



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Zdravotně sociální péče o onkologicky nemocné  
pacienty ve Fakultní nemocnici Plzeň**

## **Bakalářská práce**

**Studijní program: REHABILITACE**

**Autor: Lucie Rathová**

**Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.**

**České Budějovice 2016**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Zdravotně sociální péče o onkologicky nemocné pacienty ve Fakultní nemocnici Plzeň jsem vypracovala samostatně pouze 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 jejich 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 8.8.2016

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D, za připomínky, cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále děkuji celé své rodině, přátelům i kolegům za trpělivost a podporu při mém studiu.

## **Zdravotně sociální péče o onkologicky nemocné pacienty ve Fakultní nemocnici Plzeň**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce je zaměřena na zdravotně sociální problematiku onkologicky nemocných pacientů ve Fakultní nemocnici Plzeň. Práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na výskyt onkologických onemocnění a genderové rozložení. Dále teoretická část popisuje některé z vyšetřovacích metod, příčiny vzniku onkologického onemocnění a následně se zabývá sociálním dopadem pro pacienta s onkologickým onemocněním a paliativní péčí.

V posledním úseku teoretické části jsou popsány zdravotně sociální služby poskytované Fakultní nemocnicí Plzeň pro onkologicky nemocné pacienty.

Cílem praktické části bylo popsat problematiku onkologicky nemocných pacientů ve Fakultní Nemocnici Plzeň z pohledu multidisciplinární péče. Pro získání informací jsem použila metodiku kvalitativního výzkumu. Nástrojem pro výzkum byly polostandartizované rozhovory. Polostandartizované rozhovory byly provedeny s 10 pacienty, kteří se léčili ve FN Plzeň. V rozhovoru jsem použila otázky zaměřené na obecné identifikační údaje, závislost na nikotu, genetické zatížení a otázky na péči ve FN Plzeň. Výzkumné otázky byly následující. Jak vnímají pacienti onkologického oddělení péči, která je jim poskytována. Jaký problém v rámci poskytování multidisciplinární péče vní mají pacienti jako nejzásadnější- Výsledkem práce je zjištění, že pacienti onkologického oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň, jsou spokojeni se zdravotní péčí, s léčbou i s chováním ošetřujícího personálu. Jako nejzásadnější problém v rámci poskytování multidisciplinární péče vidí pacienti to, že se v rámci léčby nestkali ze sociálním pracovníkem ani psychologem. Služby těchto dvou členů multidisciplinárního týmu jim ani nebyly nabídnuty.

Hodně pacientů mi sdělilo, že právě tato pomoc jim zde chyběla, byli odkázáni na to, že si vše musí řešit sami.

## **Klíčová slova**

Onkologie, rakovina, nádor, paliativní péče, zdravotně sociální dopad

# **Health and social care for cancer patients in university hospital Pilsen**

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on the health and social problem of oncologically ill patients in Plzeň university hospital. The thesis is divided into a theoretical and an empiric part.

The theoretical part of the thesis is focused on the occurrence of oncological illnesses and gender distribution. Further on, the theoretical part describes some of the examination methods, the causes of oncological illness origin and subsequently it deals with the social influence on the patient who is oncologically ill and under palliative care. In the last section of the theoretical part health and social services provided by the University Hospital in Plzeň for oncologically ill patients are described.

The goal of the practical part was to describe the problem of oncologically ill patients in the Plzeň University Hospital from a multidisciplinary care point of view.

To gain information I used the methodics of a qualitative research. Semi-structured interviews were used as a tool for the research. Semi-structured interviews were carried out with ten patients who were getting treatment in the Plzeň University Hospital. Research questions were the following. How do patients in the oncological department perceive the care provided? What problem within multidisciplinary care do patients perceive as the most serious one? The result of the thesis is the finding that patients in Plzeň University Hospital are satisfied with health care, with the treatment as well as the behaviour of caretaking staff. The most serious problem they perceive within the provision of multidisciplinary care is the fact that they have not met any social worker or psychologist. Services of these two members of a multidisciplinary team have not even been offered to them.

Many patients have told me that they were missing this kind of help, they were left to solve all problems by themselves.

**Key words**

Oncology, cancer, tumor, palliative care, health and social impact

## Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Epidemiologie nádorů.....	11
1.2 Příčiny vzniku.....	12
1.2.1 Zevní vlivy.....	12
1.2.2 Genetické vlivy.....	14
1.3 Prevence proti vzniku maligních chorob.....	14
1.4 Diagnostika maligních onemocnění.....	15
1.4.1 Anamnéza.....	15
1.4.2 Celkové vyšetření.....	16
1.4.3 Laboratorní vyšetření.....	16
1.4.4 Mikroskopické vyšetření.....	16
1.4.5 Zobrazovací vyšetření.....	17
1.5 Nádorová bolest a léčba.....	17
1.5.1 Analgetika.....	18
1.5.1.1 Vedlejší Účinky analgetik.....	18
1.5.2 Chemoterapie.....	19
1.5.2.1 Vedlejší účinky chemoterapie.....	19
1.5.3 Radioterapie.....	19
1.5.3.1 Vedlejší účinky radioterapie.....	20
1.6 Paliativní péče.....	20
1.6.1 Definice paliativní péče.....	21
1.6.2 Hodnocení potřeb pacientů .....	21
1.7 Hodnocení potřeb pacientů.....	21
1.7.1 Hodnocení psychických potřeb pacienta.....	22
1.7.2 Hodnocení sociálních potřeb pacienta.....	22
1.7.3 Kvalita života nemocných.....	22



1.7.4 Ucelená rehabilitace.....	23
1.8 Zdravotně sociální péče o onkologicky nemocné pacienty ve Fakultní Nemocnici Plzeň .....	24
1.8.1 Onkologická a radioterapeutická klinika.....	24
1.8.2 Psycholog.....	24
1.8.3 Oddělení sociální péče.....	24
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	25
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3 METODIKA VÝZKUMU.....	26
3.1 Použitá metodika.....	26
3.2 Profil výzkumného souboru.....	27
4 VÝSLEDKY.....	28
5 DISKUZE.....	35
6 ZÁVĚR.....	41
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	42
8 PŘÍLOHY.....	46

*„Ani veškerá temnota světa  
nedokáže uhasit světlo jediné svíčky.“*

Čínské přísloví

## Úvod

Rakovina. Slovo tolik obávané mezi veřejností. Slovo, které v lidech spustí pocity strachu, bezmoci a beznaděje a strachu ze smrti. Mě toto téma velmi zajímá. Nejen u dospělých, ale i u dětí. Myslím si, že tato nemoc vyžaduje nejen péči lékařů, ale také péči nejbližšího okolí a samozřejmě péči psychologa či sociálního pracovníka. I přes velké pokroky vědy, kdy se nám daří vyléčit mnoho nemocí, důležitá je i podpora duševní, kdy i naděje pomáhá vyléčit. Na praxi na onkologické klinice jsem se setkala s velmi příjemným prostředím pro pacienty, barevnými prostory. Stačilo ale se podívat na jednoho či dva obyvatele, kteří se procházeli po chodbě, a hned jsem věděla, že je zle. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu ve své bakalářské práci. Chtěla jsem zjistit, zda kromě lékařské péče, mají pacienti i nějakou podporu duševní, jestli si personál nemocnice uvědomuje, že člověk nemocný a odkázaný na pomoc někoho druhého, potřebuje také pomoc s jinými otázkami, než otázkami svého zdraví. Právě na individuální praxi mi byla přislíbena možnost výzkumu na onkologické klinice. Moc jsem se těšila mezi pacienty. Nakonec ale i přes veškerou snahu mi byl po nějaké době výzkum zamítnut, s vysvětlením, že bych zatěžovala pacienty. Vzhledem k tomuto zamítnutí jsem se obrátila na pacienty, kterým rakovina zkomplikovala život a kteří právě navštěvovali onkologickou kliniku ve Fakultní nemocnici Plzeň. K mému překvapení jsem zjistila, že zamítnutí provedení výzkumu ze strany nemocnice bylo bohužel opodstatněné.

# 1 Současný stav

## 1.1 Epidemiologie nádorů

V současné době roste počet pacientů s nádorovým onemocněním (Vorlíček et al., 2012). Proto pacienti s onkologickým onemocněním jsou sledováni a hodnoceni (Vorlíček et al., 2012). Tímto hodnocením a sledováním pacientů s nádorovým onemocněním se zabývá vědní disciplína epidemiologie nádorů (Vorlíček et al., 2012). Toto sledování pomáhá jak pacientům stanovit si vlastní pohled na věc, zda mám větší či menší pravděpodobnost onemocnět nádorovým onemocněním z genetických důvodů, ale také pomáhá zdravotnickým zařízením předběžně určit náklady na léčbu (Vorlíček et al., 2012). Každý pacient s nádorovým onemocněním je zapsán v registru nádorových chorob (Vorlíček et al., 2012). Úkolem epidemiologie je mapovat výskyt onemocnění ne z hlediska jednoho člověka, nýbrž z hlediska celé populace (Vorlíček et al., 2012). Také zjišťuje možné příčiny vzniku nádorového onemocnění, vlivy okolo nás či náš způsob výživy (Vorlíček et al., 2012). Maligní neboli zhoubné nádory se vyskytují velmi často, nejsou žádnou výjimkou, postihují každého třetího obyvatele České Republiky a každý čtvrtý na toto onemocnění umírá (Vorlíček et al., 2012). V roce 2007 se vyskytlo 27 694 zhoubných nádorů u mužů a 25 335 zhoubných nádorů u žen (Vorlíček et al., 2012). Poslední statistika z roku 2013 udává, že v tomto roce bylo diagnostikováno celkem 81541 zhoubných nádorů, a 26 944 lidí zemřelo (Národní onkologický program © 2015). Tato čísla jsou uvedena ve výskytu všech zhoubných nádorů vyjma těch kožních (Vorlíček et al., 2012). Co se týče úmrtnosti, tak připadá číslo 15 094 na muže a 12 129 na ženy (Vorlíček et al., 2012). U mužů se nejčastěji diagnostikuje nádor prostaty, dále pak zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku, nádory průdušnic, průdušek a plic, na čtvrtém místě je výskyt nádorů močového měchýře a na pátém místě zhoubné nádory ledvin (Vorlíček et al., 2012). U žen je zaznamenán nejvyšší výskyt u zhoubných nádorů prsu, na druhém místě se objevuje tlusté střevo a konečník, na třetím místě děloha a na

posledních dvou místech orgány dýchací soustavy a vaječníky (Vorlíček et al., 2012). Rakovinou prsu ročně onemocní na světě více než 500 000, v České republice pak je to okolo 6 000 žen (Nejsi na to sama © 2015).

Rakovina tlustého střeva a konečníku se souhrnně označuje jako kolorektální karcinom (Suchánek et al., 2011). I když je ve výskytu druhý nejčastější jak u mužů, tak u žen, jeho výskyt lze dobře podchytit pravidelnými kontrolami na okultní krvácení (Suchánek et al., 2011).

Tabulka č. 1: Přehled nově diagnostikovaných novotvarů, počet zemřelých osob na rakovinu a počet žijících osob s rakovinou v letech 2010-2013

	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013
Nově diagnostikováno	78014	78172	79841	81541
Zemřelo	27881	28467	27470	26944
Počet žijících osob s rakovinou	457614	476867	497415	518667

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z databáze SVOD

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí po kardiovaskulárních chorobách (Opatrná, 2008).

## ***1.2 Příčiny vzniku nádorů***

### ***1.2.1 Zevní vlivy***

Literatura obvykle dělí příčinu vzniku na vnější a vnitřní- genetické (Vorlíček et al., 2012). Pokud již pacienta nemoc postihne, velmi často se sám sebe ptá, proč vlastně on,

co udělal špatně, že ho musela potkat taková nemoc (Vorlíček et al., 2012). Důvodů je mnoho (Vorlíček et al., 2012). Vnitřní příčiny ale ovlivňovat nemůžeme, ty vnější ale ano (Vorlíček et al., 2012). Je jasné, že vznik nádorů ovlivňují jak vnější, tak vnitřní vlivy, můžeme si tedy položit otázku, jak moc jsou vnější vlivy důležité pro to, abychom mohli případně i zabránit propuknutí nemoci (Vorlíček et al., 2012). Jedním z nejčastějších zevních vlivů, na který jsou lidé upozorňováni je kouření (Klener, 2012). To způsobuje úmrtí na karcinom plic přibližně u 90% procent pacientů- mužů s touto diagnózou, u žen je to 75-80 % (Vorlíček et al., 2012).

Ze studií je prokázáno, že kuřáci mají vyšší výskyt i nádorů ledvin, pankreatu, močového měchýře a děložního čípku (Klener, 2012). O moc lépe na tom nejsou ani pasivní kuřáci, tedy ti, kteří sice nekouří, ale pohybují se v zakouřených místnostech (Klener, 2012). Dalším z vnějších faktorů je pohyb, který je velmi důležitý, snižuje hmotnost a hlavně podporuje dobrou aktivitu imunitního systému (Vorlíček et al., 2012).

Dalším vnějším faktorem, kterým můžeme ovlivnit výskyt nádorů je výživa (Vorlíček et al., 2012). Samozřejmostí je zdravá a kvalitní výživa, vše, co jsme za život snědli, si tělo pamatuje (Vorlíček et al., 2012). Velký příjem energie a malý výdej způsobuje obezitu, která je zodpovědná za výskyt jiných onemocnění, stejně tak za výskyt zhoubných nádorů (Vorlíček et al., 2012). Dalším důležitým faktorem ve výskytu maligních chorob je infekce (Vorlíček et al., 2012). Tento fakt, byl nejdříve zjištěn u zvířat, poté u člověka (Vorlíček et al., 2012). Jednou z infekcí, která se objevuje ve výskytu maligních chorob je lidský papilomavirus, dále HPV, který se vyskytuje u lidí běžně, ale někdy se stane, že se u některých pacientů objeví maligního choroba v souvislosti s HPV (Vorlíček et al., 2012).

Nejčastějším maligním onemocněním, které je spojováno s touto infekcí je karcinom děložního čípku, dále pak vaginy, penisu a konečníku (Vorlíček et al., 2012). Z

nejnovějších studií je také patrné, že virus HPV může stát za výskytem některých maligních chorob krku a hlavy (Vorlíček et al., 2012). Tyto nádory se vyskytují zejména u mladých lidí ve věku 20-44 let (Vorlíček et al., 2012). Dalšími důležitými faktory pro výskyt nádorů je ionizující a UV záření (Vorlíček et al., 2012). Bylo zjištěno i v praxi, že ionizující záření má schopnost vyvolat rakovinové bujení a to například v Hirošimě a Nagasaki a i při dalších nehodách atomových elektráren (Vorlíček et al., 2012). Dále bylo prokázáno, že záření není vhodné ani pro těhotné ženy, kde při tomto záření je ovlivňován plod (Vorlíček et al., 2012). UV záření, u kterého je zdrojem slunce, podporuje výskyt maligních kožních onemocnění (Vorlíček et al., 2012). UV záření vniká na zemský povrch tzv. ozonovými dírami, kdy není ozonovou vrstvou zachycováno ultrafialové záření (Vorlíček et al., 2012). Důležité je tedy používání ochranných prostředků při vstupu na sluneční záření (Vorlíček et al., 2012).

### ***1.2.2 Genetické vlivy***

Kromě uvedených vnějších vlivů se maligní onemocnění vyskytuje také na základě genových mutací (Vorlíček et al., 2012). Je důležité při výskytu zhoubného nádoru v rodině sledovat další generace rodiny, zda se také u nich nevyskytne maligní choroba (Vorlíček et al., 2012).

Pokud se tedy u babičky vyskytl karcinom prsu, u maminky také, tak je velmi vysoké riziko, že dcera toto onemocnění bude mít také dcera (Vorlíček et al., 2012). V tomto případě je důležité sledovat preventivně zdravotní stav dcery, aby případně mohla být zahájena léčba včas (Vorlíček et al., 2012). Nejčastějšími onemocněními, které se projevují v rámci rodiny je nádor prsu a karcinom konečníku (Vorlíček et al., 2012).

### ***1.3 Prevence proti vzniku maligních chorob***

Prevenci rozdělujeme na tři okruhy, primární, sekundární a terciální (Vorlíček et al., 2012). Primární prevence je zaměřena proti vzniku maligních onemocnění (Vorlíček et

al., 2012). Tato prevence je v rukách každého člověka, záleží na něm, pokud jsou mu poskytnuty důležité informace, jak s těmito radami naloží (Vorlíček et al., 2012). Také stát se podílí na významu primární prevence a to tím, že se snaží zlepšovat životní prostředí a podmínky pro život (Vorlíček et al., 2012). Primární prevence je zaměřována na zdravé lidi, ale ne nejen na předcházení vzniku chorob, ale také na zlepšování jejich zdravotního stavu, tudíž na zvyšování kvality života (Velemínský, 2012). Sekundární prevence znamená včasné zachycení nemoci a možnost léčit nemoc v ranních stádiích, což vede ke zvýšené úspěšnosti v léčbě (Velemínský, 2012). Terciální prevence se zaměřuje k vyléčení nemoci a následnému navrácení do kvalitního života člověka (Velemínský, 2012). Rehabilitace je považována za důležitou část v léčbě a v tomto období musíme na člověka pohlížet holisticky, to znamená, že musí být rehabilitace prováděna jak zdravotní, pracovní tak sociální (Jankovský, 2006).

#### ***1.4 Diagnostika maligních onemocnění***

Objevení maligního onemocnění bývá v časných stádiích velmi obtížné a to zejména z důvodu toho, že pacient ze začátku nemá žádné zdravotní problémy a také proto, že onemocnění v časných stádiích nevyvolá žádné změny v laboratorních výsledcích (Vorlíček et al., 2012). Včasné objevení nemoci je při léčbě ale velmi důležité (Vorlíček et al., 2012).

##### ***1.4.1 Anamnéza***

Poslechnout si důkladně každého pacienta, který přijde s obtížemi, je velmi důležité (Vorlíček et al., 2012).

Často pacient své obtíže zjednodušuje nebo zlehčuje, ale i zdánlivě nepodstatný problém, může znamenat výskyt maligního onemocnění (Vorlíček et al., 2012). Častými příznaky, které mohou, ale nemusí znamenat zhoubný nádor je nepravidelné krvácení z

jakéhokoliv tělního otvoru, nehojící se rány, zduření nebo zatvrdnutí v kůži, pod kůží, žláz na krku, pod paží nebo v tříselech, přetrvávající polykací, střevní potíže nebo dráždivý kašel či trvajícím chrapot (Vorlíček et al., 2012). Důležitá je také rodinná anamnéza, kde se dozvíme, zda onkologickým onemocněním netrpěl či netrpí některých z příbuzných.

#### ***1.4.2 Celkové vyšetření***

Když lékař vyšetřuje pacienta a má podezření na maligní chorobu, zaměřuje se na vyšetření krku, dutiny ústní, u žen prsů, sleduje kůži a lymfatické uzliny a vyšetření konečníku a prostaty (Novotný et al., 2012). Provádí se také vyšetření na gynekologii, odebírá se stěr na cytologii, stolice na okultní krvácení, provádí se rentgen plic a srdce, vyšetření krevního obrazu a moči (Novotný et al., 2012).

#### ***1.4.3 Laboratorní vyšetření***

Při podezření maligní onemocnění se provádí hematologické vyšetření a biochemické vyšetření (Novotný et al., 2012). Při hematologickém vyšetření se zejména zaměřujeme na počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu, charakter krvetvorby a buněčnost kostní dřeně (Novotný et al., 2012).

#### ***1.4.4 Mikroskopické vyšetření***

Mezi mikroskopická vyšetření řadíme zejména cytologické vyšetření, kdy se vyšetřují buňky z pochvy, děložního čípku, trávicího ústrojí, dutině břišní a pohrudniční a ze sputa (Novotný et al., 2012). Dále pak se odebírá materiál na histologické vyšetření (Novotný et al., 2012). Odebírá se buď část podezřelého útvarů, nebo celý útvar, který se poté posílá na histologické vyšetření (Novotný et al., 2012). Při podezření na maligní onemocnění se také provádí endoskopické vyšetření, kde se přímo vyšetřuje orgán,



nejčastěji tímto způsobem vyšetřujeme hrtan, jícen, žaludek, konečník, tlusté střevo, břišní dutina, močový měchýř a další (Novotný et al., 2012) .

Při tomto vyšetření sledujeme změny na sliznici orgánu nebo změnu pohyblivosti stěny orgánu (Novotný et al., 2012).

#### ***1.4.5 Zobrazovací vyšetření***

Zobrazovací vyšetření má velký význam pro zjišťování výskytu zhoubných nádorů, pomůže nám zjistit velikost nádoru, jeho umístění, zda jsou přítomny metastázy, nebo je-li postižen lymfatický systém (Novotný et al., 2012). Při vyšetřování zobrazovací metodou se používá klasický rtg snímek, počítačová tomografie neboli CT, tomografie magnetickou rezonancí neboli MR, ultrazvuk, radionuklidová diagnostika a pozitronová emisní tomografie, zkráceně PET (Novotný et al., 2012).

#### ***1.5 Nádorová bolest a léčba***

Léčbu bolesti při výskytu nádorového onemocnění dělíme na dva druhy (Vorlíček at al., 2012). Na kauzální léčbu, která se zabývá zmenšením nebo úplným odstraněním nádoru (Vorlíček at al., 2012). Můžeme sem zařadit chirurgickou léčbu, chemoterapii nebo radioterapii (Vorlíček at al., 2012). Druhým způsobem léčení bolesti je symptomatická (Vorlíček at al., 2012). Základním principem této léčby je farmakoterapie, tzn. podávání různých analgetik (Vorlíček at al., 2012). Nejúspěšnější léčbou je léčba právě rakoviny prsu (Nejsi v tom sama © 2015). V dnešní době ale obecně zaznamenala léčba rakoviny velký pokrok, posledním trendem je imuno-onkologie (Klusáková © 2016). Tento přístup usiluje o to, aby při léčbě rakoviny bojoval imunitní systém sám proti rakovinnému bujení s minimálními vedlejšími účinky (Klusáková © 2016).

### ***1.5.1 Analgetika***

Tyto analgetika můžeme rozdělit na dva druhy (Vorlíček et al., 2012). Na neopioidní a opioidní analgetika (Vorlíček et al., 2012). Základním ukazatelem je to, jakou bolest pacient vnímá a prožívá (Vorlíček et al., 2012). Je důležité také řešit další symptomy onkologické nemoci jako je únava, deprese, nevolnost a další (Vorlíček et al., 2012). Podle WHO rozlišujeme tři stupně nádorové bolesti (Vorlíček et al., 2012). Jako první stupeň je považována mírná bolest, která se léčí neopioidními analgetiky (Vorlíček et al., 2012). Pro příklad můžeme uvést látky jako paracetamol, ibuprofen, diklofenak nebo nimesulid (Vorlíček et al., 2012). Jako druhý stupeň je podle WHO léčba středně silné bolesti, která je léčena slabými opioidy (Vorlíček et al., 2012). Nejznámějšími slabými opioidy jsou kodein či tramadol (Vorlíček et al., 2012). Třetí stupeň nádorové bolesti je léčen pomocí silných opioidních látek (Vorlíček et al., 2012). Je vždy důležité zvážit, zda je nutné pacientovi tyto analgetika doporučit (Vorlíček et al., 2012). Používají si při neúčinku slabých opioidů nebo při silné bolesti (Vorlíček et al., 2012). Mezi nejznámější silné opioidy patří morfin, fentanyl nebo oxykodon (Vorlíček et al., 2012).

#### ***1.5.1.1 Vedlejší účinky analgetik***

Každé analgetikum používané při léčbě nádorové bolesti může mít nežádoucí účinky (Vorlíček et al., 2012). Časté vedlejší účinky se vyskytují u opioidních analgetik (Vorlíček et al., 2012). Do těchto účinků řadíme nevolnost, zvracení, neklid, zmatenost, svědění nebo útlum dechového centra (Vorlíček et al., 2012). Pacienti nevolností trpí zpravidla do 10. dne od počátku podávání opioidních analgetik, pak tyto účinky vymizí (Vorlíček et al., 2012).

Vždy je důležité pacienta sledovat a dbát na jeho kvalitu života (Vorlíček et al., 2012).

### ***1.5.2 Chemoterapie***

Na rozdíl od například antibiotik, které svým působením ničí jen bakterie, protirakovinné léky působí nejen na rakovinové buňky, ale také na zdravé buňky (McKay, Hirano, 2005). Některé léky působí tak, že dělí buňku na dvě dceřiné buňky (McKay, Hirano, 2005). Tyto léky jsou vhodné při léčbě pomalu rostoucího nádoru (McKay, Hirano, 2005). Jiné léky působí tak, že vytváří nádoru nepříznivé prostředí (McKay, Hirano, 2005). Například u nádorů pohlavního ústrojí (McKay, Hirano, 2005). U žen je to estrogen, který podporuje růst nádoru a u mužů je to testosteron (McKay, Hirano 2005). Proto léčba spočívá v podávání hormonů, které blokují estrogeny a testosterony (McKay, Hirano, 2005).

#### ***1.5.2.1 Vedlejší účinky chemoterapie***

Nežádoucím účinkem chemoterapie je ničení rychle se množících buněk, které sice ničí i nádor, ale také rychle rostoucí zdravé buňky v těle (McKay, Hirano, 2005). Například ve sliznici zažívacího ústrojí od úst až po tlusté střevo patří mezi místa s rychlým dělením buněk, proto při chemoterapii dochází často k zažívacím obtížím, nevolnosti a zvracení (McKay, Hirano, 2005).

### ***1.5.3 Radioterapie***

Při léčbě onkologických onemocnění se také používá radioterapie (McKay, Hirano 2005). Téměř polovina pacientů s rakovinou projde léčbou radioterapií (McKay, Hirano, 2005). V dnešní době se používá tzv. lineární urychlovač, který funguje na principu urychlování elementárních částic (McKay, Hirano, 2005).

### *1.5.3.1 Vedlejší účinky radioterapie*

Na rozdíl od chemoterapie, která působí na celé tělo, radioterapie má vedlejší účinky jen v místě samotného ozáření (McKay, Hirano, 2005).

Nežádoucí účinky jsou jen dočasné a objevují se v průběhu léčby radioterapii, po skončení léčby opět vymizí (McKay, Hirano, 2005).



Lineární urychlovač

Zdroj: FN Motol

## ***1.6 Paliativní péče***

Paliativní péče, jako součást zdravotnictví a sociální péče, se vyvíjí od poloviny 20. století, kdy nejčastějšími příčinami úmrtí jsou chronická onemocnění (Bužgová, 2015). Když již nepomáhá léčba, umírání bývá zdlouhavé a bolestivé. (Bužgová, 2015).

Dlouhou dobu umírajícím lidem nebyla věnována pozornost, ošetrovatelská péče byla zajištěna jen péčí o to, aby umírající měl klid, stejně tak, aby „ spolubydlící“ měl klid, toto bylo zajišťováno tzv. plentami (Bužgová, 2015). Prvním místem, kde se zabývali rozšířenou psychosociální péčí o umírající a pacient, prožívající bolest byl Hospic sv. Kryštofa v Anglii (Bužgová, 2015). V současné době je paliativní medicína považována za specializovaný obor a od doby, kdy se začínala paliativní péče rozšiřovat v Anglii, již vzniklo po celém světě přes 9500 zařízení s péčí o umírající (Kupka, 2014).

### ***1.6.1 Definice paliativní péče***

Dvojsloví paliativní péče vzniklo ze slova „ pallium“, které znamená rouška či plášť nebo ze slova „palliate“ což znamená ztišit (Kupka, 2014).

Kvalitní paliativní péče by měla splnit 6 základních cílů:

- ⌚ Orientovaná na pacienta
- ⌚ Prospěšná
- ⌚ Bezpečná
- ⌚ Včasná
- ⌚ Spolehlivá
- ⌚ Efektivní (Payne et al., 2007)

### ***1.7 Hodnocení potřeb pacientů***

I pacienti na sklonku života mají své potřeby, musíme se na člověka být nemocného, dívat holisticky, tedy že má každý své potřeby jak biologické, tak duševní. (Bužgová, 2015). Potřebu jako takovou, můžeme definovat jako nedostatek biologických,

psychických či sociálních požadavků. (Dostálová, 2016).

### ***1.7.1 Hodnocení psychických potřeb pacienta***

Definice kvality života v podstatě neexistuje (Koutecký et al., 2002).

Pacient s nevyлéčitelnou nemocí prožívá velkou psychosociální zátěž, dominuje zde velká nejistota a strach, umírající má pocity nejistoty, bezmocnosti a slabosti (Bužgová, 2015). Pacient velmi často má rodinné problémy, pocit z bezmocnosti je způsoben ztrátou dosavadního životního stylu, pocitu, že mu nikdo nepomůže (Bužgová, 2015).

Každý smrtelně nemocný člověk se potýká s vlastní neschopností, se ztrátou soběstačnosti, musí se smířit s tím, že není nesmrtelný, musí se vyrovnat s tím, že i když je na pokraji smrti, měl by být rád za dosavadní průběh života ( Raudenská, Javůrková, 2011).

Mezi psychické potřeby smrtelně nemocných pacientů patří to, že nemocní chtějí vyjádřit svou bolest, beznaděj, mají potřebu vyjádřit příchod smrti, smířit se s ní a nebránit se (Haškovcová, 2007).

### ***1.7.2 Hodnocení sociálních potřeb pacienta***

Každý z nemocných si projde ztrátou sociálních potřeb, ztrácí postavení v rodině, v zaměstnání, o které většinou také přichází, bojí se, jak na dotyčného bude reagovat okolí, když přijde o vlasy v rámci chemoterapeutické léčby, nebo při hubnutí (Bužgová, 2015) Každý umírající potřebuje u sebe mít někoho blízkého, se kterým může nemocný komunikovat, pokud je komunikace schopen (Bužgová, 2015).

### ***1.7.3 Kvalita života nemocných***

Zlepšení kvality života by mělo být jedním z cílů péče o nemocného (Gurková, 2011). Tato péče by měla zahrnovat nejen zdravotní péči, snahu o vyléčení pacientů, ale také

snahu o zapojení člověka do běžného života, zvládnutí denních aktivit (Gurková, 2011). Právě sociální pracovník, případně zdravotně sociální pracovník by měl být členem multidisciplinárního týmu a měl by pomáhat nemocným se zvýšením kvality života nemocného. Multioborový tým je nezbytností (Jílková © 2016).

#### ***1.7.4 Ucelená rehabilitace***

Ucelená rehabilitace je dnes chápána jako multidisciplinární obor (Matoušek et al., 2010). Zahrnuje zdravotní, psychologickou, pedagogickou, pracovní a sociální rehabilitaci (Matoušek et al., 2010). Tato ucelená rehabilitace s využitím všech složek je pro lidi, kteří se jakýmkoliv způsobem ocitli v situaci, kdy byli vyřazení z běžného života (Velemínský, 2012). V psychologické péči o onkologické pacienty je rozdíl mezi klasickou psychologickou podporou v tom, že při práci s onkologickým pacientem neřešíme minulost či traumata z minulosti (Spurná ©2010). Důležitou součástí je také práce s rodinou nemocného, ta často onemocnění rodinného příslušníka nese hůře než sám pacient (Spurná ©2010). Role sociálního pracovníka onkologicky nemocné pacienty spočívá v poskytnutí informací o zajištění příspěvku na péči, kdy se rodina rozhodne starat o blízkého v domácím prostředí (Čadková Svejková © 2014). Popřípadě podává informace o poskytnutí kompenzačních pomůcek (Čadková Svejková © 2014). Mohou také sloužit v případech krizové intervence nebo dlouhodobého sociálního poradenství (Čadková Svejková © 2014).

## **1.8 Zdravotně sociální péče o onkologicky nemocné pacienty ve Fakultní nemocnici Plzeň**

### ***1.8.1 Onkologická a radioterapeutická klinika***

Cílem nového pavilonu ve FN Plzeň- onkologické a radioterapeutické kliniky- je pomáhat lidem s onkologickým onemocněním komplexním způsobem (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Každý rok má tato klinika o 3000 pacientů více (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Léčí se zde jak pacienti z plzeňského kraje, tak z karlovarského (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Klinika spolupracuje s klinikou zobrazovacích metod (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Onkologie se skládá z ambulancí, radioterapeutické a lůžkové části (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Pokoje pro pacienty jsou maximálně třílůžkové (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Pokud to dovolí zdravotní stav pacienta, lze podávat cytostatickou léčbu ambulantně, přičemž klinika disponuje 25 ambulantními lůžky (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012). Během hospitalizace zde pečují o pacienty multidisciplinární tým, složený z lékařů, sester, zdravotnických asistentů, radiologických asistentů, ošetřovatelek a sanitářů (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012).

### ***1.8.2 Psycholog***

Péči v tomto těžkém období zajišťuje 5 klinických psychologů, konzultaci zajišťuje ošetřující lékař nebo staniční sestra (Onkologická a radioterapeutická klinika © 2012).

### ***1.8.3 Oddělení sociální péče***

Toto oddělení zajišťuje sociální poradenství a zdravotně sociální péči pacientům lůžkové i ambulantní části FN (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016). Pracuje zde 9



zdravotně sociálních pracovníc (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016). Každá z nich má přidělena oddělení, kterým se věnuje (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016). I onkologicko radioterapeutické klinika má svou zdravotně sociální pracovníci (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016). Všechny zdravotně sociální pracovníce splňují kvalifikační požadavky a odbornou způsobilost k výkonu sociální práce podle zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění a zákona č. 96/ 2004 Sb., v platném znění (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016). Oddělení sociální péče poskytuje poradenství jak pacientům hospitalizovaným, tak osobám blízkým a rodinám pacienta (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016).

#### Poskytované služby

- pomoc při řešení nepříznivé sociální situace
- sociální poradenství
- sestavení plánu psychosociální intervence
- cílené vyhledávání osob, kteří by mohli být v nepříznivé situaci
- spolupráce s registrovanými poskytovateli sociálních služeb
- spolupráce s ošetřujícím lékařem pacienta a dalšími členy multidisciplinárního týmu
- spolupráce s orgány státní správy a samosprávy (Fakultní nemocnice Plzeň © 2016)

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je popsat problematiku onkologicky nemocných pacientů ve Fakultní nemocnici Plzeň z pohledu multidisciplinární zdravotně sociální péče.

Jelikož je v praktické části použit kvalitativní výzkum, nebyla stanovena hypotéza.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Jaké problémy v rámci multidisciplinární spolupráce vnímají pracovníci jako nejzásadnější?

Jak vnímají pacienti onkologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň péči, která je jim poskytována?

## 3 Metodika výzkumu

### 3.1 Použitá metodika

Ve své bakalářské práci jsem použila kvalitativní přístup výzkumu. Výzkum měl být proveden u vybraných členů multidisciplinárního týmu onkologického oddělení a druhým souborem měli být pacienti onkologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň. Vzhledem k tomu, že i přesto, že mi byl přislíben souhlas s provedením výzkumu na onkologické klinice ve FN Plzeň, nebyl mi po podání žádosti o poskytnutí informací schválen. A to i přesto, že FN Plzeň měla k dispozici všechny podklady k vypracování výzkumu na onkologické klinice jak mezi pacienty, tak mezi zaměstnanci. I přes tuto komplikaci se mi podařilo najít řešení tak, abych mohla posoudit poskytovanou péči pro onkologicky nemocné pacienty. Nástrojem pro výzkum byl polostandardizovaný rozhovor mezi pacienty, kteří prodělali onkologické onemocnění s následnou léčbou ve FN Plzeň.

Zmapování terénu je důležitou součástí provedení výzkumu ( Miovský, 2006).

Právě pro zmapování terénu, kde se nacházejí onkologicky nemocní pacienti, jsem využila možnost absolvování souvislé odborné praxe a pracovala jsem pod vedením zdravotně sociální pracovnice Onkologické a radioterapeutické kliniky.

Rozhovory s respondenty probíhaly od května do července 2016. V úvodu jsem respondenty seznámila se základními údaji o mé bakalářské práci, o mém studiu na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a anonymitě rozhovorů. Při dotazování respondentů nebyl použit audiozáznam, rozhovory byly zaznamenávány ručně.

### ***3.2 Profil výzkumného souboru***

Zkoumaný soubor má jednu část. Ta zahrnuje pacienty onkologického oddělení, kteří se léčili s onkologickým onemocněním ve Fakultní nemocnici Plzeň a mohou tudíž posoudit kvalitu poskytované péče. Výběr respondentů byl na základě souhlasu s poskytnutím rozhovoru. Vzhledem k citlivému tématu a zachování anonymity nebyl použit audiozáznam.

## 4 Výsledky

### 4.1 Analýza polostandardizovaných rozhovorů

#### *Kategorie 1: Identifikační údaje*

*Kód 1: věk, pohlaví*

R1: 36, let, žena

R2: 44 let, žena

R3: 41 let žena

R4: 78 let, muž

R5: 71 let. Žena

R6: 48 let, žena

R7: 70 let, žena

R8: 55 let, žena

R9: 50 let, žena

R10: 54 let, žena

	žena	muž
Do 40 let	1x	0x
40-49 let	3x	0x
50 a více let	5x	1x

Z výzkumného souboru celkem deseti respondentů je 9 žen a 1 muž, nejmladší respondent má 36 let a nestarší 78 let. Tři respondenti mají věk mezi 40-50 let. Nad 50 let je 5 respondentů.

## ***Kategorie 2: Onemocnění a léčba***

### *Kód 1: Typ onemocnění*

- R1: Karcinom prsu
- R2: Karcinom tlustého střeva
- R3: Karcinom prsu
- R4: Karcinom brzlíku
- R5: Chronická leukémie
- R6: Karcinom ovarií
- R7: Karcinom hlavy pankreatu
- R8: Karcinom části spojující jícnu a žaludek
- R9: Karcinom prsu
- R10: Karcinom prsu

Z výzkumného souboru se jako jediný karcinom prsu opakuje několikrát. Jak potvrzuje statistika, je nejčastějším nádorem u žen.

### *Kód 2: Genetická zátěž a závislost na nikotinu*

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Genetická zátěž	A	A	A	X	X	A	X	A	A	X
Závislost na nikotinu	X	X	X	X	X	A	X	X	X	X

A=ano

N=ne

Z tabulky vyplynulo, že jeden respondent z 10 je kuřák a u 6 respondentů z 10 se rakovina objevila v rodině.

### *Kód 3: Léčba*

V následující analýze je léčba popsána podle posloupnosti. (R1: Předoperační chemoterapie, následná operace, pooperační radioterapie)

R1: Chemoterapie, operace, radioterapie

R2: Operace, chemoterapie

R3: Operace, chemoterapie, radioterapie, hormonální léčba

R4: Operace, radioterapie

R5: Chemoterapie

R6: Operace, chemoterapie

R7: Operace, chemoterapie

R8: Chemoterapie, operace, chemoterapie

R9: Operace, chemoterapie, radioterapie

R10: operace, chemoterapie, radioterapie, hormonální léčba

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
OPERACE	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A
CHEMOTERAPIE	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A
RADIOTERAPIE	A	N	A	A	N	N	N	N	A	A
HORMONÁLNÍ LÉČBA	N	N	A	N	N	N	N	N	N	A

Z celkových 10 respondentů se u 9 objevila, v rámci léčby, operace. Pouze u onemocnění chronické leukémie ne. 9 respondentů bylo léčeno chemoterapií. U 5 respondentů byla součástí léčby radioterapie. Ve 2 případech je součástí léčby i hormonální léčba, která je dlouhodobá, na několik let.

### ***Kategorie 3: Sociální dopad onemocnění***

#### *Kód 1: Vyrovnání se s diagnózou*

R1: „Překvapení, měla jsem malého synka, ještě jsem ho kojila, což jsem musela okamžitě ukončit. Bála jsem se chemoterapie a ztráty vlasů.“

R2: „V první řadě to byl velký šok, pak jsem byla zoufalá z toho, že když umřu, tak tu zůstane můj třináctiletý syn bez mámy. Pak jsem šla bojovat.“

R3: „Byla to pro mě velká neznámá, přijímala jsem to se strachem. První minuty byly peklo, stav bezmoci, po prvotním šoku přišlo rázné Ne!“

R4: „Přijímal jsem to velmi špatně, silně jsem se potil, cítil jsem bezmoc.“

R5: „Určitě vztek a bezmoc, hledala jsem viníka- kdo za to může?“

R6: „Byla to velká rána, nikdy jsem si nemyslela, že se s tím potkám i já. Pak jsem si řekla, že musím bojovat.“

R7: „Zpočátku jsem to odmítala, pak jsem už ani nechtěla žít, jsem ale bojovnice.“

R8: „Proběhlo to klidně. Trochu mi sice bylo do pláče, že je to zrovna rakovina, ale jen chvílku.“

R9: „Když jsem se dozvěděla, že mám zhoubný nádor, tak jsem byla docela v šoku, měla jsem malého syna.“

R10: „Cítila jsem bezmoc, smutek a strach.“

#### *Kód 2: Změna s diagnózou v sociálním kontextu (finance, práce, přístup k životu)*

R1: Přístup k životu, na prvním místě zdraví, syn a rodina a klid

R2: Práce, finance- ztráta zaměstnání, pracovní neschopnost

R3: Finance, péče o děti- náklady na léky, zajištění péče o děti

R4: Finance- odchod do předčasného důchodu, snížení příjmu

R5: Finance- větší finanční zátěž, náklady na léky

R6: Přístup k životu



R7: Rozpad rodiny, finance- starobní důchodce, zvýšené náklady

R8: Práce, finance- ztráta zaměstnání, ID 3. st., „z měsíce na měsíc“

R9: finance- t. č. MD. Zvýšené náklady na dojíždění, léčbu

R10: Práce, finance- PN, ID 3. st, zvýšené náklady, snížené příjmy

Z celkových 10 respondentů 2 uvedli, že co se pro ně změnilo, byl přístup k životu, změnil žebříček hodnot. Nejčastějším sociálním dopadem byly finance. A to z důvodu nákladnosti léčby, ztráty zaměstnání, nutnosti odejít do invalidního či předčasného starobního důchodu.

#### ***Kategorie 4: Multidisciplinární tým a poskytovaná péče***

##### *Kód 1: Dostatečná Informovanost pacientů*

R1: Ne, samostatné dohledávání

R2: Ano

R3: Ano

R4: Ano

R5: Ano

R6: Ne, samostatné dohledávání

R7: Ano

R8: Ano

R9: Ano

R10: Ano

Z celkového počtu respondentů uvedlo 8 z nich, že jim byly dostatečně poskytnuty informace ohledně nemoci, léčby a toho, co je čeká. 2 respondenti uvedli, že jim sice byly poskytnuty základní informace, ale hodně si dohledávali sami v knihách, brožurách, či internetu.

*Kód 2: Složení multidisciplinárního týmu*

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Lékař	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Zdravotní Sestra	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Sanitář	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Nutriční Specialista	X	X	X	A	A	X	X	A	X	S
Sociální Pracovník	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rehabilitační Pracovník	X	X	A	X	X	X	X	X	X	X
Psycholog	X	X	S	X	X	X	X	X	X	S
Plastický Chirurg	A	---	A	----	----	----	----	-----	X	A

A= Ano, setkal/a nebo mi byl nabídnut

X= Ne setkal/a, ani mi nebyl nabídnut

S= Sám/sama jsem vyhledal/a

----=nebyl potřeba vzhledem k onemocnění

V rámci rozhovoru byly pokládány otázky ohledně multidisciplinárního týmu, zda se respondenti setkali, nebo jim byla nabídnuta pomoc konkrétního člena týmu.

*Kód 4: Nedostatky z pohledu pacientů*

R1: Radiologie: jak na běžícím pásu, pokaždé někdo jiný, nabídka psychologa, sociálního pracovníka, informace o možnostech co se týče paruk, šátků apod.

R2: Strava

R3: Nabídka psychologa, neadekvátní počet lůžek vzhledem k velké působnosti

nemocnice, tím pádem také velmi brzké propouštění do domácí péče.

R4: Nabídka psychologa

R5: Nabídka psychologa

R6: Informace o parukách a jiných možnostech

R7: Nabídka psychologa

R8: Nabídka psychologa

R9: Nic

R10: Nabídka sociálního pracovníka

V rámci rozhovorů bylo zjišťováno, co by na péči v nemocnici respondenti zlepšili, změnili, co se jim nelíbilo. Z výsledku vyplynulo, že všichni respondenti byly spokojeni jak z přístupem členů multidisciplinárního týmu, tak s léčbou. Někteří poukazují na stravu, a největší procento respondentů uvádí, že chybí nabídka psychologa či sociálního pracovníka. Velké procento respondentů mi v rozhovoru uvedlo, že vůbec netuší, že by nějaký sociální pracovník na onkologii fungoval. Plastický chirurg při onemocnění rakoviny prsu, byl nabídnut formou vizitky.

## 5 Diskuze

V mé práci jsem se zabývala výskytem nádorových onemocnění, jejich léčbou, genderovým rozložením ale především zdravotně sociální péčí. Jako střed mého zájmu se stala Fakultní nemocnice Plzeň, kde najdeme novou, moderní onkologickou kliniku.

Vzhledem k tomu, že v místě mého bydliště se žádné takové zařízení nevyskytuje, rozhodla jsem se zaměřit na 60 km vzdálené krajské město.

Když jsem měla možnost si vybrat místo mé individuální praxe, neváhala jsem kontaktovat právě toto pracoviště. Během mé praxe jsem pracovala pod vedením zdravotně sociální pracovnice, která má na starosti právě tuto kliniku, dále pak ještě gynekologicko- porodnickou kliniku a dětské oddělení. Během mé praxe bylo cílem zmapovat terén právě na onkologii. Bohužel jsem k tomu neměla moc příležitostí. Zdravotně sociální pracovnice se pohybovala především na porodnici. Na samotné onkologii jsem se byla podívat, prohlédla jsem si všechna oddělení a veřejné prostory.

Ale když během mé praxe, která trvala 4 týdny, jsem spolu ze zdravotně sociální pracovnicí nenavštívila právě onkologii ani jednou, v rámci návštěvy pacienta, přišlo mi to divné. Po té jsem žádala o povolení k poskytnutí informací FN Plzeň, tak abych mohla provést výzkum jak mezi pacienty, tak mezi zaměstnanci, poskytla jsem nemocnici veškeré podklady k provedení výzkumu včetně otázek pro pacienty i personál. Bohužel tento výzkum mi byl zamítnut s tím, že nemohu zatěžovat pacienty. Vzhledem k tomu, že FN Plzeň je centrum pro praxe studentů lékařské fakulty a jiných zdravotnických škol, nejen vysokých, přišlo mi toto odůvodnění zcela neadekvátní.

Provedla jsem tedy výzkum mezi pacienty, které postihlo nádorové onemocnění a kteří se léčili právě v Plzni. Celkem jsem oslovila 10 respondentů.

Statistiky z roku 2013 uvádí, že nejčastěji se objevují nádory prostaty u mužů a nádory

prsu u žen. (Národní onkologický program © 2015). V mém výzkumu toto tvrzení mohu zčásti potvrdit.

Bohužel se mi nepodařilo najít více pacientů- mužů, než jen jednoho. Ženy- pacientky jsou sdílnější, mezi nimi se objevuje karcinom prsu často, hned ve čtyřech případech celkem z 9 žen. Podle statistik na tuto nemoc onemocní každá devátá žena (Friedrichs, et al., 2015).

Druhým nejčastějším nádorem jak u mužů, tak u žen se diagnostikuje nádor tlustého střeva a konečníku, souhrnně označován jako kolorektální karcinom (Suchánek et al., 2011). I tento karcinom se objevuje v mém výzkumu. Z epidemiologického hlediska tedy můžeme usoudit, že výzkum potvrzuje statistiku, nejčastějším nádorem u žen je rakovina prsu. Nejvíce pacientů je ve věku nad 50 let.

Genetická zátěž je uváděna také jako jedním z faktorů příčiny vzniku, maligního onemocnění. Kromě dalších vnějších vlivů se maligní onemocnění vyskytuje také na základě genových mutací (Vorlíček et al., 2012). Z výzkumu vyplynulo, že z 60 % hraje roli genetická zátěž. V 60% případů se rakovina objevila v rodině. Dalším ze zevních vlivů, na který jsou lidé upozorňováni, je kouření (Vorlíček et al., 2012). Z mého výzkumu plyne, z celkového počtu 10 respondentů je pouze jeden pacient kuřák. Celkem 6 respondentů uvedlo, že nekouří a nikdy nekouřilo. Musím podotknout, že ti pacienti, kteří uvedli, že nekouří, mají ve většině případů uvedeno, že genetika hraje zde zřejmě velkou roli, neboť v jejich rodině se rakovina vyskytla.

Jednou z důležitých složek léčby je i sociální stránka věci (Arnoldová, 2015). Každý onkologický pacient, kterému je sdělena diagnóza si projde mnoha úskalími, jako je například ztráta financí nebo ztráta zaměstnání. Stejně tak psychologická stránka věci. Smířit se s onemocněním, které, i když jde lékařská věda velmi rychle dopředu, má stále za přívlastek „ smrtelná „ nemoc. Každý člověk, takto vážně nemocný, si zaslouží péči

multidisciplinární, tedy nejen lékařskou, ale také sociální či psychologickou (Arnoldová, 2015).

Z výzkumu vyplynulo, že pacientky se nejčastěji bojí o své děti, co s nimi bude, když „máma“ umře. Každý z 10 respondentů v počátku cítil vztek, bezmoc a strach. Z rozhovorů vyplynulo, že by řada patientek uvítala počáteční psychologickou pomoc či podporu, které se jim ovšem nedostalo ani v jednom případě. Pro každého z pacientů nastala po zjištění diagnózy nějaká změna. Někteří uvedli, že se změnil přístup k životu, důležitost zdraví člověka, změnil se žebříček hodnot. Pro většinu byla ale největší zátěžová situace ve financích. Buď z důvodu ztráty zaměstnání, nebo ze zvýšených nákladů na léčbu nebo léky.

Dále bych ráda zhodnotila péči, která je pacientům ve FN Plzni poskytována a která byla jednou z výzkumných otázek. Z rozhovorů vyplývá, že s lékařskou péčí, jednou z částí multidisciplinární péče, je spokojeno 100 % pacientů.

Nikdo z respondentů si nestěžoval na chování personálu, všichni zde byli milí, vstřícní a ochotní.

Dále 8 z 10 respondentů uvedlo, že jim byly poskytnuty dostatečné informace o léčbě, o vyšetřeních, či o tom, co je nadále čeká. 2 respondenti uvedli, že si informace dohledávali sami. Nicméně tyto informace mohou být pouze subjektivní. Každý pacient dostane informace o léčbě, záleží na tom, jak tyto informace dotyčný „vstřebá“. Myslím si, že každý z těchto 10 pacientů si nějakým způsobem dohledávaly informace a jistě i zkušenosti jiných lidí se stejnou diagnózou. Jednou z nejdůležitějších částí výzkumu, které jsem se zajímala, bylo, s kým vším se během léčby respondenti setkali. Tím navazuji na mé zjištění během mé praxe, že zdravotně sociální pracovnice nebyla na návštěvě u pacienta ani jednou.

K mé velké nespokojenosti jsem při rozhovorech s 10 respondenty zjistila, že se

zdravotně sociálním pracovníkem se nesetkal ani jeden z uvedených pacientů. Dokonce ve většině případů mi bylo sděleno, že pacient ani netuší, že nějaký sociální pracovník na klinice funguje a je k dispozici. Stejně tak mi pacienti odpověděli na stejnou otázku ohledně psychologa. Jedna z respondentek mi uvedla, že si matně vzpomíná, že na chodbě u vstupu byla jakási „kukaň“ kde bylo zřejmě naspáno psychologická poradna. Při rozhovorech s respondenty jsem se dozvěděla, že všichni se setkali samozřejmě s lékaři, zdravotními sestrami či sanitáři. K některým docházela rehabilitační sestra, ti kteří potřebovali nějakou úpravu stravy, setkali se i s nutričním terapeutem. V rámci léčby rakoviny prsu byla nabídnuta třem respondentkám ze čtyř možnost navštívit plastického chirurga. Sice formou darování navštívenky od ošetřujícího lékaře, nicméně můžeme zde říci, že i tato pomoc pro ženy v tak těžkém období je dobrá.

Jednou z výzkumných otázek také bylo, jaké problémy vnímají pacienti v rámci multidisciplinární péče jako nejzásadnější. Několik respondentů mi uvedlo, že by uvítali právě pomoc psychologickou či sociální. Sami mi sdělili, že je to velmi překvapilo, že i kdyby to nepotřebovali sami, tak ví, že stejně nemocní lidé z jejich okolí, by právě tuto pomoc potřebovali. Také jedním z problémů velkých nemocnic se širokou spádovou oblastí bývá až přespříliš velký počet pacientů. I na tuto skutečnost jsem byla upozorněna, že je velmi nepříjemné cítit se jako „jedna z mnoha“. Střídání personálu mezi vyšetřeními byla jednou ze skutečností, kterým pacientům vadila. Často se pacienti svlékají pokaždé před někým jiným, což pro ně není příjemné. Jedna z respondentek mi sdělila, že ji velmi nemile překvapil velký počet hospitalizovaných pacientů, tím pádem velký tlak na lůžka. Také zde lze říci, že i to je pro pacienty velmi stresující.

Je všeobecně dobře známo, že při léčbě rakoviny ztrácí pacient vlasy. Patientky mi sdělili, že i zde jsou možnosti značně omezené. Nikoho nezajímá, co pacientkám či pacientům vyhovuje. Finančně je podporována pouze jedna varianta, o které jsou pacienti informováni. Tím je poskytnutí paruky, která je hrazena zdravotní pojišťovnou.

Nicméně jsou i další možnosti, o kterých pacienti bohužel informováni nejsou.

Ted' bych se ráda zmínila o právě sociální pomoci. Jak jsem již uvedla, 100 % respondentů se nesešlo se zdravotně sociálním pracovníkem ani psychologem, stejně tak jim tato služba nabídnuta nebyla. Vzhledem k tomu, že pacienti se sdělením diagnózy takového charakteru jsou minimálně nějakou dobu ve stavu, kdy by svůj boj nejraději ani nezačínali (Casiraghi, 2009), bylo by dobré se nad tímto zamyslet. Naštěstí existují i různé komunity, které pomáhají s diagnózou rakovina vyrovnat, můžete si zde najít přátele, které mají stejné problémy a mohou pomoci i s doplňováním informací.

(Klusáková © 2016). Zde bych ráda řekla, že si myslím, že i toto byl jeden z důvodů, proč mi nebyl povolen výzkum ve FN Plzeň. Pacienti by byli rádi, aby jim tato pomoc, jak psychologická, tak sociální byla nabídnuta. V rámci výzkumu toto byla nejčastější věc, na kterou respondenti poukazovali. Výzkumným cílem této práce bylo zjištění, že pacienti jsou subjektivně spokojeni s poskytovanou zdravotní péčí, ale ze sociální péči nikoliv. Často si ani neuvědomují, že nějaká taková péče existuje, neví, na koho se mají v případě potřeby obrátit a myslí si, že si vše musí zajistit sami a nikdo jim nepomůže. Výsledek tohoto výzkumu by mohl být použit pro zkvalitnění péče pro onkologicky nemocné pacienty, měl by být kladen důraz na činnost a především obsazení multidisciplinárního týmu. Tak, aby měli pacienti zajištěnou jak pomoc sociálního pracovníka, tak pomoc psychologa, který je v těžké době pro pacienty zásadní.

V rámci individuální praxe jsem se také zaměřila na prostředí, ve kterém jsou pacienti hospitalizováni. I když od respondentů nebyla na prostředí upozorňována v žádném z případů, budova onkologie nabízí pěkné prostředí. Oddělení jsou barevná, pozitivně laděná. Pacienti mají k dispozici terasu s výhledem na město Plzeň. Myslím si, že i prostředí je důležitou součástí léčby a v tomto ohledu má FN Plzeň velkou výhodou. Nový pavilon onkologické a radioterapeutické kliniky splňuje mé představy o příjemném prostředí.

Pacient s nevléčitelnou nemocí prožívá velkou psychosociální zátěž, dominuje zde



velká nejistota a strach, umírající má pocity nejistoty, bezmocnosti a slabosti. (Bužgová, 2015). I tato informace se potvrzuje v mém výzkumu. Při oznámení diagnózy pacienti ve většině případů cítili strach, smutek a bezmoc. Často se strachovali, co bude s dětmi, které mají doma. Je důležité v tomto období poskytnout jim psychologickou podporu, sdělit jim, že na nemoc nejsou sami. V mnoha případech se dovídáme, že psychická podpora je velmi důležitá.

Všichni respondenti ochotně poskytli rozhovor k mé bakalářské práci. Jak mi sami sdělili, již se vyrovnali se situací, a i když pro ně období s nemocí nebylo jednoduché, po prvotním šoku se rozhodli bojovat, jejich motivací byli především děti, a když ne děti, tak vnoučata. Rodina jim byla velkou oporou. Také jsem se setkala s několika pacienty, kteří mi rozhovor odmítli poskytnout. Byli to muži. Je zajímavé, že ženy jsou v tomto ohledu sdílnější. Možná proto, že jsou bojovnější a ochotnější se situací smířit.

## **6 Závěr**

Závěrem bych ráda shrnula výsledky mé bakalářské práce. V rámci výzkumu jsem dospěla k závěru, že Fakultní nemocnice Plzeň poskytuje velmi dobrou zdravotní péči všem svým pacientům. Cílem mé práce bylo popsat problematiku onkologicky nemocných pacientů ve Fakultní nemocnici Plzeň z pohledu multidisciplinární zdravotně sociální péče. Mohu zhodnotit, že multidisciplinární tým zde funguje dobře až na nedostatek v podobě sociálního pracovníka, o kterém pacienti nevědí. Stejně tak nevědí o možnosti psychologa, nicméně ten je ale k dispozici v přízemí budovy.

Námětem pro zlepšení poskytovaných služeb v rámci multidisciplinárního týmu je zajištění dostupnosti sociálního pracovníka. Zajištění alespoň dostatečných informací, že se na takového pracovníka v případě potřeby mohou pacienti obrátit.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4.
- 2) BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- 3) CASIRAGHI, Liliane. *Diagnóza rakovina, aneb, Jiný pohled na život*. Ilustroval ISABAUD, Olomouc: Fontána, c2009. ISBN 978-80-7336-500-4.
- 4) DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- 5) FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ [online]. 2016. [cit. 2016-06-20]. Dostupné z: <https://fnplzen.cz/node/139>.
- 6) FRIEDRICHS, Kay, H. OLLERICH a M. WESSELS. *Rakovina prsníka*. Ikar. 2015. ISBN 978-80-551-4408-5.
- 7) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- 8) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanathologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. C2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

- 9) JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- 10) JÍLKOVÁ, J., 2016. *Onkologie v roce 2016- umírněný optimismus je žádoucí*. Zdravotnictví a medicína.2/2016. ISSN 2336-2987.
- 11) KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-716-5.
- 12) KLUSÁKOVÁ, Petra. 2016. *Komunita onkomajáku pomáhá v boji proti rakovině*. Zdravotnictví a medicína. 2/2016. ISSN 2336-2987.
- 13) KOUTECKÝ, Josef, Edita KABÍČKOVÁ a Jan STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi*. Vyd.1. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-288-5.
- 14) KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- 15) MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd.2. Praha: portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- 16) MCKAY, Judith a Nancee HIRANO. *Jak přežít chemoterapii a ozařování: [průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu]*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-542-6.
- 17) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.

Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

18) NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ PROGRAM [online]. 2015.[cit. 2016-07-24].

Dostupné z: <http://www.onconet.cz/index.php?pg=aktuality>

19) NEJSI NA TO SAMA, občanské sdružení. [online]. 2015.[cit. 2016-07-20].

Dostupné z: <http://rakovinaprsu.cz/o-rakovine-prsu/fakta-a-statistiky/>

20) NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK. *Onkologie v klinické praxi: standartní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta, 2012.

Aeskulap. ISBN 978-80-204-2663-5.

21) ONKOLOGICKÁ A RADIOTERAPEUTICKÁ KLINIKA FN PLZEŇ

[online]. 2012.[ cit. 2016-06-19].

Dostupné z: <https://www.onkologieplzen.eu/onoklogie/shoepage/psycholog>

22) OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Prah: Mladá fronta, 2008.

Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.

23) PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, Paliativní péče.

ISBN 978-80-87029-25-1.

24) RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

25) SPURNÁ, Zuzana. [online] 2010.[ cit. 2016-07-25].

Dostupné z : [www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/psychologie-s-komunikace/role-psychologa-v-lecbe-onkologickeho-pacienta/](http://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/psychologie-s-komunikace/role-psychologa-v-lecbe-onkologickeho-pacienta/)

26) SUCHÁNEK, Štěpán, Jaroslava BARKMANOVÁ a Přemysl FRIČ. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta, 2011. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2474-7.

27) SVEJKOVSKÁ ČADKOVÁ, M., M. CHRDLOVÁ a Š. SLAVÍKOVÁ. [ONLINE]. 2014.[CIT. 2016-08-02]. Dostupné z: [www.socialniprace.cz/zpravy.php](http://www.socialniprace.cz/zpravy.php)

28) SVOD [online]. 2016. [cit. 2016-07-05]. Dostupné z: [www.svod.cz](http://www.svod.cz)

29) VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Klinická propedeutika* 6.vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-360-8.

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

## 8 PŘÍLOHY

### *Příloha č. 1*

#### *Přepis rozhovoru respondenta č. 1*

S respondentem č. 1 jsem se sešla v místě jeho bydliště. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také. Je jí pacientka – žena, je jí 36 let a ve FN Plzeň se léčí s rakovinou prsu. Léčí se od roku 2014, od doby, kdy si v prsu nahmatala bulku. Pacientka je od 32 let nekuřačka, rakovina se objevila i v rodině, babička měla stařeckou leukemii a dědeček rakovinu slinivky. Paní léčili nejdříve chemoterapií, poté následovala operace a poté radioterapie. Jak sama paní uvádí, hormonální léčba v jejím případě nebyla vhodná. Na otázku, jak přijala své onemocnění, mi odpověděla: *„Bylo to samozřejmě překvapení, ale nehroutila jsem se, největší starost jsem měla, jak to budeme zvládat se synem. Bála jsem se chemoterapie a úplně na začátku i ztráty vlasů.“* Pověděla mi, že personál nemocnice se vždy choval slušně, neměla pocit, že by někdy lékaře či sestry nějakým způsobem obtěžovala. Všichni byli ochotní a milí. Dále jsem se respondentky ptala, zda jí nabídli pomoc sociálního pracovníka či psychologa. *„Ne, vůbec nic, což mě dost nemile překvapilo – osobně jsem pomoc nepotřebovala, ale myslím, že by to měla být automatická součást prvního vyšetření na onkologii.“*

Paní mi řekla, že ani neví, že je možné využít služeb psychologa. Dle názoru respondentky by bylo vhodné, kdyby psycholog a sociální pracovník byli součástí začátku léčby. Na otázku, co vše se pro paní změnilo s vyslovením diagnózy, mi řekla, že především přístup k životu. Paní udává, že si myslí, že neměla dostatek informací o léčbě a o tom, co ji čeká. Vše si dohledávala sama, hlavně se bála vedlejších účinků chemoterapie.

## **Příloha č. 2**

### *Přepis rozhovoru respondenta č. 2*

Respondentce č. 2 je 44 let a je to žena. Sešla jsem se s ní u ní doma. Nabídla mi kávu. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také.

Respondentce byla diagnostikována rakovina tlustého střeva v roce 2014, kdy šla ke své lékařce s bolestí pod žebry. Lékařka ji odeslala na několik vyšetření, kde se potvrdila malignita nádoru. Sdělila mi, že se rakovina vyskytla i u ní v rodině, je nekuřák. Po operaci se léčila formou chemoterapie, která byla naordinována ve 12 cyklech, vždy po 14 dnech. Trvala tři dny. Na dobu tří dnů byla hospitalizována. Paní dále uvedla, že personál nemocnice se choval vstřícně a mile, měla dostatek informací o své nemoci, dostala brožury. Byla ráda, že to na ní nevyhrkli hned a mohla si vše přečíst. Při vyřknutí diagnózy prodělala šok. *„Byla jsem zoufalá z toho, že když umřu, tak tu zůstane můj třináctiletý syn bez mámy. Probrečela jsem celý den a pak jsem šla bojovat.“* Myslí si, že rodina to vzala těžce, ale uvádí, že to nedali najevo, když viděli, že bojuje. Na otázku co se v jejím životě změnilo, odpověděla: *„Práce, peníze. Do práce už jsem se vrátit nemohla. Zase na druhou stranu jsem dostala příležitost dělat v oboru, který je mi bližší a v současné době mám práci, kterou můžu dělat s radostí a pracovní dobu si uzpůsobím podle svých potřeb.“* Respondentka uvádí, že pomoc sociálního pracovníka ani psychologa jí nikdo nenabídl. Respondentka uvedla, že se také nesetkala ani s nutričním terapeutem, ani s rehabilitačním pracovníkem. Jako největší nedostatek paní uvádí stravu.



### ***Příloha č. 3***

#### *Přepis rozhovoru respondenta č. 3*

Respondentce č. 3 je 41 let a je to žena. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také. Uvádí, že je nekuřačka a považuje za důležité uvést, že se rakovina objevila i u jejích předků.

Paní ihned po porodu byla dána k adopci, tudíž rodinnou anamnézu nezná. Nicméně se dopátrala, že její babička- z otcovi strany měla rakovinu žaludku a zemřela na ni. Paní se léčí na rakovinu prsu o konce roku 2015. Nejdříve váhala, ale po 5 měsících, co si našla bulku v prsu, navštívila svého gynekologa, který paní prohlédl a objednal na vyšetření. Na samém konci roku 2015 jí byla sdělena diagnóza. Respondentka měla nádor o velikosti 2 cm, který ji byl hned po novém roce vyoperován a s ním i tři uzliny. V jedné z nich se prokázaly metastázy. Následovala pooperační chemoterapie a následně radioterapie operovaného prsu a radioterapie uzlin. PO skončení chemoterapie byla indikována hormonální léčba. Vzhledem k alergické reakci byla paní třikrát hospitalizována. Paní je matka 5 dětí. Všechny děti moji nemoc probrečely. „ *Všichni byli zdrceni, poté mě ale podporoval každý z nich včetně přítele a adoptivních rodičů.* “ Respondentka uvádí, že vzhledem k tomu, že byla toho času na rodičovské dovolené se pro ni, z hlediska financí, nezměnilo nic, jen měla vyšší výdaje za léky. Paní sdělila, že po nástupu do FN Plzeň byla vždy o všem dobře informována, zdravotnický i lékařský personál se vždy choval slušně a vstřícně. Svě onemocnění nejdříve prožívala se strachem, nevěděla, co bude, bála se smrti a měla strach o děti. Uvádí, že v nemocnici ji nikdo služby sociálního pracovníka ani psychologa nenabídl. V rámci léčby se setkala s rehabilitačním pracovník, ale s nutričním specialistou nikoliv. Psychologa prý vyhledala sama. Jako největší nedostatek z pohledu péče považuje neadekvátní počet lůžek, brzké propouštění do domácí péče a měl by být nabízen psycholog.

#### ***Příloha č. 4***

##### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 4*

Respondentovi č. 4 je 78 let. Před rozhovorem jsem se pána zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem mu, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasil a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také.

Pán je celý život nekuřák. Uvádí, že nikdo v rodině rakovinou neonemocněl. Diagnóza mu byla stanovena v roce 2007, kdy byl hodně unavený, špatně se mu polykalo, měl ochablou jednu ruku a trpěl nesnesitelnými bolestmi zad. Lékaři mu diagnostikovali nádor na brzlíku. Ve FN Plzeň byl hospitalizován, kde podstoupil operaci a následnou radioterapii. Respondent uvádí, že personál nemocnice se k němu choval vstřícně, mile a všichni byli usměvaví. Na otázku, jak se cítil po oznámení diagnózy, odpověděl: „*Cítil jsem bezmoc*“. Rodina se nechtěla smířit s jeho onemocněním. Respondent musel odejít do předčasného důchodu, tudíž pro něj vyvstaly otázky ohledně financí. Uvádí, že měl vždy dostatek informací o tom, co ho čeká a jaká bude jeho léčba. Na otázku, zda mu byly nabídnuty služby sociálního pracovníka a zda jich využil, mi bohužel odpověděl, že ne. Stejnou informaci jsem se dozvěděla i o možnosti psychologa. Setkal se pouze s nutričním specialistou. Bohužel ani rehabilitační pracovník k němu nedocházel. Jako největší nedostatek vnímal, že mu právě nikdo nenabídl spolupráci s psychologem.

„*Býval bych to asi potřeboval.*“ Pán nebyl moc sdílný, odpovídal pouze jasně a stručně, nechtěl zacházet moc do podrobností.

## **Příloha č. 5**

### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 5*

Respondentce č. 5 je 71 let, je to nekuřačka a uvádí, že se v její rodině nikdo s rakovinou neléčil. S paní jsem se sešla u ní doma. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také.

Žena se mezi lety 2008 a 2010 léčila s chronickou leukémií, která jí byla diagnostikována na základě krevních testů. Střídala se jak ambulantní léčba, tak hospitalizace. Léčila se pomocí chemoterapie, personál jí poskytoval pravdivé a věcné informace. „*Mohla jsem se na cokoliv zeptat*“. Uvádí, že jak zdravotní sestry, tak lékaři byli milí a vstřícní.

Po oznámení diagnózy cítila vztek a bezmoc, hledala viníka. „*Kdo za to může?*“ Pacientka trpěla zhoršením motorických funkcí. A samozřejmě i finance byl problém. Respondentka je ve starobním důchodu, zvýšily se jí náklady na léky a na cesty do nemocnice. „*Byla to větší finanční zátěž.*“ Na otázku zda jí byli nabídnuty služby sociálního pracovníka či psychologa taktéž odpověděla, že ne a s žádným se ani nesetkala. Uvádí, že se setkala pouze s nutričním specialistou. Z jejího pohledu byl největší nedostatek v rámci psycholog. „*Prostě si myslím, že psycholog a sociální pracovník by měli být již v počátečním stadiu léčby a měli by pacienty provázet celou léčbou.*“ Paní byla velmi vstřícná, bylo vidět, že by si ráda povídala klidně i déle. Se svou nemocí je smířená a ochotně mi poskytla rozhovor.

## **Příloha č. 6**

### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 6*

S respondentkou č. 6 jsem se sešla na rozhovor v cukrárně, představila jsem se jí, řekla jsem jí jakou školu a jaký obor studuji. Dále jsem ji seznámila s mu bakalářskou prací, jejím cílem a výzkumnými otázkami. Zeptala jsem se ji, zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru a zda informace z rozhovoru mohu použít do výzkumné části mé bakalářské práce. Respondentka souhlasila. Je jí 48 let a ve FN Plzeň se léčila rakovinou vaječníku. Léčba začala na běžné gynekologické prohlídce, kdy byl zjištěn nádor. Na otázku, jak přijala své onemocnění, mi odpověděla: *„Byla to velká rána, nikdy jsem si nemyslela, že se s tím potkám i já. Řekla jsem si, že musím bojovat, bylo to velmi těžké, ale zvládla jsem to. Stála za mnou celá rodina a ti mi hodně pomohli.“*

Paní uvádí, že byla dostatečně informována o léčbě i o tom, co vše ji čeká. Personál se k ní choval perfektně, mile a s nikým neměla žádný problém. Paní uvedla, že byla léčena operací a následně chemoterapií. Uvádí, že pomoc sociálního pracovníka ani psychologa ji nebyla nabídnuta. S nemocí se u paní změnil především přístup k životu. *„Člověk, který si projde takovou nemocí, přehodnotí velké množství věcí. Uvědomila jsem si, že na prvním místě je zdraví a rodina.“* Respondentka uvedla, že se nesetkala ani s žádným rehabilitačním pracovníkem, ani s nutričním specialistou. Jako největší nedostatek z jejího pohledu a z pohledu péče, je podle ní informovanost o možnostech využití různých kompenzačních pomůcek, které se hodí především po chemoterapii, o parukách či šátcích, které by ženy uvítaly více, než ty paruky, které hradí pojišťovna. Žádné informace jim ale nikdo neposkytl.

## **Příloha č. 7**

### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 7*

S respondentkou č. 7 jsem se sešla u ní doma, je jí 70 let. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také. Ve FN Plzeň se léčila s karcinomem hlavy slinivky břišní od roku 2015. Je to nekuřačka a rodinná anamnéza je čistá, nikdo v její rodině rakovinu neměl a ani nemá.

Byla léčena chemoterapií a následnou operací. Její nemocí se nezměnilo téměř nic, jen zvýšené náklady na léky. Paní je ve starobním důchodu. Lékař ji se vším seznámil, se všemi informacemi, i s tím, co vše jí čeká. Na otázku, zda jí byly nabídnuty služby sociálního pracovníka mi řekla, že ne a ani psychologa. Spolu s oznámením diagnózy se pro ni změnilo hodně, manžel se psychicky zhroutil, jako starobní důchodce se jí zvýšily náklady na léčbu. Během léčby se neseťkala ani s nutričním terapeutem, ani s rehabilitační pracovníci. Z jejího pohledu je největší nedostatek v nepřítomnosti psychologa. Vzhledem ke stavu jejího manžela i jejího zdravotního stavu by byla bývala psychologa uvítala, čekala nějakou pomoc. Paní je ale veliká bojovnice a i přes nepřízeň „osudu“ se vyrovnala se situací, ochotně mi poskytla rozhovor a stále se usmívala.

## **Příloha č. 8**

### *Přepis rozhovoru s respondentem č.8*

Respondentce je 55 let. S paní jsem se sešla v kavárně. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také.

Paní onemocněla v roce 2012. Udává, že byla celkově velmi unavená, ale připisovala svůj stav přechodu a stárnutí. Hodně omezila sportování a o víkendech odpočívala, aby zase mohla vstát a jít do práce. V roce 2013 se léčila na zánět dýchacích cest, bolelo jí za hrudní kostí. Lékařce se zdála bledá, tak jí vyšetřila krev. Špatné výsledky donutili lékařku k dalším vyšetřením. Po několika návštěvách u lékaře jí byla sdělena děsivá diagnóza. Zhoubný nádor v části spojující jícen a žaludek. Lékař ji odeslal do nemocnice v Praze, kde ji prohlédli a usoudili, že nejdříve bude vhodná onkologická léčba v Plzni a poté operace v Praze. Ve FN Plzeň absolvovala ambulantní vyšetření s pozvánkou k hospitalizaci. Hospitalizována byla přibližně měsíc a půl, kde jí byla podávána chemoterapie. Následně byla operována v Praze. Po operaci jí byla indikována další pooperační chemoterapie opět na klinice v Plzni. Paní udává, že se k ní všichni chovali velmi mile a vstřícně. Jak lékaři, tak zdravotní sestry. Po sdělení diagnózy bylo paní sice do pláče, ale jen chvíli. Uklidnilo jí, že lékaři věděli, co s tím. Dcera, rodiče i bratr to přijali těžko, ale když viděli, že je pacientka optimistická, naladili se na stejnou vlnu. Na otázku, co se pro respondentku změnilo, odpověděla, že všechno. Práci již nezvládala, požádala o invalidní důchod, který jí byl přidělen během poslední hospitalizace. U zaměstnavatele ji bylo umožněno pracovat z domova, což jí sice pomůže, ale vzhledem k tomu, že žije sama, tak vše nepokryje. *„Ještě mám koníčka, kterým si můžu trochu vylepšit rozpočet, ale to jsem dělala i při plném pracovním úvazku. Finančně žiji z měsíce na měsíc.“*

Sama udává, že neměla vše řešit sama, myslela si, že vše zvládne. Pomoc sociálního pracovníka a psychologa jí ale nikdo nenabídl. *„Ani nevím, že tam nějaký takový*

*pracovník je.*“ Stejně tak se nestkala ani s rehabilitačním pracovníkem. Paní udává, že s nutričním specialistou ano. Respondentka uvádí, že byla vždy dostatečně informována o tom, co ji čeká. Jako největším nedostatkem je z pohledu pacientky to, že jí nebyla nabídnuta žádná psychologická pomoc.

## **Příloha č. 9**

### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 9*

S paní jsem se setkala u ní doma v domečku na vesnici, byla velmi sdílná a milá. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také.

Je jí 50 let nyní nekuřačka. Její babička měla též rakovinu prsu. Koloběh začal tím, že si našla bulku v prsu, poté navštívila lékaře, který ji odelsal na vyšetření, kde zjistili zhoubný nádor. Personál nemocnice byl velmi vstřícný a ráda na něj vzpomíná. Na otázku, jak přijala své onemocnění mi odpověděla: *„Když jsem se dozvěděla, že mám zhoubný nádor, tak jsem byla docela v šoku. Měla jsem malého syna, kterému byly tři roky, tak člověk přemýšlí, jak to vše dopadne.“* Na otázku, zda jí byly nabídnuty služby sociálního pracovníka či psychologa, odpověděla, že nikoliv. Paní uvádí, že vždy měla dostatek informací o tom, co ji čeká. Na otázku, co se pro ní s diagnózou změnilo, mi odpověděla, že se jí zvýšily náklady na léčbu a především dojíždění. Stejně tak se mi dostala odmítavá odpověď na to, zda se setkala s nutričním specialistou či rehabilitačním pracovníkem. K mému překvapení se jí ani nedostalo nabídky plastického chirurga, jako u předešlých pacientek s rakovinou prsu. Jako jediná z respondentů uvádí, že by nezměnila nic. S péčí byla spokojená a jak sama uvádí, ráda vzpomíná především na personál nemocnice.



## ***Příloha č. 10***

### *Přepis rozhovoru s respondentem č. 10*

Respondentce č. 10 je 54 let, nekuřačka. Před rozhovorem jsem se jí zeptala, zda souhlasí s poskytnutím informací do výzkumu mé bakalářské práce a sdělila jsem jí, co studuji a o čem má bakalářská práce je. S rozhovorem souhlasila a s uvedením svých zkušeností do bakalářské práce také. S paní jsem se sešla u ní doma, v bytě. Nejprve byla trochu nervózní. Jak mi po rozhovoru sdělila, nevěděla, na co se budu ptát. Paní uvádí, že v rodině rakovinou nikdo neonemocněl. Ve Fakultní nemocnici Plzeň se léčila s rakovinou prsu. Nahmatala si bulku v prsu, poté proběhlo několik vyšetření a následovala operace, následná chemoterapie, radioterapie a 5 letá hormonální léčba. Na otázku jak přijala svoje onemocnění odpověděla: „ *Bezmoc, smutek, strach.*“ Služby sociálního pracovníka ani psycholog jí nikdo nenabídl. Po oznámení diagnózy se pro ní změnilo téměř vše, musela být na pracovní neschopnosti, následně požádala o invalidní důchod, který jí byl přiznán ve 3. stupni. S nemocí se jí snížily příjmy a zvýšily náklady na léčbu. Udává, že měla dostatek informací o léčbě i o samotné nemoci. Služby sociálního pracovníka jí nebyly nabídnuty. Služby nutričního specialisty a psychologa si vyhledala sama. Služby plastického chirurga jí byly nabídnuty formou vizitky. Jako největší nedostatek v rámci multidisciplinární péče vnímá pacientka nedostatek ve formě nabídky sociálního pracovníka. Po rozhovoru byla paní již uvolněná a jak sama říká : „ *Bylo to příjemné povídání*“.