lymfocyty, podílející se na rozpoznání vlastních a cizorodých látek v lidském organismu (Merkunová a Orel, 2008).

1.2 Základní vymezení lymfomů a jejich dělení

Tato kapitola nastíní základní vymezení lymfomů a jejich rozdělení na dva typy a dále popíše jejich charakteristiku. Další podkapitoly se zaměří na klinický obraz onemocnění, na diagnostiku lymfomů a jejich léčbu.

Lymfom je maligní onkologické onemocnění projevující se nekontrolovatelným bujením uzlin lymfatického systému, které jsou v lidském těle zodpovědné za imunitu a mohou postihovat i kterýkoliv jiný orgán v lidském těle. Příčinu vzniku tohoto onemocnění nelze zcela přesně určit (Vokurka, 2008). Nicméně je pozorován zvýšený

výskyt tohoto onemocnění u lidí, kteří mají oslabenou imunitu nebo u HIV pozitivních jedinců. Dalším rizikovým faktorem jsou i infekce vyvolané virem Epstein-Barr, např. infekční mononukleóza (Ambinder, 2007). Mezi základní typy lymfomu patří Hodgkinův lymfom a Nehodgkinův lymfom. Rozpoznání a pojmenování těchto lymfomů se rozvíjelo postupně, nyní však Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí více než padesát diagnostických jednotek. Mezi diagnostické metody k potvrzení o jaký typ lymfomu se jedná, slouží hlavně řádné histologické vyšetření postižené tkáně, kdy se nejčastěji jedná o lymfatickou uzlinu. Dalším krokem je zjištění rozsahu onemocnění, kdy se provádí staging, tzv. stážování. Stážování zahrnuje vyšetření, kterými se potvrdí rozsah lymfomového poškození, aby se následně upřesnila prognóza a léčba. Na základě výsledků stážování lze určit u pacienta stádium lymfomu podle kritérií „AnnArbor“ klasifikace (Vokurka, 2008). Stádium jedna je charakteristické postižením jedné skupiny uzlin nebo jednoho orgánu. Druhé stádium se vyznačuje postižením dvou nebo více skupin uzlin avšak na jedné straně bránice. Třetí stádium je popisováno jako postižení mízních uzlin v oblasti na obou stranách bránice, které může doprovázet i postižení sleziny. Stádium čtyři značí multifokální poškození jednoho nebo více orgánů (Šlampa et al., 2007). Mezi nejvhodnější zobrazovací metody patří rentgenový snímek hrudníku, sonografické vyšetření periferních lymfatických uzlin, břicha a malé pánve a dále CT vyšetření hrudníku a břicha (Kabičková, 2011). Velmi důležitou diagnostickou metodou lymfomů je trepanobiopsie, která představuje histologické vyšetření kostní dřeně (Kačírková a Campr 2007).

Hodgkinův lymfom

Tento typ lymfomu je spíše charakteristický pro mladší věkovou skupinu lidí, většinou se vyskytuje mezi 20. a 30. rokem věku, poté incidence klesá a objevuje se zase až po 50. roku věku. Více postižení jsou muži než ženy. Definitivní určení, že jde právě o tento typ lymfomu lze provést na základě histologického a imunohistochemického vyšetření odebraného vzorku tkáně (Češka et al., 2010). Mezi klinické projevy nemoci patří zvětšená mízní uzlina, zároveň se objevují teploty, pocení, únava a svědění kůže. Onemocnění může napadat další uzliny a rozšířit se do mediastina, retroperitonea, sleziny, kostní dřeně popř. do jiných orgánů. Diagnózu potvrzuje nalezení typických R-S buněk (Reedové-Sternbergovy a Hodgkinovy buňky), vlastní nádorové elementy, obklopené granulační tkání a někdy s nekrotizací (Bártová, 2015). Tyto buňky unikly procesu apoptózy neboli usmrcení a dlouhodobě přežívají v lymfatické uzlině. Když se

výrazně prodloužil život buňky, zvyšuje se tím pravděpodobnost její metamorfózy na maligní buňku Hodgkinovy choroby (Adam et al., 2007). Nejčastěji napadenými uzlinami jsou krční, mediastinální, axilární a paraaortální uzliny, kdy většinou nádorový proces začíná v jedné uzlině (Mačák et al., 2012). Kromě typicky narůstajících infiltrovaných uzlin a již zmíněného postižení mediastina, lze mezi další problémy zařadit narušení brzlíku (thymu) a dalších orgánů, např. sleziny (Földi, 2014). U laboratorních vyšetření se může dostat do popředí zvýšená sedimentace erytrocytů, zvýšená hodnota CRP a dále lze zaznamenat mírnou leukocytózu s neutrofilii (Adam et al., 2008). V případě již pokročilého onemocnění nebo nepříznivých výsledků histologie může lékař zaznamenat těžkou lymfopenii, vzácně pak lymfocytózu (Kačírková a Campr, 2007). Léčba Hodgkinských lymfomů probíhá ve formě kombinované chemoterapie, kterou doplňuje radioterapie. Prognóza u tohoto typu lymfomu je příznivá pro pacienty a lze dosáhnout vyléčení až u 95 % nemocných s lokalizovaným onemocněním a v případě nemocných v pokročilém stádiu je možné uzdravení u 80 % z nich. Možnými nežádoucími účinky jsou kardiomyopatie, plicní toxicita, endokrinologické poruchy, zejména hypotyreóza nebo snížený reprodukční potenciál způsobený poruchami gonadálních funkcí. Zachování reprodukce u mužů lze dosáhnout kryokonzervací spermatu a u žen stimulací ovocytů (Češka et al., 2010).

Nehodgkinův lymfom

Pod tímto názvem se skrývá více druhů lymfomů. Na rozdíl od předchozí Hodgkinovy choroby tvoří samostatnou heterogenní skupinu lymfomů, které mají různou malignitu a proměnlivou senzitivitu v léčbě. Vyskytují se častěji než Hodgkinův lymfom a incidence nemoci stále roste (Šlampa et al., 2007). V rámci stejné skupiny lymfomů se i tyto typy mezi sebou odlišují a to jednak rychlostí nádorového růstu až po svou odpověď na léčbu a následnou prognózu onemocnění. Pomalu rostoucí lymfomy se nazývají indolentní, zástupcem vysoce agresivních lymfomů je např. Burkittův lymfom (Móciková, 2014). Burkittův lymfom patří mezi vysoce agresivní lymfomy Nehodgkinova typu pocházející z B lymfocytů. U nemocných se projevuje bolestí břicha a sekundárně může vést k ascitu (Fei a Shah, 2017). Bolesti břicha a další postižení v abdominální oblasti mohou způsobit až střevní neprůchodnost (Haferlach et al., 2014). Klasifikace tuto skupinu lymfomů dle WHO dělí na lymfomy B a T vycházejících z B a T lymfocytů. Prognóza je zde horší než u Hodgkinova lymfomu. Nehodgkinův lymfom je typický pro starší pacienty v rozmezí 60-65 let věku, s čímž se

pojí i jeho horší prognóza. Starší pacienti mívají totiž často přidružená onemocnění, čímž dochází k tomu, že terapie nebývá tak účinná, jako u mladších pacientů (Češka et al., 2010). Dalšími důvody horší prognózy choroby u starších pacientů jsou, vzhledem k jejich polymorbiditě, odlišná farmakokinetika a farmakodynamika léků. V neposlední řadě lze zmínit, že imunitní systém starších pacientů vykazuje horší výkonnost a chybovost (Janíková, 2017). Příčinami vzniku těchto lymfomů je imunodeficience, tedy snížená schopnost organismu reagovat na antigenní podnět tvorbou protilátek. Proto se onemocnění rozvíjí v souvislosti se sníženou funkcí imunity (Adam et al., 2008). Některé lymfomy jsou spojeny i s autoimunitně podmíněnými nemocemi, např. celiakií a thyreoditis. Klinické projevy jsou podobné jako u Hodgkinova lymfomu, jedná se zejména o nález nebolestivé zvětšené uzliny. U části nemocných se zahajuje vyšetřovací proces po zjištění abnormálních hodnot krevního obrazu (anémie, trombocytopenie). Lékař by měl věnovat pozornost i kašli a dušnosti. Pacientům hrozí syndrom horní duté žíly, který vzniká masivním poškozením mediastinálních uzlin. Nemocní si občas stěžují na dyspepsii způsobenou postižením nitrobřišních uzlin. Potvrzení diagnózy zajišťuje opět histologické vyšetření odebrané nádorové tkáně. Následuje vhodné zvolení léčby, prvotním krokem je chemoterapie, dále autologní transplantace krvetvorných buněk, alogenní transplantace, radioterapie a imunoterapie (Češka et al., 2010).

1.2.1 Klinický obraz lymfomů

Předchozí kapitola nastínila základní vymezení a rozdělení lymfomů a jejich další charakteristiku. Tato podkapitola se zabývá klinickým obrazem lymfomů, tedy příznaky tohoto onemocnění.

Toto onemocnění se nejčastěji projevuje postižením periferních uzlin. Periferní lymfadenopatie nemusí být vždy doprovázena zvětšením dalších intrakorporálních uzlin, avšak většinou k tomuto stavu dochází. Jen zřídka dochází ke zvětšení uzlin v oblasti mediastinální či abdominální (Adam et al., 2007). Zduření uzlin se nejvíce vyskytuje v oblasti krční a nadklíčkové. Uzliny jsou palpačně nebolestivé, dále volně pohyblivé, uloženy jsou asymetricky a zpočátku jsou měkké, pak tvrdé. Přibližně ve 30 % případů jsou u nemocného patrné i celkové příznaky onemocnění, kam lze zařadit únavu, malátnost, nechutenství s úbytkem na váze, noční pocení a svědění kůže. Dalšími typickými příznaky mohou být subfebrilie nebo cyklická horečka, kdy toto horečnaté období může trvat dny až týdny. U každého jedince je však klinický obraz

velmi individuální, některé příznaky se ani objevit nemusí (Jebavý a Malý, 2008). Při postižení nitrobřišních uzlin a sleziny si nemocný obvykle stěžuje na dyspepsii, tedy určitý břišní dyskomfort. Postižení zažívacího traktu (žaludek, střevo) se může manifestovat typickou „vředovou“ symptomatologií, která zahrnuje především průjmy, ale také obstrukci až střevní ileus. Postižení parailických a inguinálních uzlin může vést k jednostranným, ale i oboustranným otokům, které mají podobný charakter lymfedému nebo při trombóze v žilním řečišti charakter žilní, případně kombinovaný. Při zjištění trombocytopenie se u pacientů mohou objevit krvácivé projevy, při anémii bleďost nebo anemický syndrom a při leukopenii mohou být přítomny infekční komplikace (Češka et al., 2010). Ansell (2015) uvádí, že onemocnění častěji postihuje regionální lymfatické uzliny, ale Hodgkinův lymfom může také zahrnovat postižení extranodálních míst buď přímou invazí, nebo hematogenní nákazou. Mezi společné lokality, které mohou být napadeny, patří slezina, játra, plíce a kostní dřeň (Ansell, 2015). Muntau (2014) popisuje, že se u některých nemocných může objevovat kašel a dušnost v souvislosti s rozsáhlým postižením mediastina. Navrátil et al. (2008) také odkazují na to, že u Nehodgkinova lymfomu nemusí být klinický obraz doprovázen celkovými příznaky (teploty, pocení, váhový úbytek), časté však u tohoto typu lymfomu bývá extranodální postižení např. gastrointestinálního traktu, orbity a kůže.

1.2.2 Diagnostika lymfomů

Tato podkapitola se zabývá diagnostikou lymfomů. Diagnostické metody napomáhají ke včasnému zjištění nemoci a tím zrychlují naplánování léčby. Tyto kroky jsou důležitým bodem prognózy onemocnění.

Přehled vstupních vyšetření se skládá ze sběru anamnézy od nemocného zaměřující se hlavně na „B“ symptomy. Mezi ně patří noční profuzní poty, teploty neinfekčního původu vyšší než 38° C a váhový úbytek. Po sběru anamnézy se pokračuje fyzikálním vyšetřením zahrnujícím vyšetření celkového stavu, podrobné vyšetření periferních uzlin a v neposlední řadě velikost jater a sleziny. Z laboratorních vyšetření jsou důležité sedimentace erytrocytů, krevní obraz, základní biochemické vyšetření: urea, kreatinin, kyselina močová, minerály, glykémie, bilirubin, jaterní komplex, celková bílkovina, albumin, CRP a dále se stanovuje hladina imunoglobulinů: IgG, IgA, IgM (Belada et al., 2016). Vzhledem k tomu, že většina lymfomů vzniká primárně extranodálně, tedy v jakémkoliv orgánu v lidském těle, je potřeba na tohle onemocnění pomýšlet u každé diseminované malignity. Pacienti i v pokročilém stádiu nemoci mají velkou šanci na

vyléčení či prodloužení života. Nemocný i bez známek infekčního onemocnění vystřídá celou řadu antibiotik, avšak stejně se později dostane k biopsii uzliny. U dospělých pacientů by se mělo dodržovat pravidlo „2-2“, což znamená, že jakákoliv uzlina větší než dva centimetry, která není závislá na infekčním onemocnění a přetrvává déle než dva měsíce, by měla být histologicky ověřena. V každém případě je indikováno histologické vyšetření u uzliny větší než tři centimetry, která se rychle zvětšuje. Zjištění rozsahu onemocnění je závislé na tzv. stagingu, který zahrnuje sadu vyšetření nezbytných pro rozhodnutí o léčbě. Konvenční staging spočívá ve fyzikálním vyšetření, dále vyšetření krevního obrazu a biochemie. Neopomenutelnou součástí stagingu je pak celotělové CT a vyšetření kostní dřeně (Pytlík, 2013). Jak uvádí Herndon (2017), k diagnostice lymfomů se využívají také zobrazovací metody. Mezi tyto metody lze zařadit hlavně rentgenové a CT vyšetření (Herndon, 2017). Jebavý a Malý (2008) popisují, že součástí diagnostiky lymfomů jsou rentgenové vyšetření hrudníku, dále sonografické vyšetření břicha, případně CT. Adam et al. (2007) poukazují na to, že vyšetření obvykle překročí finanční možnosti praktických lékařů, a proto posílají pacienty na specializovaná pracoviště, aby došlo k potvrzení či vyvrácení podezření na toto onemocnění.

V případě Hodgkinova lymfomu je v diagnostice stěžejní nalezení typických R-S buněk (Reedové-Sternbergovy a Hodgkinovy buňky), tedy vlastních nádorových elementů. Buňky jsou morfologicky velké a mnohjaderné, což znamená, že nebudou podléhat normální reprodukci (Gopas et al., 2016). Avšak nejčastějším diagnostickým výkonem k potvrzení tohoto onemocnění je trepanobiopsie, invazivní výkon k vyšetření kostní dřeně (Kačírková a Campr, 2007). Onkologické onemocnění a jeho následná léčba jsou závislé na včasném a kvalitním určení diagnózy a přesném stagingu. Pro definitivní diagnostiku mnoha nádorů je pořad zlatým standardem provedení histologického vyšetření. Biopsie je stále častěji prováděna pomocí malých invazivních technik, které provádějí intervenční radiologové. Přímá vizualizace, umožněná naváděním přes obraz během biopsie, umožňuje dále bezpečný průchod jehly do orgánu nebo hmoty a tím tak minimalizuje poškození okolních struktur. Potom také zlepšuje účinnost odběru vzorku (O'Neill et al., 2011). Biopsie kostní dřeně, zahrnující odebrání a vyšetření kostní dřeně, zajišťuje rozpoznání, zda se onemocnění někam rozšířilo (Herndon, 2017). PET (pozitronová emisní tomografie) nebo CT zobrazování může být dále užitečné při výběru optimálního místa pro biopsii. PET vyšetření může být i vhodným způsobem,

jak předpovědět prognózu Hodgkinova lymfomu. Pozitronová emisní tomografie by mohla být užitečná při volbě vhodného přístupu přizpůsobeného odpovědi v raném stádiu nemoci, kdy pacienti, kteří mají pozitivní PET nálezy po chemoterapii, pokračují ještě radioterapií, ale u pacientů s negativními PET nálezy se v radioterapii nepokračuje (Radford et al., 2015). V případě diagnostiky Burkittova lymfomu a lymfoblastického Nehodgkinského lymfomu lze odebrat vzorek likvoru (Karges a Dahouk, 2011). Jak popisují Češka et al. (2010) přehled vyšetření lze rozdělit na nutná (obligatorní), orientační (fakultativní) a vyšetření nutná před zahájením chemoterapie. Do obligatorních vyšetření lze zařadit fyzikální vyšetření, CT hrudníku, břicha a malé pánve a trepanobiopsii. Z fakultativních vyšetření je potřeba zmínit, že se provádějí pouze v určitých situacích, např. v závislosti na typu lymfomu nebo lokalizaci. Mezi tato vyšetření patří PET, ORL vyšetření, endoskopické vyšetření gastrointestinálního traktu, CT nebo magnetická rezonance mozku, vyšetření mozkomíšního moku, jaterní biopsie a scintigrafie skeletu. Vyšetření, které jsou nezbytné před zahájením chemoterapie, jsou EKG, echokardiografie, vyšetření hepatitid, clearance kreatininu a spirometrie (Češka et al., 2010).

1.2.3 Léčba lymfomů

Tato podkapitola se zaměří na možnosti léčby lymfomů a dále na to, co rozhoduje při výběru léčby, kdo léčbu indikuje a jaké druhy léčby existují.

Léčba lymfomu se odvíjí od stádia a typu lymfomu, kdy léčbu stanovuje lékař samozřejmě po domluvě s pacientem. Nejčastějšími způsoby léčby lymfomů jsou chemoterapie a radioterapie nebo jejich vzájemná kombinace. Transplantaci krvetvorných buněk lze také zařadit do možností léčby. V neposlední řadě lze zmínit imunoterapii (Vokurka, 2008). **Chemoterapie** představuje léčebnou metodu, v rámci níž se využívají farmakologické prostředky, které působí proti růstu nádoru. Tyto prostředky lze aplikovat nejčastěji intravenózně a perorálně, ale jejich aplikace je možná i jinými způsoby, např. intramuskulárně nebo ve formě krému. Chemoterapie sebou nese řadu nežádoucích účinků, např. únavu, průjem, zácpu, nechut' k jídlu, sníženou obranyschopnost, problémy v dutině ústní a ztrátu vlasů (Vilímovský, 2014). Používá se zejména jako kombinovaná chemoterapie složená z alkylačních látek (cyklofosfamid), antracyklinových antibiotik (adriamycin), inhibitorů mitózy (vincristin) a kortikoidů. Tento režim chemoterapie je též známý pod pojmem CHOP a je standardem léčby lymfomů. Zatím není možné zlepšit výsledky ani jeho modifikací a další generací. U

méně agresivních lymfomů se dříve používal obdobný režim avšak bez antracyklinů COP (cyklofosfamid, vincristin, prednison). Existuje řada dalších kombinací, které se dají využít při léčbě lymfomů (Češka et al., 2010). Pokud se jedná o nízcce maligní lymfom, lze použít léčbu s fludarabinem, cladribinem a jiné (Vokurka, 2008). Chemoterapie může být aplikována před ozařováním, po ozáření či společně s ní formou chemoradioterapie. Interakce mezi zářením a působením cytostatik může zlepšit léčebné výsledky v souvislosti s léčbou onkologických onemocnění (Šlampa et al., 2007). Maligní lymfomy patří mezi radiosenzitivní zhoubné nádory. Role **radioterapie** zůstává v léčbě lymfomů v řadě indikací nejasná. Prokazatelný efekt představuje lokální kontrola nemoci. Nejen indikace radioterapie jsou problematické, ale spekuluje se i o vlastním provedení, velikosti ozařovaných objemů a celkové dávce (Dědečková et al., 2013). Radioterapie se řadí ke kurativní léčbě, kdy je její snahou aplikovat maximální dávku záření ke zničení všech nádorových buněk, za předpokladu přijatelné míry závažných komplikací. Radioterapie ale může být aplikována i jako paliativní metoda, kdy odstraňuje nebo zmírňuje symptomy nádorového onemocnění (Hynková a Šlampa, 2015). Samostatně se využívá pro léčbu nádorů v časném stádiu nemoci, avšak v kombinaci s chemoterapií ji lze aplikovat u nemocných v pokročilém stádiu onemocnění. Indikuje se u poloviny všech onkologických pacientů (Krška et al., 2014). U starších pacientů je radioterapie zvláště cenná, protože tolerance chemoterapie a možnosti záchrany mohou být, u této věkové skupiny pacientů, omezené. Vznik účinnější a méně toxické chemoterapie, v posledních třech desetiletích, vedl k významným změnám v používání radioterapie v léčbě lymfomů. U několika typů Non-hodgkinských lymfomů se chemoterapie stala primární léčbou s radioterapií používanou pro konsolidaci a snížení rizika relapsu. Přesto u některých lymfomů, většinou lymfomů v raném stádiu, kde jsou chemoterapie méně účinné, zůstává samotné ozařování standardem péče. Radioterapie je dále vynikající paliativní metoda, která poskytuje dlouhodobou lokální kontrolu a klinický prospěch i pro lymfomy v pokročilém stádiu, jako je např. folikulární lymfom (Yahalom et al., 2014). Z dalších metod využívaných v léčbě lymfomů nelze opomenout imunoterapii. **Imunoterapie** je cílená léčba hlavně na imunitní systém. Spočívá v redukci nádorových buněk B-lymfomů (např. anti-CD20 rituximab) nebo T-lymfomů (např. anti-CD52 alemtuzumab). Je doplňkem chemoterapie nebo ji lze použít samostatně u pacientů, kterým se nemůže podávat chemoterapie pro její toxicitu (Vokurka, 2008). Rituximab je chimérická protilátka odpovědná za kontakt s antigenem CD20, která je myšího původu a zbytek protilátky

včetně Fe fragmentu je lidského původu. Účinek je jednak přímý, kdy vazba antigenu na protilátky na povrchu buňky vyvolá zřejmě apoptózu, a tím tak usmrtí buňku. Mechanismus účinku Fe fragmentu spočívá v aktivaci komplementu, který buňku, na níž je navázána protilátka, destruuje. V současné době je běžná kombinace chemoterapie a imunoterapie, jedná se o standardní léčebný postup prakticky u všech lymfoproliferativních onemocnění vycházejících z B-lymfocytů (Češka et al., 2010). Rituximab má také jisté nežádoucí účinky, hlavním z nich je akutní toxicita závislá na infuzi. V průběhu podání infuze protilátky se u pacienta může objevit třesavka, zimnice, horečka, vyrážka, bronchospasmus nebo pokles krevního tlaku. V souvislosti s těmito účinky je potřeba zohlednit a doporučit pomalé podávání infuze s postupným zrychlováním v průběhu asi čtyř hodin (Fusek et al., 2012). Další možností léčby lymfomů je **transplantace krevetvorných buněk**. Je možné ji rozdělit podle toho, kdo je jejím dárce na autologní a alogenní, a dále dle toho, co je jejich zdrojem. Podle zdroje se dělí na transplantace kostní dřeně nebo transplantace krevetvorných buněk z periferní krve. Autologní transplantace znamená převod vlastní tkáně nemocného. Tato tkáň se pacientovi odebere před celotělovou radioterapií nebo vysokodávkovanou chemoterapií a poté se mu vrátí zpět. Tento postup se dělá proto, že již zmíněné formy léčby jsou sice velmi účinnými metodami v léčbě zhoubných nádorů, nicméně nenávratně poškozují kostní dřeň. Jelikož se jedná o krevetvorné buňky přímo od nemocného, po jejich transplantaci již nemocný nemusí užívat žádná imunosupresiva. Naopak alogenní transplantace spočívá v převodu krevetvorné tkáně získané od zdravého dárce (Doubek, 2007a). Výběr vhodného dárce se odvíjí od spousty faktorů, z nichž nejdůležitějším je shoda v HLA znacích bílých krvinek. Alogenní transplantaci je možné dále rozdělit podle toho, kdo je dárce na sourozeneckou, příbuzenskou a nepříbuzenskou a ve výjimečných případech i na syngenní, což je od jednovaječného dvojčete (Jakubíková, 2011). U alogenní transplantace se objevuje jeden z vedlejších účinků a to reakce štěpu proti hostiteli, který představuje komplikaci vyvolanou lymfocyty dárce proti organismu příjemce. Léčí se podáváním imunosupresiv v rámci intenzivní léčby. Jedná se o velmi nepříznivou a život ohrožující komplikaci (Doubek, 2007b). K **paliativní léčbě** se přistupuje ve chvíli, kdy byly u pacienta vyčerpány veškeré kurativní léčebné prostředky. Paliativní péče zahrnuje adekvátní a symptomatickou podpůrnou léčbu (analgetika, podpora výživy, hydratace, substituce krevními deriváty, atd.), která nemocnému v rámci možností zajistí kvalitní život nejlépe v domácím prostředí (Češka et al., 2010).

1.3 Potřeby pacienta a holistický přístup

Jak již bylo zmíněno v úvodních kapitolách, zjištění maligní diagnózy je značný zásah do života nemocných. Nemoc neovlivňuje pouze fyzické potřeby pacienta, ale jsou ovlivněny i psycho-sociální potřeby. V souvislosti s tím, je důležité na nemocné pohlížet jako na holistické bytosti. Holistický přístup k nemocným je v oblasti ošetrovatelské péče při uspokojování lidských potřeb zcela zásadní, protože představuje komplexní pohled na péči o pacienty.

Holismus představuje filozofický směr, který se zaměřuje na člověka jako na celek. Sestra by tak o pacienta měla pečovat jako o celou lidskou bytost, protože psychika a soma (biologický a fyziologický stav) jsou ve vzájemné interakci. Zdůrazňuje se mezi nimi psychosomatický vztah. Jinak řečeno, pokud bude narušena psychika, vytváří se současně s ní i somatická nerovnováha a naopak. To znamená, že v období nemoci musí být u nemocných uspokojovány jak fyziologické, tak i psycho-sociální potřeby. Sestry mají určitou prioritu v poskytování holistické péče, neboť jejich postavení mezi dalšími zdravotníky je v úzkém kontaktu s pacienty. Proto je základem ošetrovatelství, péče o celého člověka, jenž zahrnuje potřeby tělesné, sociální, emocionální, intelektuální a duchovní (Mastiliaková, 2007). Potřeby pacientů s onkologickou diagnózou zahrnují oblasti fyzické, psychologické, sociální a duchovní. Sestra vždy musí dobře identifikovat potřeby svých pacientů, aby mohla při jejich uspokojování postupovat dle holistického přístupu. Péče o pacienty je dynamický proces, který pomáhá řešit problémy v adaptaci na požadavky vyvolané nemocí a její léčbou. Psychosociální péče je důležitá od počátečního období zjištění nemoci až do konečných fází onemocnění. Každý člověk má individuální specifické potřeby, proto se odlišují v závislosti na fázi onemocnění (např. smutek, zlost, strach, pesimismus, smíření s bohem, přijetí). Sestra hraje důležitou roli v psychosociální podpoře pacienta. Komunikace, vzájemná důvěra a respekt mezi sestrou a pacientem je v oblasti potřeb stěžejní (Lavdaniti, 2017). Svatošová (2012) rozděluje potřeby na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Do potřeb biologických lze zařadit vše, co potřebuje nemocné tělo. Nutné je přijímat potravu, dále sem patří i potřeby vylučovací. Velmi důležitou biologickou potřebou je dýchání (Svatošová, 2012). Plevová et al. (2011) řadí do biologických potřeb také udržování konstantní tělesné teploty, potřebu spánku, odpočinku a sexuální potřeby (Plevová et al., 2011).

Kromě potřeb biologických je důležité zmínit i potřeby psycho-sociální. Nezbytnou součástí těchto potřeb je pocit bezpečí a jistoty. Nemocný během hospitalizace vnímá určitý strach a obavy, a proto je zde stěžejní důvěra mezi pacientem a zdravotníkem. Další zásadou správné komunikace s pacientem je nesdělování více informací, než chce pacient slyšet (Svatošová, 2012). Pocit ochrany a bezpečí představuje, v doslovné rovině, ochranu proti nepřátelským a nebezpečným silám, přicházejícím zvenčí. Narušením těchto potřeb může u pacientů dojít k úzkostným stavům, kdy se stávají lidé více zranitelnými, protože se necítí příliš bezpečně (Šamánková et al., 2011). Potřeby sociální jsou nedílnou součástí lidských potřeb, protože člověk je tvor společenský. V období nemoci se sice může zdát, že člověk o podporu z okolí a návštěvy moc nestojí a chce se od nich izolovat, nicméně i nemocný člověk nechce být sám a potřebuje kolem sebe rodinu a společnost (Svatošová, 2012). Výborným prostředkem k navázání komunikace a důvěry mezi sestrou a pacientem může být úsměv. Úsměv naznačuje přátelství, představuje jakýsi stimul pro toleranci. Lze jej použít i pro ulehčení napětí a slouží i jako prostředek neverbální komunikace, kdy se sestra na pacienta pouze usměje, aniž by cokoliv řekla (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Neverbální komunikace je jeden z možných způsobů, jak lze s pacientem komunikovat i beze slov. I když neverbální komunikace nepoužívá slova, i tak lze její pomocí vyjádřit velké množství emocí, prožívání a postojů a právě tohoto chování si sestra u pacientů všimá a má to pro ni větší výpovědní hodnotu než verbální sdělení (Plevová et al., 2011).

Špatenková a Králová (2009) uvádějí známý model Elizabeth Kubler – Rossové, který popisuje pět fází. V těchto pěti fázích se lidé snaží vyrovnat s nepříznivou zprávou. První fází je negace, kdy je pacient v šoku a popírá situaci. Úlohou sestry je navázání kontaktu a získání důvěry pacienta (Špatenková a Králová, 2009). Vorlíček et al. (2012) v této fázi popisují zásady komunikace s pacientem. Sestra podporuje pacienta, dále se snaží snižovat pacientovo sebeobviňování ze vzniku nemoci, protože tento pocit může vést až k hluboké psychické krizi (Vorlíček et al., 2012). Ve druhé fázi se nachází pacient v agresi. Nemocný je obklopen velkým množstvím vzteku a může se u něj objevit i nenávisť. Pacientovo okolí je vystaveno tomuto vzteku ze všech stran a jeho blízcí by měli umožnit pacientovi odreagovat se od vzteku (Kutnohorská, 2007). Třetí fází je smlouvání. Sestra by měla být maximálně trpělivá. Další fází je deprese projevující se smutkem pacienta. Sestra naslouchá a snaží se pomoci najít řešení různých problémů. Poslední fází je smíření, kdy se pacient vyrovnal se situací. V této

fázi kromě pacienta musíme myslet i na rodinu, která také potřebuje podpořit a potřebuje cítit, že jim jsou sestry na blízku (Špatenková a Králová, 2009). Tyto fáze se mohou různě překrývat, u každého jedince mohou trvat různou dobu. Některé fáze se nemusí vyskytnout vůbec (Zacharová et al., 2007). Raudenská a Javůrková (2011) se zaměřují na stádia onemocnění, kterými si nemocný prochází. Jmenovitě se jedná o tato stádia - prediagnostické, diagnostické, léčebné, období po léčbě, rekurence, progresse a terminální. Onkologický tým má za úkol věnovat pozornost všem psychosociálním problémům vzniklým v jakémkoliv stádiu. Období prediagnostické je charakterizováno velkým pocitem nejistoty, úzkosti, zoufalství a doufání v lepší stav. V tomto období hraje důležitou roli praktický lékař nebo již onkolog. Stanovení diagnózy má na starost lékař, který musí umět komunikovat na úrovni srozumitelné pro pacienta. V období léčebném dochází k léčebným postupům a zákrokům. V této fázi se pacienti mnohdy musí vyrovnat se změnou tělesného schématu a s bolestí. Po léčbě je pacient vystaven strachu z možných recidiv onemocnění nebo naopak může pociťovat úspěch z léčby. V případě agresivních typů lymfomů lze hovořit o terminálním stavu a konci života. Pacienti jsou velmi úzkostní, mají strach z utrpení, bolesti, bojí se vyřešit potíže v mezilidských vztazích (Raudenská a Javůrková, 2011).

1.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem

Tato kapitola se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s lymfomem. Ošetrovatelská péče zahrnuje péči fyzickou i psychickou. Ta je v období onkologického onemocnění výrazně ovlivněna, a proto je nezbytné zajistit pacientovi klidné prostředí, navázat s ním důvěru, jednat s ním narovinu a být mu během léčby oporou. V následujících podkapitolách jsou zmíněny nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se pacienti během onkologického onemocnění setkávají.

Ošetrovatelská péče o onkologického pacienta je velmi náročná. Pacienti s onkologickou diagnózou jsou hodně specifictí, protože nemají pouze jeden ošetrovatelský problém. Samozřejmě prvotním problémem je samotné onemocnění, které svojí přítomností výrazně ovlivňuje psychiku pacientů (Palková, 2013). Ošetrovatelská péče má za úkol zajistit u pacientů péči klinickou, včetně medikamentózní léčby a společně s ní i péči psychickou, spirituální a sociální. Sestry tak zastávají celkovou péči o pacienty, vyžadující kvalitní odborné znalosti, a v neposlední řadě i jejich etické a morální vlastnosti (Zacharová, 2011). Sestra je v neustálém kontaktu s pacienty, a proto je zcela žádoucí její výborné ovládání

komunikačních schopností (Palková, 2013). Komunikace by měla probíhat na takové úrovni, aby zajistila mezi personálem a pacientem důvěru. Pacient by měl věřit, že pro něj udělá personál vše potřebné, co je v jeho silách a v případě, že to již není možné, mu zachová trochu naděje (Zacharová, 2011). Sestra by také při uspokojování potřeb pacienta měla brát ohled na duchovní potřeby pacienta. V případě těchto potřeb je nezbytné respektovat pacientovo vyznání a umožnit mu přístup k jeho víře (Palková, 2013). Sestra si klade za cíl dobré komunikace s pacientem to, že o svém onemocnění dokáže hovořit, umí klást otázky ohledně nemoci a nebojí se toho, že odpovědi nerozumí. Pacient si během tak těžkého období nemoci nesmí připadat, že v tomto boji zůstal sám (Zacharová, 2011). Schopnost empatie, představuje dobrý způsob navázání důvěry pacienta a i jeho ochotu spolupracovat (Palková, 2013). Sestra, ošetřující onkologické pacienty, musí respektovat psychický i somatický stav nemocných. Strach pacientů z tak obávaného druhu onemocnění může u pacientů vyvolat až psychickou krizi (Zacharová, 2011). Onemocnění a jeho následná léčba změní život pacientům i jeho rodině. Lidem se mění priority i sociální status v životě. Sestra má za úkol přispět svojí kvalifikací ke zvládnutí nové životní situace, která je pro pacienty velmi obtížná. Práce s onkologickým pacientem vyžaduje již zmíněné výborné komunikační schopnosti, empatii, obrovskou dávku zodpovědnosti a v neposlední řadě lásku k člověku a ke svému povolání (Palková, 2013).

1.4.1 Malnutrice a váhový úbytek v onkologii

Během onkologické diagnózy dochází k mnoha tělesným změnám u nemocných. Pacienti často ubývají na váze, ať už z možného strachu z diagnózy nebo vlastní přítomností onkologického onemocnění. Tyto stavy mají nepříznivý vliv na průběh léčby, a proto se tato podkapitola zaměřuje na faktory ovlivňující vznik malnutrice a následný úbytek na váze u pacientů. Dále nastíní příčiny vzniku nádorové kachexie a její následný vliv na chování a prožívání pacienta. Důležitým bodem této podkapitoly je ošetřovatelská péče spočívající převážně v nutričních intervencích v oblasti stravování u těchto pacientů.

Malnutrice představuje jeden z možných problémů v onkologii. Malnutrice znamená nepoměr mezi příjmem a potřebou energie. Dále může být způsobena i nedostatečným příjmem živin z některých složek potravy. V onkologii stojí za vznikem malnutrice řada faktorů. Tyto faktory se mohou vyskytovat v různých kombinacích. Jedním z faktorů je např. nedostatečný příjem živin v souvislosti s poruchou

gastrointestinálního traktu. Ten se projevuje nevolností, nechutenstvím a nesnášenlivostí některých druhů potravin. Speciálním stavem objevujícím se během onkologické diagnózy je tzv. nádorová kachexie, tedy chátrání organismu způsobené působením nádoru a odpovědí organismu na jeho přítomnost (Tuček, 2015). Nádorová kachexie představuje, společně s úbytkem hmotnosti a svalové síly, jeden z velkých problémů, který během onkologického onemocnění negativně ovlivňuje stav i zdraví nemocného. K úbytku svalové hmotnosti dochází i na podkladě sarkopenie, tedy ztráty svalové hmoty. Sarkopenie může u pacientů způsobit špatný fyzický i emocionální stav. Tento stav je někdy doprovázen i dalšími příznaky, např. nevolností, únavou a poruchami chuti k jídlu. Přítomnost nádorové kachexie dále způsobuje negativní výsledky a účinky léčby. Příčiny vzniku tohoto stavu zahrnují snížený příjem potravin, dále sníženou fyzickou aktivitu a poruchy metabolismu člověka (Nipp et al., 2017). Kachexie je charakteristická nedostatečným příjmem živin, sníženou nebo chybějící fyzickou aktivitou a nemocný může mít narušený a pozměněný metabolismus, který je ovlivněn systémovou zánětlivou odpovědí (Aapro et al., 2014). Hlavními příznaky podvýživy u pacientů je ztráta hmotnosti a celková tělesná slabost. Podvýživa negativně ovlivňuje také hojení ran. K podvýživě u pacientů dochází i vlivem podávání cytotoxických látek. Jejich podávání sebou nese řadu nežádoucích účinků a může oslabit pacienta a snížit u něj chuť k jídlu. Při podezření na podvýživu se musí snížit dávka cytotoxických látek a někdy dochází až k úplnému zastavení léčby. Dochází také k narušení kvality života ve smyslu poškození a oslabení imunitního systému, a tím ke snížení obranyschopnosti organismu před infekčními chorobami (Santarpia et al., 2011).

Sestra představuje nejbližšího prostředníka mezi pacientem a zdravotnickým světem. Proto jejím hlavním úkolem v oblasti výživy je detekce abnormalit. K jejich odhalení si sestra stanovuje základní parametry a zjišťuje, jestli se od nich pacient odchyluje. Sestra při každém příjmu pacienta na oddělení provádí nutriční screening ke zjištění nutričního stavu pacienta. Na základě tohoto screeningu se dozvídá, zda pacient nějak výrazně nezhubl nebo zda nemá nějaké omezení v příjmu potravy (Grofová, 2007). Pokud pacient nemůže přijímat potravu ústy, např. v souvislosti s nežádoucími účinky léčby (mukozitida po chemoterapii a radioterapii), je indikováno podávání stravy formou nazogastrické sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie nebo výjimečně úplnou parenterální výživou. Podpora výživy spočívá v podávání nutričních doplňků stravy (Vorlíček et al., 2012). Základem nutriční podpory a dalších intervencí v oblasti výživy

je dietní rada s doporučením pestré stravy s dostatečným obsahem vitaminů. Pacient by měl být motivován k udržení své tělesné váhy. Vhodným prostředkem k podpoření výživy je sipping. Sipping představuje prostředky různých příchutí, které jsou vhodné k popíjení v období mezi jídly (Šachlová, 2014). Sestra podává přípravky dle ordinací lékaře, dále pacientovi doporučí, jak je má užívat. Nejlepší je popíjet tyto přípravky mezi jídly a hlavně pomalu. Kdyby pacient popíjel tyto přípravky před jídlem, nemusel by pak mít chuť k jídlu a byl by před jídlem nasycen. Sestra kontroluje, zda pacient přípravky opravdu pije a po jejich vzájemné domluvě mu může přípravky i vychladit, popřípadě přelít do skleničky či hrnku (Vytejčková et al., 2011). Výhodami sippingu je snadné vstřebávání živin, detailně definované složení a vyvážený poměr živin. Tento druh nutriční podpory obsahuje různé varianty chuti a konzistencí přípravků (Vytejčková et al., 2013). Sestra by u pacienta také měla usilovat o to, aby měl pacient zajištěnou dostatečnou výživu, dále aby se podporovalo jeho fyzické cvičení. Cvičení se určuje na základě schopností pacienta a slouží jako ochrana a obnova svalové hmoty a vede ke snížení systémového zánětu (Aapro et al., 2014).

1.4.2 Úzkost a deprese u onkologického pacienta

Zjištění a potvrzení maligního onemocnění je velký zásah do života člověka. Tato zpráva ovlivní člověka v mnoha oblastech jeho osoby a jednou z nich je právě psychika. Ta je značným způsobem narušena a vystavena velkému množství strachu a obav z onemocnění. Proto se tato podkapitola zabývá úzkostí a depresí, jakožto základními problémy, se kterými si psychika nemocného mnohdy neumí poradit. Sestra má za úkol v oblasti psychiky tyto negativní pocity co nejvíce eliminovat.

Úzkost je nejasný pocit strachu nebo obav, kdy se jedná o aktivaci autonomního nervového systému v reakci na vnější nebo vnitřní podněty. Tyto podněty mohou mít behaviorální, emocionální, kognitivní a fyzické symptomy (Vera, 2016). Za vznikem úzkostí může stát mnoho faktorů. Jedním z nich je všeobecná obava a pocit strachu z onemocnění. Dalším možným faktorem může být úzkost z přicházející léčby nebo vedlejších účinků léčby. S tím souvisí i funkční omezení pacienta, která mohou následovat. Úzkost mohou doprovázet i sociální a finanční dopady na okolí nemocného a společnost, ve které se pohybuje. Pro úzkost jsou charakteristické i další doprovázené projevy, např. pocity svalového napětí, těsnost na hrudi, dušnost až gastrointestinální symptomy (Hulbert–Williams, 2016). Úzkost lze charakterizovat jako dynamický projev, který může u nemocných vrcholit v různých časech. Vhodným způsobem

uklidnění jsou onkologické návštěvy, které pomáhají pacientům zvládat pocity strachu a obav z možných recidiv a utrpení. Intenzivnější psychosociální intervence zahrnují psychoterapii, stresový management a podpůrné poradenství v léčbě úzkostí u pacientů. Pro dlouhodobější léčbu úzkosti se doporučuje podávání antidepresiv (Traeger et al., 2012). Úzkost způsobuje mnoho nepříznivých změn v životě člověka. Změny se mohou týkat například fyzických účinků, jako jsou bolest, oslabení, únava a změna vzhledu. Kromě fyzických změn dochází k narušení duševní pohody, která se projevuje právě již zmíněnou úzkostí, strachem, smutkem až zoufalstvím. Lidé mají obavy z následujících životních podmínek, prochází si existenčními a duchovními dilematy, vycházejícími z onemocnění. Tyto obavy nejsou přítěží pouze pro prožívání samotného pacienta, ale představují i zátěž pro jeho rodinu a okolí (Cieślak, 2013). Pacienti popisují obavy ze změn v životních plánech, snižuje se jim kvalita života a úzkost u nich vyvolává i recidiva nebo progresse onemocnění. Úzkost a deprese nejsou omezeny pouze na probíhající léčbu, ale mohou trvat i měsíce dokonce roky po úspěšné léčbě (Jacobsen a Jim, 2008).

Deprese vede, stejně jako úzkost, ke snížení kvality života, ohrožuje výsledky léčby a má za následek vyšší úmrtnost pacientů na rakovinu. Deprese se somaticky projevuje únavou, ztrátou chuti k jídlu a změnou hmotnosti (Smith, 2015). Deprese je doprovázena velmi nízkou náladou, podrážděností, změnou spánku až ztrátou energie. Tyto velmi nepříjemné stavy mohou vyústit až k sebevraždě (Hulbert–Williams, 2016). Diagnostika deprese je velmi složitá, protože vzhledem k onkologickému onemocnění se nemusí rozpoznat. Lidé mají špatný fyzický i psychický stav a tyto depresivní nálady a další symptomy se nemusí připisovat depresi, ale spíše zjištěnému onemocnění. Pacientům se změni i chování, poznávání, u některých se vyskytuje i mentální anorexie a sociální izolace (Smith, 2015). Pacienti s depresí často trpí i dalšími problémy jako jsou zácpa, anorexie, bolesti hlavy a poruchy spánku, které jsou často spojeny s emocionálními účinky onemocnění. Největší komplikací závažných depresí jsou myšlenky na sebevraždu. Sestra by měla pacientovi umět pomoci ve smyslu života, pacient by měl cítit, že život stojí za to (Serrano, 2017).

Intervence zahrnují podporu pacienta i jeho blízkých. Pacientovi by měla být poskytnuta podpora a povzbuzení. Dále by se mělo pacientovi pomoci porozumět této těžké situaci vysvětlením jeho pochybností. U pacienta by se měla budovat naděje formou zobrazení určitých perspektiv do budoucnosti. Důležité je, aby se pacienti

neuzavírali před onemocněním do sebe, a aby neodmítali pomoc a podporu od zkušených odborníků (Cieślak, 2013). V případě úzkosti by sestry měly posoudit úroveň úzkosti pacienta, aby si u něj naplánovaly pravděpodobné intervence. Při práci s pacienty je důležité, aby se pacienti cítili bezpečně v přítomnosti klidného personálu. Z toho vyplývá, že sestra má během komunikace s pacientem dodržovat klidný postoj s klidným tónem hlasu. Pro rozhovor mezi sestrou a pacientem je vhodné vybrat prostředí s minimálními podněty. To znamená zamezit příliš velkému hluku, osvětlení a minimalizovat počet osob v místnosti (Vera, 2016). Ošetrovatelská péče o pacienta s depresí vyžaduje povzbuzování ho v běžných denních činnostech. Sestra povzbuzuje pacienta v osobní hygieně, v jídle a v jeho denních aktivitách. Aktivity by měly být naplánovány v časech, kdy má pacient dostatek energie. Sestra by měla vysvětlit pacientovi, že deprese může být ulehčena vyjádřením pocitů a zapojením do příjemných aktivit (Tabangcora, 2016). Důležitým bodem komunikace mezi sestrou a pacientem je trpělivost. Sestra by měla být v interakci s pacientem co nejvíce trpělivá a měla by projevovat pocity empatie. Sestra klade důraz i na duchovní potřeby pacienta. V případě potřeby požádá o pomoc duchovního nebo kněze. Dále je důležité identifikovat aktivity, které by mohly být pro pacienta zajímavé (Serrano, 2017).

1.4.3 Mukozitida a problémy v dutině ústní u onkologického pacienta

Onkologický pacient je ohrožen celou řadou vedlejších nežádoucích účinků léčby a těmito problémy jsou nepříznivé stavy v dutině ústní. Ty pro pacienta představují značný dyskomfort. V první řadě tyto problémy způsobují velkou bolest a je důležité tuto bolest eliminovat a kvalitně pečovat o dutinu ústní. Proto se tato podkapitola zaměřuje nejen na problém samotný, ale i na ošetrovatelskou péči, která spočívá v důkladné péči o hygienu dutiny ústní.

Mukozitida představuje toxickou odpověď organismu, která postihuje sliznici dutiny ústní v souvislosti s chemoterapií a radioterapií. Pacienti udávají dyskomfort v oblasti stravování a celkově narušení kvality života. Dalším problémem je negativní ovlivnění průběhu onkologické léčby a zvyšující se riziko vzniku infekce. Pacienti mohou mít problémy s vnímáním chutí, mají sníženou salivaci a dochází k orálnímu omezení přijímání potravy a tekutin (Vokurka, 2009). Mukozitida se projevuje intenzivní bolestí dutiny ústní a představuje velký problém ve verbální komunikaci a v oblasti stravování (Araújo et al., 2015). Mukozitida se klinicky projevuje v průběhu druhé poloviny cyklu radioterapie. Nejprve se objevuje erytém, prosakování sliznice a její ulcerace. Tato

zánětlivá ložiska se objevují po celé sliznici dutiny ústní, kdy mohou pokrývat i rty. Ve většině případů je přítomna i infekce, nejčastěji ve formě mykózy (Hercová, 2009). V oblasti omezení bolesti se nabízejí následující řešení. Prvním z nich je zajištění kryoterapie, která spočívá v aplikaci ledu, ledové tříště a ledové vody do dutiny ústní. Další možností je radiační clonění při radioterapii v oblasti krku a hlavy. Vhodné jsou i výplachy dutiny ústní a kloktání roztoků s benzydaminem (Vokurka, 2011). V případě těžké mukozitidy jsou účinnými prostředky roztoky s antimikrobiálním účinkem. Zástupci těchto roztoků jsou chlorhexidin 0,1-0,3%, komerční ústní voda Corsodyl (0,1% chlorhexidin), Oraflux Chlorhexidin PRO (0,12% chlorhexidin) dále pak z antimykotik intrakonazol a nystatin. Vhodnými roztoky pro léčbu dyskomfortu, bolesti a suchosti sliznice dutiny ústní patří gelovité produkty obsahující kyselinu hyaluronovou. Jsou jimi produkty Radioxar-Mucospray, Bioextra-Gel a Protefix (Vokurka, 2011). Mukozitida způsobuje další možné komplikace jako dehydrataci, úbytek hmotnosti a následující hospitalizaci se zajištěním parenterální výživy. Tyto komplikace představují značný zásah a ovlivnění protinádorové léčby (Hercová, 2009).

Ošetřovatelská péče zahrnuje zejména řešení bolesti. Sestra by měla umět reagovat na pacientovo sdělení bolesti, měla by mu poskytnout úlevu od bolesti dle ordinací lékaře v podobě podávání předepsaných analgetik. Dalším úkolem sestry je sledovat reakci na jednotlivá analgetika po jejich podání. Pokud pacient nemůže bolest verbalizovat, sestra by měla být schopna sledovat neverbální známky bolesti a nepohodlí u pacienta (Araújo et al., 2015). Jelikož problém mukozitidy narušuje i oblast stravování, je žádoucí navrhnout pacientovi speciální stravu stanovenou dle kalorických požadavků pacienta spolu s odborníkem na výživu. Sestra průběžně kontroluje úbytek hmotnosti u pacienta, dále zajišťuje klidné prostředí v době jídel. Sestra poučí pacienta o tom, že má jíst malé porce, po jídle by si měl pacient odpočinout od bolesti. Důležitou složkou ošetřovatelského plánu je zajištění dostatečné hydratace u pacienta a dále i doporučení, že by měl pacient přestat kouřit a konzumovat alkohol. Neopomenutelnou součástí ošetřovatelského plánu je péče o dutinu ústní. Kvalitně provedené hygieně dutiny ústní by měla předcházet správná technika mytí rukou buď samotným pacientem, nebo ošetřujícím personálem. Sestra provádí, dohlíží a vyučuje správnou techniku hygieny dutiny ústní (Araújo et al., 2015). Sestra, pro kvalitní hygienu dutiny ústní u pacientů, může využít celou řadu roztoků. Čistícími roztoky mohou být, od obyčejných odvarů z heřmánku, řepíku lékařského nebo šalvěže lékařské, až po lékařem ordinované

roztoky, např. Boraxglycerin, 3% peroxid vodíku a Stopangin. Sestra by měla mít na paměti, že hygiena dutiny ústní může být pro pacienta nepříjemná a může vyvolat dávicí reflex, zvracení a následnou aspiraci. Proto je důležité postupovat tak, aby těmito situacím bylo co nejvíce zabráněno a manipulovat s tamponky či vatovými štětičkami v dutině ústní šetrně (Vytejková et al., 2011). Jak již bylo zmíněno, vhodným způsobem hygieny dutiny ústní mohou být i výplachy a kloktání roztoků s benzydaminem. Nejčastějšími zástupci benzydaminů jsou Tantum Verde a Tantum Rosa (Vokurka, 2011).

1.4.4 Únava u onkologického pacienta

Tato podkapitola popisuje vliv únavy na pacienta. Únava je řazena do nejčastějších problémů vyskytujících se u onkologických pacientů. Dále je zmíněn její vliv na onkologickou léčbu a jsou popsány i doprovázející symptomy.

Únava představuje jeden z nejčastějších symptomů vyskytujících se během onkologického onemocnění. U každého jedince může trvat jinak dlouho, ale většinou přetrvává měsíce, někdy i roky po ukončení léčby rakoviny. Únava značně ovlivňuje i průběh onkologické léčby, kdy ji může například časově prodloužit, protože snižuje pacientovu chuť dodržovat léčbu (Hofman et al., 2007). Únava je charakterizována jako subjektivní nepřetržitý pocit vyčerpání a snížené kapacity pro fyzickou i duševní práci na obvyklé úrovni (Wayne, 2016). Tento symptom je doprovázen slabostí a hlavně nedostatkem energie. Únava spojená s onkologickou diagnózou se od běžné únavy liší tím, že není odstraněna spánkem a ani neodpovídá námaze člověka. Únava spojená s rakovinou představuje významný převládající a úzkostný symptom, který zaznamenala většina pacientů během onkologické léčby i po jejím ukončení (Hofman et al., 2007). Únava může omezit schopnost pacienta podílet se na péči o sebe a člověk není schopen plnit své role v rodině a ve společnosti (Wayne, 2016). S tím souvisí i jeho ovlivnění v každodenním fungování, ve smyslu vykonávání běžných denních činností. Dále nemocné omezuje ve schopnostech pracovat efektivně a je také spojena s velkou úrovní psychické námahy (Hofman et al., 2007). Únava, jakožto vedlejší nežádoucí účinek při onkologické léčbě, ovlivňuje každodenní život nemocných v mnoha chvílích více než bolest nebo jiné příznaky. Má negativní dopad na práci, sociální vztahy a značně znehodnocuje fyzickou funkci a celkovou aktivitu nemocných. Únava může být ovlivněna různými faktory. Mezi ně lze zařadit fyzické, psychosociální a biologické faktory. V souvislosti s únavou je potřeba zmínit, že pacienti mají deprimovanou

náladu, bolest, strach a depresi (Ganz a Bower, 2007). Únavu lze rozdělit na periferní a centrální. Svalová únavnost způsobená svaly patří do periferní únavy, která se vyskytuje tam, kde je nedostatečná reakce neuromuskulárního systému po centrální stimulaci. Do centrální únavy patří neschopnost vykonat dobrovolné činnosti. Přispívající faktory, někdy označované jako sekundární únava, zahrnují věk, fyzické symptomy, psychologické příznaky, komorbidity, pokročilé onemocnění a nežádoucí účinky na léčbu. S pokročilým nádorovým onemocněním má vliv každý z již zmíněných faktorů přispívajících ke vzniku únavy (Borneman, 2013). Existuje syndrom chronické únavy, což je stav charakterizovaný prodlouženou únavou, jenž je doprovázen neurologickými problémy. Pacienti popisují všeobecnou bolest, trpí gastrointestinálními problémy a příznaky chronické únavy jsou připodobňovány chřipce. Tento stav není dosud zcela pochopen, ale považuje se za abnormální reakci imunitního systému na vysoce stresující fyziologické nebo psychologické události (Wayne, 2016). U onkologických pacientů se může objevit i únavový syndrom. Jako příčinu únavy lze zmínit anémii. Anémii lze zařadit do již řečených fyziologických příčin společně s vlastní onkologickou léčbou, nádorovou kachexií a tvorbou cytokinů (Jedlička et al., 2007).

Ošetrovatelská péče o pacienta s únavou je zaměřena na vyhledávání různých příčin únavy. Sestra posuzuje emoční reakce pacienta na únavu. Mezi emoční reakce lze zařadit úzkost a depresi. S únavou souvisí i výživa, jakožto zdroj energie, a proto sestra hodnotí stav výživy u pacienta a metabolické požadavky. Únava může být symptomem podvýživy, dále deficitu vitamínů a nedostatku železa (Wayne, 2016). Podpora vyvážené stravy, zahrnující dostatek kalorií, bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálů a tekutin, je součástí podpory optimálního zdraví, aby se člověk přizpůsobil potřebám rakoviny, léčby a následných účinků. Pacienti mají tendenci spát, ale více spánku nemusí být přínosné. Spánek a odpočinek by naopak měly být co nejvíce vyvážené a plánované. Nezbytné je vytvoření dobrých podmínek pro spánek a také vyvarování se kofeinu a dalších stimulů, např. nikotinu zejména večer (Kirschbaum, 2010). Dalším důležitým bodem ošetrovatelské péče je omezení environmentálních podnětů z okolí, které mohou mít vliv na odpočinek a spánek pacientů. Sestra zajistí klidné prostředí s minimálním hlukem a odpovídajícím osvětlením. Velké množství osob, hluk a příliš ostré světlo by mohly ovlivnit a narušit pacientův klid a spánek, což by přispělo k únavě (Wayne, 2016). Farmakologická léčba je doporučena ve

specifických případech, mezi které lze zařadit již zmíněnou anémii. K léčbě chronické anémie se využívá erythropoetin. Erythropoetin vede ke zvýšení hladiny hemoglobinu, který koreluje se zvýšením fyzické zdatnosti a snížením únavy, což vede ke zlepšení kvality života (Jedlička et al., 2007).

1.4.5 Průjem a zácpa u onkologického pacienta

Průjem a zácpa jsou problémy, které mohou postihnout každého člověka. Tyto problémy se však vyskytují i u onkologicky nemocných pacientů a je důležité těmto problémům čelit a léčit je. Velmi zásadním bodem je udržování pacienta v přijatelné hydrataci, protože během těchto stavů nastává značná dehydratace při velké ztrátě tekutin. Ošetrovatelská péče o pacienta se zácpou a průjmem se zaměřuje na podávání léků dle ordinace lékaře, dále na úpravu ve stravování a sledování celkového stavu pacienta.

Při průjmu dochází k opakovanému vyprazdňování tekuté stolice. Při této zvýšené frekvenci vyprazdňování lidé mají nepříjemné pocity, například bolesti a křeče břicha, nechutenství, nauzeu a zvracení (Vytejšková et al., 2013). Průjem se také řadí mezi nežádoucí vedlejší účinek protinádorové léčby, nejčastěji po chemoterapii a radioterapii v oblasti břicha. Příčin je celá řada, ale většinou se jedná o poškození epitelu střeva, podání antibiotik a hraje zde svojí roli i vliv psychiky, kdy pacienti pociťují strach a nervozitu z onemocnění a léčby. Tento problém lze vyřešit úpravou stravy a zvolením určitých dietních opatření při průjmových komplikacích. Jelikož se při průjmu ztrácí velké množství tekutin, je důležité tento nedostatek vyrovnávat a doplnit během dne alespoň 2,5 až 3 litry tekutin (Hofmanová, 2012). Rehydratace je pacientovi poskytována buď formou perorálního příjmu, nebo infuzní terapií. Pro domácí rehydrataci se doporučují čiré tekutiny jako voda, nemastný vývar, ředěné ovocné džusy, slabý čaj nebo citronová voda. Je vhodné je popíjet po celý den. Mezi méně doporučované tekutiny patří nápoje s kofeinem (Grofová, 2007). K léčbě průjmu v domácích podmínkách patří dietní opatření zahrnující potraviny, jako jsou banány, borůvky a vařená mrkev. Mezi ordinované léky patří antidiarika. Zástupci antidiarik jsou například Smecta, Endiaron či Ercefuryl. Sestry tyto léky podávají dle ordinací lékaře (Vytejšková et al., 2013). Při průjmu by se mělo pacientovi doporučit jíst málo, ale často, nekonzumovat smažená, kořeněná, tučná a také nadýmavá jídla. Dále se vyvarovat konzumaci alkoholu. Někdy dochází ke zhoršení průjmu i vlivem mléčných výrobků. Dobře snášeným bývá například bílý jogurt. Je důležité, aby pacienti sami

vyzkoušeli, co jim vadí a co ne. Mezi dobře snášenlivé potraviny lze zařadit rýži, těstoviny, chléb, libové maso například drůbeží, ryby, zralé banány a jablečné pyré. Ve chvíli, kdy je pacient omezen na malý příjem stravy, je zásadním přínosem pro pacienty trpící průjmem popíjení perorálních nutričních doplňků (Grofová, 2007).

V opačném případě zácpy dochází k nepravidelnosti nebo zástavě vyprazdňování a ke změnám v konzistenci stolice. Tento stav může být doprovázen bolestí břicha, nechutí k jídlu, člověk může mít pocit plnosti a nepohodlí (Vytejková et al., 2013). Zácpa spadá do důsledků podávání různých léků, například opioidů, některých antidepresiv nebo přípravků s obsahem vápníku. Jedná se o příznak objevující se po chemoterapii či nedostatku pohybu, sníženého příjmu potravy a tekutin. Podstatné je zařazení většího množství pohybu do denního režimu pacienta (Hofmanová, 2012). Dopad zácpy by neměl být nijak podceňován, protože se jedná o obtíž, která může zavinit úzkostné problémy u pacientů. Dále se pojí zácpa i s problémem bolesti v oblasti konečníku a břicha. Sestra by měla mít na paměti, že nezáleží pouze na léčbě okamžitých příznaků, ale je nutné pomýšlet i na komplikace neléčené zácpy. Příkladem mohou být rektální trhliny, hemoroidy, obstrukce střev až střevní perforace (Larkin, 2008). Možnosti léčby zácpy se nacházejí buď v úpravě stravy, nebo pomocí farmakologických přípravků. Farmakologická léčba zácpy spočívá v aplikaci laxativ, které podporují aktivitu tlustého střeva. Zástupci laxativ jsou Guttalax, Fructolax a osmoticky aktivními přípravky jsou Duphalac a Lactulosa sirup. Další možností je aplikace glycerinových čípků nebo podání projímavého klyzmatu (Vytejková et al., 2013). Aplikace glycerinových čípků není vhodná pro pacienty trpící krvácivými hemoroidy a trhlinami v konečníku. Sestra by měla pacientovi zdůraznit, že účinek těchto čípků je velmi rychlý a nedoporučuje se je užívat déle než týden v souvislosti s vytvořením závislosti (Hofmanová, 2012). Při zácpě je důležité pít hodně tekutin a stravu obohatit o potraviny bohaté na vlákninu. Těmi jsou například ovoce, zelenina a celozrnné produkty. Vhodnými doplňky stravy jsou také ovesné vločky, které si pacient může přidávat ke každému jídlu. Při zácpě pomáhá i zvýšená fyzická aktivita (Grofová, 2007). Dále je vhodné konzumovat dostatečné množství čaje, mléčných a ovocných přípravků a také minerálních vod (Vytejková et al., 2013). V neposlední řadě sestry zajistí obvyklý režim vyprazdňování u pacientů. Dále sledují bolestivost defekace. Sestra zajistí klidné a intimní prostředí pro vyprazdňování, sleduje frekvenci a konzistenci stolice (Vorlíček et al., 2012).

1.4.6 Nevolnost a zvracení v onkologii

Nevolnost a zvracení se řadí do vedlejších nežádoucích účinků léčby onkologických diagnóz a představují tak i určitá specifika ošetrovatelské péče. Hlavní úlohou péče je zajištění dostatečné hydratace, protože během opakovaného zvracení dochází k velké ztrátě tekutin a minerálů. Vhodné je upravit pacientovi jídelníček, který může rovněž podpořit a ovlivnit tyto nežádoucí účinky.

Nevolnost a zvracení, to jsou nejčastější příznaky vyskytující se hlavně v období léčby onkologického onemocnění. Jejich výskyt však může být i před absolvováním léčby jakožto příznak samotného nádorového onemocnění. Nevolnost je charakterizována jako subjektivní pocit, který spočívá v nutkání nemocných na zvracení. Tento pocit je dále doprovázen i dalšími příznaky, například blednutím, tachykardií a sliněním (Hawkins a Grunberg, 2009). Zvracení je reflex vyvolaný toxickými látkami, mezi které lze zařadit chemoterapeutika, způsobující poškození buněk v žaludku a v tenkém střevě. Obecně se jedná o látky detekované ve sliznici žaludku, způsobující stimulaci vagálních aferentů, které interagují se zadním mozkem. Tato interakce vede k eferentní vagální reakci, která nakonec vede k emetické reakci (Mustian, 2011). Tyto nežádoucí účinky vedou ke snížení příjmu potravy a tekutin, negativně ovlivňují psychiku a i rozhodnutí o tom, zda člověk podstoupí léčbu, protože právě tyto vedlejší účinky léčby vytvářejí největší strach a obavy pacientů (Hofmanová, 2012). Nevolnost a zvracení vyvolané chemoterapií představují značné břemeno, které přináší nemocným onkologické onemocnění. Dochází i k ovlivnění kvality života a pacientům se v souvislosti s těmito problémy stěžuje schopnost vykovávat běžné denní aktivity. Pokud se nevolnost a zvracení nekontrolují, nemocný se může dostat do stavu špatné výživy, dehydratace a elektrolytické nerovnováhy. Jeho fyzická a duševní zdatnost je také narušena. Občas se stává, že pacienti odmítnou léčbu právě kvůli těmto nežádoucím účinkům, které léčbu bohužel doprovází (Hawkins a Grunberg, 2009). U onkologických pacientů se může objevit celá škála typů zvracení a podle typu se dále rozhoduje o následující antiemetické léčbě (Hofmanová, 2012). Zvracení po podání chemoterapie může nastat hned do 24 hodin a je nazýváno jako krátké nebo může trvat i několik dní a pak odeznívá (Grofová, 2007).

Nefarmakologická léčba zvracení a nevolnosti spočívá v úpravě jídelníčku a způsobu stravování. Je vhodné jíst v dobře vyvětrané místnosti a vyhýbat se intenzivním

zápachům. Dále se doporučuje jíst netučná lehce stravitelná jídla, v případě nevolnosti se do jídla nenutit, ale jíst spíše malé porce v kratších časových intervalech. Vhodnější jsou studená jídla (Hofmanová, 2012). Dále je vhodné vyvarovat se jídlům s výraznou chutí či vůní. Pacientům se doporučuje nejíst velmi sladká, kořeněná či tučná jídla. Do stravy je možné zařadit kousky mraženého ovoce. Pacienti by po jídle neměli ležet, lepší je poloha vsedě. Po jídle by měl člověk odpočívat a měl by nosit volný oděv hlavně v oblasti břicha. Po odeznění zvracení je stěžejní doplnit ztráty tekutin. Vhodným způsobem je popíjení perorálních nutričních doplňků (Grofová, 2007). Ve farmakologické léčbě zvracení se užívají kortikosteroidy, jako je dexamethason. Jedná se o silná antiemetika a používají se v kombinaci s jinými přípravky. Jejich antiemetický mechanismus účinku je nejistý, ale předpokládá se, že zahrnuje inhibici syntézy prostaglandinu v hypotalamu. Antiemetický mechanismus má i působení benzodiazepinů, například lorazepamu (Perwitasari, 2011). Antiemetika se podávají v dostatečných dávkách a intervalech, někdy je zapotřebí vyzkoušet více preparátů. Mezi prokinetika lze zařadit Degan, Motilium a Ganaton, zástupci neuroleptik jsou Torecan, Prothazin a anticholinergika jsou léky sloužící ke snížení nadměrné sekrece v gastrointestinálním traktu, např. Bucopan (Vorlíček et al., 2012). Každý cyklus emetogenní léčby spočívá v profylaktickém podání kombinace antiemetik každý den aplikace chemoterapie a pokračování v antiemetické profylaxi 3-4 dny po skončení léčby. Jedná se o standardní přístup ve vysoce i středně emetogenních cyklech léčby. To znamená, že nestačí podání samotného antiemetika ani podávání pouze ve dny, kdy pacient dostává protinádorové léky (Tomíška, 2012).

1.4.7 Bolest u onkologického pacienta

Jedním z nejobávanějších klinických symptomů během onkologického onemocnění je bezesporu bolest. Zvládání bolesti úzce souvisí s úspěšností protinádorové léčby a také se odráží v adaptaci pacienta na stresové situace během onemocnění. Strach, úzkost a únava jsou možné příznaky, které mohou ovlivnit celkový prožitek bolesti i její intenzitu. Bolest se neléčí pouze dávkou analgetických léků, ale jedná se o problém vyžadující celkový léčebný přístup zohledňující i ostatní aspekty pacientova života během onkologického onemocnění (Zacharová, 2014). Průlomová bolest někdy též nazývána jako bolest epizodická se velmi často vyskytuje u onkologických pacientů. Tato bolest je charakterizována jako vzplanutí bolesti silné intenzity při dobře kontrolované základní bolesti analgetickou léčbou. Bolest je krutá, s náhlým začátkem

a trvá přibližně 30 minut. Tento stav vyvolává u nemocných úzkost a deprese a pacienti jsou nespokojeni s léčbou. Z hlediska patofyziologie ji lze rozdělit na dva typy, nociceptivní (somatickou a viscerální) a neuropatickou (Nosková, 2010). Nociceptivní bolest vychází z různých potíží v tkáních, které jsou hlášeny nervovým systémem do mozku. Tato bolest se většinou mění s pohybem, polohou nebo se zatížením. Zatímco bolest neuropatická vychází z poškození centrálního nebo periferního nervového systému v souvislosti s nemocí nebo se zraněním (Ingraham, 2017). V případě silných opioidů pro léčbu průlomové bolesti jsou vhodnými léky Fentanyl citrát ve formě nosního spreje (Instanyl), dále pak ve formě sublingvální tablety (Lunaldin) a také ve formě bukálních tablet (Effentora). Nástup účinku bývá v rozmezí 10-15 minut u všech zmíněných přípravků, trvání účinku se pohybuje okolo 3-4 hodin. Léčebné dávky je důležité stanovovat individuálně (Pochop, 2015). Jelikož je bolest velmi nepříjemným problémem u velkého počtu onkologických pacientů, je třeba brát zřetel na individualitu bolesti a její charakteristiku. Sestry u pacientů zjistí dostatečné informace o bolesti a následně zvolí intervence, které budou u pacienta plnit. Sestry musí věnovat pozornost lokalizaci, šíření a časovému průběhu bolesti. Při měření intenzity bolesti by měly sestry užívat takové nástroje, kterým budou pacienti rozumět (Zacharová, 2014).

1.4.8 Terminální stav a paliativní péče

Lymfomy patří mezi dobře léčitelná onkologická onemocnění, protože se možnosti léčby stále zlepšují. Avšak v případě některých typů lymfomů se může pacient dostat do terminálního stádia, kdy už nedojde k vyléčení a přichází na řadu paliativní péče, která se snaží prodloužit život pacienta a zlepšit jeho kvalitu (Colbert, 2016). I zde existuje možnost zmírňování pacientova utrpení a tišení bolesti, které mohou pobíhat nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v domácím prostředí (Skála et al., 2011). Co se týče tlumení bolesti, v paliativní péči ji lze zmírňovat pomocí podávání různých léků nejčastěji přes subkutánní přístup. Mezi nejvíce podávané léky patří Morfin, který vedle bolesti tlumí též dušnost (Sláma, 2008). Terminálním stavem se rozumí poslední fáze života doprovázená úzkostí, strachem ze smrti, z bolestivého umírání, kdy často dochází k ohrožení tělesné integrity. Pacient i rodina prochází těžkou životní fází, kdy obvykle nejsou schopni přijmout fakt, že jejich blízký umírá. Nejdůležitější potřebou, která doprovází pacienta a jeho rodinu v tomto období, je překonání strachu z umírání a z bolesti. Sestra by měla mírnit pocity viny a selhání u blízkých nemocného a také by měla umět pomoci při bilancování a podporovat proces smíření s vlastní smrtelností.

V dnešní době, díky vývoji v léčbě, existuje možnost, aby tato fáze probíhala v domácím prostředí. To zajišťuje nemocným prožít poslední chvíle v dobré kvalitě života doma až do úplného konce (Chrdlová, 2012).

Paliativní péče je interprofesionální disciplína zabývající se péčí a podporou pacientů s pokročilým onemocněním. Tato péče se nevztahuje pouze na samotné pacienty, ale součástí je i podpora rodiny nemocného. Pacienti s pokročilým nádorovým onemocněním často trpí fyzickými i psychologickými problémy a jejich potřeby jsou značně narušeny. Úlohou paliativní péče je zlepšení fyzických a psychosociálních problémů, dále zajištění kvality života a spokojenosti s životem až do jeho konce (Hui et al., 2015). Calabrese a Case (2017) uvádějí definici paliativní péče WHO charakterizující tuto péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů i jejich rodin prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení. Tato péče dále spočívá ve včasné identifikaci, bezchybném hodnocení a léčbě bolesti. Je nezbytné zmínit, že hlavním cílem paliativní péče není urychlit nebo odložit smrt, ale naopak poskytnout úlevu od bolesti a řešit problémy v oblasti potřeb pacienta (Calabrese a Case, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zmapovat specifické potřeby pacienta s lymfomem.

Zmapovat požadavky pacienta s lymfomem na ošetrovatelskou péči.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké jsou specifické tělesné potřeby pacienta s lymfomem?

Jaké jsou specifické psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem?

Jaké ošetrovatelské problémy se vyskytují u pacienta s lymfomem?

Co považuje pacient s lymfomem v rámci ošetrovatelské péče za prioritní?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl hloubkový rozhovor, který byl proveden s 5 informanty.

Informanti byli upozorněni, že se jedná o anonymní šetření a zjištěné informace budou použity pouze v souvislosti s vypracováním bakalářské práce. Dále bylo informantům vysvětleno, že jejich účast ve výzkumném šetření je zcela dobrovolná. Rozhovory probíhaly za přítomnosti jednoho dotazovaného a jednoho tazatele. Informanti byli samozřejmě obeznámeni s tématem bakalářské práce a empirickými cíli této práce. Rozhovor se skládal z okruhů otázek, které byly na základě odpovědí informantů dále rozšiřovány (viz příloha 1).

Rozhovor byl rozdělen na čtyři okruhy, kdy se jednotlivý okruh dále dělil na dílčí části, ve kterých byli informanti dotazováni na zcela konkrétní otázky. První okruh představoval zjištění identifikačních údajů o informantech. Druhý okruh se zaměřoval na specifické tělesné a psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem. Prioritou rozhovoru bylo odhalit subjektivní pohled každého z informantů na ovlivnění jejich potřeb nemocí. Ve třetím okruhu byly zjišťovány problémy pacienta s lymfomem. V této části nebyly stanoveny žádné dílčí oblasti, protože každý pacient trpěl jinými problémy, které vždy zmínil. Poslední čtvrtá část se zabývala prioritami ze strany ošetrovatelské péče, které sami pacienti hodnotí jako klíčové. V tomto okruhu opět nebyly přesně definované konkrétní otázky, neboť bylo naším cílem odhalit zejména subjektivní požadavky každého z informantů vůči ošetrovatelské péči. Tři rozhovory byly nahrány na diktafon, s předchozím souhlasem informantů a dva byly zaznamenány písemnou formou do počítače. Doslovné přepisy rozhovorů jsou k práci přiloženy ve formě volné přílohy na CD.

Veškeré výsledky byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“. Získané výsledky byly znázorněny v podobě kategorií a podkategorií. Prezentované výsledky obsahují jak parafrázované odpovědi informantů, tak i doslovné citované formulace jejich odpovědí.

Výzkumné šetření proběhlo v období březen až duben 2018.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří v průběhu svého života sami onemocněli lymfomem. Výzkumný soubor byl složen z pěti pacientů, kteří jsou ve výzkumné části práce označeni jako informanti P1-P5. Výběr informantů probíhal pomocí metody Snow ball technique, kdy byl nejprve osloven jeden z pacientů s lymfomem a ten postupně rozšiřoval okruh dalších informantů prostřednictvím svých kontaktů.

Celkem byly získány kontakty na 7 pacientů, s ohledem na citlivost zkoumaného tématu se však dva z nich rozhodli pro neúčast v našem výzkumném šetření. Výsledný počet je tedy 5 pacientů. Jelikož jsme s ohledem na popsání již předem předpokládali menší počet informantů, účastnících se našeho šetření, rozhodli jsme se alespoň pro částečnou kompenzaci této skutečnosti realizací hloubkového rozhovoru nikoliv rozhovoru polostrukturovaného.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru

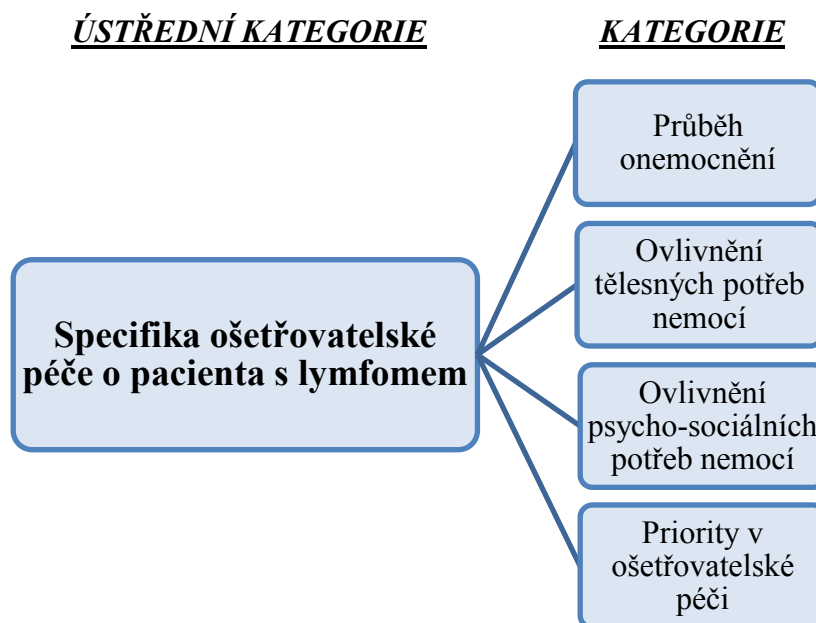
Informanti	Pohlaví	Věk		Léčba	Typ lymfomu
		V období diagnózy	Současný		
P1	Muž	25 let	27 let	Chemoterapie Biologická léčba	Non-hodgkinův lymfom
P2	Muž	25 let	30 let	Chemoterapie Radioterapie	Hodgkinův lymfom
P3	Žena	20 let	25 let	Chemoterapie Radioterapie	Hodgkinův lymfom
P4	Žena	70 let	73 let	Chemoterapie	Non-hodgkinův lymfom
P5	Žena	22 let	26 let	Chemoterapie Radioterapie	Hodgkinův lymfom

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 1 jsou shrnuty základní identifikační údaje informantů. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 5 osob, z toho 3 ženy a 2 muži. Věková kategorie informantů se pohybovala v rozmezí od 25 let do 73 let. V tabulce jsou také popsány věkové kategorie z období, kdy byla informantům diagnóza zjištěna. Tato věková kategorie se pohybovala v rozmezí od 20 let do 70 let.

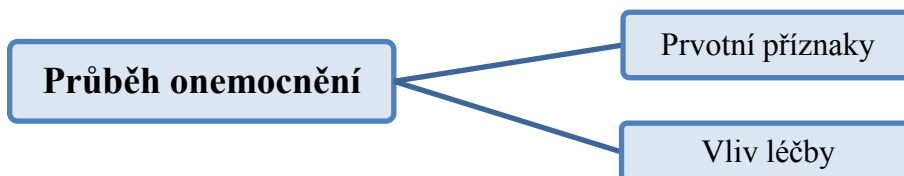
4.2 Výsledné kategorie

Schéma 1 – Přehled ústřední kategorie a následných kategorií



Kategorie 1: Zjištění diagnózy

Diagram: Zjištění diagnózy



První kategorie popisuje, jak onemocnění ovlivňuje život pacientů. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie, které představují prvotní příznaky onemocnění a vliv léčby. Prvotní příznaky jsou projevy onemocnění a vliv léčby je zmíněn proto, že díky léčbě byl průběh nemoci pacientů značně ovlivněn.

Podkategorie 1.1 – Prvotní příznaky

Podkategorie „Prvotní příznaky“ se zaměřuje na prvotní projevy lymfomu, které pacienty upozornily, že se s nimi něco děje. Projevy se objevovaly postupně, mnohdy jsou pacienty popsány jako nenápadné příznaky, kterým nevěnovali zvýšenou pozornost. P1 uvedl jako svůj prvotní projev bolest žaludku. Nejprve si myslel, že se jedná o dočasnou bolest, která později vymizí. Bolest žaludku se však stávala

každodenním problémem souvisejícím převážně s výživou. Sám ji charakterizoval takto: „*Bolest se objevovala vždy po jídle. Rozmýšlel jsem si jídlo, tolik jsem nejedl, proti bolesti jsem užíval Algifen už preventivně před jídlem, aby mě to pak nebolelo*“. Po návštěvě lékaře byla tato bolest zaměněna s pálením žáhy. Jednalo se však o nález na žaludku velikosti 16 cm, který znemožňoval potřebu výživy. P1 uvedl, že tento stav trval 6 měsíců, než bylo zjištěno, co bolest žaludku způsobuje. Do té doby lékař vystřídal mnoho přípravků zabraňujících pálení žáhy, které samozřejmě nezabíraly. P2 uvedl, že prvotním problémem nebyla přítomnost bolesti, ale nalezení zvětšené uzliny na krku. S tímto faktem se ztotožňuje i P3, která uvedla, že se jí nejprve zvětšily obě krční uzliny. Své problémy dále popsala P3 jako: „*Měla jsem dušnost, bušení srdce, vyrážku, ztratila jsem hmotnost a objevila se u mě bolest ramene při konzumaci alkoholu. Tyto problémy mi narušovaly spánek, protože jsem věděla, že jsem v nějakém maléru a že se problémy nelepší. Byla jsem z toho ve stresu. Nemohla jsem v podstatě nic, protože jsem přišla ze školy úplně vyřízená a jen jsem spala a skoro nejedla*“. Bolest při konzumaci alkoholu však P1 a P2 vyvraceli. Informantka P5 také uvedla, že se jí objevila zvětšená uzlina na krku velikosti 5 cm. V čem se ale shodují P1, P2, P3 a P5 je úbytek hmotnosti, který činil kolem 10 kg. Informantka P4 uvedla váhový úbytek až o 20 kg. Informantka P4 uvedla, že jí lymfom zjistili až při CT vyšetření páteře, protože si stěžovala na bolesti zad. Nebýt těch bolestí, tak by se na to podle ní vůbec nepřišlo.

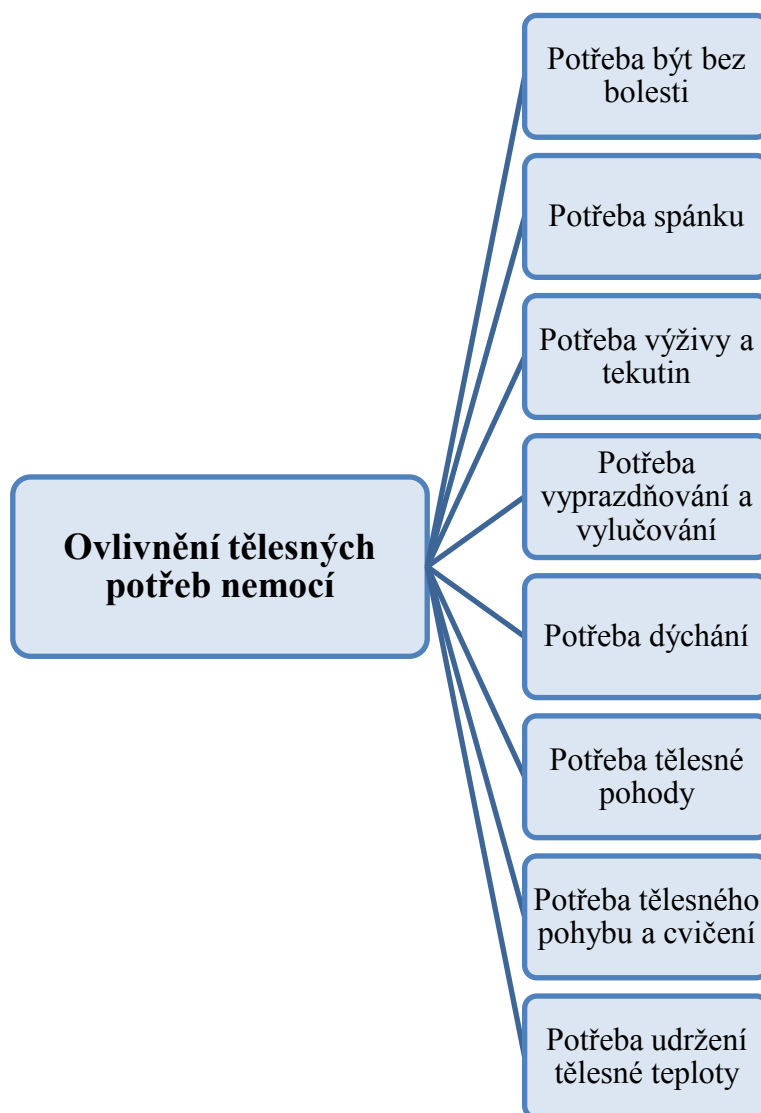
Podkategorie 1.2 – Vliv léčby

Tato podkategorie má za úkol shrnout veškerý vliv léčby na životy pacientů. Všichni informanti se totiž shodují v názoru, že právě léčba nejvíce ovlivnila jejich život. Vedlejší účinky léčby zahrnovaly stavy, které ovlivnily tělesné i psycho-sociální potřeby všech informantů. P1 uvedl, že u něj byla zvolena nejprve chemoterapie a poté biologická léčba. P2 naopak zmiňoval, že nereagoval na biologickou léčbu pozitivně, a proto u něj lékaři zvolili chemoterapii a následně radioterapii. Obdobný způsob léčby byl zvolen i u P3 a P5. P1 dále konstatoval: „*Denně jsem užíval až 13 tablet*“. Mezi ně patřil např. Prednison, který užívali všichni informanti. Prednison u informantů P1 a P2 způsoboval, že měli nepopsatelné pocity hladu, které se nedaly žádným způsobem vyřešit. Popisovali, že toho mohli sníst tolik, kolik chtěli, a nenásledoval pocit přejedení, spíše se dobře najedli. P2 zmiňoval, co v souvislosti s tímto neukojitelným pocitem hladu snědl: „*Jednou jsem snědl sám asi tři litrový hrnec dršťkové polévky a měl*

jsem pocit, že jsem se dobře najedl. Řekl jsem si, že tři litrový hrnec polévky by už mohl stačit“. Napříč tomu pacientka P3 zmínila, že když byla někdy podrážděná a někomu odsekla, tak své chování sváděla na Prednison. Také uvedla, co se stalo jednou po chemoterapii: *„Třeba když jsem přijela z chemoterapie, tak jsem měla strašnou chuť na Francouzskou polívku z pytlíku, to byla mamka vždy na prášky, že do sebe cpu éčka, ale táta říkal „No, tak ji tu polívku dej“.* A *tý jsem snědla třeba tři talíře. A taky řízky, hodně řízků“.* Pro dotazovanou P3 byly z celé léčby nejhorší tzv. „dopichy“. Sama je charakterizovala takto: *„Dopich chemoterapie byl stav, kdy mi byly aplikovány asi dvě injekce chemoterapie do žíly a ty mě úplně odrovnaly. Do půl hodiny, co mi ta látka prošla krevním oběhem, jsem měla zimnici a vadil mi hluk a nesměl na mě nikdo mluvit. To mi bylo fakt zle“.* Co dále popsala dotazovaná P3 byl strach z léčby. *„Strach jsem měla hlavně před tím, než mi zjistili diagnózu, protože mi fakt bylo hrozně blbě a věděla jsem, že je to prostě průser. Pak jsem se bála hlavně toho, jak ta chemoterapie probíhá a že léčba bude trvat dlouho a co všechno mě čeká. Během léčby už jsem se skoro nebála, vyjma čekání na výsledky, spíš se mi už prostě na další chemošku nechtělo a noc před ní, jsem nechtěla jít spát, protože mi bylo jasné, že ráno do té nemocnice stejně pojedeme a nevyhnu se tomu“.* Dotazovaná P3 ale nakonec zmínila, že si na tohle člověk prostě musí zvyknout a že se to překoná a bude zase dobře. Informantka P4 měla plánovanou léčbu formou 6 cyklů chemoterapie, přičemž se hned po druhém cyklu musela léčba zastavit kvůli zvýšeným jaterním testům. Pak se opět s léčbou pokračovalo a léčba skončila již u pátého cyklu, kdy se nádory už nezměňovaly. Informantka P4 byla tedy již po pátém cyklu v remisi. Co se týče léčby, tak ji vnímala dobře, nezvracela, jen trpěla lehkými nevolnostmi. Informantka P5 zvracela jen jednou po posledním cyklu chemoterapie. Měla naordinovanou podpůrnou léčbu antiemetiky, která byly dostačující a velmi účinná. Informantka P5 uvedla, že zhubla až po chemoterapii během radioterapie. Sama toto období popsala: *„Během radioterapie jsem byla velice slabá také kvůli tomu, že jsem kvůli bolestivým aftům v dutině ústní a jícnu nemohla 6 týdnů jíst, pouze pít Nutridrinky a neměla jsem dostatek energie“.* S tímto tvrzením se ztotožňovala i dotazovaná P2, která také potvrdila, že měla po léčbě afity v dutině ústní. Obě uvedly, že kloktaly Tamtum Verde. Dotazovaná P5 dále uvedla: *„Jednou asi přibližně uprostřed chemoterapie se objevil zánět žil na levé ruce, žíla byla zarudlá, teplá a bolestivá na pohmat. Vše se zvládlo pouze lokální terapií protizánětlivou mastí“.*

Kategorie 2: Ovlivnění tělesných potřeb nemocí

Diagram: Ovlivnění tělesných potřeb nemocí



Druhá kategorie se zabývá vlivem onemocnění na tělesné potřeby pacientů. Kategorie 2 je rozdělena na 8 podkategorií zatupujících jednotlivé oblasti tělesných potřeb.

Podkategorie 2.1 – Potřeba být bez bolesti

Všichni pacienti se ztotožnili s názorem, že u nich byla bolest někdy v průběhu onemocnění přítomna. Pro informanta P1 byla bolest prvním z příznaků tohoto onemocnění. Bolest jej limitovala zejména v souvislosti s výživou. Po každém jídle se u něj objevila bolest, proto jídla hodně rozmýšlel, snažil se objevit potraviny, které mu nedělaly dobře, aby je eliminoval ze svého jídelníčku. Bolest byla způsobena nálezem o velikosti 16 cm na žaludku, který prorůstal do stěny žaludku a působil tak

informantovi velké obtíže. Na bolest užíval Algifen, který mu zabíral. Dotazovaný P2 neměl bolest, jakožto hlavní projev nemoci, ale bolest se u něj objevila 1x za tři týdny a to v době, kdy se mu obnovovala kostní dřev. Bolest ho budila v noci, nenacházel úlevovou polohu a bolestí byl doslova paralyzovaný. Sám bolest popisoval takto: „*Bolest bych charakterizoval, jako když vás přejede tank*“. Kvůli bolesti se nemohl hýbat ani se nikam přemístit. Většinou se objevovala mezi třetí a čtvrtou hodinou ranní, proto čekal na rodiče, až ráno vstanou a budou schopni mu nějak pomoci. Takový charakter bolesti trval 2-3 dny. Na bolest mu zabíral stejně jako informantovi P1 Algifen. Informantka P3 uvedla, že bolestí jako takovou příliš netrpěla, ale co ji bolelo, byly aplikace injekcí na podporu tvorby bílých krvinek. Konkrétně to popisovala následovně: „*Ty vpichy mě bolely a pak i místa po píchnutí*“. Informantka P4 trpěla bolestmi zad. Nejvíce jí záda bolela ráno při vstávání a také, když s ní během hospitalizace cvičili fyzioterapeuti. Jednou se muselo kvůli bolestem zad cvičení zastavit. Sama konstatovala: „*Od bolesti mi pomáhal Novalgin a Zaldiar tablety*“. Informantka P5 uvedla, že pociťovala bolest pouze v jednotlivých obdobích, kdy bylo nutné aplikovat stimulatory kostní dřevě ke zvýšené tvorbě bílých krvinek. „*Jednalo se především o bolest velkých kostí pánev, stehenní kosti, ramenní pletence, páteř. Bolest se stupňovala s počtem aplikovaných injekcí, během dne i noci byla stejně intenzivní*“. Na bolest jí nezabírala žádná analgetika, vzhledem k tomu, že se jednalo o kosti, které jsou podle ní zatěžované v kterémkoliv poloze těla, tak ani změna polohy neměla na snížení bolestivosti vliv. Charakter bolesti popisovala jako: „*Byl to bodavý až pichlavý pocit, jako jehličky zapichované do kostí*“. Během těchto epizod nebylo pro pacientku téměř možné vykonávat žádné činnosti, jen ležet.

Podkategorie 2.2 – Potřeba spánku

Pacienti P1, P2 a P3 popisovali, že spánek měli dobrý. Žádné specifické polohy pro spánek nehledali, spali v klidném prostředí. Jediné, co uvedla pacientka P3, že v době, kdy měla zavedený periferní žilní katétr, zvolila pro spánek polohu na boku s nataženou horní končetinou před sebou, aby si katétr nijak nepoškodila. Informant P1 ještě uvedl, že měl kvůli infiltrátu na plicích občas v noci dávivý kašel, který ho někdy v noci budil. Zvýšenou potřebu spánku zmiňovali všichni v období po léčbě, kdy bylo tělo vyčerpané a potřebovalo si odpočinout. P1 konkrétně popisoval toto období takto: „*První týden po léčbě jsem byl přímo nepoužitelný. Navíc jsem byl podrážděný z léků a celý můj organismus byl hodně oslabený*“. V tomto tvrzení se shodoval s dotazovaným P2, který

uvedl: „*První týden po cyklu jsem přišel domu a šel spát. Nedalo se nic dělat. Nápor na organismus to byl velký. Tělo potřebovalo regenerovat, nechtěl jsem se ani s nikým bavit a všichni mi šli z cesty*“. Informantka P4 uvedla, že spánek měla dobrý, někdy spala málo jen 4-5 hodin a někdy se jí podařilo spát až 7 hodin. Občas si stěžovala během spánku na bolesti zad, ale v nemocnici, když byla hospitalizovaná, tak spala dobře. Tuto skutečnost vyvracel informant P1, který uvedl, že když byl hospitalizovaný, tak ho budilo chrápání ostatních mužů na pokoji. Pacientka P5 uvedla, že spánek měla narušený hlavně v souvislosti s podpůrnou terapií kortikosteroidy. Kvůli nim spánek hodnotila jako velmi nekvalitní, mělký a špatně se jí usínalo. Sama popisovala únavu jako: „*Únava kolísala v závislosti na krevním obrazu, ve dnech, kdy byl nejvyšší účinek chemoterapie. Během toho jsem se cítila hodně slabá, jindy to zase bylo lepší. Hypnotika jsem zkoušela, ale na nespavost způsobenou kortikoidy nezabírala*“.

Podkategorie 2.3 – Potřeba výživy a tekutin

Informant P1 uvedl, že v souvislosti s bolestí žaludku chuť k jídlu z počátku neměl. Před léčbou jedl jen dvakrát denně. V období, kdy užíval kortikoidy, jedl naopak zase hodně, tělo si o jídlo vždy řeklo. Pacientka P3 uvedla, že po tzv. „dopichu“ chemoterapie jednou přijela domů a měla strašnou chuť na francouzskou polévku z pytlíku, nakonec jí snědla asi tři talíře. P2 popisuje, že na začátku léčby nebyl schopen cokoliv pozřít. „*Jedl jsem jen třeba 5-10 piškotů za den*“. Na hmotnosti ztratil 14-15 kg během 14 dnů a vznikla u něj averze na laktózu. Nesnášel mléko a cokoliv z mléčných výrobků. Také uvedl: „*Dělalo se mi špatně i ze lžičky coca-coly*“. Po tomto krušném období, kdy jedl pouze malé množství piškotů a tělo bylo po ztrátě 14 kg tak zesláblé, se stalo: „*Šel jsem jednou na balkón a viděl jsem kompotované ovoce, takže mi tělo úplně řeklo, abych si to vzal a snědl to. Jedl jsem ananas, broskve, prostě prakticky všechno, co jsme měli doma, jsem snědl*“. Potom se váhový úbytek opět srovnal. Váhový úbytek se objevil i u informantů P1 a P3. P1 zmiňoval váhový úbytek 10 kg stejně jako pacientka P3. Ta také odkazovala na to, že mezi potraviny, které nemohla, patřily obecně sladkosti a coca-cola, dále mléčné výrobky, citrusy, houby a sýry kvůli riziku obsahu plísní. Jinak výživu zhodnotila dobře, podle sebe jedla hodně, klidně 4x denně. Pacient P1 pil hodně tekutin, někdy až 5 litrů denně. Preferoval zelené a bylinkové čaje. Dle jeho sdělení pil tolik tekutin proto, aby se mu z těla vyplavily mrtvé buňky. Ty odcházely ven z těla močí, stolicí a potem. Informantka P4 uvedla: „*Všechny potraviny jsem snášela dobře, občas se stávalo, že jsem na nic neměla chuť,*

tak jsem prostě nejedla“. Jinak se snažila jíst tak 3x denně a vypila 2 litry tekutin denně. Během hospitalizace po ní ošetřující personál chtěl, aby pila více, tak se snažila vypít třeba 3 litry denně. Preferovala čistou vodu. Informantka P5 uvedla, že chuť k jídlu měla zpočátku léčby úplně normální, nijak špatně jí nebývalo. Sama na toto období vzpomíná takto: *„Jedla jsem vše, na co jsem byla zvyklá, jen jsem byla upozorněna, abych se vyvarovala potravin, jako jsou jogurty s živou kulturou a plísňové sýry*“. Problémy s potřebou výživy měla po radioterapii, kdy se jí tvořily četné afty a kvůli nim nemohla jíst. V tomto období pila pouze nutridrinky. O nutridrincích se zmiňoval i dotazovaný P2, který ovšem uvedl, že je pít nemohl, protože se skládaly z mléčné laktózy, na kterou si během léčby utvořil averzi. Co se týče tekutin, tak pacientka P5 pila hodně stejně jako ostatní informanti.

Podkategorie 2.4 – Potřeba vyprazdňování a vylučování

Další významnou oblastí potřeb, o které informanti hovořili, je potřeba vyprazdňování a vylučování. Proto se tato podkategorie zaměřuje na problémy v souvislosti s těmito základními potřebami. Informant P1 zmiňoval, že trpěl průjmem. Průjem byl způsoben zápalom plic, kterým onemocněl během léčby lymfomu. Zápal plic mu byl léčen antibiotiky, která měla negativní vliv na střevní mikroflóru, což vedlo k následnému výskytu průjmu. *„Na léčbu průjmu jsem užíval lékařem předepsaný Reasec, který obsahuje opiáty a jeho funkci je zpomalení peristaltiky. Ten mi zabíral dobře*“. Dotazovaný P2 také uvedl, že v souvislosti s neshášenlivostí laktózy trpěl průjmy. Poněkud opačně se k této oblasti vyjadřovaly informantky P4 a P5, které se potýkaly spíše s opačnými potížemi. Jak shodně uvedly, trpěly občasnou zácpou. Informantka P4 navíc uvedla: *„Tyto problémy mám vždycky, když jsem v nějakém neznámém prostředí*“. Problémy s vylučováním nepopisoval žádný z informantů. P1 pouze uvedl, že hodně močil, protože hodně pil. Informantka P3 zase uvedla: *„Hrozně mi vadil zápach mé moče, byla cítit hrozně chemicky*“.

Podkategorie 2.5 – Potřeba dýchání

Informant P1 uvedl, že kromě dráždivého kašle v noci jiné problémy s dýcháním neměl. Kašel byl způsoben kvůli infiltrátu na plicích. V určitých polohách se dusil více. P1 uvedl, že je kuřák, takže dýchání mohlo být ovlivněno i kouřením. V období nemoci však kouřil málo. Pacient P2 konstatoval, že když podstoupil vyšetření spirometrii, výsledky ukázaly, že jsou lepší než u zdravých lidí. Kuřák není. Dále uvedl, že pouze jednou během léčby se u něj objevila dušnost způsobená anémií. Ta vznikla ve 4. cyklu

chemoterapie. Sám dušnost popisoval: „*Jednalo se spíše o problém s okysličením, nebyl jsem schopen okysličit tělo*“. Dotazovaná P3 také kuřačkou není, ale problémy s dýcháním v určitém období měla. Tyto problémy měla před léčbou, kdy se zadýchávala, i když vyšla jen malý kopeček a pociťovala silné bušení srdce. Po první chemoterapii se problémy s dýcháním uklidnily a cítila velkou úlevu. Jednou jí byla podána kyslíková terapie, protože omdlela. „*Bylo to proto, že se mi udělalo zle, když se sestram nepodařilo zajistit mi žilu kvůli chemoterapii*“. Kyslíkovou terapii potřebovala jednou i pacientka P4, která se také hodně zadýchávala. Kuřák není. Problémy s dušností popisovala i dotazovaná P5, které byly vázány na jednotlivé cykly chemoterapie. Dušnost pociťovala zejména při chůzi. Kuřák také není. Stejně jako v případě informanta P2 se i u ní objevila anémie, takže jí byla podána transfúze červených krvinek stejně jako informantce P3, která ji dostala při posledním cyklu chemoterapie.

Podkategorie 2.6 – Potřeba tělesné pohody

Na základě odpovědí informantů bylo odhaleno, že se s nemocí mnohdy pojí též značné tělesné nepohodlí. Nejčastěji se jedná o nevolnost a zvracení, které jsou výsledkem vedlejších účinků chemoterapie. Informant P1 uvedl, že trpěl nevolnostmi i zvracením po léčbě. Zvracení se objevovalo vždy večer kolem 22. hodiny třetí až čtvrtý den po léčbě. Co se týkalo nějakých podnětů, které to způsobovaly, tak se jednalo o averzi na slunečnicová semínka. Doslova tuto nechuť na ně popisoval: „*Když jsem jel do Plzně na chemoterapii, řidič sanitky hrozně chvátal a mně se dělalo vzadu špatně. Přitom jsem jedl právě slunečnicová semínka, od té doby jsem je dlouho nemohl jíst. Vždy jsem si vzpomněl na tento moment*“. Dále P1 uvedl, že v souvislosti s averzí na tato semínka nemohl třeba jíst ani celozrnné chleby, protože se mu z nich také dělalo špatně. Obdobné pocity popisoval i P2, který zase uvedl averzi na parfém, existovaly nějaké, které mu zkrátka nedělaly dobře. „*Období chemoterapie jsem si vždycky nepřímou spojil s parfémem jednoho mého spolužáka a nemohl jsem být v jeho blízkosti, úplně se mi vybavila ta léčba*“. Podobné pocity cítil také při močení. Informantka P3 zvracela pouze jednou a to v den poslední chemoterapie. Stejně na tom byla i dotazovaná P5, která také zvracela jen v den poslední chemoterapie. Pacientka P4 žádné větší problémy v této oblasti nevnímala, pouze uvedla, že trpěla lehkými nevolnostmi.

Podkategorie 2.7 – Potřeba tělesného pohybu a cvičení

Informant P1 uvedl, že rád sportoval před léčbou a věnoval se mnoha aktivitám, které byly později samozřejmě ovlivněny. Po léčbě se cítil hodně unavený, tudíž nemohl vykonávat stejné činnosti, jako když byl zcela zdravý. Sám uvedl: „*Chodil jsem rád běhat. Po chemoterapii, kdy jsem byl celkem vyčerpaný a navíc jsem dojížděl na léčbu, tak jsem opravdu neměl náladu si jít zaběhat. Někdy mě to dost štvalo, protože jsem chtěl něco dělat, třeba si zacvičit a dostatek energie jsem na to bohužel neměl*“. Informant P2 popsal, že se zadýchával při anémii, ale jinak během nemoci chodil normálně na procházky. Samozřejmě po chemoterapii se cítil vyčerpaný a pro tělo i organismus je lepší relaxovat. Pacientka P3 uvedla, že pohyb jako takový omezený neměla, jen v době, kdy měla zavedenou kanylu ji s oblékáním a s mytím pomáhali rodiče, pak už to ale zvládala sama. Sama také dále popsala: „*Byla jsem schopná chodit i na 10 km túry a nedělalo mi to žádný problém*“. Občas si stěžovala na bolesti kloubů svalů po chemoterapii. Pacientka P4, vzhledem k jejímu věku, měla během hospitalizace zvýšené riziko pádu, tudíž jí nebylo doporučeno, aby na toaletu a do sprchy chodila sama. Vždycky jí sestry s těmito potřebami pomohly. Pacientka P4 uváděla obtížnou chůzi v souvislosti s použitím francouzských holí, o kterých musí chodit dodnes. Dále kvůli problémům se zády nesměla zvedat nic těžkého. Do nemocnice za ní docházeli fyzioterapeuti, kteří s ní cvičili. Informantka P5 uvedla, že pohyb byl během bolestí kostí velmi obtížný, ale nikdy ne nemožný. Sama to popsala slovy: „*S bolestí se daly zvládnout téměř všechny úkony potřebné k osobní sebepečí či hygieně. Následkem neurotoxicity chemoterapie jsem přechodně ztratila citlivost v prstech ruky*“.

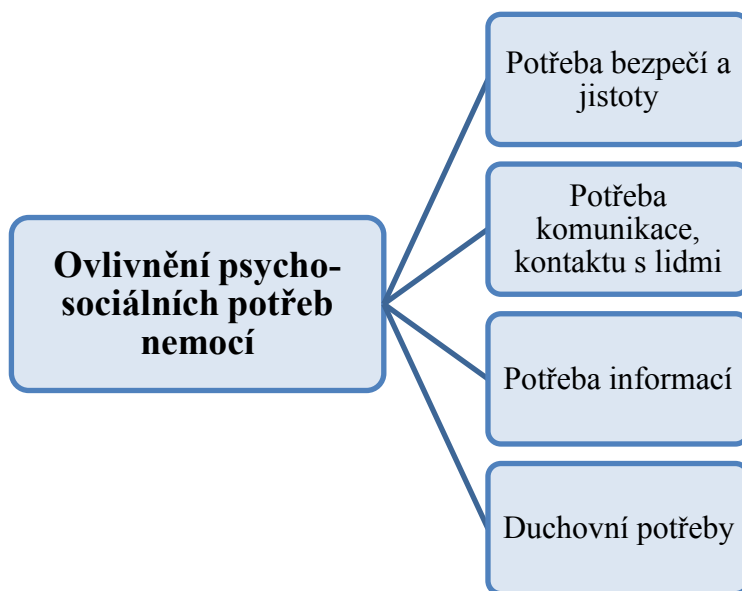
Podkategorie 2.8 – Potřeba udržení tělesné teploty

Informant P1 uvedl, že trpěl nočním pocením, dále se hodně potil i během léčby, protože hodně pil a potom se mu vyplavovaly škodlivé látky z chemoterapie. Při zápalu plic, který měl během nemoci, také popisoval třesavku. Informant P2 naopak konstatoval, že s tělesnou teplotou problémy vůbec neměl, neboť se již 15 let otužuje, takže si tělo s teplotami poradilo dobře. Třesavku popsala i dotazovaná P3. Dále uvedla, že se u ní objevila horečka proto, že jednou podcenila onemocnění a vyrazila do společnosti bez roušky. Tuto vzpomínku popsala následovně: „*Chytla jsem nějaký bacil a ráno mě vezli rodiče na Vinohrady. Jak jsem říkala, tam mi napíchli obě ruce, už si nevzpomínám, co do mě teklo, ale řekla bych, že šlo o antibiotika a vodný roztok*“.

Informantky P4 a P5 žádné problémy v souvislosti s udržení tělesné teploty nepopsaly.

Kategorie 3: Ovlivnění psycho-sociálních potřeb nemocí

Diagram: Ovlivnění psycho-sociálních potřeb nemocí



Třetí kategorie se zaměřuje na vliv nemoci v souvislosti s psycho-sociálními potřebami pacienta s lymfomem. Kategorie 3 je rozdělena na 4 podkategorie psycho-sociálních potřeb.

Podkategorie 3.1 – Potřeba bezpečí a jistoty

Informant P1 uvedl, že se v okruhu své rodiny cítil naprosto bezpečně, prostě doma. Jediné, co mu činilo trochu problém, bylo, že léčbu absolvoval v jiném městě, takže musel dojíždět do neznámého prostředí a nevěděl, co ho tam bude čekat. Nakonec byl mile překvapen a práci sester si velmi chválil. Negativně hodnotil pouze práci mladých sester a studentek, ze kterých cítil málo zkušeností a hlavně málo empatie. Proto uvedl, že by si takové sestry na hemato-onkologickém oddělení úplně nepředstavoval. Dále interpretoval, že dle jeho názoru je velmi důležitá psychika, která ovlivňuje léčbu a proto si vždycky před podáním chemoterapie řekl: „*Tak teď mi tady dají mňaminu do žíly a já zase pojedou v klidu domů*“. Někdo by se možná nad tímto názorem pozastavil, ale on uvedl, že je to mnohem lepší přístup, než se tam z toho hroutit. Viděl kolem sebe totiž pacienty, kteří na tom psychicky nebyli vůbec dobře a účinnost léčby jim to určitě ovlivnilo, ne-li úplně zastavilo. Sám vzpomínal na léčbu slovy: „*Viděl jsem tam hodně*

lidí, kteří nevypadali psychicky úplně vyrovnaní, a proto si nemyslím, že to s nimi dopadlo dobře“. Proto se vždycky snažil myslet pozitivně, aby měl svou psychiku dobře naladěnou a léčba účinkovala, co možná nejlépe. Informant P2 uvedl, že člověk před léčbou neví, do čeho jde a co ho čeká. I on se ale snažil myslet pozitivně a proto si říkal: *„Je to den, jako každý jiný. Vytáhl jsem si toho černého Petra já“.* Bezpečně se cítil ve své rodině, tam mu všichni moc pomohli. Zásah do života to byl samozřejmě velký, ale tím, jak byl zdravotník, to bral trochu s nadhledem. Léčbu absolvoval v Praze na Vinohradech a s péčí sester byl velmi spokojen. Navázal s nimi důvěru, cokoliv potřeboval, tak mu pomohly, sdělily mu všechno, na co se ptal. Jediné co se mu nelíbilo, bylo: *„Podání chemoterapie kolikrát trvalo 4 hodiny a seděl jsem takhle dlouho v křesle z Ikey, které bylo velmi nepohodlné“.* Oba informanti dále uvedli, že si žádali o invalidní důchod, který do pocitů jistoty podle nich patří. Na důchod s touto diagnózou měli právo ihned. Pacientovi P1 bylo na úřadě práce sděleno, že na důchod má nárok až po půl roce. Odbýt se nenechal, protože věděl, že pravdu má on, tím pádem důchod dostal a měl jistou nějakou finanční pomoc. Tak lehké to však neměl informant P2, který uvedl, že o důchod si žádal v srpnu a první finanční částka mu přišla v prosinci. Tuto situaci popisoval: *„Představa toho, že bych byl čerstvě po škole, nepracoval, těžce bych onemocněl, bydlel bych sám, neměl bych co jíst a neměl kde bydlet. Bylo to pro mě velké zklamání“.* Oba byli velmi zaskočení, že není moc dobrá informovanost o této finanční pomoci, protože by byla velmi nápomocná například právě lidem, kteří nemají tolik finančních prostředků, nebo žijí úplně sami. Informant P1 dále uvedl, že existují například různé formy dotací na výživu. Výživa není zrovna nejlevnější a bez finanční pomoci je skoro nemožné si ji dovolit. Informantka P3 uvedla, že se cítila bezpečně doma, kde se o ni starali hlavně její rodiče. Péči rodičů hodnotila jako perfektní. Informantka cítila hodně strachu a obav, nevěděla, co jí je a stále čekala na potvrzení diagnózy. Sama to popsala slovy: *„Strach jsem měla hlavně před tím, než mi zjistili diagnózu, protože mi fakt bylo hrozně blbě a věděla jsem, že je to prostě průser. Pak jsem se bála hlavně toho, jak ta chemoterapie probíhá a že léčba bude trvat dlouho a co všechno mě čeká. Během léčby už jsem se skoro nebála, vyjma čekání na výsledky, spíš se mi už prostě na další chemošku nechtělo a noc před ní, jsem nechtěla jít spát, protože mi bylo jasný, že ráno do té nemocnice stejně pojedeme“.* Při otázce, zda si povšimla nějaké změny ve svém chování, jestli se třeba chovala agresivně nebo popírala tuto situaci, odpověděla: *„Agresivní jsem určitě nebyla, spíš jsem někdy před spaním měla pocit sebelítosti, že jsem si říkala proč zrovna já a tak. Ale to se mi dělo*

hlavně před stanovením diagnózy, kdy mě tahali po různých nemocnicích a léčebnách a furt mi brali krev, rentgenovali a píchali do mě různé injekce a dávali prášky a mně se pořád neulevovalo. Tak spíš z toho jsem byla nešťastná a otrávená. Ale pak při léčbě Hodgkina jsem si říkala no tak hurá, už konečně vědí, co mi je, a uzdravím se“. Dotazovaný P1 naopak uvedl, že agresivní byl, ale není si jistý, zda přímo v souvislosti s nemocí nebo spíš kvůli své povaze. Konstatoval, že je cholerik, takže to mohlo být i tím. Nicméně potvrdil změnu ve svém chování, ale snažil se myslet hlavně pozitivně, protože zastával názor, že psychika je velmi důležitá. Informantka P4 popsala tuto potřebu bez problémů, v nemocnici se cítila bezpečně, péči sester si chválila. Její vztah ke zdravotníkům byl založen na důvěře. Jediné, čeho se vždy obávala, byly velké vizity, protože není příliš otevřený člověk a nemá ráda kolem sebe velkou skupinu cizích lidí. Dotazovaná P5 zhodnotila potřebu bezpečí a jistoty jako nenarušenou. Žádný pocit neuspokojení této potřeby nepocítovala. Péči sester popsala takto: „Zdravotnímu personálu jsem důvěřovala a věděla jsem, že o mě bude dobře postaráno“. Dále cítila velkou podporu rodiny a přátel, takže nevnímala ani žádné pocity úzkosti nebo strachu.

Podkategorie 3.2 – Potřeba komunikace, kontaktu s lidmi

Informant P1 sám sebe vnímá jako extroverta, takže neměl problém vídat se s lidmi. Na otázku, zda někomu z okolí sdělil, že je nemocný, odpověděl: „Řekl jsem to blízkým lidem kolem sebe, ale dodnes váhám, komu to říct a komu ne, že jsem měl lymfom“. V době nemoci byl v partnerském vztahu. Přítelkyně mu byla oporou v době nemoci a partnerský vztah to podle něj ovlivnilo až v budoucnu. Dotazovaný P2 uvedl, že vyloženě necítil potřebu to někomu hlásit. Ke zmíněnému uvedl: „Řekl jsem to kamarádům až na jednoho a nejbližším kolem sebe. Doted' si pamatuju jeho reakci, kdy se mě po vypadání vlasů zeptal, jestli nemám leukémii a já mu odvětil, že mám něco podobného. Asi dvě hodiny to nemohl rozdýchat, ale já nechtěl, aby na mě byli lidé ohleduplní“. Dotazovaná P3 zmínila: „Problém mluvit o nemoci jsem neměla, bavila jsem se o ní otevřeně, nedělala jsem, jako že tady ten problém není. Pocity jsem svěřovala hlavně našim a mladší sestře, ti byli u mě skoro pořád“. Co se týče partnerského vztahu, tak uznala, že jí její tehdejší přítel byl neskutečnou oporou a velmi hezky se o ni staral. Informantka P4, jak již uvedla, není příliš společenský člověk, a tudíž měla problém s komunikací. V rodině a v okolí svých blízkých neměla problém o nemoci mluvit, avšak že by své pocity sdělovala například sousedce, to určitě takto nevnímala. Sama uvedla: „Jednou mi dokonce paní doktorka řekla, že musím být více

otevřená, že potřebuje vědět, jak mi je, jak se cítím, jestli mě něco bolí a tak“. To bylo jediné, s čím byl z hlediska této potřeby problém. Informantka P5 popsala, že jí hrozně chyběl sociální kontakt. Problém mluvit o své nemoci neměla, partnerský vztah to podle ní neovlivnilo, spíše ho to utužilo. Co hodnotila, jako zásadní byla prognóza onemocnění, která je dobrá a jedná se o vyléčitelné onemocnění. Všichni informanti byli dotazováni, zda jim byl umožněn rozhovor s psychologem a jestli toho využili. Všichni se shodli v názoru, že tuto možnost měli a nevyužili jí.

Podkategorie 3.3 – Potřeba informací

Informant P1 uvedl, že informace si hledal o nemoci sám a měl jich dost. Jako člověk se zdravotnickým vzděláním věděl o nemoci některé základní informace. Co se týče jeho názoru na informovanost pacientů mimo zdravotnické vzdělání, hodnotil ho špatně. Sám uvedl jednu vzpomínku: „Vzpomínám si, že když jsem potkal jednoho kluka na léčení, ptal jsem se ho, co a jak a zakecali jsme se a on řekl, že mu řekli, že to bude dobrý, že je to maligní. V tu chvíli mi došlo, že chudák neměl tušení, o čem je řeč a že mu bohužel nikdo neřekl, co slovo maligní znamená“. Podle něj by informovanost pacientů měla být lepší, ale svojí informovanost hodnotil dobře. Doplňující informace o nemoci měl z více zdrojů, pro něj to byly srozumitelné informace. Sdělení diagnózy hodnotil dobře, pro rozhovor byla zvolena ordinace lékaře, bylo zajištěno soukromí, měl prostor pro své dotazy, byl edukován v tom, co ho bude čekat. Informant P2 uvedl, že jako medik měl informací o onemocnění dost, lékařka mu toho tolik říkat nemusela. Dále zmínil: „Ptal jsem se akorát na fakta a sháněl jsem si informace, jak dlouho se to léčí a jaké má nemoc úspěchy v léčbě“. Snažil se nemoc příliš neprožívat, uvedl: „Chřipku prožívám mnohem hůře, říkal jsem si, že je to den jako každý jiný. Za půl roku to bude lepší, 1x týdně kapačka, pak zase, pak kontrola, neřešil jsem to moc, žil jsem normálně“. Sdělení diagnózy si vybavuje zcela přesně. Sdělovala mu jí mladá lékařka o pár let starší, než byl on a přišlo mu to dle jeho slov velmi komické: „Sdělovala mi to mladičká ORL doktorka v Motole, tak dva tři roky po škole, už jsem tušil, že to něco bude, už jsem se s tím v duchu vyrovnal. Když mi sdělovala tuhle konkrétní diagnózu, ona brečela a já se smál. Tak jsem se jí zeptal, proč jako brečíte a ona mi řekla, že proto, že mám tuhle diagnózu. Na to jsem jí odvětil, že z těch možností je to druhá nejlepší. Takovou kliku, abych měl thymom nemám a Hodgkin patří mezi dobře léčitelné, takže mi řekněte, kam mám jít a já už si to nějak vyřeším“. Informantka P3 popsala, jak jí byla diagnóza sdělena: „No, jak mi byla sdělena diagnóza, si pamatuju

naprosto přesně. Ležela jsem v nemocnici v Ústí nad Labem a tenkrát jsem si ještě spolu s lékaři myslela, že mám nějaké hnisavé ložisko na plíci a že mě čeká resekce plíce. Den před operací za mnou přišla paní doktorka, že se mnou potřebuje mluvit a ať jdu k ní do kanceláře. Tak už jsem si říkala a já je. No paní doktorka mi sdělila, že zítra na resekci nejdu, že jdu na histologii a odeberou mi vzorek toho, co ve mně dřímá a že jde o rakovinu, ale neví se, o jakou a že na 80 % je ten nádor zhoubný. Tak už jsem po tom všem ani nebrečela, jen jsem se zeptala, jestli umřu. Tak mi paní doktorka vysvětlovala, že určitě ne a tak“. Těžké období bylo, když každý den volali její mamince jiný závěr diagnózy, než přesně určili, o jakou nemoc se jedná. Nabízely se možnosti jako leukémie nebo sarkom, při sarkomu by jí prý ani neléčili. Proto diagnóza Hodgkinova lymfomu byla tak nějak přijata dobře. Sama popsala: „Diagnózu Hodgkinův lymfom zavolal mamce náš známý lékař, který pracoval v té době na Vinohradech a znal se s panem profesorem, který ty moje vzorky zkoumal. A tenhle náš známý mamce řekl, že je to dobrý, je to Hodgkin a z toho se určitě dostane“. Co se týče potřeby informací, nikdy si nepřišla, že by něčemu nerozuměla. Lékařka na Vinohradech byla skvělá, byla ochotná zodpovědět jí všechny dotazy a celkově hodnotí personál velmi dobře. Měla pocit, že je v dobrých rukách. Dotazovaná P4 zmínila, že informací o nemoci měla dost, pouze uvedla, že lékaři to vždycky řekli tak zaobaleně, že jí to pak doma musel říct syn srozumitelněji, aby tomu porozuměla doopravdy. Jak již dotazovaná zmínila, lékaři po ní chtěli, aby byla více otevřená, možná to byl pak ten důvod, že jí to neřekli úplně přímo. Sama uvedla: „Mohla jsem se zeptat na cokoliv, ale jak říkám, já jsem takový člověk, který se moc neptá. Jen mě trochu mrzelo, že mi prostě rovnou neřekli, že mám rakovinu, ale tak to zamumlali a pak mi to doma musel říct syn polopatě“. Informantka P5 uvedla, že informací měla dost: „Dostatek informací jsem měla zejména díky tomu, že jsem v té době studovala lékařskou fakultu. Diagnózami byla sdělena ve chvíli, kdy jsem již výsledek tušila, takže to nebylo velkým překvapením. Edukována ohledně průběhu léčby jsem byla dostatečně a všemu jsem rozuměla“.

Podkategorie 3.4 – Duchovní potřeby

Až na pacientku P4 jsou všichni informanti nevěřící. Možnost přizvání kněze například do nemocnice nikdo z nich nepožadoval ani nevyužil. Pacientka P4 se v nemocnici setkala s knězem, sama na to vzpomínala slovy: „Přišel za mnou kněz do nemocnice, popovídal si se mnou a dal mi i svaté přijímání“. Co se ale týče duchovních potřeb u nevěřících informantů, sice nevěřili v boha, ale v něco určitě. P1 například uvedl, že

jednou jen tak pro sebe promluvil k bohu a řekl: „*No tak kámo, ještě ne, jsem ještě mladej*“. Dále zmínil, že sice nevěří v nic konkrétního, ale přece jen uctívá něco, v co věří. Do těchto potřeb však informanti zařadili i systém hodnot, který se samozřejmě nemocí velmi změnil. Uváděli, že na prvním místě je bezesporu zdraví a všechno ostatní jsou jen maličkosti, které se nějak vyřeší. Pacientka P3 uvedla svůj názor na život, který vyjádřila slovy: „*Určitě mi nemoc změnila pohled na svět, na život. Když stojím před nějakým problémem, tak si v hlavě říkám, čím jsem si prošla a že jsem to zvládla, tak že tyhle denní problémy a starosti jsou jen prkotiny. Jsem ráda na světě a opravdu platí, že když nejde o život, tak nejde o nic*“. Dotazovaná P5 naopak uvedla: „*Životní hodnoty se mi nezměnily, stále je zdraví na prvním místě a tak tomu vždycky bylo*“. Dotazovaný P2 například uvedl, že přestal být nervózní ze zkoušek a stresovalo ho to, že z nich není nervózní. Systém hodnot hodnotil jako velmi pozměněný, kdy uvedl: „*Primárně jsem já a pak zbytek. Uvědomil jsem si, že moje zdraví je to nejcennější a zbytek se nějak zvládne*“.

Kategorie 4: Priority v ošetrovatelské péči

Pro všechny informanty bylo nejvíce důležité, aby sestry byly ochotné, milé a nápomocné. Podobné chování očekávali i od zbytku ošetrujícího personálu. Péči sester si všichni informanti velmi chválili a ztotožňovali se s názorem, že je o onkologicky nemocné na těchto odděleních dobře postaráno. Informant P1 uvedl, že pro něj bylo velmi důležité, aby péči o něj prováděl odborný personál, který má dostatek zkušeností a odborného vzdělání. P1 také zmínil, že jednou o něj pečovala studentka, na které bylo vidět, že nemá vůbec empatický postoj k pacientům. P1 uvedl, že mu propíchla žílu při špatném zavádění periferního žilního katétru. Sám dodal: „*Tuto událost bych v klidu přešel, ale šlo mi o to, že žíly onkologických pacientů jsou hodně používány v souvislosti s intravenózním podáváním chemoterapie a bylo by proto lepší, kdyby tyto katétrů zaváděly zkušené sestry s mnohaletou praxí. Dále bych také rád zmínil, že mi úplně nevadilo, že se jí to nepovedlo zavést, ale spíš jsem viděl v jejím výrazu, že jí ta praxe prostě nebavila a bylo jí to jedno*“. Sám ale také uvedl, že má zdravotnické vzdělání a že i on se to musel někde naučit, ale stále zastával názor, že by to bylo lepší u jiných pacientů, než právě u onkologicky nemocných. Jinak sestry na oddělení, kde se léčil, velmi chválil, tvrdil, že měly smysl pro humor, což mu vyhovovalo, protože je veselý člověk. Na sestry se mohl vždycky spolehnout, věděl, že o něj bude dobře postaráno. Informant P2 naopak uvedl, že ho velmi mile překvapilo, když s ním sestra diskutovala

nad seznamem jídla. Ptal se, co může jíst a co ne a byl překvapen, že to nekonzultoval s lékařem, ale právě se sestrou. Sám uvedl, že v době nemoci nemohl jíst všechno, co měl rád. Existovaly totiž určité potraviny, které nesměl, nebo jsou jasně daná opatření, jak budou tato jídla připravována. Sestra, která s ním konzultovala veškeré jeho dotazy ohledně potravin, byla velice ochotná a veškeré jeho otázky mu zodpověděla. Sám uvedl: *„Ovoce a zelenina se musela loupát, marmelády jsem mohl jen ten den, co se otevrou kvůli plísním, i másla. Sestřička byla moc hodná a všechno se mnou probrala. Šunka měla být čistě jen vakuovaná, já bych tedy normální šunku druhý den kvůli bakteriím nesměl, tak jsem ji dal na pařák a znovu ji tepelně opračoval. To bylo fajn, protože jiní lidé to třeba nevěděli a točili pořád 4 jídla dokola. Máslo jednou otevřené jsem druhý den také nesměl, tak jsem měl ty malá máslička, které mi koupil táta v Makru, takže jsem si vždy dal třeba dvě k snídani. V oblasti výživy, jsem tedy díky ochotě sestřičky, byl bez omezení a díky té podpoře, jsem věděl, co můžu a co ne“*. Dále uvedl, že podporu ze strany sester vnímal každou návštěvu, povídal si s nimi, na kamarádské úrovni. Chodil tam půl roku skoro každý den, takže na něj sestry mávaly už ode dveří. Práci sestřiček hodnotí na výbornou. Jediné, co se mu jednou na léčbě stalo, když byl v pořadníku odsunut až na konec seznamu. P2 to popsal následovně: *„Vždycky jsem přijel kolem 8 hodiny ráno na odběry a v 9 hodin mi měla začít kapat infuze. Jenže paní doktorka mě posunula v seznamu až na konec, takže jsem tam jednou čekal až do 15 hodin. To mě opravdu rozčílilo, protože já jsem o své nemoci věděl dost, takže bych paní doktorku nijak nezdržel. Pouze by mi napsala léky, které mi došly, a já bych jel domu. Pak jsem jí to ale řekl, že se mi tento přístup vážně nelíbí a už se to nikdy neopakovalo“*. Dotazovaná P3 uvedla, že i když na chemoterapii dojížděla a pak tam následně ležela na lehátku i 6-8 hodin, tak práci sester hodnotila skvěle. Celý personál nemocnice zhodnotila jako perfektní. Měla opravdu pocit, že je v dobrých rukách. Sestry podle ní měly smysl pro humor a vtipkovaly s ní. Popsala to následovně: *„Sestřičky v chemo salónku byly skvělé“*. Ještě zmínila, že pro ni bylo v době nemoci důležité se nějak dostat do nemocnice, takže byla odkázána na pomoc rodičů, kteří ji třikrát v týdnu vozili do Prahy, protože by ji nenechali řídit. Jejich přístup hodnotila hodně pozitivně. Informantka P5 se shoduje v názoru s P1, že odbornost personálu je hodně důležitou složkou ošetrovatelské péče. Dále uvedla, že pro ni bylo velmi důležité udržet si sociální vazby s okolím a chtěla mít možnost léčit se ambulantně v domácím prostředí. Na otázku, co pro ni bylo v období nemoci těžké, odpověděla: *„Nejvíce mě trápily neustálé žilní vstupy a vpichy“*. Pro dotazovanou P4 bylo velmi důležité, aby se

na sestry mohla kdykoliv obrátit s nějakou prosbou. Práci sester moc chválila, byla s nimi spokojená. Sama uvedla: „*Sestričky byly moc fajn, vždycky mi pomohly dojít na záchod, abych náhodou cestou neupadla. Já bych asi sama ani nešla, ale ony mi vždycky vyšly vstříc a bez problémů mi pomohly. Cítila jsem z nich velkou dávku empatie a také na nich bylo vidět, že tu práci dělaly rády*“. Jediný nepříjemný zážitek pro ni byl, když s ní jednou sanitář v nemocnici špatně manipuloval a hrubě ji chytil za ruku. Až na tento zážitek byla s péčí naprosto spokojená.

5 Diskuze

Lymfomy patří mezi maligní onkologická onemocnění, která se projevují nejčastěji nekontrolovatelným bujením uzlin lymfatického systému. Příčiny vzniku tohoto onemocnění nelze zcela přesně určit, jak uvádí Vokurka (2008). Davis (2018) uvádí základní rozdělení lymfomů na dva typy: Hodgkinův a Non-hodgkinův lymfom.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifické potřeby pacienta s lymfomem a zjistit jeho požadavky na ošetrovatelskou péči. V rámci splnění těchto cílů byla jako první výzkumná otázka stanovena: **„Jaké jsou specifické tělesné potřeby pacienta s lymfomem?“**. Důležitou oblast vztahující se k rovině tělesných potřeb představuje potřeba být bez bolesti. Výsledky ukázaly, že zkušenosti jednotlivých informantů s narušením zmíněné potřeby jsou značně odlišné. Zatímco se P1 potýkal se silnými bolestmi již v počátku svého onemocnění, jiní uváděli, že se u nich bolest objevila až jako následek onkologické léčby. Dále lze z výsledků vyčíst též odlišný charakter bolesti a zcela jinou lokalizaci. Informant P1 uvedl, že trpěl bolestí žaludku, která se objevovala v souvislosti s příjmem potravy. P1 to popsal následovně: *„Jídlo jsem si hodně rozmyslel a už před jídlem jsem preventivně užíval Algifen proti bolesti“*. Tento problém mu narušoval jak potřebu výživy, tak i celkově potřebu tělesné pohody. Jak uvádí Tomíška (2010), výživa může být u onkologických pacientů ovlivněna například prorůstáním nádoru do zažívacího traktu, které znemožní příjem stravy a tím tak může způsobit až podvýživu. Informantka P4 také trpěla bolestí, která byla prvotním příznakem nemoci. Bolest byla lokalizována na oblast zad. Charakter byl pacientkou popsán jako bodavá bolest. Informanti P2, P3 a P5 se shodli v názoru, že bolest se u nich objevila, ale spíše jako projev, který byl způsoben léčbou. Informant P2 popsal svou osobní zkušenost: *„Jedenkrát za 3 týdny se u mě objevovala bolest, když se mi obnovovala kostní dřev. Bolest bych charakterizoval jako paralyzující, něco jako když vás přejede tank. Bolest mě budila v noci, nenacházel jsem žádnou úlevovou polohu“*. P5 uvedla, že měla bolesti velkých kostí. Intenzita se v souvislosti s denní dobou nelišila, byla stejně silná a charakter bolesti byl bodavý až pichlavý. Informantka P3 popsal bolest při konzumaci alkoholu. Jak uvádí Marková (2016) někdy se může jako jeden z příznaků Hodgkinova lymfomu objevit alkoholová bolest uzliny i po požití malého množství alkoholu. Avšak až na informantku P3 žádný dotazovaný takový projev nevnímal. V návaznosti na popsané se lze proto domnívat, že bolest představuje velice široký a proměnlivý problém u pacientů s lymfomem. Toto zjištění lze považovat

za důležité ve vztahu k ošetrovatelské péči, neboť jak uvádí Vorlíček et al. (2012), pro zdravotníky je nesmírně důležité, aby pacienti udávali informace o hodnocení bolesti. Ty jsou pak zdrojem důležitých informací o časovém průběhu bolesti a efektu dosavadní léčby (Vorlíček et al., 2012). Výše zmíněná bolest nebyla však prvotním projevem onemocnění u informantů P2, P3 a P5. Ti naopak uvedli, že jejich problémem bylo nalezení nebolestivé zvětšené uzliny na krku. Zvětšení periferních uzlin se nejčastěji projevuje právě při onemocnění lymfatického systému, jak uvádí Adam et al. (2007).

Z výsledků lze dále vyčíst, že pacienti v souvislosti s onemocněním ztratili na hmotnosti přes 10 kg. Váhový úbytek byl způsoben prvotními příznaky onemocnění i následně zvolenou léčbou. Ztráta váhy se řadí do projevů tohoto onemocnění, jak uvádí Jebavý a Malý (2008). Informantka P4 uvedla váhový úbytek o 20 kg. To pro nás bylo hodně překvapivé, protože váhový úbytek o tolik kilogramů jsme nepředpokládali. S tímto tvrzením se však neztotožňovali informanti P1, P3 a P5. Ti uvedli, že ztratili na hmotnosti kolem 10 kg. Dotazovaný P2 dodal: „*Zhubnul jsem 14-15 kg, ale horší na tom bylo, že tento váhový úbytek byl v rozmezí 14 dnů*“. Je proto nezbytné zmínit, že ztráta váhy u informantů probíhala v jiném časovém rozmezí. Informant P1 uvedl, že 10 kg ztratil na hmotnosti za šest měsíců, zatímco právě informant P2 pouze v době 14 dnů. Tomíška (2010) dále popisuje, že příčiny špatného nutričního stavu a tedy i příčiny hubnutí mohou být kromě prorůstání nádoru také vedlejším účinkem léčby. Ty způsobují nechutenství, nevolnost až celkovou slabost u pacientů a dochází tak k narušení lidských potřeb. Nevolnost a slabost byly popsány všemi informanty. U některých však nebyly tyto problémy tak závažné. P2 uvedl svou osobní zkušenost: „*Po chemoterapii jsem byl hodně unavený, byl to velký nápor na organismus a musel jsem vždy relaxovat a jít třeba spát*“. P3 uvedla, že jí byly nepříjemné tzv. „dopichy“ chemoterapie, po kterých jí bylo velmi zle.

Další z neopomenutelných oblastí tělesných potřeb je spánek a odpočinek. Výsledky ukázaly, že problémy se spánkem trápily informanty P1, P2 a P3. P1 uvedl, že spánek měl narušený kvůli kašli, který ho budil v noci, ale jinak spánek popsal jako kvalitní. Informantka P3 popsala, že problémy které se u ní objevily, jí narušovaly spánek, protože věděla, že něco není v pořádku. Dále uvedla, že jí rodiče upravili pokoj, aby měla dobré prostředí pro spánek. Od poruch spánku přejdeme k projevům únavy, které zmínili informanti P1, P2 a P3. Únava byla u pacientů způsobena hlavně onkologickou

léčbou, která pacienty hodně vyčerpávala. P1 uvedl, že nejvíce unavený byl první týden po léčbě, dle jeho slov: „*Byl jsem absolutně nepoužitelný, studoval jsem během léčby, bylo to hodně náročný. Byl jsem i podrážděný z toho, že musím užívat velké množství léků*“. Dle našeho názoru je i vhodné prostředí pro spánek velmi důležité. Pacienti jsou po chemoterapii a celkově po náročné léčbě velmi vyčerpaní a potřebují odpočívat. Proto je žádoucí zajistit jim klidné a příjemné prostředí pro odpočinek a spánek.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že pacienti pociťovali narušení tělesných potřeb i v oblasti vyprazdňování a vylučování. Pacient P1 například uvedl, že v době nemoci onemocněl zápallem plic, který mu byl léčen antibiotiky. Ty měly negativní vliv na střevní mikroflóru a způsobily tak u pacienta průjem. Informant P2 uvedl, že také trpěl průjemem. Naopak toto tvrzení vyvracely informantky P4 a P5, které naopak trpěly občasnou zácpou. Vytejšková et al. (2013) upozorňují na to, že při průjmu dochází k opakovanému vyprazdňování tekuté stolice. Při této zvýšené frekvenci vyprazdňování lidé mají nepříjemné pocity, například bolesti a křeče břicha, nechutenství, nauzeu a zvracení (Vytejšková et al., 2013). Grofová (2007) zase poukazuje na to, že pokud pacient zvrací, je nutné po odeznění zvracení doplnit ztráty tekutin. V souvislosti se zmíněnými tekutinami bylo v rámci rozhovorů odhaleno, že dostatek tekutin se snažili dodržet všichni dotázaní. P1 uvedl: „*Pil jsem fakt hodně kolem 5 litrů denně, nejraději zelené a bylinkové čaje na pročištění, abych ze sebe vyplavil všechnu tu chemii z chemoterapie*“. Informanti si byli vědomi, že musí z těla vyplavit všechny škodlivé látky z chemoterapie, takže pili více než normálně. Jak popisuje Gomer (2017), pacienti s onkologickým onemocněním jsou vystaveni vyššímu riziku dehydratace z nevolnosti, zvracení, průjmu, horečky a léků, které mohou být použity během léčby. Únava a nevolnost mohou ovlivnit jejich touhu po pití a tím dochází k tomu, že pocit žízně může být snížen. Dehydratace může také zhoršit nevolnost a únavu a tím tak ohrožuje úspěšné dokončení cyklu chemoterapie (Gomer, 2017).

V návaznosti na popsané je nezbytné zmínit, že narušení tělesných potřeb pociťovali všichni z dotazovaných pacientů. Dále je nutné si uvědomit, že v souvislosti s neuspokojením tělesných potřeb dochází k mnoha nepříjemným pocitům a k tělesnému nepohodlí a strádání pacientů, a proto je nezbytné řešit pacientovi problémy včas a zajistit takovou péči, aby nedocházelo k narušení těchto potřeb či alespoň jejich narušení mírnit.

Jako druhá výzkumná otázka byla stanovena: „*Jaké jsou specifické psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem?*“. Jednou z nejvýznamnějších součástí potřeb psycho-sociálních je pocit bezpečí a jistoty. Tento pocit představuje ochranu proti nepřátelským a nebezpečným silám, přicházejícím zvenčí. Narušením těchto potřeb může u pacientů dojít k úzkostným stavům, kdy se stávají lidé více zranitelnými, protože se necítí příliš bezpečně, jak popisují Šamánková et al. (2011). Z jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že každý informant popisoval narušení těchto potřeb odlišně, avšak všichni se shodli v názoru, že pro ně byla nejdůležitější rodina. Ta jim zprostředkovala pocit bezpečí a jistoty. Informanti P1 a P2 se také ztotožňovali s názorem, že do pocitu bezpečí a jistoty lze zařadit i finanční jistotu, kterou potřebuje každý nemocný člověk. Jak již bylo uvedeno, pacienti měli značné množství problémů, při kterých mnohdy nemohli vykonávat žádné činnosti. Podle Cieślaka (2013) lidé mají obavy z následujících životních podmínek, prochází si existenčními a duchovními dilematy, vycházejícími z onemocnění. Informanti P1 a P2 se proto obrátili na sociální pomoc a zažádali o invalidní důchod. P1 byl však poněkud znepokojen, když mu bylo řečeno, že má nárok na důchod až za půl roku. Nicméně se nenechal odbýt a invalidní důchod dostal ihned. Sám uvedl: „*Za první dva důchody jsem si koupil novou televizi. V době léčení nemůžete jen tak chodit mezi lidi, máte sníženou imunitu a mohli byste něco chytit. Proto, abych doma jen tak neseděl a nekoukal do zdi, jsem si koupil televizi*“. Informant P2 uvedl: „*Představa toho, že bych byl čerstvě po škole, neměl moc peněz, neměl bych kde bydlet a neměl co jíst je opravdu hrozná*“. V návaznosti na jejich názor informant P1 zmínil, že by si představoval lepší informovanost právě z hlediska sociálního zabezpečení pacientů, kterou by podle něj měl poskytovat sociální pracovník.

V rámci zodpovězení této výzkumné otázky byli pacienti dále dotazováni, zda cítili nějakou změnu ve svém chování jakožto projev narušeného pocitu bezpečí a jistoty. Dotazovaná P3 uvedla, že se u ní před spaním objevovaly pocity sebelítosti. P1 uvedl, že byl občas agresivní, kdy se možná snažil ventilovat vztek, který se v něm nahromadil během období, kdy mu byl diagnostikován lymfom. Jak uvádí Sieger (2018), zlost je normální reakcí na strach, zoufalství a smutek. Jedná se o řadu pocitů, které do našeho života přináší onkologické onemocnění. Může se projevovat jako frustrace, podrážděnost, emoční stažení nebo agrese (Sieger, 2018). Dle Kutnohorské (2007) může být agrese u pacientů současně i reakcí na zjištění diagnózy, kdy je nemocný obklopen velkým množstvím vzteku. Pacientka P4 uvedla, že žádnou změnu ve svém

chování nevnímala a v nemocnici se během hospitalizace cítila dobře, ale ne vždy. Sama uvedla: „*Doma je prostě doma.*“ Informantka P5 uvedla, že potřebu bezpečí a jistoty vnímala jako nenarušenou. Zdravotnickému personálu naprosto důvěřovala a nebyl tak důvod k vytvoření pocitů nejistoty, že by se o ni nedokázali v nemocnici postarat. Z výsledků lze tedy shrnout, že pocit bezpečí a jistoty patří mezi důležité aspekty v životě nemocného s lymfomem, i přesto však narušení této potřeby někteří z námi oslovených informantů neprožívali.

V rámci dotazování pacientů na jejich specifické potřeby v oblasti psycho-sociální bylo zjištěno, že všichni stáli o kontakt s okolím. Důležité pro ně bylo, že na nemoc nezůstali sami, a že se mohou se svými pocity někomu svěřit. Jak uvádí Svatošová (2012) v období nemoci se sice může zdát, že člověk o podporu z okolí a návštěvy moc nestojí a chce se od nich izolovat, nicméně i nemocný člověk nechce být sám a potřebuje kolem sebe rodinu a společnost. Všichni informanti uvedli, že neměli problém otevřeně mluvit o svém onemocnění. Informantka P5 uvedla: „*Náladu mi zlepšoval kontakt s okolím, ať už přes sociální sítě nebo když za mnou přišla návštěva*“. Jak uvádí Moyer (2017), onkologické onemocnění a jeho léčba mají mnoho účinků na pacienty a na jejich společenské a intimní vztahy. Ty se mohou promítnout do změn v rolích a vztazích, například v zaměstnání nebo ve schopnosti zapojit se do oblíbených aktivit pro volný čas (Moyer, 2017). Toto tvrzení však všichni dotazovaní popírali. Dle jejich odpovědí se necítili příliš sociálně izolovaní a ani jim nepřišlo, že by jim nemoc znemožnila možnost sociálních kontaktů se svými blízkými. V otázce na potřebu informací se shodují všichni informanti. Dotazovaní uvedli, že měli dostatek informací o svém onemocnění, že jim byla diagnóza sdělena srozumitelně, v klidném prostředí a byl tam prostor na jejich dotazy. Schapira (2008) uvádí, že onkologové čelí zvláštním výzvám, pokud jde o komunikaci s pacienty. Možnosti léčby a její nežádoucí účinky jsou složité. Komunikace často zahrnuje doručení špatných zpráv pacientům. Dále uvádí, že je důležité nechat pacienty vyprávět jejich příběhy a aktivně je vyslechnout, tím tak lépe naváží důvěru s pacienty. Je nevhodné pacienta přerušovat, lékař mu musí dát dostatečný prostor pro vyjádření svých pocitů (Schapira, 2018).

Třetí výzkumnou otázkou byla stanovena: „***Jaké ošetrovatelské problémy se vyskytují u pacienta s lymfomem?***“. Zčásti došlo k zodpovězení těchto problémů již v první výzkumné otázce, proto zde budou uvedeny zbylé a podstatné ošetrovatelské problémy, kterými trpěli pacienti s lymfomem. Jak uvádí Jebavý a Malý (2008), typickými

problémy, které se u pacientů s lymfomem vyskytují, jsou: únava, malátnost, nechutenství s úbytkem na váze, noční pocení a svědění kůže. Belada et al. (2016) dále zmiňují, že mezi tzv. „B“ symptomy patří také teploty neinfekčního původu. Informanti P1 a P4 uvedli, že jejich prvním příznakem byla bolest. Dalším problémem u pacientů s lymfomem byl váhový úbytek. Ten byl zjištěn u všech informantů. Je tedy potřeba říci, že pacienti trpěli nejenom bolestí v souvislosti s nemocí a léčbou, ale došlo u nich i k váhovému úbytku, díky kterému tak neměli dostatek energie a sil na boj s nemocí. Informantka P3 uvedla, že trpěla dušností, bušením srdce, měla vyrážku, bolest ramene při konzumaci alkoholu a ztratila na hmotnosti 10 kg. Dušnost a zadýchávání popisovaly i pacientky P4 a P5. Jak uvádí Muntau (2014) u některých nemocných se může objevovat kašel a dušnost v souvislosti s rozsáhlým postižením mediastina. P5 popsala, že po radioterapii měla mukozitidu v dutině ústní. Sama jí léčila kloktáním přípravku Tantum. Sroussi et al. (2017) uvádí, že orální mukozitida je akutní odpověď na léčbu, která postihuje většinu pacientů, kteří absolvovali radioterapii pro rakovinu hlavy a krku. Hercová (2009) také odkazuje na to, že mukozitida se klinicky projevuje v průběhu druhé poloviny cyklu radioterapie. Nejprve se objevuje erytém, prosakování sliznice a její ulcerace. Tato zánětlivá ložiska se objevují po celé sliznici dutiny ústní, kdy mohou pokrývat i rty (Hercová, 2009). Informant P2 uvedl, že mukozitidou jako takovou netrpěl, ale měl po radioterapii popáleniny na horní polovině těla, jícnu a měl velké bolesti při polykání. V návaznosti na tyto problémy onemocněl laryngotracheitidou. Informantka P3 uvedla, že se jí tvořily afty v dutině ústní, na které také užívala Tantum. Obecně lze říci, že pacienti udávají dyskomfort v oblasti stravování a celkové narušení kvality života. Dalším problémem je negativní ovlivnění průběhu onkologické léčby a zvyšující se riziko vzniku infekce, jak uvádí Vokurka (2009). Pacient P1 uvedl, že trpěl nočním pocením, které se řadí do příznaků lymfomu, avšak žádný z informantů tento projev neměl. Únava byla dalším problémem, který byl u pacientů způsoben hlavně léčbou, kdy byli po chemoterapii všichni vyčerpaní a unavení. Dle slov pacienta P2: *„Bezprostředně po dávkách jsem byl hodně unavený, chtělo se mi spát. První týden po cyklu jsem přišel domu a šel hned spát, nedalo se nic dělat“*. Pacienti dále udávali problémy s vyprazdňováním, kdy informanti P1 a P2 trpěly průjmem a informantky P4 a P5 naopak občasnou zácpou. Jako vedlejší účinek léčby docházelo u pacientů ke zvracení. Informantky P3 a P5 uvedly, že zvracely jen jednou a to v den poslední chemoterapie. P4 zmínila, že zvracela výjimečně, zatímco se

informanti P1 a P2 shodovali v názoru, že zvracení u nich bylo vyvoláno řadou podnětů z okolí.

Lze tedy shrnout, že nejčastějšími problémy u pacientů s lymfomem jsou bolest, problémy s dýcháním, váhový úbytek, únava, zvracení a problémy v dutině ústní. Vedle jmenovaných však nelze opomenout i řadu dalších problémů, jako jsou: zácpa, průjem, nevolnost a možný výskyt psychických problémů. Výše zmíněné projevy tak představují celou řadu proměnlivých problémů, se kterými se sestra v péči o nemocného s lymfomem setkává a musí na ně adekvátně reagovat. Variabilita popsanych problémů je také důkazem o tom, jak individuální a komplexní musí být ošetrovatelská péče.

Zodpovězení poslední čtvrté výzkumné otázky: **„Co považuje pacient s lymfomem v rámci ošetrovatelské péče za prioritní?“**, považujeme za velmi důležité v souvislosti s ošetrovatelstvem. V tomto okruhu otázek nás zajímalo, jaké požadavky mají pacienti na ošetrovatelskou péči, co považují za důležité a jaké vlastnosti by podle nich měla sestra mít. Ošetrovatelská péče o onkologického pacienta je velmi náročná. Pacienti s onkologickou diagnózou jsou hodně specifictí, protože nemají pouze jeden ošetrovatelský problém, jak uvádí Palková (2013). Na základě odpovědí informantů došlo ke zjištění, že všichni byli s péčí sester velmi spokojeni. Informanti P1 a P5 uvedli svojí prioritu v odbornosti personálu a v dostatku zkušeností. Zastávali názor, že odbornost pracovníků je při poskytování ošetrovatelské péče nedílnou součástí jejich povolání. Stejného názoru je i Zacharová (2011), která uvádí, že sestry zastávají celkovou péči o pacienty vyžadující kvalitní odborné znalosti a v neposlední řadě i jejich etické a morální vlastnosti. P1 dále uvedl, že by sestry, při poskytování péče, měly být co nejvíce empatické, ochotné a milé. Jako velmi podstatnou součást dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem řadí důvěru, která by měla být na prvním místě. Jak uvádí Zacharová (2011), pacient by měl věřit, že pro něj udělá personál vše potřebné, co je v jeho silách a v případě, že to již není možné, mu zachová trochu naděje. Oproti tomu Lavdaniti (2017) zmiňuje, že komunikace, vzájemná důvěra a respekt mezi sestrou a pacientem je v oblasti potřeb stěžejní. Všichni informanti uvedli, že měli s ošetrovatelským týmem důvěrný vztah a naprosto jeho členům věřili. Informant P2 byl s péčí jedné sestry velmi spokojen a hlavně mile překvapen. Konzultoval s ní veškerý seznam jídel, které smí a nesmí a jakým způsobem si je má připravit. Sestra byla velice ochotná, nechala mu prostor pro jeho dotazy, byl to pro něj dobře vedený rozhovor. Sám ale také uvedl, že byl překvapen tím, že jídelníček nekonzultoval s lékařem. P2

uvedl: „*Lékař to buď nevěděl, nebo to se mnou nechtěl řešit*“. Nicméně za ochotu sestry byl nesmírně vděčný a moc si toho cenil. Dle našeho názoru je tvrzení zmíněného pacienta důkazem toho, že i sestry dokážou poskytovat skvělou péči i bez lékaře. Dotazovaná P3 zhodnotila personál následovně: „*Jak jsem říkala, byla jsem s personálem nemocnice naprosto spokojená a stoprocentně jsem jim věřila a věděla, že mně tyhle lidi z toho průšvihů dostanou*“. Jak uvádí Palková (2013) schopnost empatie představuje dobrý způsob navázání důvěry pacienta a i jeho ochotu spolupracovat se sestrou. Dále uvádí, že je zcela žádoucí její výborné ovládnutí komunikačních schopností.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že ošetrovatelská péče o pacienty s lymfomem probíhala u našich informantů na dobré úrovni. Sestry, dle slov pacientů, splňují veškeré vlastnosti, které by podle nich měly mít. Pro pacienty bylo podstatné v oblasti ošetrovatelské péče, aby byl personál na kvalitní odborné úrovni a byl ochotný, milý a empatický. Z výsledků dále vyplývá, že je pro pacienty důležitá důvěra. Zjištěné priority, které sami pacienti vnímají jako klíčové, kladou nároky na osobnost sestry, která o tyto nemocné pečuje. Sestra musí být vzdělaná, zároveň empatická a musí vykazovat dobré komunikační dovednosti.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem“ se zabývala problematikou ovlivnění lidských potřeb nemocí, ošetrovatelskými problémy pacienta a jeho prioritami v ošetrovatelské péči a to z pohledu samotného pacienta. V bakalářské práci byly stanoveny dva základní cíle, kterými byly: „Zmapovat specifické potřeby pacienta s lymfomem“ a dále „Zmapovat požadavky pacienta s lymfomem na ošetrovatelskou péči“. V návaznosti na tyto cíle byly definovány čtyři výzkumné otázky, kterými byly: „Jaké jsou specifické tělesné potřeby pacienta s lymfomem?“, „Jaké jsou specifické psycho-sociální potřeby pacienta s lymfomem?“, „Jaké ošetrovatelské problémy se vyskytují u pacienta s lymfomem?“, „Co považuje pacient s lymfomem v rámci ošetrovatelské péče za prioritní?“.

Na základě výsledků výzkumného šetření můžeme sdělit, že pacienty s lymfomem trápilo mnoho problémů ať už z hlediska potřeb tělesných či potřeb psycho-sociálních. Z potřeb tělesných se do popředí nejvíce dostávaly bolest, váhový úbytek, únava a další problémy související s onkologickou léčbou. Narušení těchto potřeb každý z dotazovaných pacientů vnímal odlišně, a proto práce poskytuje zajímavý pohled na nemoc z perspektivy samotných pacientů.

Potřeby psycho-sociální byly nemocí také značně ovlivněny. Nicméně lze říci, že se pacienti nebáli o svém onemocnění mluvit, se svými pocity se svěřili svým blízkým, měli dostatek informací o onemocnění a naučili se s lymfomem žít.

Významnou otázkou pro nás byla poslední výzkumná otázka zaměřující se na priority v ošetrovatelské péči z pohledu jednotlivých pacientů. Informanti popisovali, že pro ně bylo z hlediska ošetrovatelské péče velmi důležité, aby sestry a celkově ošetřující personál byl milý, ochotný a empatický. Dále kladli velký důraz na to, aby poskytovaná péče byla odborná a kvalitní a aby byl vztah mezi sestrou a pacientem založen na vzájemné důvěře. Na základě výsledků můžeme říci, že pacienti byli s péčí velmi spokojeni a uvedli, že sestry splňovaly vlastnosti, které by podle nich měly mít.

Za významné lze dále považovat, že i když bylo výzkumné šetření provedeno pouze s 5 informanty, práce poskytuje souhrnný pohled na odlišnost životních příběhů jednotlivých pacientů. Z výsledků empirické části práce bylo zjištěno, že se pacienti lišili průběhem onemocnění i jejich problémy, přestože se jednalo o stejnou diagnózu. Jako celek lze proto práci považovat za důkaz toho, jak odlišná, individuální

a především komplexní musí být úloha sestry u jednotlivých pacientů trpících tímto nelehkým onemocněním.

Tato práce může být využita jako výukový materiál pro studenty zdravotnických oborů a mohou ji využít též sestry, které přicházejí s pacienty s lymfomem v rámci ošetrovatelské péče do kontaktu.

7 Seznam použitých zdrojů

- AAPRO, M. et al., 2014. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Annals of Oncology*. 25(8), 1492-1499, doi.org/10.1093/annonc/mdu085.
- ADAM, Z., KRÁL, Z., VORLÍČEK, J., 2007. Hodgkinův lymfom. In: ADAM, Z. et al. *Hematologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, s. 183-186. ISBN 978-80-7262-453-9.
- ADAM, Z. et al., 2008. *Hematologie – přehled maligních hematologických nemocí*. 2., doplněné a zcela přepracované vydání. Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-247-2502-4.
- AMBINDER, R., 2007. Epstein-Barr Virus and Hodgkin Lymphoma. *ASH Education Book*. 2007(1), 204-209, doi: 10.1182/asheducation-2007.1.204.
- ANSELL, M., S., 2015. Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clinic*. 90 (11), 1574-1583, doi: 10.1016/j.mayocp.2015.07.005.
- ARAUJÓ, S. et al., 2015. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *SciELO*. 23(2), 267-274, doi: 10.1590/0104-1169.0090.2551.
- BÁRTOVÁ, J., 2015. *Přehled patologie*. Praha: Karolinum. 232 s. ISBN 978-80-2462-745-8.
- BELADA, D. et al., 2016. *Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy*. 9 (7. tištěné), doplněné a přepracované vydání. Praha: HK Credit. 244 s. ISBN: 978-80-86780-55-9.
- BORNEMAN, T., 2013. Assessment and Management of Cancer-Related Fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 15(2), 77-86, doi: 10.1097/NJH.0b013e318286dc19.
- CALABRESE, R., K., CASE, A., A., 2017. How Can We Improve the Collaborative Care Between the Primary Oncologist and the Palliative Care Specialist in Caring for Patients With Serious Illness? *Journal of Oncology Practice*. 13(9), 601-605, doi: 10.1200/JOP.2017.021253.
- CIBULA, D. et al., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 614 s. ISBN: 978-80-247-2665-6.
- CIEŚLAK, K., 2013. Professional psychological support and psychotherapy methods for oncology patients. Basic concepts and issues. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 18(3), 121–126, doi: 10.1016/j.rpor.2012.08.002.

- COLBERT, T., 2016. *Stage 4 Lymphoma: Facts, Types, Symptoms, and Treatment* [online]. Healthline [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/lymphoma/stage-iv#types>.
- ČEŠKA, R. et al., 2015. *Interna*. Praha: Triton. 930 s. ISBN 978-80-7387-895-5.
- ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 3*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
- DAVIS, CH., © 2018. *Lymphoma* [online]. WebMD: eMedicineHealth [cit. 2017-04-07]. Dostupné z: https://www.emedicinehealth.com/lymphoma/article_em.htm#when_should_someone_seek_medical_care_for_lymphoma.
- DĚDEČKOVÁ, K. et al., 2013. Postavení radioterapie v léčbě maligních lymfomů – doporučení Kooperativní lymfomové skupiny. *Klinická onkologie*. 26(2), 99-109, ISSN 1802-5307.
- DOUBEK, M., 2007a. *Typy, dárci a indikace k transplantacím* [online]. Brno: Linkos [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/transplantace-krvetvornych-bunek/typy-darci-a-indikace-k-transplantacim/>.
- DOUBEK, M., 2007b. *Komplikace transplantací a její pozdní následky* [online]. Brno: Linkos [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-lecit/transplantace-krvetvornych-bunek/komplikace-transplantaci-a-jeji-pozdni-nasledky/>.
- DYLEVSKÝ, I., 2013. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: ČVUT. 213 s. ISBN 978-8001-0524-95.
- ELIŠKOVÁ, M., 2015. Lymfatický systém. In: NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, s. 133-138. ISBN 978-80-749-2206-0.
- FEI, N., SHAH, N., 2017. Adult Sporadic Burkitt's Lymphoma Presenting with Rapid Development of Peritoneal Lymphomatosis. *Case Reports in Oncological Medicine*. (2017), 1-6, doi: 10.1155/2017/4789706.
- FÖLDI, M. et al., 2014. *Lymfologie*. Praha: Grada. 720 s. ISBN 978-80-247-4300-4.
- FUSEK, M. et al., 2012. *Biologická léčiva. Teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada. 219 s. ISBN 978-80-247-3727-0.

- GANZ, P., BOWER, J., 2007. Cancer related fatigue: A focus on breast cancer and Hodgkin's disease survivors. *Acta Oncologica*. 46(4), 474-479. doi: 10.1080/02841860701367845.
- GOMER, D., 2017. Staying Hydrated During Cancer Treatment [online]. *Oncology Nurse Care Manager*. 3(4), [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://conquer-magazine.com/issues/2017/vol-3-no-4-august-2017/324-staying-hydrated-during-cancer-treatment>.
- GOPAS, J. et al., 2016. Reed-Sternberg cells in Hodgkin's lymphoma present features of cellular senescence. *Cell Death & Disease*. 7(11), 2457-2465. doi: 10.1038/cddis.2016.185.
- GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- HAFERLACH, T. et al., 2014. *Kapesní atlas hematologie: Překlad 6., přepracovaného vydání*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4787-3.
- HAWKINS, R., GRUNBERG, S., 2009. Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Challenges and Opportunities for Improved Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13(1), 54-64, doi: 10.1188/09.CJON.54-64.
- HERCOVÁ, K., 2009. Mukozitida dutiny ústní při radioterapii v oblasti hlavy a krku. *Onkologie*. 3(2), 127-128. ISSN 1803-5345.
- HERNDON, J., 2017. *Hodgkin's Disease* [online]. Healthline [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/hodgkins-lymphoma>.
- HOFMAN, M. et al., 2007. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*. 12(1), 4-10, doi 10.1634/theoncologist.12-S1-4.
- HOFMANOVÁ, J., 2012. Farmaceutická péče o pacienty s onkologickým onemocněním – nežádoucí účinky I. *Praktické lékárenství*. 8(2), 76-79. ISSN 1803-5329.
- HUI, D. et al. 2015. Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review. *The Oncologist*. 20(1), 77-83, doi: 10.1634/theoncologist.2014-0312.
- HULBERT-WILLIAMS, N., 2016. *Supporting cancer patients with anxiety* [online]. [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://www.nursinginpractice.com/article/supporting-cancer-patients-anxiety>.

- HYNKOVÁ, L., ŠLAMPA, P., 2015. Radioterapie – základní terminologie. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie – minimum pro praxi*. Ústí nad Labem: Axonite, s. 73-74. ISBN 978-80-88046-01-1.
- CHRDLOVÁ, M., 2012. *Potřeby psychosociální péče onkologicky nemocných a jejich blízkých v jednotlivých fázích nemoci*. [online]. [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/potreby-psychosocialni-pece-onkologicky-nemocnych-a-jejich-blizkych-v-jednotlivy/>.
- INGRAHAM, P., 2017. *The Basic Type sof Pain* [online]. Vancouver: Pain Science [cit. 2018-2-23]. Dostupné z: <https://www.painscience.com/articles/pain-types.php>.
- JACOBSEN, B., P., JIM, S., H. 2008. Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. *American Cancer Society*. 58(4), 214-230, doi: 10.3322/CA.2008.0003.
- JAKUBÍKOVÁ, K., 2011. *Transplantace krvetvorných kmenových buněk* [online]. Kroměříž: Psychiatrická léčebna, toxirehabilitační oddělení [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/transplantace-krvetvornych-kmenovych-bunek-457277>.
- JANÍKOVÁ, A., 2017. Ne-Hodgkinovy lymfomy v seniorském věku. *Onkologie*. 11 (3), 128-133. ISSN 1803-5345.
- JEBAVÝ, L., MALÝ, J., 2008. Hematologie a transfuziologie. In: NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, s. 201-235. ISBN 978-80-247-2319-8.
- JEDLIČKA, F., et al., 2007. Únavový syndrom u onkologického pacienta. Možnosti diagnostiky a léčby. *Vnitřní lékařství*. 53(9), 930. ISSN 1801-7592.
- KABÍČKOVÁ, E., 2011. Non-hodgkinské lymfomy. In: BAJČIOVÁ et al. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada, s. 35-41. ISBN 978-80-247-3554-2.
- KAČÍRKOVÁ, P., CAMPR, V., 2007. *Hematoonkologické atlas krve a kostní dřeně*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-1853-8.
- KARGES, W., DAHOUK AL, S., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-247-3108-7.

- KIRSHBAUM, M., 2010. Cancer-related fatigue: A review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing*. 15(5), 214-219, doi: 10.12968/bjcn.2010.15.5.47945.
- KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LANGMEIER, M. et al., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
- LAVDANITI, M., 2017. Holistic Nursing Approach to Patients with Cancer. *Journal of Nursing and Care*. 6 (1), 1-2, doi:10.4172/2167-1168.1000e136.
- LARKIN, PJ. 2008. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine*. 22, 796-807. doi: 10.1177/0269216308096908.
- MAČÁK, J. et al., 2012. *Patologie*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
- MARKOVÁ, J., 2016. *Hodgkinův lymfom*. Informace pro pacienty [online]. Praha: Hodgkinův lymfom z.s. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.hodgkin.cz/downloads/HL-brozura-pro-pacienty-MUDr-Jana-Markova-2016.pdf>.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO. 164 s. ISBN 978-80-701-34573.
- MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. Pro humanitní obory. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MÓCIKOVÁ, H., 2014. Moderní léčba nehodgkinských lymfomů. *Remedia*. 24(3), 149-153. ISSN 2336-3541.
- MOYER, A., 2017. Cancer and Relationships [online]. *Psychology Today* [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/beyond-treatment/201702/cancer-and-relationships>.
- MUNTAU, C., A., 2014. *Pediatric*. Překlad 6. vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.

- MUSTIAN, K. et al., 2011. Treatment of Nausea and Vomiting During Chemotherapy. *US Oncology Hematology*. 7(2), 91-97, doi: 10.17925/OHR.2011.07.2.91.
- NAVRÁTIL, L. et al. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NIPP, R. et al., 2018. Sarcopenia Is Associated with Quality of Life and Depression in Patients with Advanced Cancer. *The Oncologist*. 23(1), 97-104, doi: 10.1634/theoncologist.2017-0255.
- NOSKOVÁ, P., 2010. Průlomová bolest a její léčba. *Onkologie*. 4(2), 94-100. ISSN 1803-5345.
- O'NEIL, B., S. et al., 2011. Interventional Radiology and the Care of the Oncology Patient. *Radiology Research and Practice*. 204(5), 1-12, doi: 10.1155/2011/160867.
- PALKOVÁ, L., 2013. *Onkologická ošetrovatelská péče* [online]. Košice: Východoslovenský onkologický ústav [cit. 2018-2-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>.
- PERWITASARI, D. et al., 2011. Anti-emetic drugs in oncology: pharmacology and individualization by pharmacogenetics. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 33(1), 33-43, doi: 10.1007/s11096-010-9454-1.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POCHOP, L., 2015. Léčba bolesti u onkologických pacientů se zaměřením na průlomovou bolest. *Onkologie*. 9(5), 239-241. ISSN 1803-5345.
- PYTLÍK, R. et al., 2013. Moderní diagnostika a léčba ne Hodgkinových lymfomů. *Interní medicína pro praxi*. 15(3-4), 105-109. ISSN 1803-5256.
- RADFORD, J. et al., 2015. Results of a Trial of PET-Directed Therapy for Early-Stage Hodgkin's Lymphoma. *The New England Journal of Medicine*. 372(1), 1598-1607, doi: 10.1056/NEJMoa1408648.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- SANTARPIA, L. et al., 2011. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2(1), 27-35, doi: 10.1007/s13539-011-0022-x.

- SERRANO, M., 2017. *Depression Nursing Interventions* [online]. Nurseslabs. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.rnspeak.com/depression-nursing-interventions/>.
- SCHAPIRA, L., 2008. Communication: What Do Patients Want and Need? *Journal of Oncology Practice*. 4(5), 249-253, doi: 10.1200/JOP.0856501.
- SIEGER, K., 2018. Cancer anger explained – what is it and how to cope? [online]. Karin Sieger. [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://karinsieger.com/cancer-anger-explained/>.
- SKÁLA, B. et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství. 24 s. ISBN: 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, O., 2008. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. *Onkologie*. 2(4), 246-248. ISSN - 1803-5345.
- SMITH, R., H., 2015. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology Letters*. 9(4), 1509-1514, doi: 10.3892/ol.2015.2944.
- SROUSSI, H. et al., 2017. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer Medicine*. 6(12), 2918-2931, doi: 10.1002/cam4.1221.
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠACHLOVÁ, M., 2014. Možnosti nutriční intervence při onkologické léčbě. *Onkologie*. 8(6), 275-278. ISSN 1803-5345.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠLAMPA, P. et al., 2007. *Radiační onkologie*. Praha: Galén. 457 s. ISBN 978-80-726-2469-0.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- TABANGCORA, I., 2016. *Major Depression* [online]. Nurseslabs. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/major-depression/>.
- TRAEGER, L., 2012. Evidence-Based Treatment of Anxiety in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 30(11), 1197-1205, doi: 10.1200/JCO.2011.39.5632.

- TOMÍŠKA, M., 2010. Výživa onkologicky nemocného [online]. Brno: Interní hematoonkologická klinika. [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>.
- TOMÍŠKA, M., 2012. Antiemetická profylaxe chemoterapií indukované nevolnosti a zvracení. *Farmakoterapie*. 21(6), 441-447. ISSN 1801-7509.
- TUČEK, Š., 2015. Zásady nutriční péče v onkologii. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie – minimum pro praxi*. Ústí nad Labem: Axonite, s 96-97, ISBN 978-80-88046-01-1.
- VAJNER, L. et al., 2015. *Lékařská histologie II*. Mikroskopická anatomie. Praha: Karolinum. 174 s. ISBN 978-8024-6216-54.
- VERA, M., 2016. 7 *Anxiety and Panic Disorders Nursing Care Plans* [online]. Nurseslabs. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/anxiety-panic-disorders-nursing-care-plans/>.
- VILÍMOVSKÝ, M., 2014. *Chemoterapie* [online]. Praha [cit. 2017-11-5]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/783-chemoterapie>.
- VOKURKA, S., 2008. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. Praha: Galén. 89 s. ISBN 978-80-726-2553-6.
- VOKURKA, S., 2011. Mukozitida dutiny ústní a faryngu – možnosti ovlivnění bolesti. *Klinická onkologie*. 24(4), 278-280. ISSN 1802-5307.
- VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Obecná část. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Speciální část. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- WAYNE, G., 2016. Fatigue [online]. Nurseslabs [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/fatigue/>.
- YAHALOM, J., 2014. Radiotherapy of Follicular Lymphoma: Updated Role and New Rules. *Current Treatment Options in Oncology*. 15(2), 262-268, doi: 10.1007/s11864-014-0286-4.

ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E., 2011. *Psychologické aspekty při ošetřování onkologického pacienta* [online]. Ostrava: Lékařská fakulta, Ostravská univerzita. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>.

ZACHAROVÁ, E., 2014. Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči. *Onkologie*. 8(1), 44-46. ISSN 1803-5345.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 Přílohy

Příloha 1 Podklad pro hloubkový rozhovor

Základní identifikační údaje

- Pohlaví, současný věk, věk v době zjištění nemoci, typ lymfomu, zvolená terapie

Oblasti vlastního rozhovoru

1) SPECIFICKÉ TĚLESNÉ POTŘEBY PACIENTA S LYMFOMEM

a) Potřeba být bez bolesti

- Přítomnost bolesti, charakter a lokalizace bolesti, časové vymezení a intenzita bolesti, faktory ovlivňující bolest, zvládání bolesti, vztah bolesti k jiným oblastem života

b) Potřeba spánku

- Charakter spánku, doba spánku, faktory ovlivňující spánek, přítomnost a zvládání únavy, prostředí a polohy pro spánek, vztah spánku k jiným oblastem života

c) Potřeba výživy a tekutin

- Frekvence jídla během dne, frekvence tekutin během dne, chuť k jídlu, špatně snášenlivé potraviny a tekutiny, oblíbené potraviny a tekutiny, udržování dostatečné hydratace, pravidelné stravování

d) Potřeba vyprazdňování a vylučování

- Problémy s vyprazdňováním stolice, frekvence stolice, problémy s vylučováním moči, frekvence močení, přítomnost bolesti břicha

e) Potřeba dýchání

- Přítomnost dušnosti, přítomnost kašle, charakter kašle, faktory ovlivňující dýchání

f) Potřeba tělesné pohody

- Přítomnost nevolnosti a zvracení, frekvence zvracení, časové vymezení a intenzita zvracení, faktory ovlivňující nevolnost a zvracení, dodržování hydratace, přítomnost nepohodlí a vyčerpanosti

g) Potřeba tělesného pohybu a cvičení

- Nemožnost pohybu, problémy s vykonáváním činností, faktory ovlivňující motorické funkce, přítomnost bolesti při pohybu, vhodné a nevhodné polohy, přítomnost rizika pádu, cvičení motorických funkcí

h) Potřeba udržení tělesné teploty

- Přítomnost pocitu chladu, tepla, přítomnost třesavky, faktory ovlivňující zvýšení tělesné teploty, charakter a intenzita horečky, časové vymezení horečky, udržování dostatečné hydratace

2) SPECIFICKÉ PSYCHO-SOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTA S LYMFOMEM

a) Potřeba bezpečí a jistoty

- Změny v chování, přítomnost pocitů nejistoty, strach a obavy v souvislosti s nemocí, faktory ovlivňující potřebu bezpečí a jistoty, důvěra s ošetrovatelským personálem

b) Potřeba komunikace, kontaktu s lidmi

- Sociální kontakty s lidmi, problémy komunikace s lidmi, faktory ovlivňující komunikaci, ovlivnění partnerských vztahů, svěření svých pocitů

c) Potřeba informací

- Sdělení diagnózy, poskytnutí dostatku informací o nemoci, srozumitelné výrazy, vhodné prostředí pro rozhovor, prostor na dotazy ze strany pacienta

d) Duchovní potřeby

- Smysl života a postoje k životu, postoje k sobě samému, životní hodnoty, umožnění víry

3) PROBLÉMY PACIENTA S LYMFOMEM

4) PRIORITY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

9 Seznam zkratek

Atd.	A tak dále
CD	Kompaktní disk
COP	Cyklofosfamid, vinkristin, prednison
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
EKG	Elektrokardiogram
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HLA	Human Leukocyte Antigen
CHOP	Cyklofosfamid, adriamycin, vinkristin, prednison
IgE	Imunoglobulin E
IgA	Imunoglobulin A
IgM	Imunoglobulin M
Např.	Například
ORL	Otorinolaryngologie
P	Pacient
PET	Pozitronová emisní tomografie
Popř.	Popřípadě
R-S buňky	Reedové-Sternbergovy buňky
Tzv.	Tak zvané
WHO	Světová zdravotnická organizace