

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Eva Bičová

**Paliativní a ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým
onemocněním slinivky břišní**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 30. dubna 2014

podpis

Děkuji Mgr. Radce Kozákové, za odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji všem svým blízkým za podporu během studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Přehledová bakalářská práce

Téma práce: Náročná životní situace – onemocnění v rodině

Název práce: Paliativní a ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním slinivky břišní

Název práce v AJ: Palliative nursing care of patients with pancreatic cancer

Datum zadání: 2015-01-30

Datum odevzdání: 2015-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Eva Bičová Dis.

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce pojednává o problematice náročné životní situace v paliativní a ošetrovatelské péči o pacienty s nádorovým onemocněním slinivky břišní. Věnuje se problematice umírání a smrti z pohledu pacienta a jeho rodiny. Dále se soustředí na podporu a potřeby pečující rodiny a pozůstalých a na problematiku psychické oblasti prožívání nemoci. Shrnuje publikované poznatky o nejčastějších příznacích, se kterými se nemocný v této nemoci s infaustní prognózou potýká. V této oblasti se zaměřuje zejména na bolest a problematiku malnutrice. Předkládá dohledané informace o ošetrovatelské péči a komplikacích spojených s chirurgickým výkonem, jenž je v současnosti jedinou potenciální nadějí na prodloužení života, dále se zaměřuje na časné pooperační zatěžování pacienta. Poznatky jsou dohledány z recenzovaných plnotextů a periodik v českém, slovenském a anglickém jazyce.

Abstrakt v AJ: This bachelor's thesis focuses on difficult life situations in palliative nursing care of patients with pancreatic cancer. It concentrates on the ways the patients and their families deal with death and dying. It is also dedicated to the support and needs of caregiving families and the bereaved ones and to the mental perception of the disease. The thesis summarizes information that have been published so far related to the most frequent symptoms the patient with infaust prognosis faces. With regard to this topic, it pays special attention to the problems of pain and malnutrition. It presents some information about nursing care and complications linked with the operation, which, nevertheless, represents today the only chance to lengthen life. Furthermore, it mentions the necessity of early postoperative recovery. Peer reviewed articles and journals in Czech, Slovak and English were used to find relevant information about this topic.

Klíčová slova v ČJ: rakovina slinivky břišní, symptomy, paliativní péče, ošetrovatelská péče, umírání, pečující,

Klíčová slova v AJ: pancreatic cancer, symptoms, palliative care, nursing care, dying, caregivers,

Rozsah práce: 44 stran/5 příloh

OBSAH

ÚVOD	7
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	9
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	10
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM SLINIVKY BŘIŠNÍ	10
2.1.1 Vnímání umírání a smrti z pohledu pacienta a jeho rodiny	12
2.1.2 Potřeby a podpora pečující rodiny a pozůstalých	14
2.1.3 Problematika psychické oblasti prožívání nemoci	17
2.2 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM SLINIVKY BŘIŠNÍ	20
2.2.1 Bolest	20
2.2.2 Problematika malnutrice	22
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGII SLINIVKY BŘIŠNÍ	28
2.3.1 Pooperační péče a komplikace	28
2.3.2 Problematika tzv. „fast – track „ péče – časného zatížení pacienta	30
2.4 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM	32
ZÁVĚR	34
REFERENČNÍ SEZNAM	35
SEZNAM ZKRATEK	43
SEZNAM PŘÍLOH	44

ÚVOD

U pacienta, kterému byla zjištěna onkologická diagnóza, se oslabuje společenská, emocionální a ekonomická uplatnitelnost, která ovlivňuje nejen zdraví, ale i mezilidské vztahy a životní styl. Nenahraditelnou roli v procesu ošetrovatelské péče zaujímá sestra, která se podílí na pomoci pacientům a jejich rodinám, zvládat jejich náročnou životní situaci. Zároveň je nezbytnou součástí péče přístup zdravotníků a role rodinných příslušníků, protože právě oni jsou stěžejním bodem v pomoci nemocnému tuto nelehkou situaci zvládnout. Pacienti, kteří mají v rodině a přátelích oporu, bývají v procesu léčby odolnější, motivovanější a lépe se do léčby zapojují. Vážná nemoc pro pacienta i jeho rodinu znamená změnu základních postojů v jejich životě a omezení životních plánů. (Zacharová, 2014, s. 44) Závažnost nemoci má velký vliv na schopnosti blízkých poskytnout pacientovi adekvátní ošetrovatelskou péči stejně tak, jako délka jejího trvání a prognóza onemocnění. Pečující se potýkají s obavami z umírání a smrti, zejména pokud je spojené s fyzickým a psychickým utrpením. Největší hrozbu představuje strach, že se nebudou moci o svého blízkého postarat dostatečně adekvátně a v případě předání pacienta do rukou zdravotnického zařízení pak přichází na řadu výčitky. (Machová, 2013, s. 24) Maligní nádor slinivky břišní bývá často dlouho bezpříznakový, nebo jsou tyto příznaky zpočátku velmi chudé. V době, kdy se projeví typickou symptomatologií, bývá již většinou ve stádiu neoperability. Jedná se o nádor rezistentní na léčbu a vzhledem ke špatné prognóze se mortalita tohoto onemocnění ztotožňuje s jeho incidencí. (Burkoň a kolektiv, 2010, s. 368-369) Pacientům s touto život omezující diagnózou by vzhledem k nízké relativní míře přežití měla být poskytnuta paliativní péče již od samého začátku léčby. Jejím základním ohniskem intervencí je zajistit pacientovi i pečujícím nejvyšší možnou kvalitu života. (Lazenby a Saif, 2010, s. 154)

Tato přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou náročné životní situace v paliativní a ošetrovatelské péči o pacienty s nádorovým onemocněním slinivky břišní.

Cíle:

1. Předložit dohledané poznatky o paliativní péči o pacienty s nádorovým onemocněním slinivky břišní.
2. Předložit dohledané poznatky o nejčastějších problémech pacientů s nádorovým onemocněním slinivky břišní.
3. Předložit dohledané poznatky o ošetrovatelské péči v chirurgii slinivky břišní.

Jako vstupní literatura k tématu přehledové bakalářské práce byly prostudovány následující tituly:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0

VORLÍČEK, Jiří a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4

Po stanovení cílů a prostudování výše uvedené literatury byla provedena rešerše a dohledány relevantní plnotexty odborných článků.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- klíčová slova v ČJ: rakovina slinivky břišní, symptomy, paliativní péče, ošetrovatelská péče, umírání, pečující
- klíčová slova v AJ: pancreatic cancer, symptoms, palliative care, nursing care, dying, caregivers
- jazyk: český, slovenský a anglický
- období: 6/2014 – 3/2015
- další kritéria: plnotexty vyhledaných článků, datum vydání od 2003 do současnosti



DATABÁZE:

EBSCO, PUBMED, BMČ, SOLEN MEDICAL EDUCATION



Nalezeno 396 článků



Vyřazující kritéria, např.:

- duplicitní články
- články, které nesplnily kritéria stanovených cílů
- články zaměřující se úzce na lékařskou péči a farmakologii



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO 12 článků

PUBMED 23 článků

BMČ 13 článků

SOLEN MEDICAL EDUCATION 6 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Via practica, Paliativna péče a liečba bolesti, Florence, Onkologie, Kontakt, Journal of Pain and Symptom Management, Cancer, Oncology Nursing, Clinical Nutrition, BMC Cancer, Clinical Journal of Oncology Nursing a další



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 54 dohledaných článků.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

2.1 PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM SLINIVKY BŘIŠNÍ

Paliativní péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké se orientuje na kvalitu života v jeho závěru. Základním přístupem je zohlednit tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Nezaměřuje se na vyléčení pacienta, či prodloužení jeho života, ale klade si za cíl prevenci a mírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, zachovává pacientovu důstojnost a podporuje jeho blízké. (Sláma, 2012, s. 10) V kontaktu s umírajícími se sestra často setkává zejména s problémem nedostatečné spolupráce nemocných, poruchami sebehodnocení, popírání skutečností, se stavy úzkosti, bezmocnosti a strachem. Dávat pacientovi stále najevo, že sestra je ochotná pomoci, je proto velice důležité a ideální situací řešení problémů, je mít v ošetrovatelském týmu psychologa. A protože se s umírajícími pacienty sestra setkává ve všech zdravotnických zařízeních, je paliativní péče základní součástí její profesionální role. Proto je velmi důležité, aby se znalosti paliativní péče staly dostupnými všem sestřám, které se o nevléčitelně nemocné a umírající starají. (Lukacková, 2012, s. 22) Při progresi nádorového onemocnění přichází na řadu období, kdy se smrt stává neodvratnou a cílem léčby je zabezpečení nejlepší možné kvality zbývajících období života. Kvalitou života se rozumí celkový pocit životní (ne)pohody, vyplývající ze souhrnu objektivních životních podmínek a jejich subjektivního hodnocení pacientem. Na subjektivním hodnocení kvality mají vliv aspekty fyzické (příznaky, utrpení, zhoršená výkonnost a soběstačnost), emoční (duševní pohoda, úzkost a deprese) a sociální (rodinné vztahy, finance). Představy o plnohodnotnosti vlastního života jsou u každého pacienta jiné. (Sadvská, 2007, s. 31) Paliativní péče se kategorizuje na obecnou (klinická a sociální péče poskytovaná zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci každodenní činnosti) a specializovanou (poskytována speciálně vzdělaným týmem odborníků). Její dostupnost by v Evropě měla být důležitým občanským právem. Úroveň však v České republice není zdaleka optimální. (Sláma, 2012, s. 11-12) I Machová hodnotí péči o terminálně nemocné pacienty, i vzhledem k vysokému rozvoji medicíny a ošetrovatelství v České republice, jako nedostatečnou. Nejčastějším místem úmrtí pacientů jsou stále zdravotnická zařízení. A to i vzhledem ke snaze přemístit paliativní péči do prostředí domácího a s pomocí pečovatелů – rodinných příslušníků a agentur vybavených profesionálním personálem tuto péči povznést do vyšší úrovně. Ošetrovatelská péče o pacienta v terminální fázi onemocnění by měla být v souladu spolupráce s rodinou

a blízkými a to nejen v domácím prostředí, ale i ve zdravotnických pracovištích. Spolupráci s příbuznými hodnotí Machová jako problematickou. Popisuje nezájem sester a vážnou komunikaci mezi personálem samotným, ale i mezi pacientem a jeho rodinou. Rodina zaujímá v péči o nemocného několik rolí. Zejména v poskytované ošetrovatelské péči se jedná o ochrannou, preventivní a podpůrnou funkci. (Machová, 2013, s. 24)

Nepříznivé údaje o přežití pacientů s nádorovým onemocněním slinivky břišní, které dává jen velmi malou šanci na přežití, vedou Světovou zdravotnickou organizaci (dále jen WHO) k doporučení a podpoře paliativní péče všem pacientům již v časném průběhu léčby. WHO ji definuje jako aktivní celkovou péči o pacientovo tělo, mysl i ducha. Tím zlepšuje kvalitu života nemocných i jejich rodin, podporuje zmírnění utrpení a bolestí, aniž by odstraňovala základní příčinu, tedy onemocnění. Stresující příznaky onemocnění, jako jsou únava, ztráta chuti, ztráta pocitu být v pohodě a bolest přidávají na nutnosti včasných intervencí. (Lazenby a Saif, 2010, s. 154) Burkoň a kolektiv považují za nutnost informovat pacienta s maligním nádorem slinivky o reálných cílech paliativní léčby. Pacient by měl vědět, že cílem není vyléčit, nýbrž udržet nebo zlepšit zdravotní stav, zabránit zhoršení onemocnění a snažit se o eventuální zmenšení nádoru. Pacientům, jimž nemoc postoupila do pokročilého stádia, se léčba soustřeďuje na prevenci a zlepšení příznaků, substituci pankreatických enzymů při nedostatečné zevní sekreci slinivky, pozornost je věnována stavu výživy a hlavně účinné léčbě bolesti. (Burkoň a kolektiv, 2010, s. 373)

Při zkoumání procesu přechodu k paliativní péči je klíčovým aspektem vztah navázaný mezi sestrou a pacientem. Sestra sleduje a podporuje psychosociální blaho pacientů i rodin a efektivní přechod k paliativní péči je výsledkem vysoké úrovně poskytované péče. Pro všechny zúčastněné strany se jeví tato situace jako náročná, neboť tento druh péče je značným potenciálem emocionální zátěže a únavy. Péče o pacienty v jejich intimní emocionální situaci vyžaduje nesčetné množství dovedností pečujících a přechod k paliativní péči je mimořádně emocionální a složitou situací. O zahájení paliativní péče informuje pacienta a jeho rodinu lékař, sestra však přichází do kontaktu s pacientem daleko více, proto musí být schopna se do situace vcítit a být pacientovi a jeho rodině oporou. (Kirby, Broom a Good, 2014, s. 2) Za rozhodující aspekt kvality péče považuje Erdek, King a Ellsworth otevřenou a upřímnou komunikaci v celém průběhu onemocnění. Pro umírající pacienty a jejich rodiny je velmi důležité dokončit úkoly, vyřešit konflikty a rozloučit se se svými blízkými. Toho mohou dosáhnout jen díky otevřené komunikaci o prognóze, předem stanovené plánované péči a preferencích procedur. Takové diskuze však nemohou probíhat během jediné návštěvy kliniky, neboť pacienti potřebují čas na vyrovnání

se s diagnózou, zpracování informací, formulaci dalších otázek, plánování dalšího rodinného života a identifikaci psychosociálních potřeb. (Erdek, King a Ellsworth, 2013, s. 269 – 270)

2.1.1 Vnímání umírání a smrti z pohledu pacienta a jeho rodiny

Pacienti s maligním nádorem slinivky břišní a jejich pečující členové rodiny se dostávají do období terminálního stádia nemoci a dle situace je na nich, jaké místo smrti budou preferovat. Strategie ošetrovatelské péče např. v Anglii se snaží vyhovět potřebám lidí, kteří umírají, a podporuje umírání v domácím prostředí. V letech 2009 až 2010 byla provedena kvalitativní studie pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 32 pacienty, kteří měli s maligním nádorem slinivky zkušenost. V první části rozhovoru byli respondenti požádáni o sdělení vlastními slovy, co se s nimi dělo od doby objevení prvních příznaků. Jejich odpovědi byly použity pro tvorbu dalších relevantních otázek, jako je například otázka: „Jak se díváte na vaši budoucnost?“ Většina pacientů byla ve fázi rekonvalescence po chirurgickém výkonu, v době aplikace chemoterapie a ve svých odpovědích tato většina nadějně doufala, že přežití bude řádově několik let. Takže i přes ponuru prognózu tyto lidé nemyslí na téma smrti. Pouze osm pacientů dalo jasně najevo, že umírá. Nicméně i pohled těchto osmi lidí dává obraz preferencí o místě umírání a poznatků o tom, proč své názory v průběhu nemoci mění. (Chapple a kolektiv, 2011, s. 4 -5) Domácí model umírání vychází z tradice, že lidé po staletí umírali doma. Jejich prioritou bylo a bude být obklopený svojí rodinou a blízkými. Stejně tak, jako ve zdravotnických zařízeních, tak i v domácím prostředí je péče o umírajícího náročná a je nutné k pacientovi přistupovat s cílem uspokojit jeho potřeby a tím maximalizovat kvalitu života. Z dlouhodobého výzkumu agentury domácí péče sv. Tadeáše na Slovensku, kde základním souborem (214 respondentů) byli všichni zemřelí pacienti z období 9/2005 – 12/2011, bylo 45,8% pacientů s onkologickou diagnózou. Jejich přijetí nejčastěji indikoval ošetřující lékař během hospitalizace a obvodní lékař. Důležitou intervencí sestry agentury domácí péče je zvládnout management bolesti a často dochází k tomu, že pacient po propuštění z nemocnice nemá žádná analgetika ordinovaná i přesto, že bolest udává. Jednalo se o 44,9% pacientů. Je tedy úkolem sestry pracující pro agenturu domácí péče zajistit takovému pacientovi návštěvu lékaře, který analgetika indikuje. Bolest každého pacienta je potřeba vnímat multidisciplinárně a zapojit spolupráci odborného týmu včetně rodiny a pacienta samotného. Další rolí sestry v domácí péči je vnímat psychosociální aspekty, neboť v péči o umírajícího existuje mnoho příčin přechodného strachu a úzkosti. Potřeba profesionální intervence psychologem byla u 30,4% pacientů a 3,3% příbuzných. Výzkum také potvrdil, že čím pozitivněji hodnotil pacient svůj vztah k blízkým, tím menší

zažíval úzkost. Sestra plní jednotlivé ošetrovatelské intervence vycházející z holistického přístupu, kam se řadí i formy duchovní péče a z výzkumu vyplývá, že umírající pacient má spirituální potřeby, jako každý jiný, neboť se duchovní povolával k 63,1% pacientů. Výzkum tedy potvrzuje, že péče o umírajícího vyžaduje potřebu multidisciplinární spolupráce. (Dobříková a Slamková, 2012, s. 21 – 23) Rozhodování o léčebných a ošetrovatelských postupech v závěru života je velmi složitým procesem a často je kladena značná zátěž na ty, kteří musí rozhodnout, jak postupovat dále v případě, že pacient není schopen toto rozhodnutí udělat sám. Lékaři často spoléhají na náhradní rozhodovací pravomoc člena rodiny v závěru života pacienta. Vzhledem k tomu, že rodinní příslušníci tvoří drtivou většinu rozhodovacích pravomocí, cílem výzkumu bylo zhodnotit schopnost rodinných příslušníků správně identifikovat preference pacientů s karcinomem slinivky, pokud jde o rodinné zapojení do rozhodování a prozkoumat vztah mezi pacientem a rozhodujícím. Studie naznačuje, že existuje značný nesoulad mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky, kteří nebyli schopni přesně předpovědět preference pacienta, protože se týkaly celé řady rozhodnutí, včetně těch, které souvisí s možnostmi léčby, kde hledat péči a jejího předběžného plánování. (Sharma a kolektiv, 2011, s. 885) Kondo a kolektiv píše o japonské analýze faktorů spojených s druhem léčby a péčí v závěru života a místa, kde pacient zemře. Jednalo se o studii 433 pacientů s rakovinou slinivky z období 4/2008 až 4/2011. Výběr místa, kde chce pacient zemřít je jedním z velmi důležitých faktorů rozhodování v terminální fázi onemocnění a je pro pacienta s rakovinou ovlivňován několika faktory – nemocí samotnou, demografickými a personálními faktory, sociální podporou a v neposlední řadě vztahem nemocného s ošetřujícím personálem. Stále složitější se jeví volba, jakou cestou léčby se nemocný vydá. Zejména použití doplňkové a alternativní medicíny je úzce spojeno s místem, kde nakonec pacient zemře. Z celkového počtu pacientů jich 147 umírá na odděleních paliativní péče, 229 v nemocnici a pouze 57 v domácím prostředí. (Kondo a kolektiv, 2014, s. 1) Výsledkem jiné studie hodnotící využití hospicové péče ve spojení s péčí tzv. agresivní, se srovnává péče v závěru života v souvislosti se stadiem tumoru, operabilitou, možnostmi resekcího zákroku u pacientů s rakovinou slinivky. Výsledky ukazují, že pacienti s resekovatelným nádorem slinivky využívají hospicové péče méně, než pacienti u kterých resekce provedena nebyla a je u nich vyšší pravděpodobnost využití intenzivní nemocniční péče v posledních měsících života. Sheffield a kolektiv jsou názoru, že je nutno poukazovat na výhody hospicové péče, ke které je dobré přejít z kurativní péče ve vhodnou dobu, neboť přináší pacientům vyšší kvalitu života v jejich závěru a snižuje náklady na zbytečnou agresivní péči v nemocnicích. (Sheffield a kolektiv, 2011, s. 5008 – 5009)

2.1.2 Potřeby a podpora pečující rodiny a pozůstalých

Rodinným příslušníkům, kteří pečují o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním v domácím prostředí, hrozí zhoršení jejich psychických a fyzických sil, protože péče o umírajícího nemocného je velmi stresující. (Walsh a kolektiv, 2007, s. 142) Machová zastává názor, že spolupráce s příbuznými bývá ve zdravotnických zařízeních problematická, zejména oblast komunikace mezi zdravotnickým personálem, pacientem a rodinou zůstává v pozadí a zcela opomíjenou oblastí je emocionální podpora rodiny po smrti jejich blízkého. Za nejlepší variantu péče o terminálně nemocného považuje hospicovou péči, domácí i lůžkovou. (Machová, 2013, s. 24) Bužgová, Macháčková a Pražáková ve svém výzkumu týkajícího se zjištění potřeb rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v souvislosti s kvalitou jejich života, zastávají názor, že předmětem intervencí by se měly stát zjištěné, nedostatečně saturované potřeby. Výzkumným souborem bylo 62 rodinných příslušníků (37 pečovalo o terminálně nemocného v domácím prostředí a 25 bylo rodinných příslušníků klientů hospice). Nejdůležitější potřebou pečujících je ujištění, že nemocnému je poskytnuta kvalitní péče, dále pak cítit naději, mít dostatečné množství informací a potřeba přijetí od zdravotníků. Nedostatečně saturovanou potřebou je právě ona naděje, informovanost o symptomech nemoci a emocionální podpora. Při srovnání hodnot bylo výsledkem horší hodnocení kvality života pečujících o nemocného doma ve srovnání s rodinnými příslušníky klientů hospice. Tolik, kolik podpory se dostane pečujícím, se projeví na jejich schopnosti se o nemocného člena rodiny dobře postarat, neboť pečovatelé nejsou jen zdrojem podpory pro pacienta, ale lidmi, kteří péči také potřebují. Ke zkvalitnění poskytované péče tedy vede soustředění se na nenaplněné potřeby. (Bužgová, Macháčková a Pražáková, 2012, s. 30,35-36) Sherman, McGuire a Cheon zastávají názor, že vysoké symptomatické zatížení nádoru slinivky, které spolu s rychle se rozvíjejícím fatálním průběhem diagnózy, nedává čas na adaptaci ani nemocnému ani osobám pečujícím. Během tohoto stlačeného časového rámce, zažívají pečovatelé nejistotu, hněv, deprese, úzkost, vyčerpání, smutek a zároveň se obávají o genetické zatížení vůči chorobě, jak vlastní, tak ostatních členů rodiny. Pečovatelé v rodině poskytují pacientům širokou škálu pomoci, která zahrnuje čas a logistiku, fyzickou a emocionální péči, finanční náklady a to vše vede k takovému vytížení pečovatelů samotných, že výsledkem je zanedbávání potřeb vlastních, vyčerpání, psychické problémy a jiné. Pilotní studie založená na negativních a pozitivních aspektech poskytování péče o nově diagnostikované pacienty s karcinomem slinivky byla provedená v USA. Data byla shromažďována po dobu tří měsíců pouze při diagnostice a terapii. Studie se zaměřuje na zvládnutí pečovatelské role, symptomatologii a kvalitu života pečovatelů. Výsledky studie

se vyrovnávají s doporučeními vymezenými Národním institutem pro výzkum paliativního ošetřovatelství obsahující koncepční rámec a smíšené metody přístupu k prozkoumání zkušeností pečovatелů. Kvalitativní data naznačují, že existuje několik naléhavých potřeb pečovatелů o pacienty s pokročilým karcinomem slinivky a jsou potenciálně klinicky odůvodnitelné. Některými z nich jsou potřeba mít kolem sebe zdravotnický personál, který bude otevřený k poskytování informací o progresi symptomů, přínosů a rizik z léčby, fyzických změnách, kterým se nemocný nevyhne v rámci symptomatologie karcinomu slinivky, dále pak potřeba mít někoho, kdo by byl nápomocen směřovat pečovatele v systému zdravotní péče a být mu informátorem a pomocníkem v poradenství. Neposledním požadavkem na zdravotní personál je poskytnutí příležitosti zabývat se emocionální stránkou pečovatele, mít někoho, komu se mohou svěřit se svými obavami, pocity a zármutkem. Někoho, kdo by je byl schopen připravit na ztrátu blízkého člověka a naučil by je, umírajícím poskytnout důstojné umírání. Výsledky tohoto výzkumu by mohly pomáhat zdravotnickému personálu v rozvoji různých modelů péče a tvorbě intervencí na podporu pečovatелů o pacienty s karcinomem slinivky. (Sherman, McGuire a Cheon, 2014, s. 385, 396 - 397)

Kisvetrová se ve své průřezové studii zabývá zjištěním, zda sestry využívají aktivity na podporu rodinných příslušníků v rámci intervencí (NIC) a zda je považují za realizovatelné v současné české ošetrvatelské praxi. Aktivitami zaměřujícími se nejen na podporu umírajícího pacienta, ale i na podporu rodinných příslušníků jsou podle Kisvetrové:

„• *podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta*

- *respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči*
- *usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu*
- *zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech*
- *podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti*
- *podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku* „ (Kisvetrová, 2014, s. 29)

Do studie bylo zahrnuto 468 sester z hospiců, onkologických a geriatrických oddělení, léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů pro seniory a agentur domácí péče. Z výsledků vyplývá, že nejčastější aktivitou sester zaměřenou na podporu rodinných příslušníků byla podpora snahy rodiny zůstat u lůžka pacienta a celkově častěji byly realizovány aktivity zejména sestrami z hospiců. Významnou součástí ošetrvatelské péče o umírající je i podpora rodiny. Zároveň je i součástí obecné paliativní péče poskytované v rámci kompetencí každé zdravotní sestry na všech pracovištích, kde se pečuje o umírajícího pacienta. Sestra tak může mít pozitivní vliv na kvalitu závěru života pacientů i proces truchlení členů rodiny. (Kisvetrová, 2014, s. 28-29, 34) V komplexním holistickém pojetí paliativní péče je nutno

brát na zřetel i péči o pozůstalé. Alexandrová a kolektiv z klinické zkušenosti hospice sv. Josefa v Rajhradě u Brna, uvádí, že pozůstalí trpí často dojmy bezmocnosti a zoufalstvím, prožívají pocity viny, po kterých nastupuje deprese často doprovázená somatickými obtížemi. Dále zastává názor, že člověk v náročné životní situaci zůstává i nadále člověkem a jestliže je zdárně navázán vztah mezi ním a ošetrovatelským týmem již ve fázi péče o umírajícího, umožňuje tento vztah podložený důvěrou lépe přijímat podporu. Ta je pozůstalým poskytována formou sociálního poradenství (orientace v sociálních zákonech a službách, postup po úmrtí), dále psychologickým poradenstvím a psychoterapií (podpora v procesu truchlení, obnovení životních hodnot, vztahů a smyslu života), somatickou pomocí a specifickou farmakoterapií, duchovní péčí a v neposlední řadě internetovým poradenstvím. (Alexandrová a kolektiv, 2009, s. 32 – 34) Internet poskytuje přístup ke zdravotním informacím a podporu společnosti s podobnými zkušenostmi s onemocněním. Webové stránky nemocnice Johna Hopkinse v USA (<http://pathology.jhu.edu/pancreas/>) byly zahájeny v roce 1995 a zabývají se informacemi pro nemocné, jejich rodiny a zdravotnickou část populace, tedy odborníky. Poskytovanými informacemi v sekci edukace pacienta, jsou možnosti léčby, výzkumy, typy nádorů slinivky, genetika, familiární výskyt nádorů slinivky, role a přístup jednotlivých klinik, různé události a bibliografie. Od roku 1996 zde pro uživatele existuje i tzv. Chat Room – místo, kde si uživatelé sdělují své zkušenosti a vzájemně se dotazují a odpovídají on-line. V roce 1999 byly tyto webové stránky rozšířeny o modul často kladených otázek, který obsahuje text, ilustrace a obrázky a hlavními tématy jsou běžná pankreatická anatomie a fyziologie, definice nemoci, rizika, příznaky, diagnostika a staging, chirurgické možnosti léčby, nové léčebné postupy, vakcinace a informace o dietě a cvičení. To vše v rámci edukačního programu pro uživatele. Studie z roku 2005 zjistila nárůst počtu uživatelů o 17%. Při bližším zkoumání se zjistilo, že narostl zájem o otázky týkající se prognózy a možností paliativní péče, které v té době do modulu zahrnuté nebyly. Z toho plyne, že je třeba dbát z pohledu zdravotníků i o záležitosti spojené s umíráním a smrtí, prožívání ztráty blízké osoby a prožitku truchlení. Toto zjištění podporuje potřebu přidávat informace o těchto tématech. (Coleman a kolektiv, 2005, s. 460-463, 467)

Umírání a smrt jsou odjakživa oblastí zájmu člověka a přístupy k nim jsou podmíněny kulturou a historií. Lidé se vždy snažili pochopit, co smrt znamená pro ně samotné i pro společnost, ve které žijí. Smrt byla a je ukončením života, nenávratnou ztrátou a definitivním koncem. Člověk se s vlastní smrtí nedokáže smířit, ale mluvit o ní je zejména s blízcím se koncem velmi důležité. Je proto nevyhnutelné znát základní potřeby umírajících

a na tom základě jim můžeme účinně pomoci zachovat nejvyšší možnou kvalitu života a důstojnost při umírání. (Sušinková, 2009, s. 26-27)

2.1.3 Problematika psychické oblasti prožívání nemoci

Pokud pacient onemocní onkologickou diagnózou, může pro něj tato situace představovat možnou katastrofu. Je v konfliktu s pocitem vlastní smrtelnosti, což téměř pro každého představuje akutní psychický stres. Psychické potíže jsou v kontextu se závažností, stádiem a terapií onkologického onemocnění. Duševní stav je v terminální fázi nemoci ovlivněn medikací, metabolickým stavem, metastázemi, hormony a ostatními faktory. Stejně tak příznaky nemoci, jako jsou bolest, dušnost, nauzea, zvracení, ztráta chuti k jídlu, ztráta hybnosti, slabost a sekundární příznaky způsobené léčbou, ovlivňují průběh procesu umírání a mohou vyvolávat sekundární úzkost, bezmoc, skleslost, depresivní ladění, nebo anticipační smutek. Psychologické potíže mají u pacienta vliv na jeho schopnost se z něčeho těšit, kvalitu života, zvyšují intenzitu bolesti, snižují pacientovu způsobilost emočně se rozloučit a vyslovit sbohem a jsou důvodem trápení rodiny. (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 12)

Spolehlivost všech údajů o výskytu deprese u pacientů s rakovinou je velmi závislá na vhodném výběru nástroje posouzení. Ten musí být vhodný pro diferenciaci mezi depresí a „normální“ psychologickou úzkostí pacientů vyrovnávajících se s onkologickou diagnózou. Stanovení deprese u pacientů s onkologickým onemocněním vyžaduje zvláštní úsilí, protože somatické symptomy deprese, jako je únava, nechutenství a hubnutí, jsou poměrně častými symptomy malignity. Proto se klade důraz na hodnocení psychologických a kognitivních příznaků, jako je beznaděj, ztráta ambicí a sebevražedné sklony. (Mayr a Schmid, 2010, s. 2) V průběhu onkologického onemocnění, prochází nemocný několika fázemi, ve kterých je možné rozlišit normální a maladaptivní psychické reakce. Zvýšeně úzkostný bývá pacient při objevení prvních symptomů. V období stanovení diagnózy jsou typickými pocity zlost, nepřátelství, popírání a šok, přechodné úzkostné projevy a depresivní nálady. V době léčby je pacient ve střetu s realitou omezené doby života a nevyhnutelné smrti. Do existenciálního dilematu se vměšují obavy z bolesti, samoty, ztráty kontroly, závislosti, kontaktu s blízkými a z procesu umírání. Většina pacientů má potíže s akceptací smrti a má z ní samozřejmě obavy. V období po léčbě nastupuje u pacientů normální reakce přiměřené úzkosti, deprese a strachu z recidivy, která pacienty směřuje ke zvýšenému stresu a zklamání a pacienti ji prožívají intenzivněji než v diagnostickém období. V terminálním období pacienti reagují strachem z opuštění a ztráty, z nejistoty, z bolesti, z nedokončených úkolů, z neznámého a strachem z toho, co přijde po smrti. Maladaptivní reakcí v jednotlivých

fázích nemoci jsou popření diagnózy, odmítnutí léčby, odkládání chirurgického řešení a těžká reaktivní deprese a akutní deliria. (Raudenská, 2011, s. 245) Schmidtová se zabývá vlivem onkologického onemocnění na psychickou oblast prožívání pacienta. Onkologická diagnóza je velmi extrémní fyzickou, ale i psychickou zátěží, nejen pro pacienta samotného, ale i pro jeho blízké. Je příčinou vzniku psychických poruch, z nichž nejčastější jsou deprese a úzkost. Zároveň záleží na druhu nádoru a karcinom slinivky je jedním z nádorů s vyšším výskytem úzkostí a depresí. Sestra hraje velmi důležitou roli v posouzení stavu psychiky u onkologického pacienta a pravidelně hodnotí psychickou tíseň pomocí hodnotících škál. Pokud rozpozná, že pacient potřebuje péči psychologa, neprodleně o tom informuje lékaře a pacientovi je tato péče poskytnuta, neboť péče o onkologického pacienta vyžaduje komplexní přístup celého zdravotnického týmu. Sestra k posouzení stavu psychiky používá některých hodnotících škál, jako jsou například Beckova škála – BDI nebo Zungova škála – ZSDS (příloha č. 1). K posouzení úzkosti pak slouží Hamiltonova škála - HAM-A (příloha č. 2). Společnou posuzovací stupnicí je pak 34položková škála Brief Patient Health Questionnaire (příloha č. 3). Ta se však jeví jako velmi dlouhá, vyčerpávající a náročná k posouzení každého onkologického pacienta. Jednoduchou a rychlou metodou je Distress Thermometer (příloha č. 4), která podobně jako vizuální škála k posouzení intenzity bolesti používá číselnou řadu. (Schmidtová, 2012, s. 16 - 18) Stejně tak Torgeson a Wiebe uvádí, že tato škála jednoduše pomáhá k rozpoznání zvýšené úzkosti a je tedy screeningovým nástrojem k dřívější detekci a diagnóze skutečných depresí nebo úzkostných poruch, takže pacienti mohou mít přístup k odpovídající péči co nejdříve. Pacienti s karcinomem slinivky jsou v ohrožení vzniku depresí v měřítku 33% až 70% a výskyt sebevraždy je 11krát vyšší. (Torgeson a Wiebe, 2013, s. 4) Stejného názoru je i Turaga a kolektiv, kteří ve studii z roku 2010 uvádí, že pacienti s karcinomem slinivky z let 1995 - 2005, mají až 11 krát vyšší riziko sebevraždy. Častěji se to týká mužského pohlaví a zejména těch, kteří podstoupili chirurgický zásah a byli v časném pooperačním období. Méně se riziko vyskytuje u ženatých mužů. Protože je sebevražda úzce spojená s výskytem deprese, její riziko se zvyšuje 33 - 50% výskytem depresí. Ovšem přesný důvod pro vyšší počet sebevražd u pacientů s rakovinou slinivky, zůstává předmětem šetření i přesto, že ho částečně vysvětluje výskyt chronických bolestí a sociální odmítání hodnotového systému. Významným zjištěním studie bylo úzké spojení sebevražd s operačním zásahem. Tendenci k sebevraždě měli pacienti v prvních dvou měsících po operaci. Tato informace může být přínosná zejména v intervencích pooperační péče a rozhodně si zasluhuje větší pozornost. (Turaga a kolektiv, 2010, s. 642 – 643, 645) V průřezové studii v letech 1987 – 2002 v onkologickém centru Johna Hopkinse bylo

z celkového vzorku 8053 pacientů, 304 pacientů s karcinomem slinivky. A nejpozoruhodnějším poznatkem byl rozdíl výskytu zvýšené úzkosti u 28,8% pacientů s karcinomem slinivky oproti 18,5% pacientů s jiným onkologickým onemocněním. Pacienti s karcinomem slinivky představují druhou nejvyšší míru úzkosti ve srovnání se všemi ostatními skupinami onkologických pacientů. Dále je zde zdůraznění důležitosti rutinního psychosociálního screeningu v onkologické péči a dostupnosti řady podpůrných služeb, včetně poradenství, paliativní péče a psychofarmakologie, neboť pacienti s karcinomem slinivky jsou zvláště citliví na rozvoj úzkostí, právě kvůli špatné prognóze a rychle se zhoršujícím mechanismům metabolismu. (Clark a kolektiv, 2010, s. 1318)

2.2 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM SLINIVKY BŘIŠNÍ

Brzkými příznaky, vyskytujícími se již 6 - 24 měsíců před specifickými symptomy karcinomu slinivky tedy bolestí a žloutenkou, mohou být porucha příjmu potravy, časný pocit sytosti, celková tělesná slabost, poruchy chuti, diabetes mellitus, pankreatitida, psychické poruchy, kožní změny a tromboflebitida. Bolesti břicha, úbytek na váze a žloutenka jsou nejčastější počáteční stížnosti pacienta, které by mohly mít s rakovinou slinivky souvislost. Včasná diagnóza nádoru slinivky výrazně zvyšuje šanci na přežití, proto jsou znalosti těchto symptomů pro sestru důležité. K pomoci identifikace pacientů se zvýšeným rizikem byl vyvinut algoritmus brzkých symptomů rakoviny slinivky a ten může být v klinickém použití užitečný sestře právě k poskytnutí informací o plánování následujících vyšetření nezbytných k určení diagnózy. Začlenění těchto informací do praxe založené na důkazech poskytuje rámec pro zdravotní sestry zasáhnout v případě potřeby. (Halls a Ward-Smith, 2007, s. 245 – 247) Onemocnění slinivky nádorem a její léčba samotná může způsobit mnoho fyzických a emocionálních problémů. Kontrola bolesti a dalších symptomů, jasná a efektivní komunikace a řešení psychosociálních potřeb, jsou pilíře paliativní péče. Ta je vzhledem k nízké relativní míře přežití tohoto onemocnění nabízena po stanovení diagnózy. Erdek, King a Ellsworth řadí mezi zatěžující příznaky rakoviny slinivky břišní bolest, ztrátu hmotnosti, malabsorpci, nevolnost, zvracení, svědění a žloutenku, žilní trombembolii, depresi, úzkost a obstrukci žlučových cest. (Erdek, King a Ellsworth, 2013, s. 269)

2.2.1 Bolest

Zacharová bolest považuje za jeden z nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění. Celkové zvládnutí bolesti a její léčbu velmi úzce spojuje s úspěchem léčby a zároveň se schopností pacientovy adaptace na situaci nádorového onemocnění. Na prožívání včetně vnímání intenzity bolesti mají velký vliv úzkost a strach, únava, frustrace a maladaptace nemocného. Terapie bolesti je zahrnuta v komplexním onkologickém přístupu a dělí se na léčbu kauzální a symptomatickou. Významnou úlohu pak v problematice bolesti hraje zdravotní sestra, která má za úkol bolest správně monitorovat s následnou kvalitní ošetrovatelskou péčí. (Zacharová, 2014, s. 45) Bolest při nádoru slinivky je častým a zároveň vysilujícím symptomem onemocnění. Důvodem je bohatá inervace tohoto orgánu a velmi často obstrukce vývodných pankreatických cest. Její nejčastější lokalizací je epigastrium s iradiací do zad a průběh je velice rozmanitý, neexistuje jednoznačný charakteristický model.

Nemocný může bolest vnímat jako střídající se epizody s obdobím klidu, nebo se často stává chronickou až kontinuální a i přesto nejsou výjimkou její exacerbace. V terminálním stádiu nemoci může jít o i tzv. burn out fenomén, kdy se intenzita bolesti spontánně zmírňuje a může dokonce vyhasnout úplně. (Bojková a kolektiv, 2014, s. 205 - 206) Hameed M., Hameed H. a Erdek popisují bolest u karcinomu pankreatu s původem viscerálním, somatickým nebo neuropatickým. Uvádí, že bolest vzniká na podkladě poškození tkáně, zánětu, duktální obstrukce a infiltrace nádorem. A zmiňují, že další typy bolestí mohou vzniknout v důsledku léčebných zákroků, jako je např. post – chemoradiační syndrom, způsobující mukositudu a enteritidu. Většina pacientů s rakovinou slinivky má bolesti až v době diagnostiky tohoto onemocnění, což je s ohledem na agresivní povahu nemoci časově nežádoucí. (Hameed M., Hameed H. a Erdek 2011, s. 43) Úspěšná léčba bolesti spojená s rakovinou slinivky břišní začíná získáním komplexních informací, tedy anamnézou a fyzikálním vyšetřením. Sestra získává dostatečné informace o formě a intenzitě bolesti. Následuje stanovení diagnózy, cílů a intervencí. Věnuje pozornost lokalizaci, šíření a časovému průběhu bolesti. Sleduje vyvolávající faktory a souvislosti vzniku bolesti. Individuálně dle standardů ošetrovatelské péče bolest hodnotí. Při měření intenzity používá nástrojů, kterým pacient rozumí. Úzce spolupracuje s lékařem v rámci týmové spolupráce. Pacienta komunikačně podporuje a edukuje rodinu v oblasti péče o pacienta s trvajícím bolestí. Vedle monitorace bolesti zdravotní sestra poskytuje i účinnou psychickou podporu. (Zacharová, 2014, s. 45)

Optimální léčba bolestí slinivky břišní vyžaduje globální přístup k pacientovi s důrazem na mnoho složitých mechanismů odpovědných za vznik bolesti, její intenzity a kvality života ovlivňované následným, včasným a rozumným přístupem multidisciplinárního modelu péče o pacienta. (Hameed M., Hameed H. a Erdek, 2011, s. 57) Hodnocení nádorové bolesti probíhá pomocí subjektivních metod měření intenzity spolehlivými škálami, jako jsou například: číselná stupnice bolesti NRS¹, verbální stupnice bolesti VRS nebo vizuální analogová škála VAS:

- NRS¹ – Numerical Rating Scale - číselná stupnice, obvykle od 0 do 10 (NRS-11) nebo 1-10 (NRS-10), kdy pacient označuje intenzitu bolesti číslicí 0 tedy žádná bolest až 10, což znamená nejhorší bolest
- VRS – Verbal Rating Scale - slovní hodnocení bolesti v šesti kategoriích a sice „žádná, mírná, střední, silná, extrémní a nejintenzivnější bolest“
- VAS – Visual Analogue Scale - vizuální analogová stupnice, pacient značí bolest na přímce mezi údaji „ žádná a nejintenzivnější bolest“ zpravidla čísla 10, 20, 30 ... nebo jen značí, kde se bolest vyskytuje. (Hjermstad a kolektiv, 2011, s. 1093)

Studie založená na údajích od 240 pacientů s nádorovou bolestí, porovnává hodnotící škály NRS¹ a VRS z hlediska jejich psychometrických vlastností. Brunelli a kolektiv dospěli k závěru, že NRS¹ má vyšší rozlišení, nabízí pacientům širší rozsah, což pro pacienty znamená vyšší citlivost, dále tato škála vykazuje vyšší reprodukovatelnost při měření exacerbací bolesti, zatímco podobně na tom škály byly, co se týče hodnocení pozadí bolesti. (Brunelli a kolektiv, 2010, s. 1, 6-7) Bojková a kolektiv do léčby bolesti vzniklé karcinomem slinivky zahrnují mnohé lékařské a ošetřovatelské intervence a její řízení považuje za velmi náročné. V první řadě se zjišťuje správnost diagnózy, dále se hledají specificky léčitelné komplikace karcinomu, nastolují se režimová opatření a farmakoterapie. Abstinence od kouření, alkoholu, užívání analgetik a přídatných prostředků jsou samozřejmostí, zkouší se endoskopická a chirurgická léčba. (Bojková a kolektiv, 2014, s. 210)

2.2.2 Problematika malnutrice

Vzhledem k tomu, že slinivka hraje klíčovou roli v produkci trávicích enzymů, má významnou úlohu v metabolismu živin. Mnoho pacientů s rakovinou slinivky břišní zažívá extrémní úbytek hmotnosti v době diagnózy často vzhledem k poklesu příjmu potravy. Ten vyplývá z mnoha příznaků tohoto onemocnění včetně bolesti nebo nevolnosti při jídle, krátce po jídle, úzkosti a deprese. Ferrucci a kolektiv sledovali ztráty na hmotnosti na 20 pacientech s nerezekabilním karcinomem, kteří nebyli léčeni chemoterapií ani zářením. Ve výsledcích prokazuje průměrnou ztrátu 15% celkové hmotnosti v době diagnózy. Tato ztráta pokračuje tak, že v době úmrtí pacienta vzrůstá až na 25% a vyznačuje se úbytkem, zejména kosterního svalstva a tuku. (Ferruci a kolektiv, 2011, s. 1 a 4) Úbytek hmotnosti a kachexie jsou běžné i u pacientů po chirurgickém zásahu na slinivce. Pooperačně je náprava úbytku hmotnosti pouze minimální. Příčinou obtížnosti znovunabytí hmotnosti jsou progresse karcinomu a pankreatická nedostatečnost. (Keim a kolektiv, 2009, s. 792) Stejně tak Gupta a Ihmaidat uvádí, že rakovina slinivky břišní má hluboký dopad na stav výživy jednotlivců a ti ztrácí hmotnost právě v době diagnózy onemocnění. Tato skutečnost má klinický význam, neboť je dobře známo, že u pacientů se ztrátou hmotnosti je vyšší morbidita a mortalita, než u pacientů bez úbytku. Malnutrice také narušuje metabolismus kosterního svalstva a mění jeho funkci, redukuje srdeční svalovinu a její kontraktilitu, narušuje funkci dýchacích svalů a je příčinou svalové atrofie střev a dysfunkce imunitního systému, dále i zhoršeného průběhu hojení ran. To vše má za následek zvýšenou náchylnost k pooperačním komplikacím. Dále Gupta a Ihmaidat popisují specifické nežádoucí nutriční účinky výživy, kdy se BMI výrazně snižuje, a to jak v době diagnózy, tak těsně před smrtí a zdůrazňují nutnost terapeutické

intervence pro zmírnění nádorové kachexie v časném průběhu onemocnění. (Gupta a Ihmaidat, 2003, s. 634 - 636) Pelzer a kolektiv hodnotí karcinom slinivky jako vysoce agresivní, chemorezistentní, vyznačující se tvorbou předčasných metastáz a rozsáhlou invazí do okolí, což je spojeno s kachexií. Pacienti kromě mnoha příznaků trpí neschopností přijímat potravu, změnami chuti krátce po jídle, únavou, malabsorpcí a špatným trávením, tedy anorexií. (Pelzer a kolektiv, 2010, s. 1) Kombinace těchto příznaků je obvykle nazývána syndromem nádorové kachexie - anorexie a je považována za nezávislého ukazatele mortality a slabé terapeutické odpovědi. Torgeson a Wiebe popisují tento syndrom jako ztrátu chuti k jídlu, časnou sytost, nadýmání, změnu chuti a vůně a změnu v množství příjmu potravy. Kachexie je klasicky definovaná jako nedobrovolná ztráta hmotnosti. Je pozorována u 80 % pacientů s karcinomem pankreatu v době diagnózy. Ztráta hmotnosti a úbytku svalové hmoty je výsledkem nevhodně zrychleného katabolismu se systémovým zánětem. Vede k funkčnímu poškození se sníženou kvalitou života. Smrt je téměř nevyhnutelná, když pacient ztrácí přibližně 30 % hmotnosti. Zaměření péče o pacienty spočívá ve zvýšeném perorálním příjmu vysokokalorických potravin bohatých na bílkoviny. U některých pacientů může hubnutí a nutriční stav stabilizovat parenterální výživa, kterou je možno aplikovat i v domácím prostředí. (Torgeson a Wiebe, 2013, s. 3) Hrnčiariková a kolektiv uvádí až 20% úmrtí onkologických pacientů na kachexii, jako příčinu smrti. Popisuje kachexii jako primární, kdy pacient je schopen jíst a pokles perorálního příjmu nebo snížená resorbce nevysvětlují zhoršený nutriční stav a sekundární, kdy dochází k postižení trávicího traktu nádorem či léčbou a pacient není schopen jíst nebo je perorální příjem nedostačující. Pak podpora nutriční nabývá na efektivitě. (Hrnčiariková a kolektiv, 2007, s. 512)

Dle WHO, termín podvýživa zahrnuje pacienty s BMI < 18,5 kg / m². Ovšem pacienti s BMI vyšším, ale v nedávné době prodávající významné hubnutí, jsou také v ohrožení podvýživy a to, jak tvrdí Ockenga a Valentini, bývá často opomíjeno. Dále uvádí, že podvýživa je stanovená v době, kdy pacient ztrácí více jak 10% skutečné hmotnosti za posledních 6 měsíců, nebo více jak 5% za poslední 3 měsíce, nebo má BMI < 18,5 kg/m². Proto, jak píší, je velmi důležité provádět u všech pacientů s nádorovým onemocněním primární posouzení stavu výživy a příjmu energie již na počátku onemocnění a kladou důraz na měření hmotnosti v pravidelných intervalech, což spadá pod rámec kompetencí ošetřovatelského personálu. (Ockenga a Valentini, 2005, s. 583) I Lisová je názoru, že velký vliv na prognózu a kvalitu života nemocného, má včasná nutriční intervence. Zdravotní sestra je pečlivá v hodnocení nutričního stavu, sehrává významnou roli ve zjištění přítomnosti a závažnosti malnutrice, sledování nutričního příjmu během hospitalizace a tím úzce

spolupracuje s nutričním terapeutem a lékařem. Nutriční intervence se účastní také ve chvíli, kdy je indikovaná výživa enterální či parenterální cestou, kdy asistuje při zavedení cévního vstupu a následně sleduje možné komplikace. (Lisová, 2007, s. 10) Úlohou sestry při zjištění nutričního stavu je práce se screeningovým dotazníkem. ESPEN – Evropská společnost pro parenterální a enterální výživu doporučuje dva jednoduché a ověřené dotazníky: čtyř otázkový nutriční dotazník NRS² a pěti otázkový MUST (příloha č. 5), původně mířené do ambulantní péče. Ockenga a Valentini zastávají názor, že jejich výhodou je jednoduchá využitelnost bez vysokých nároků zkušeností a technického vybavení. (Ockenga a Valentini, 2005, s. 586) Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces prováděný zdravotní sestrou v rámci zjišťování nutričního rizika při přijetí pacienta k hospitalizaci. Nemocnice a jiné zdravotnické organizace mají konkrétní protokoly pro identifikaci pacientů s rizikem, což vede k plánování nutriční péče. Účelem screeningu je předpovědět pravděpodobnost horších, či lepších výsledků ovlivňovaných nutričními faktory, a zdali může nutriční léčba tyto výsledky ovlivnit. Nástroje screeningu jsou navrženy tak, aby detekovaly nedostatky v příjmu bílkovin a energie, nebo aby předpovídaly, je-li pravděpodobnost rozvoje, či zhoršení malnutrice u pacienta za současných či budoucích podmínek. NRS² je určen hospitalizovaným dospělým pacientům a skládá ze čtyř zásadních otázek:

- Zjištění aktuálního stavu výživy výpočtem BMI
- Zjištění, jaká je historie úbytku na váze. Významná je > 5% nedobrovolná ztráta hmotnosti v posledních 3 měsících. Informace se získává z rozhovoru s pacientem, či z předchozích měření zaznamenaných v dokumentaci.
- Zjištění, zda-li se bude stav zhoršovat, a sice položením otázky o kolik a jak dlouho trvalo snížení příjmu potravy v době před provedením screeningu.
- Zjištění vážného onemocnění. Kromě snížené chuti k jídlu může projev nemoci zvýšit nutriční požadavky v důsledku stresu metabolismu vlivem těžkého onemocnění, což nutriční stav zhorší rychleji.

Otázky 1 – 3 jsou součástí každého screeningového dotazníku, zatímco otázka 4 je mířena hlavně do nemocničního prostředí. Ve zjišťování odpovědí je každé otázce přiřazen bod, čímž je umožněna kvantifikace míry rizika a umožněn odkaz na definovaný postup nutriční intervence. (Kondrup a kolektiv, 2003, s. 415 - 417) Lisová píše o významu úlohy sestry sledovat množství přijímané potravy. O takovém příjmu nestačí mít pouze dojem, ale pečlivý záznam v dokumentaci, aby nutriční terapeut mohl spočítat energetický a proteinový přísun, který pacient dostává. Takové sledování je možné i u ambulantních pacientů, je-li nemocný nebo doprovod schopen spolupráce. Indikace k případné intervenci a její formě pak rozhodne

lékař na základě zjištěných údajů a celkového klinického a nutričního stavu. (Lisová, 2007, s. 10 – 11)

U pacientů v případě chirurgického zásahu, a sice resekce pankreatu včetně částečné resekce žaludku se také provádí nahrazení vitamínu B12 intramuskulární injekcí, neboť jeho nedostatek vzniká v důsledku nedostatku vnitřního faktoru. (Keim a kolektiv, 2009, s. 792) Mezi druhy nutriční podpory se řadí podle Hrnčiarikové a kolektivu dietní opatření, enterální výživa, sipping, výživa sondou a perkutánní gastrostomií a parenterální výživa. (Hrnčiariková a kolektiv, 2007, s. 512) Perorální příjem je nejpřirozenější technikou zajištění výživy pacienta a sestra pacienta nejenom podporuje, ale zároveň hledá možnosti různých potravin a jejich úpravy za účelem zvýšení stravitelnosti. K popíjení tekuté enterální výživy je tzv. sipping, který se podává za využití různých chuťových variant. Důležité je dokumentování sestrou o zkonsumovaném množství a toleranci jednotlivých přípravků a v neposlední řadě správná komunikace s pacientem a psychologická podpora. Pokud není možný perorální příjem výživy, na řadu přichází indikace enterální výživy nazogastrickou sondou, nebo gastrostomií či jejunostomií a to za předpokladu dlouhodobější potřeby než je 8 týdnů. Tady sehrává sestra důležitou roli v péči o sondu či stomii, v plnění ordinace lékaře, zároveň je nutné sledovat a dokumentovat případné komplikace související s jejím zavedením. Pokud není možná enterální cesta výživy, podává se pacientům výživa cestou parenterální ve formě vaků al-in-one. Sestra tedy zavádí periferní žilní katetr, nebo asistuje při zavedení centrálního katetru a její úloha je zde tedy velmi komplexní. V domácím prostředí je možné rovněž zavést nutriční podporu, zde je však podmínkou prognóza přežití nemocného delší jak 6 měsíců a vytvoření podmínek k poskytnutí intervence bez vzniku komplikací. Zde se role sestry uplatňuje zejména v oblasti edukace. (Lisová 2007, s. 12)

V prospektivní pilotní studii z období 10/2006 – 3/2007 se Nagata a kolektiv zaměřují na identifikaci pooperačního nutričního režimu, porovnání klinických výsledků nutričního stavu a stavu imunity dvou způsobů pooperační výživy u pacientů po pankreatikoduodenektomii, a sice enterální a enterální v kombinaci s parenterální výživou. V současné době se porovnávají výhody a nevýhody enterální výživy s parenterální a jak Nagata a kolektiv uvádí, komplikace infekce vyvolané katetrem jsou častější při parenterální výživě, což bývá přičítáno také hyperglykémii a kalorickému přetížení a nutná je tedy terapie inzulinem. Enterální výživu popisuje jako bezpečnější a levnější, nicméně její pooperační podávání je spojeno s komplikacemi, jako jsou průjem, břišní distenze a křeče. Studie byla zaměřena na dvě skupiny pacientů, z nichž všichni dostávali v pooperačním období enterální výživu a u 9 z nich byla enterální výživa kombinovaná ještě parenterální.

Energetický příjem byl u obou skupin podobný. Všichni byli vybaveni jejunostomií, centrálním venózním katetrem, močovým katetrem a drenážním systémem žlučových cest. Ve studii došli k závěru, že podávání kombinace výživy může být stejně prospěšná, jako standartní enterální metoda pro zajištění správného dokončení pooperační výživy. Pankreatoduedenektomie je spojena s vysokým výskytem pooperačních komplikací a pohybuje se v rozmezí 35% až 50%. Většina pacientů představuje významný úbytek hmotnosti v důsledku anorexie a malabsorbce a mohou projít obdobím neadekvátního perorálního příjmu až po dobu 10 dnů po operaci. (Nagata a kolektiv, 2009, s. 1 - 3)

Malnutrice je pozorovaná u 80 % pacientů s pokročilým karcinomem slinivky. Léčebné postupy zahrnující kombinace chemoterapeutik, radioterapie a chirurgické cesty napomáhají vzniku akutních a chronických příznaků, které pacienta omezí v příjmu potravy a tím vyvíjí hluboký dopad na nutriční stav. V důsledku toho je identifikace a léčba malnutrice v časném průběhu pokročilého karcinomu rozhodující pro dosažení příznivých výsledků. Je-li malnutrice natolik závažná, aby vedla k požadavku intenzivní nutriční podpory s mezní funkcí gastrointestinálního traktu, je indikována výživa parenterální. V podélné studii 2009-2011 zkoumající kvalitu života a výsledky výživy u pacientů s pokročilým karcinomem slinivky užívajících domácí parenterální výživu bylo prokázáno zlepšení. Jednalo se o první takovou studii v USA, která se zaměřuje na pacienty léčené doma. Pacienti s pokročilým karcinomem a špatnou funkcí trávicího traktu, neadekvátní nebo žádnou schopností přijímat orálně, či enterálně dostávají výživu parenterální s cílem zlepšení kvality života. Úspěch parenterální výživy podávané v domácím prostředí po jednom měsíci ukazuje zlepšení chuti k jídlu, zácpy, nevolnosti a únavy. To, jak se pacient cítí fyzicky i psychicky, má velký vliv na provádění běžných denních aktivit, stejně tak na vyvíjení mezilidských vztahů a schopnosti fungovat. Parenterální výživa podávaná v domácím prostředí je tedy důležitou součástí péče, pokud pacienti nemohou dostávat dostatek živin cestou enterální či orální a pokračuje u nich protinádorová terapie. (Vashi a kolektiv, 2014, s. 6 - 8)

Pelzer a kolektiv ve své studii posuzují vliv parenterální výživy u pacientů s karcinomem slinivky a prokazují taktéž její pozitivní vliv na nutriční stav pacientů. Jednalo se o ambulantní pacienty s inoperabilním karcinomem slinivky a sníženým stavem výživy, sledované v období 2002 – 2004 v Německu. Uvádí, že objektivnějším hodnocením nutričního stavu je metoda BIA - Bio-electrical Impedance Analysis, která charakterizuje rozdělení vody mezi extracelulární a intracelulárním prostorem, který je jedním z nejcitlivějších ukazatelů stavu malnutrice. Výsledkem bylo, že většina pacientů vykazovala zlepšení nutričního stavu. Dále ve studii uvádí doporučení výživy podávané doma zejména u pacientů s přijatelným stavem výkonnosti

v případě očekávání smrti způsobené kachexií. (Pelzer a kolektiv, 2010, s. 3 - 4) Rozhodnutí pro nebo proti umělé výživě jsou velice obtížná u pacientů paliativní péče. Tím nejdůležitějším kritériem je kvalita života těchto pacientů a ta je závislá zejména na nutričním stavu. Výživa podávaná v domácím prostředí umožňuje pacientům jednak setrvat mezi blízkými a zároveň je i cenově výhodnější než v ambulantní či nemocniční péči. Je-li ovšem prognóza délky života menší než 3 měsíce, je indikace velmi důkladně zvažována. Během závěrečné fáze života je často dostačující pouze hydratace 1000 – 1500 ml izotonického roztoku NaCl. (Ockenga a Valentini, 2005, s. 591) Hrnčiariková zastává názor, že nutriční podpora u umírajícího pacienta již není přínosná, v tomto případě je hlavním cílem ošetrovatelského personálu nebo pečovatелů v domácím prostředí dokonalá ošetrovatelská péče a zajištění důstojného umírání. Sestra nebo rodinný pečující nemocného pobízí k pití příslušným způsobem, který je dle své situace schopen akceptovat – pít slámkou, kojeneckou lahví, po lžičkách. Pokud není schopen pít, pak zvlhčují ústa. (Hrnčiariková, 2007, s. 513)

2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGII SLINIVKY BŘIŠNÍ

Karcinom pankreatu je nádorové onemocnění s jednou z nejhorších prognóz vůbec, častěji se vyskytující u mužů, se stoupající incidencí v rámci naší populace a s velmi limitovanou možností na terapeutické ovlivnění, tedy vyléčení. Často se diagnostikuje až v době pokročilého rozvoje a pro mnoho pacientů je léčba pouze symptomatická tj. taková, která vede k zajištění průchodnosti zažívacího traktu a žlučových cest, tišení často velmi výrazných bolestí a řešení dalších komplikací, jako jsou poruchy trávení a diabetes. V posledních desetiletích se stal bezpečný chirurgický výkon ve vybraných centrech standardem. Avšak je velmi málo pacientů, u kterých právě takový zákrok onemocnění zvrátí, navíc právě chirurgický zásah s sebou nese celou řadu pooperačních komplikací. Stále více přibývá pacientů tzv. inoperabilních, tj. pacientů, kterým chirurgická léčba nabídnuta není a jejich léčba se upíná pouze směrem paliativně onkologickým. (Havlík, 2010, s. 332) Důkladná ošetrovatelská péče má zásadní význam pro zajištění dobrých výsledků u pacientů podstupujících chirurgický výkon jako je např. pankreatikoduodenektomie a rozsah této péče závisí zejména na původním zdravotním stavu pacienta a typu operace. Sestry jsou zodpovědné za časnou mobilizaci, postupné obnovení perorálního příjmu potravy, kontrolu nevolnosti a sledování a hodnocení pooperačních bolestí. (Kapritsou a kolektiv, 2014, s. 230)

2.3.1 Pooperační péče a komplikace

Operace na slinivce břišní se provádí nejčastěji z důvodu karcinomu, chronické pankreatitidy a cystických nádorů. Délka pobytu v nemocnici se liší v závislosti závažnosti zásahu. Značnou časnou pooperační komplikací představuje tvorba píštělí, únik žluči, opožděné vyprazdňování žaludku, infekce v ráně a krvácení. Následná péče o asymptomatické pacienty po operaci zahrnuje pravidelná klinická vyšetření každých 3 – 6 měsíců, laboratorní testy, zejména kontrola glykemie, protože často důsledkem operace dochází k rozvoji diabetu. Výskyt se zvyšuje s dobou trvání onemocnění. A je velmi nutné edukovat pacienty o výživě, komplikacích diabetu, pravidelných kontrolách glykemie. U 80 % pacientů se pooperačně vyskytuje exokrinní nedostatečnost. Jejimi příznaky jsou průjem, steatorhea, bolesti břicha, nadýmání a ztráta na hmotnosti. Pacientům jsou tedy ordinovány náhradní pankreatické enzymy na pomoc při vstřebávání tuků a bílkovin. (Keim a kolektiv, 2009, s. 789-790) Dunphy zahrnuje do bezprostřední pooperační péče o pacienta monitoraci hemodynamických parametrů, zajištění průchodnosti dýchacích cest, sledování laboratorních výsledků, udržování adekvátní hydratace, sledování odpadní sekrece, krvácení,

management bolesti, a v neposlední řadě důkladnou ošetrovatelskou péči. (Dunphy, 2008, s. 738 – 739) Zatímco Riehl zařazuje do pooperačních ošetrovatelských intervencí kromě kontroly bolesti, sledování známek a krvácení, úniku žluče a infekce ještě:

- pečlivé sledování úrovně vědomí a vitálních funkcí
- odběr biologického materiálu a sledování jejich výsledků
- monitorace a řízení vyrovnané bilance tekutin
- posouzení množství a charakter odpadní žluče odtékající biliární drenáží
- vyhodnocení známek možné malabsorbce vzniklé nedostatkem produkce vlastních trávicích enzymů slinivkou – plynatost, nadýmání, průjem, křeče, ztráta na hmotnosti
- sledovat možné známky úniku žluče anastomózou – bolesti břicha, horečka, známky peritonitidy
- edukace pacienta o nežádoucích komplikacích a léčebném režimu
- pravidelná kontrola glykemie a ev. aplikace inzulínu. (Riehl, 2007, s. 56)

Pooperační hyperglykemie u pacientů bez diabetu je výsledkem získané rezistence na inzulín a s rostoucí úrovní rezistence na inzulín roste u pacientů po operacích slinivky i mortalita a morbidita. Nutné je z pozice ošetřujícího personálu vyhnout se hyperglykemií podáváním intravenózního inzulínu za současné přísné kontroly glykemie, aby se zabránilo nebezpečí vzniku hypoglykemie. Pacienti podstupující operaci břicha často dostávají nadměrné množství intravenózních tekutin v průběhu a v následujících dnech po operaci, což vede k váhovému přírůstku, nadměrnému přetížení solí a vody v perioperačním období, zvýšení pooperačních komplikací a oddálení gastrointestinálních funkcí. Nutné je tedy sledování bilance tekutin v souvislosti s hemodynamickými funkcemi a renální odpovědí, což je jednou z nepřehledných činností sestry v rámci pooperačního sledování pacienta na jednotkách intenzivní péče. (Lassen a kolektiv, 2012, s. 824) Výskyt žilní trombózy je u pacientů s rakovinou slinivky čtyři až sedmi násobně vyšší než u běžných jiných adenokarcinomů. Pravděpodobnost vzniku je nejvyšší během prvních 3 měsíců po diagnóze a léčba chemoterapií riziko dále zvyšuje. Profylaxe nízkomolekulárním heparinem je v prevenci užitečná a u pacientů je dobře snášena. Standardní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem pankreatu zahrnuje jeho aplikaci subkutánně v rámci profylaxe s celoživotním pokračováním. (Torgeson a Wiebe, 2013, s. 1) Dále je riziko žilní trombembolie zvýšeno operačním zákrokem samotným a tak profylaktická léčba bývá obvykle zahájena 2 – 12 hodin před operací. Lassen a kolektiv však uvádí doporučení podávání profylaxe pouze po dobu 4 týdnů po propuštění z nemocnice. Pokud je to možné, pacient si jej aplikuje sám a sestra zde sehrává roli edukátorky. Z možností mechanických opatření jsou u pacientů se středním

nebo vysokým rizikem přidávány elastické punčochy nebo přerušovaná pneumatická komprese nohou. (Lassen a kolektiv, 2012, s. 821)

Přežívání a pooperační komplikace hodnotí Loveček a kolektiv na souboru 76 pacientů z období 1/2006 až 9/2010, kteří podstoupili radikální operaci pro karcinom hlavy pankreatu ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Z celkového počtu operovaných zemřeli dva pacienti v období časně pooperační péče, u jednoho bylo příčinou multiorgánové selhání vzniknuvší na podkladě insuficientní pankreatikojejunální anastomózy a druhým zemřelým pacientem byla žena, která podlehla následkům aspirace přes zavedenou nasogastrickou sondu. Mezi specifické komplikace Loveček a kolektiv řadí komplikace hojení pankreatikojejunální anastomózy a poruchu evakuace žaludku pozorované u devíti nemocných. Jako řešení evakuační poruchy bylo použito nasogastrické či nasojejunální sondy a parenterálního režimu výživy. Celkovou prognózu onemocnění označuje za neoptimistickou, neboť v prvním roce zemře skoro 38% nemocných na brzkou recidivu či progresi. (Loveček a kolektiv, 2010, s. 339 a 341) Boyd a kolektiv popisují kohortovou studii celkového počtu dnů strávených v nemocnici z důvodu zdravotnické péče po stanovení diagnózy u pacientů s karcinomem pankreatu. Jednalo se o sběr dat v letech 1992 – 2005 u pacientů starších 66 let a hodnotila se celá doba od diagnózy, léčby, následného sledování až po smrt pacienta. Z celkového počtu pacientů 49,7% přežilo 3 měsíce a méně, 18,3% přežilo 3 – 6 měsíců, 16,7% přežilo 6 – 12 měsíců a 15,4% přežilo > 12 měsíců. V kohortě pacientů s metastázemi 63,2% pacientů zemřelo během 3 měsíců od stanovení diagnózy. Kromě informací o dlouhodobém přežití umožňuje tato studie pacientům lépe porozumět potenciálnímu dopadu léčby a o to pak jsou očekávání realističtější. Poskytování informací o péči v průběhu hospitalizace na základě stádia onemocnění a možnostech léčby může pomoci pacientům činit rozhodnutí týkající se řízení svých rozhodnutí na základě osobních preferencí. Účelem studie bylo zajistit pacientům s rakovinou slinivky smysluplné údaje, na kterých se mohou postavit další rozhodnutí týkající se léčebných postupů. Pacienti s rakovinou slinivky, jejich rodiny je třeba připravit na individuální riziko a pravděpodobnost reakce na různé možnosti léčby, pozitivní a negativní účinky léčby. Jejím cílem by mělo být vyrovnání množství a kvality života dle individuálních požadavků. (Boyd a kolektiv, 2012, s. 5 – 7)

2.3.2 Problematika tzv. „fast-track“ péče – časného zatížení pacienta

Pankreatoduodenektomie je jednou z nejsložitějších břišních operací s velmi vysokým rizikem pooperační morbidit a mortality. Balzano a kolektiv hodnotí ve své studii dopad

programu „fast – track“ tzv. časného zatížení u pacientů po chirurgickém zásahu na slinivce. Jedná se o interdisciplinární, multimodální koncept, který umožňuje urychlit pooperační zotavení. Kombinuje různé techniky používané v péči o pacienty podstupující plánovanou operaci, jako jsou epidurální a regionální anestezie, minimálně invazivní techniky, optimální management bolesti, pooperační rehabilitaci v rámci časné mobilizace a včasný perorální příjem potravy. Jejím cílem je dosažení snížené morbidity, rychlejšího procesu zotavování a zkrácení doby hospitalizace. Studie srovnává dvě skupiny pacientů po pankreatikoduodenektomii, 252 pacientů z let 2004 až 2007 a dalších 252 pacientů z let 2000 až 2004, u kterých byl operační výkon proveden za okolností pooperační péče zahrnující rutinního zavedení nasogastrické sondy do 5. pooperačního dne, perorální podání tekutin od 6. dne a pevné stravy od 7. dne po výkonu a nebyla u nich definována žádná konkrétní opatření pro časnou mobilizaci. Zatímco u skupiny pacientů, jichž se týkalo časné zatížení, a sice odstranění nasogastrické sondy 1. pooperační den, perorální podání tekutin 3. den, podání pevné stravy per os 4. den po výkonu. Závěrem studie bylo zjištění, že program časné realimentace u pacientů po pankreatikoduodenektomii zlepšuje vyprazdňování žaludku, snižuje nepohodlí pro pacienta s nasogastrickou sondou a omezuje dobu hospitalizace. Může být tedy zahrnut do každodenní praxe bez navýšení nákladů. (Balzano a kolektiv, 2008, s. 1390 – 1391) Berberat a kolektiv uvádí, že „fast – track“ chirurgie ve smyslu časného zatížení poskytuje optimální perioperační péči a ve své studii dokazují výrazné snížení počtu komplikací a zkrácení doby hospitalizace u pacientů po resekci slinivky. Na vzorku 283 pacientů, kteří podstoupili resekční výkon na slinivce, bylo 70,6 % pacientů s nádorem slinivky, 29,4 % pacientů s chronickou pankreatitidou. Nejčastějšími pooperačními komplikacemi bylo krvácení, opožděná evakuace žaludku, infekce v ráně, píštěle, pneumonie, myokardiální dysfunkce, renální selhání, močové infekce a jiné. Pooperační péče směřuje ke třem hlavním cílům: časný přechod na standardní oddělení, včasná gastrointestinální funkce založená na normálním příjmu potravy a pravidelné stolici a časná mobilizace pacienta po operaci. Tato studie ukazuje, že v chirurgii slinivky, tyto tři faktory s velmi rychlou realimentací pacienta korelují. (Berberat a kolektiv, 2007, s. 880 – 887) Ke stejnému závěru došli i Sebastiano a kolektiv, kteří také vyhodnocují vliv modifikovaného protokolu zrychleného zotavování u 145 pacientů podstupujících v letech 2005 až 2010 resekční výkon na slinivce a tento postup zatěžování považují za strategii, která snižuje chirurgický stres a udržuje pacientovu homeostázu. Tato strategie je vhodná i pro tento typ velké břišní operace, nemá vliv na přežití pacienta, urychluje regeneraci, zlepšuje kvalitu života, a proto zkracuje délku pobytu v nemocnici. (Sebastiano a kolektiv, 2011, s. 345 a 350)

2.4 SHRnutí TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Tato přehledová bakalářská práce je snahou o sumarizaci dohledaných poznatků o paliativní a ošetrovatelské péči u pacientů s nádorovým onemocněním slinivky břišní a je koncipována na základě stanovení tří cílů. Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané poznatky o paliativní ošetrovatelské péči o pacienty s nádorovým onemocněním slinivky břišní. Mnoho autorů sdílí názor, že karcinom slinivky je nádorové onemocnění s nejhorší prognózou. (Loveček a kolektiv, 2010, s. 338, Havlík, 2010, s. 332) Řada autorů také píše, že by pacientovi s maligním nádorem slinivky měla být nabídnuta paliativní péče včas a mělo by mu být objasněno, co je jejím cílem. Pozornost pak směřuje k podpoře celkové kvality života. Znalosti paliativní péče by měly být dostupné všem sestřám, neboť jsou jejichmi každodenními činnostmi v rámci obecné kategorie paliativní péče. (Sadovská, 2007, s. 31, Lukacková, 2012, s. 22, Sláma, 2012, s. 11) Úroveň paliativní péče u nás však není zcela optimální, bývá autory hodnocena i jako nedostatečná. Kvalitní ošetrovatelská paliativní péče je klíčovým aspektem. (Sláma, 2012, s. 12, Machová, 2013, s. 24) Umírání v domácím prostředí je autory popisováno jako nejpreferovanější, z výzkumů a statistik ovšem vyplývá, že ve zdravotnických zařízeních umírá stále větší procento lidí než doma, či v péči hospiců. (Chapple a kolektiv, 2011, s. 4-5, Kondo a kolektiv, 2014, s. 1, Sheffield a kolektiv, 2011, s. 5008-5009) Zhoršení fyzických i psychických sil pečujících vzhledem k náročnosti situaci a omezenému času na adaptaci autoři přisuzují nedostatečně saturovaným potřebám. Velmi důležitou komponentou paliativní péče je tedy podpora rodinných příslušníků a pozůstalých a jedná se o její komplexní holistické pojetí. (Bužgová, Macháčková a Pražáková, 2012, 35-36, Alexandrová a kolektiv, 2009, s. 32-34) Problematika psychického prožívání onemocnění představuje potíže, které jsou v kontextu se závažností, stádiem a léčbou onemocnění. K posouzení psychického stavu slouží zdravotnickému personálu mnohé hodnotící škály. Pacienti s maligním nádorovým onemocněním slinivky mají vyšší riziko sebevražedných sklonů. (Raudenská, 2011, s. 245, Schidtová, 2012, s. 16-18, Torgeson a Wiebe, 2013, s. 4, Turaga a kolektiv, 2010, s. 645) Cíl práce byl tímto splněn.

Druhým cílem bylo předložit dohledané poznatky o nejčastějších ošetrovatelských problémech pacienta v rámci nádorového onemocnění slinivky. Znalosti základních příznaků autoři označují za důležité pro stanovení včasné diagnózy, která u maligních nádorů slinivky zvyšuje šanci na přežití. (Halls a Wadr-Smith, 2007, s. 245-247, Erdek, King a Ellsworth, 2013, s. 269) Bolest řada autorů označuje za nejobávanější, velmi vysilující a rozmanitou. K měření intenzity se užívá srozumitelných hodnotících nástrojů. Optimální management

bolesti vyžaduje globální multidisciplionární přístup. (Zacharová, 2014, s. 45, Bojková a kolektiv, 2014, s. 205-206, Hameed m., Hameed H. a Erdek, 2011, s. 43) Problematika malnutrice u nemocného s maligním nádorem slinivky zahrnuje extrémní úbytek na hmotnosti odvislý od sníženého příjmu potravy z důvodu mnoha příznaků a chirurgického zásahu, které nádorové onemocnění doprovází. (Ferruci a kolektiv, 2011, s. 1, Keim a kolektiv, 2009, s. 792, Gupta a Ihmaidat, 2003, s. 634-636) Stav autoři nazývají nádorovou kachexií – anorexií. Velký důraz také kladou na primární posouzení stavu výživy a měření hmotnosti v pravidelných intervalech s pečlivým záznamem. (Pelzer a kolektiv, 2010, s. 1, Torgeson a Wiebe, 2013, s. 3, Hrnčiariková a kolektiv, 2007, s. 512, Ockenga a Valentini, 2005, s. 586, Kondrup a kolektiv, 2003, s. 415-417) Výsledky studií, jež posuzují vliv a výhody parenterální a enterální výživy u pacientů s maligním nádorem slinivky, jsou pozitivních výsledků a ukazuje se, že tento způsob zajištění výživy je důležitou součástí ošetrovatelské péče. (Nagata a kolektiv, 2009, s. 1-3, Vashi a kolektiv, 2014, s. 6-8, Pelzer a kolektiv, 2010, s. 3-4) I tento cíl práce byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo dohledání poznatků o ošetrovatelské péči v oboru chirurgie slinivky. Autoři k ošetrovatelské péči v rámci chirurgie zahrnují výčet činností spadajících do bezprostředních ošetrovatelských pooperačních úkonů až po úkony týkající se sledování komplikací. (Dunphy, 2008, s. 738-739, Riehl, 2007, s. 56, Keim a kolektiv, 2009, s. 789-790, Lassen a kolektiv, 2012, s. 824, Torgeson a Wiebe, 2013, s. 1) Koncept umožňující urychlení pooperační realimentace byl autory hodnocen v několika studiích. Tzv. „fast-track surgery“ tedy metoda časného zatížení pacienta po operaci na slinivce je hodnocena pozitivně, neboť má vliv na snížení počtu komplikací a zkrácení doby hospitalizace. (Balzano a kolektiv, 2008, s. 1390-1391, Berberat a kolektiv, 2007, s. 880-887, Sebastiano a kolektiv, 2011, s. 345)

Údaje o ošetrovatelské paliativní péči publikované v médiích lze využít pro zvýšení úrovně kvality péče a utváření lepších vztahů mezi sestrou, umírajícím pacientem a jeho rodinou. Vzhledem k dohledaným dokumentům je zřejmé, že téma paliativní péče je publikované v dostatečné míře, avšak téma věnující se ošetrovatelství v chirurgii je publikované méně. Ošetrovatelské výzkumy orientované na péči v oboru břišní chirurgie a publikování jejich výsledků v recenzovaných periodikách by mohlo být pro sestry v oboru ošetrovatelství velkým přínosem.

ZÁVĚR

Tato přehledová bakalářská práce pojednává o náročné životní situaci, kterou onemocnění maligním nádorem slinivky břišní bezesporu je. Jedná se o onemocnění s velmi špatnou prognózou a pacient nemá už od počátku nemoci skoro žádnou naději na uzdravení. Ošetrovatelská péče je poskytována v souladu spolupráce s rodinou, jak v domácím, tak ve zdravotnickém prostředí. Pro bakalářskou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo shrnout oblast paliativní péče poskytovanou pacientům, jejíž součástí je vnímání umírání a smrti, podpora a potřeby pečujících členů rodiny a pozůstalých. A protože jsou obě strany v péči vystaveny psychické zátěži, je součástí této kapitoly i zmínka o psychické oblasti prožívání nemoci. Nezbytnou součástí paliativní péče je podpora pečujících o nemocného, která plyne z jejich nedostatečně saturovaných potřeb. Z této bakalářské práce je zřejmé, že paliativní péče o pacienty je náročná ve všech směrech z pohledu pečujících rodinných příslušníků, tak z pozice zdravotních sester. A bohužel podmínky ze strany příjemce ani poskytovatele nejsou zcela optimální, jak se na první pohled zdá. Je tedy na místě vynaložit mnoho úsilí k pozdvižení její úrovně a jednou z takových oblastí může být právě povolání zdravotní sestry. Za nejobávanější symptomy tohoto onemocnění jsou považovány bolest a problematika malnutrice. Shrnutí těchto oblastí bylo druhým cílem. Oba tyto problémy může sestra svojí péčí kladně ovlivňovat, a proto je nezbytné a velice přínosné vědět o nich, co nejvíce informací a díky nim pak působit v rámci ošetrovatelských intervencí. Sestra se zde uplatňuje zejména v hodnocení problémů a vzájemné spolupráci jak s nemocným, s jeho rodinou, tak s ostatními členy zdravotnického týmu. A třetím cílem bylo dohledat publikované poznatky o ošetrovatelské péči v chirurgii slinivky břišní, neboť právě chirurgický zákrok je jedinou nadějí na prodloužení života nemocného. Zde bylo dohledání poznatků obtížné a právě touto oblastí bych měla v úmyslu zaměřit výzkum, pokud bych v práci pokračovala dál. Všechny tři cíle byly splněny.

K výběru tématu práce mě vedla osobní zkušenost v rámci ošetrovatelské péče o pacienty v různých stádiích tohoto onemocnění na I. chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Těchto pacientů není málo a setkání s nimi ve mně vzbuzuje lítost a beznaděj, protože onemocnění maligním nádorem slinivky jim dává tak mizivé šance na uzdravení. Souhrnem informací o paliativní ošetrovatelské péči v rámci tohoto onemocnění jsem chtěla sdělit, co pacienti a jejich rodiny prožívají, jaké mají vůbec možnosti péče, co je čeká a v neposlední řadě, jak je jim možné v takové život skličující situaci z pohledu sestry pomoci.

REFERENČNÍ SEZNAM

ALEXANDROVÁ, Radka. Péče o pozůstalé - možnosti a meze profesionální podpory. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2009, roč. 2, č. 1, s. 32-34 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3780&magazine_id=13

BALZANO, G. et al. Fast-track recovery programme after pancreatico- duodenectomy reduces delayed gastric emptying. *The British journal of surgery* [online]. 2008, roč. 95, č. 11, ISSN 1365-2168 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1365-2168](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1365-2168)

BERBERAT, P.O. et al. Fast Track—Different Implications in Pancreatic Surgery. *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract* [online]. 2007, roč. 11, č. 7, s. 880-887 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1873-4626. Dostupné z: <http://link.springer.com/journal/11605>

BOJKOVÁ, Martina. aj. Bolest u chronické pankreatitidy a karcinomu pankreatu – možnosti léčby. *Vnitřní lékařství* [online]. 2014, roč. 60, č. 3, s. 205-211 [cit. 2015-03-07]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14063511>

BOYD, Casey A. et al. Hospital and medical care days in pancreatic cancer. *Annals of surgical oncology* [online]. 2012, roč. 19, č. 8, s. 2435-2442 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1534-4681. Dostupné z: <http://link.springer.com/journal/10434>

BRUNELLI, Cinzia. et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. *Health and quality of life outcomes* [online]. 2010, roč. 8, č. 42 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/>

BURKONĚ, Petr aj. Současné možnosti léčby karcinomu slinivky břišní. *Remedia* [online]. 2010, roč. 20, č. 6, s. 368-373 [cit. 2015-03-06]. ISSN 0862-8947. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2010/6-2010/e-Oa-Zo.magissue.aspx>

BUŽGOVÁ, Radka, Gabriela MACHÁČKOVÁ a Věra PRAŽÁKOVÁ. Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Kontakt*[online]. 2013, roč. 15, č. 1, s. 29-37 [cit. 2015-03-15]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc13017428>

CLARK, Karen L. et al. Psychological distress in patients with pancreatic cancer-an understudied group. *Psycho-oncology* [online]. 2010, roč. 19, č. 12, 1313–1320 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1099-1611. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1099-1611](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1099-1611)

COLEMAN, JoAnn. et al. The effect of a frequently asked questions module on a pancreatic cancer web site patient/family chat room. *Cancer nursing* [online]. 2005, roč. 28, č. 6, s. 460-468 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1538-9804. Dostupné z: <http://www.cancernursingonline.com/>

DOBRÍKOVÁ, Patricia a Erika SLAMKOVÁ. Potreba multidisciplinarity v starostlivosti o pacientov zomierajúcich v domácom prostredí – výzkumná analýza ADOS. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, roč. 5, č. 1, s. 21-23 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5713&magazine_id=13

DUNPHY, Elizabeth P. Pancreatic cancer: a review and update. *Clinical journal of oncology nursing* [online]. 2008, roč. 12, č. 5, s. 735-741 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1538-067X. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/content/1092-1095/>

ERDEK, Michael A., Lauren M. KING a Susannah G. ELLSWORTH. Pain management and palliative care in pancreatic cancer. *Current problems in cancer* [online]. 2013, roč. 37, č. 5, s. 266-272 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1535-6345. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01470272>

FERRUCCI, Leah M. et al. Nutritional status of patients with locally advanced pancreatic cancer: a pilot study. *Supportive care in cancer* [online]. 2011, roč. 19, č. 11, s. 1729-1734 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1433-7339. Dostupné z: <http://link.springer.com/journal/520>

GUPTA, Ramesh a H.IHMAIDAT. Nutritional effects of oesophageal, gastric and pancreatic carcinoma. *European journal of surgical oncology* [online]. 2003, roč. 29, č. 8, 634–643 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1532-2157. Dostupné

z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07487983>

HALLS, Brenda S. a Peggy WARD-SMITH. Identifying early symptoms of pancreatic cancer. *Clinical journal of oncology nursing* [online]. 2007, roč. 11, č. 2, s. 245-248 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1538-067X. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/content/1092-1095/>

HAMEED, Mariam, Haroon HAMEED a Michael ERDEK. Pain management in pancreatic cancer. *Cancers* [online]. 2010, roč. 3, č. 1, s. 43-60 [cit. 2015-03-06]. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2105/>

HAVLÍK, Roman. Karcinom pankreatu - slovo úvodem. *Onkologie* [online]. 2010, roč. 4, č. 6, s. 332 [cit. 2015-03-07]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2010/06/02.pdf>

HJERMSTAD, Marianne Jensen aj. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of pain and symptom management* [online]. 2011, roč. 41, č. 6, s. 1073-1093 [cit. 2015-04-02]. ISSN 1873-6513. Dostupné z: <http://sciencedirect.com/science/journal/08853924>

HRNČIARIKOVÁ, Dana aj. Nutriční podpora v terminální péči. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 4, č. 12, s. 511-513 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/06.pdf>

CHAPPLE, Alison. Patients with pancreatic cancer and relatives talk about preferred place of death and what influenced their preferences: a qualitative study. *BMJ supportive & palliative care* [online]. 2011, roč. 1, č. 3, s. 291-295 [cit. 2015-03-15]. ISSN 2045-4368. Dostupné z: <http://spcare.bmj.com/>

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. *The Sol Goldman Pancreatic Cancer Research Center at John Hopkins* [online]. 2005, 11/12/2012 [cit. 2015-04-20]. Dostupné

z: <http://pathology.jhu.edu/pancreas/>

KAPRITSOU, Maria et al. Fast-track recovery after major liver and pancreatic resection from the nursing point of view. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates* [online]. 2014, roč. 37, č. 3, s. 228-233 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1538-9766. Dostupné z:

<http://www.gastroenterologynursing.com/pt/re/gastronurse/home.htm;jsessionid=H1tLtDqYrM8DfhLStTyRfzNfw15chNyVphT801npLlmdRx04xzSd!624628136!181195629!8091!-1>

KEIM, Volker et al. Postoperative care following pancreatic surgery: surveillance and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. 2009, roč. 106, č. 48, s. 789-794 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <http://www.aerzteblatt-international.de/int/>

KIRBI, Emma, Alex BROOM a Phillip GOOD. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ open* [online]. 2014, roč. 4, č. 9 [cit. 2015-03-05]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/>

KISVETROVÁ, Helena. Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské intervence Péče o umírající. *Kontakt* [online]. 2014, roč. 16, č. 1, s. 28-34 [cit. 2015-03-15]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14062395>

KONDO, Shunsuke et al. A retrospective analysis of factors associated with selection of end-of-life care and actual place of death for patients with cancer. *BMJ open* [online]. 2014, roč. 4, č. 5 [cit. 2015-03-05]. ISSN 2044-6055. Dostupné z:

<http://www.pubmedcentral.gov/tocrender.fcgi?journal=1609>

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical nutrition : official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* [online]. 2003, roč. 22, č. 4, 415–421 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1532-1983. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02615614>

LASSEN, Kristoffer. et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical nutrition : official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* [online]. 2012, roč. 31, č. 6, s. 817-830 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1532-1983. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02615614>

LAZENBY, James, M. Muhammad a W., SAIF. Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer: Highlights from the '2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium'. Orlando, FL, USA. January 22-24, 2010. *JOP : Journal of the pancreas* [online]. 2010, roč. 11, č. 2, s. 154-157 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1590-8577. Dostupné z: <http://www.joplink.net/>

LISOVÁ, Kateřina. Malnutrice u nádorových onemocnění. Role sestry při sledování nutričního stavu a v průběhu nutriční intervence. *Onkologická péče* [online]. 2007, roč. 11, č. 3, s. 10-12 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1214-5602. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc07014229>

LOVEČEK, Martin aj. Chirurgie karcinomu hlavy pankreatu, hodnocení přežívání. *Onkologie* [online]. 2010, roč. 4, č. 6, s. 338-341 [cit. 2015-04-09]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2010/06/04.pdf>

LUKACKOVÁ, Viktória. Ošetrovateľská starostlivosť o paliatívnych pacientov. *Florence* [online]. 2012, roč. 8, č. 5, s. 22-24 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc12017765>

MACHOVÁ, Alena. Využití Teorie pokojného konce života v péči o pacienty v terminálním stadiu v podmínkách České republiky. *Florence* [online]. 2013, roč. 9, č. 12, s. 23-25 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14061615>

MAYR, Martina a Roland M. SCHMID. Pancreatic cancer and depression: myth and truth. *BMC cancer* [online]. 2010, roč. 10, č. 569 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/bmccancer/>

NAGATA, Shigeyuki et al. Comparison of enteral nutrition with combined enteral and parenteral nutrition in post-pancreaticoduodenectomy patients: a pilot study. *Nutrition journal* [online]. 2009, roč. 8, č. 24 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1475-2891. Dostupné z: <http://www.nutritionj.com/>

OCKENGA, Johann a L., VALENTINI. Review article: anorexia and cachexia in gastrointestinal cancer. *Alimentary pharmacology & therapeutics* [online]. 2005, roč. 22, č. 7, 583–594 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1365-2036. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2036](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2036)

PELZER, Uwe et al. Parenteral nutrition support for patients with pancreatic cancer. Results of a phase II study. *BMC cancer* [online]. 2010, roč. 10, č. 86 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/bmccancer/>

RAUDENSKÁ, Jaroslava. Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *Onkologie* [online]. 2011, roč. 5, č. 4, s. 244-246 [cit. 2015-03-10]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/archiv.php>

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, roč. 4, č. 1, s. 12-15 [cit. 2015-03-10]. ISSN 1337-6896 Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=472

RIEHL, Marie. Help your patient cope with pancreatic cancer. *Nursing* [online]. 2007, roč. 37, č. 4, s. 54-57 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1538-8689. Dostupné z: <http://gateway.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&MODE=ovid&NEWS=n&PAGE=toc&D=ovft&AN=00152193-000000000-00000>

RUIZ-GROSSO, Paulo et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PloS one* [online]. 2012, roč. 7, č. 10 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.gov/tocrender.fcgi?journal=440>

SADOVSKÁ, Oľga. Starostlivosť o onkologického pacienta v pokročilom štádiu ochorenia. *Via practica*. [online]. 2007, roč. 4, č. S2, s. 31-40 [cit. 2015-03-07]. ISSN 1339-424X. Dostupné

z: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2929&magazine_id=1

SEBASTIANO, Di Pierluigi et al. A modified fast-track program for pancreatic surgery: a prospective single-center experience. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* [online]. 2011, roč. 396, č. 3, s. 345-351 [cit. 2015-03-05].

ISSN 1435-2451. Dostupné z: <http://link.springer.com/journal/423>

SHARMA, Rashmi, K. et al. Family understanding of seriously-ill patient preferences for family involvement in healthcare decision making. *Journal of general internal medicine* [online]. 2011, roč. 26, č. 8, s. 881-886 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1525-1497. Dostupné z:

<http://link.springer.com/journal/11606>

SHEFFIELD, Kristin, M. et al. End-of-life care in Medicare beneficiaries dying with pancreatic cancer. *Cancer* [online]. 2011, roč. 117, č. 21, s. 5003-5012 [cit. 2015-03-05].

1097-0142. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1097-0142](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1097-0142)

SHERMAN, Deborah, W., Deborah B. MCGUIRE a Joo Young CHEON. A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *Journal of pain and symptom management* [online]. 2014, roč. 48, č. 3, 385-399.e1-2 [cit. 2015-03-04]. ISSN 1873-6513. Dostupné z:

<http://sciencedirect.com/science/journal/08853924>

SCHMIDTOVÁ, Zuzana. Psychické poruchy u onkologického pacienta z pohľadu sestry. *Florence*[online]. 2012, roč. 8, č. 1, s. 16-19 [cit. 2015-03-07]. ISSN 1801-464X.

Dostupné z:<http://www.medvik.cz/link/bmc12007488>

SLÁMA, Ondřej. Obecná a špecializovaná paliatívna péče v ČR. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*[online]. 2012, roč. 5, č. 1, s. 10-12 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1337-6896.

Dostupné z:<http://www.medvik.cz/link/bmc12033788>

SUŠINKOVÁ, Jana. Paliatívna starostlivosť – cesta zachovania kvality a dôstojnosti života umierajúcich. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2009, roč. 2, č. 1, s. 26-28 [cit. 2015-03-15]. ISSN 1337-6896. Dostupné

z: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3794&magazine_id=13

TORGESON, Sara a Lauren A. WIEBE. Supportive care of the patient with advanced pancreatic cancer. *Oncology* [online]. 2013, roč. 27, č. 3, s. 183-190 [cit. 2015-03-06]. ISSN 0890-9091. Dostupné z: <http://www.cancernetwork.com/oncology/index.jhtml>

TURAGA, Kiran, K. et al. Suicide in patients with pancreatic cancer. *Cancer* [online]. 2011, roč. 117, č. 3, 642–647 [cit. 2015-03-05]. ISSN 1097-0142. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1097-0142](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1097-0142)

VASHI, Pankaj, G. et al. A longitudinal study investigating quality of life and nutritional outcomes in advanced cancer patients receiving home parenteral nutrition. *BMC cancer* [online]. 2014, roč. 14, č. 593 [cit. 2015-03-06]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/bmccancer/>

WALSH, Kiri et al. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. Randomised trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* [online]. 2007, č. 190, s. 142-147 [cit. 2015-03-04]. ISSN 1472-1465. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/>

ZACHAROVÁ, Eva. Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči. *Onkologie* [online]. 2014, roč. 8, č. 1, s. 44-46 [cit. 2015-03-07]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14058796>

SEZNAM ZKRATEK

BDI	Beck Depression Inventory
BIA	Bio-electrical Impedance Analysis
BMI	Body Mass Index
ESPEN	European Society of Clinical Nutrition and Metabolism
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NIC	Nursing Interventions Classification
NRS ¹	Numerical Rating Scale
NRS ²	Nutritional Risk Screening
VAS	Visual Analogue Scale
VRS	Verbal Rating Scale
ZSDS	Zung Self Depression Scale
WHO	World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Zung self-rating depression scale	45
Příloha 2 – Hamilton anxiety rating scale	46
Příloha 3 – Brief patient health questionnaire	47
Příloha 4 – Distress thermometer	49
Příloha 5 - Malnutrition Universal Screening Tools (MUST) for adults	50

Příloha 1 - Zung self-rating depression scale

Make check mark (✓) in appropriate column.	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1. I feel down-hearted and blue				
2. Morning is when I feel the best				
3. I have crying spells or feel like it				
4. I have trouble sleeping at night				
5. I eat as much as I used to				
6. I still enjoy sex				
7. I notice that I am losing weight				
8. I have trouble with constipation				
9. My heart beats faster than usual				
10. I get tired for no reason				
11. My mind is as clear as it used to be				
12. I find it easy to do the things I used to				
13. I am restless and can't keep still				
14. I feel hopeful about the future				
15. I am more irritable than usual				
16. I find it easy to make decisions				
17. I feel that I am useful and needed				
18. My life is pretty full				
19. I feel that others would be better off if I were dead				
20. I still enjoy the things I used to do				

Zdroj: Ruiz-Grosso, 2012

Příloha 2 – Hamilton anxiety rating scale

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

Below is a list of phrases that describe certain feeling that people have. Rate the patients by finding the answer which best describes the extent to which he/she has these conditions. Select one of the five responses for each of the fourteen questions.

0 = Not present, 1 = Mild, 2 = Moderate, 3 = Severe, 4 = Very severe.

1 Anxious mood <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	8 Somatic (sensory) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Worries, anticipation of the worst, fearful anticipation, irritability.	Tinnitus, blurring of vision, hot and cold flushes, feelings of weakness, pricking sensation.
2 Tension <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	9 Cardiovascular symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Feelings of tension, fatigability, startle response, moved to tears easily, trembling, feelings of restlessness, inability to relax.	Tachycardia, palpitations, pain in chest, throbbing of vessels, fainting feelings, missing beat.
3 Fears <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	10 Respiratory symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of crowds.	Pressure or constriction in chest, choking feelings, sighing, dyspnea.
4 Insomnia <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	11 Gastrointestinal symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Difficulty in falling asleep, broken sleep, unsatisfying sleep and fatigue on waking, dreams, nightmares, night terrors.	Difficulty in swallowing, wind abdominal pain, burning sensations, abdominal fullness, nausea, vomiting, borborygmi, looseness of bowels, loss of weight, constipation.
5 Intellectual <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	12 Genitourinary symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Difficulty in concentration, poor memory.	Frequency of micturition, urgency of micturition, amenorrhea, menorrhagia, development of frigidity, premature ejaculation, loss of libido, impotence.
6 Depressed mood <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	13 Autonomic symptoms <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, depression, early waking, diurnal swing.	Dry mouth, flushing, pallor, tendency to sweat, giddiness, tension headache, raising of hair.
7 Somatic (muscular) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	14 Behavior at interview <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Pains and aches, twitching, stiffness, myoclonic jerks, grinding of teeth, unsteady voice, increased muscular tone.	Fidgeting, restlessness or pacing, tremor of hands, furrowed brow, strained face, sighing or rapid respiration, facial pallor, swallowing, etc.

Dostupné z:

[https://pdbp.ninds.nih.gov/assets/crfs/Hamilton%20Anxiety%20Rating%20Scale%20\(HAM-A\).pdf](https://pdbp.ninds.nih.gov/assets/crfs/Hamilton%20Anxiety%20Rating%20Scale%20(HAM-A).pdf).

Příloha 3 – Brief patient health questionnaire

BRIEF PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (Brief PHQ)

This questionnaire is an important part of providing you with the best health care possible. Your answers will help in understanding problems that you may have. Please answer every question to the best of your ability unless you are requested to skip a question.

Name _____ Age _____ Sex: Female Male Today's Date _____

1. Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
a. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feeling tired or having little energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poor appetite or overeating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Feeling bad about yourself, or that you are a failure, or have let yourself or your family down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Questions about anxiety.

	NO	YES
a. In the <u>last 4 weeks</u> , have you had an anxiety attack—suddenly feeling fear or panic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If you checked "NO," go to question 3.		
b. Has this ever happened before?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Do some of these attacks come <u>suddenly out of the blue</u> —that is, in situations where you don't expect to be nervous or uncomfortable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Do these attacks bother you a lot or are you worried about having another attack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. During your last bad anxiety attack, did you have symptoms like shortness of breath, sweating, your heart racing or pounding, dizziness or faintness, tingling or numbness, or nausea or upset stomach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. If you checked off any problems on this questionnaire so far, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

- Not difficult at all Somewhat difficult Very difficult Extremely difficult

Příloha 3 - pokračování

4. In the **last 4 weeks**, how much have you been bothered by any of the following problems?

	Not bothered	Bothered a little	Bothered a lot
a. Worrying about your health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Your weight or how you look	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Little or no sexual desire or pleasure during sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Difficulties with husband/wife, partner/lover, or boyfriend/girlfriend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. The stress of taking care of children, parents, or other family members	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress at work outside of the home or at school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Financial problems or worries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Having no one to turn to when you have a problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Something bad that happened recently	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Thinking or dreaming about something terrible that happened to you in the past —like your house being destroyed, a severe accident, being hit or assaulted, or being forced to commit a sexual act	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. In the **last year**, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone, or has anyone forced you to have an unwanted sexual act?

	NO	YES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. What is the most stressful thing in your life right now? _____

7. Are you taking any medication for anxiety, depression, or stress?

	NO	YES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **FOR WOMEN ONLY:** Questions about menstruation, pregnancy, and childbirth.

a. Which best describes your menstrual periods?	<input type="checkbox"/> Periods are unchanged	<input type="checkbox"/> No periods because pregnant or recently gave birth	<input type="checkbox"/> Periods have become irregular or changed in frequency, duration, or amount	<input type="checkbox"/> No periods for at least a year	<input type="checkbox"/> Having periods because taking hormone replacement (estrogen) therapy or oral contraceptives
b. During the week before your period starts, do you have a serious problem with your mood—like depression, anxiety, irritability, anger, or mood swings?				NO (or does not apply)	YES
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. If YES, do these problems go away by the end of your period?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Have you given birth within the last 6 months?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Have you had a miscarriage within the last 6 months?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Are you having difficulty getting pregnant?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dostupné z: http://www.phqscreeners.com/pdfs/06_Brief%20PHQ/English.pdf

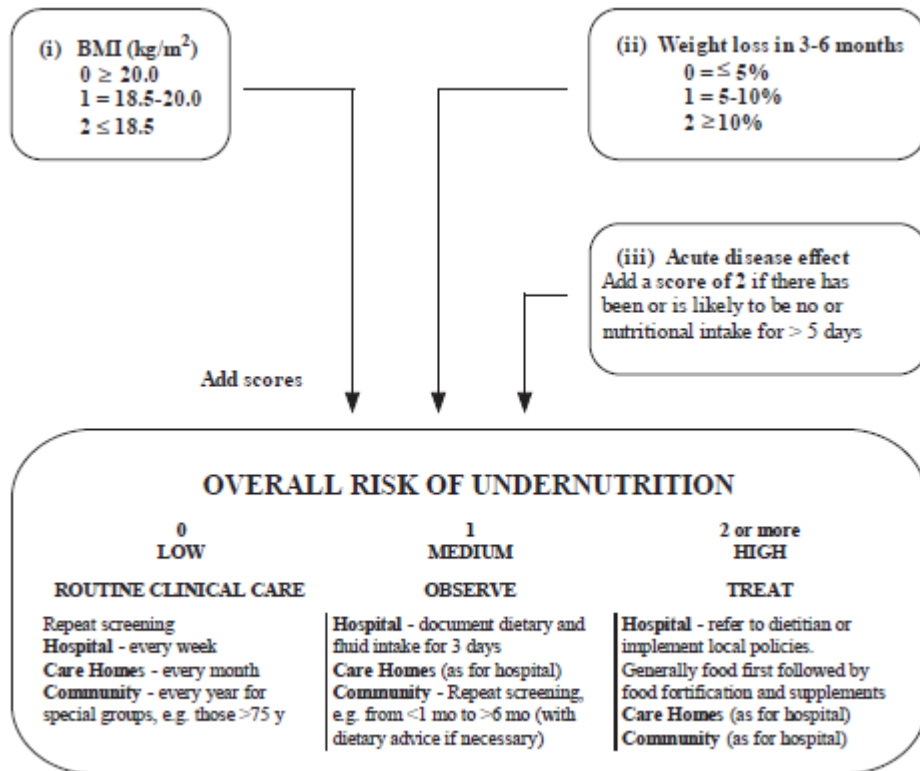
Příloha 4 – Distress thermometer

<p>National Comprehensive Cancer Network®</p>	<h2 style="text-align: center;">NCCN Distress Thermometer for Patients</h2>	
<p>SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS</p>		
<p>Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p>		
<p>Extreme distress</p>		<p>No distress</p>
<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p>		
<p>YES NO <u>Practical Problems</u></p>		
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Treatment decisions</p>		
<p>YES NO <u>Physical Problems</u></p>		
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet</p>		
<p><u>Family Problems</u></p>		
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ability to have children <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Family health issues</p>		
<p><u>Emotional Problems</u></p>		
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities</p>		
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Spiritual/religious concerns</u></p>		
<p>Other Problems: _____</p>		

Dostupné z:

http://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/pdf/nccn_distress_thermometer.pdf

Příloha 5 - Malnutrition Universal Screening Tools (MUST) for adults



Zdroj: Kondrup a kolektiv, 2003, s. 419