



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Paliativní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Karolína Šašková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Paliativní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu*“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2023.

.....
Bc. Karolína Šašková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D. za její cenné rady, ochotu, obětavý přístup a velkou trpělivost při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a všem svým probandům, kteří mi poskytli odpovědi na mé otázky týkající se praktické části.

Paliativní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu

Abstrakt

Bakalářská práce, která je nazvána Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem pankreatu, je rozdělena na dvě části - na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám definicí „paliativní ošetrovatelská péče“, dále je popsána její historie, rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní ošetrovatelskou péčí, jsou popsány cíle paliativní péče, je popsána role sestry a jsou rozebrána specifika paliativní ošetrovatelské péče. Druhá část teoretické části se zaměřuje na definici karcinomu pankreatu, etiologii, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku a TNM klasifikaci.

V praktické části bakalářské práce jsou vyobrazeny výsledky kvalitativního výzkumu, kde zjišťuji odpovědi na výzkumné otázky, které jsou důležité pro cíle výzkumu. Cílem této práce je zjistit, jaká jsou specifika ošetrování v terminálním stádiu, zda sestry dělají rozdíly v ošetrování v určitých fázích nemoci, jakým způsobem si udržují duševní zdraví a zda mají možnosti naplnit spirituální přání pacienta. Výzkum je realizován polostrukturovaným rozhovorem, který je veden se sestrami interního a onkologického oddělení. Z výzkumu vyplývá, že specifika paliativní ošetrovatelské péče se odvíjejí od emocí sester, ošetrovatelská péče v určitých fázích nemoci je podmíněna spoluprací pacienta, dále pak, že duševní hygiena je velmi důležitá pro sestry a její naplňování je pomocí fyzických aktivit. V poslední řadě je zjištěno, že naplnění spirituálních potřeb pacienta závisí na dostupnosti dané potřeby. Tato práce poskytuje čtenářům informace týkající se paliativní ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu v praxi. Pomáhá pochopit zátěž, kterou sestry zažívají jak z psychického, tak z fyzického hlediska při péči o pacienty v paliaci. Kromě toho mohou tyto informace nabídnout sestram nápady a rady ohledně udržení duševního zdraví a možných změn v přístupu k péči o pacienty v paliativním stadiu.

Klíčová slova

ošetrovatelství, paliativní péče, karcinom pankreatu, terminální fáze, duševní hygiena

Palliative nursing care for a patient with pancreatic cancer

Abstract

The bachelor's thesis, which is called Palliative nursing care for a patient with pancreatic cancer, is divided into two parts - for the theoretical and practical part. In the theoretical part, I deal with the definition of “palliative nursing care”, its history, the difference between general and specialized palliative nursing care, the goals of palliative care are described, the role of the nurse is described, and the specifics of palliative nursing care are discussed. The second part of the theoretical part focuses on the definition of pancreatic cancer, etiology, risk factors, clinical picture, diagnosis and TNM classification.

In the practical part of the bachelor's thesis, the results of qualitative research are presented, where I find answers to research questions that are important for the research goals. The aim of this work is to find out what are the specifics of nursing in the terminal stage, whether nurses make differences in nursing in certain stages of the disease, how they maintain mental health and whether they have the opportunity to fulfill the patient's spiritual wishes. The research is carried out through a semi-structured interview, which is conducted with the nurses of the internal medicine and oncology departments. The research shows that the specifics of palliative nursing care depend on the nurses' emotions, nursing care in certain stages of the disease is conditioned by the cooperation of the patient, and that mental hygiene is very important for nurses and its fulfillment is achieved through physical activities. Finally, it is found that the fulfillment of the patient's spiritual needs depends on the availability of the given need. This work provides readers with information regarding palliative nursing care for patients with pancreatic cancer in practice. It helps to understand the burden that nurses experience both psychologically and physically when caring for palliative patients. In addition, this information can offer nurses ideas and advice on maintaining mental health and possible changes in the approach to palliative care.

Key words

nursing, palliative care, pancreatic cancer, terminal phase, mental hygiene

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	8
1.1 Paliativní ošetrovatelská péče	8
1.1.1 Historie a rozvoj paliativní péče v ČR.....	10
1.1.2 Rozdělení paliativní péče.....	12
1.1.3 Cíle paliativní ošetrovatelské péče	13
1.1.4 Role sestry v paliativní ošetrovatelské péči	13
1.2 Charakteristika karcinomu pankreatu	14
1.2.1 Etiologie karcinomu pankreatu	15
1.2.2 Rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu.....	15
1.2.3 Klinický obraz karcinomu pankreatu.....	17
1.2.4 Diagnostika	18
1.2.5 TNM klasifikace	19
1.2.6 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu	20
1.3 Duševní zdraví sester	25
1.3.1 Duševní hygiena sester	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	27
3 Metodologie výzkumu.....	28
3.1 Charakteristika probandů	29
3.2 Kategorie výpovědí	31
4 Výsledky.....	43
5 Diskuze	45
Závěr	52
Seznam použitých zdrojů.....	54
Seznam příloh	69
Seznam použitých tabulek	70
Seznam použitých zkratek	71

Úvod

Karcinom pankreatu řadíme mezi maligní onemocnění, které je rezistentní k běžné protinádorové léčbě a jeho prognóza je velmi špatná. Podle údajů ÚZIS je závažnost tohoto onemocnění vyjádřena hrubou incidencí, která se pohybuje kolem 18 nových případů/100 tisíc obyvatel a její mortalitou kolem 16 případů/100 tisíc obyvatel. Primárně řešitelný nález je diagnostikován zhruba u 20 % pacientů a jedinou léčebnou metodou je radikální resekce, ale i tak je 5-leté přežití kolem 10 %. Zhruba u 60–70 % pacientů je onemocnění diagnostikováno v pokročilém stádiu, kdy není kurativní léčba možná a střední délka života se v tu chvíli pohybuje mezi 4–6 měsíci. Namísto kurativní léčby nastupuje léčba paliativní, která pomáhá pacientům zvládat nepříjemné symptomy od stanovení diagnózy po poslední minuty jejich života. Podstatou pro poskytování paliativní péče je bio–psycho–socio–spirituální stránka člověka ale i jeho rodiny.

V naší bakalářské práci s názvem Paliativní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu vám komplexně představíme diagnózu karcinomu pankreatu i téma paliativní péče a role sester při jejím poskytování. V empirické části se budeme věnovat kvalitativnímu výzkumnému šetření, které bude probíhat formou rozhovorů se zdravotními sestrami. Jeho cílem bude zmapovat specifika paliativní ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stádiu, možnosti v uspokojování spirituálních potřeb a vzhledem k psychické tíži při jejím poskytování zmapovat duševní hygienu sester.

1 Současný stav

Paliativní péče je holisticky zaměřeným interdisciplinárním oborem, který pomáhá od všech forem utrpení, ale jeho pojetí není čistě jen medicínské (Žáčková a Loučka 2022). Dle WHO je paliativní péče přístupem, který zkvalitňuje život pacientům všech věkových skupin s život ohrožující nebo závažnou nemocí pomocí včasné identifikace a účinného hodnocení všech možných problémů (WHO, 2021).

V současnosti je velkým přínosem včasné zavedení této péče z důvodu systematického hledání pacientů s vysokou potřebou podpory a jejich následnému odeslání ke specialistům (Hui et al., 2022). Dle Hui et al. (2022) je třeba paliativní péči poskytovat proaktivně, jelikož poslední měsíce života mohou být plné těžkých symptomových krizí a jejich časný management předchází utrpení. Časná paliativní péče dle randomizovaných studií snižuje úmrtnost v nemocnicích, čímž se snižují i náklady a větší prostor získává domácí péče (Castro et al., 2023).

Paliativní péče zasahuje svým způsobem i do veřejného zdraví což v praxi znamená, že smrt, umírání, ztráta a péče má souvislost se sociální zkušeností a týká se všech bez výjimky. Smysl života je spojován s mezilidskými vztahy a dobré sociální vztahy jsou důležité při setkávání s umíráním a smrtí. Cílem tohoto odvětví je podpora zdraví všech, kteří se setkávají s umíráním, smrtí, ztrátami či se podílejí na péči (Abel a Kellehear, 2022).

1.1 Paliativní ošetrovatelská péče

Holmerová a Wija (2016) ve svém článku píší, že se lidský život v posledních desetiletích změnil a poukazuje na rychlost demografických změn a spektra nemocí, které mění požadavky na zdravotní a sociální péči. Na webu Umírání.cz (2014) se dočteme, že prodlužující se délka života spojená s velmi kvalitní lékařskou péčí má i svou stinnou stránku, a tou je delší a těžší umírání. Reakcí na tuto novou zkušenost a účinnou pomoc nabízí moderní paliativní péče, která pomáhá těžce nemocným hledat možnosti pomoci, citlivě řešit tělesná i duševní strádání, zachovávat jejich důstojnost a poskytovat podporu rodinným příslušníkům (Cesta domů, 2014).

Víšková (2018) ve svém článku Paliativní péče – lékařská posudková činnost při posuzování zdravotního stavu a hodnocení stupně závislosti píše, že zhruba ze 110 tisíc lidí, kteří v ČR ročně zemřou, může ze správně nastavené paliativní péče profitovat až

70 tisíc nemocných. Zákon ji definuje jako péči zmírňující utrpení a zkvalitňující život nevyлéčitelně nemocným pacientům, která je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění (Višková, 2018). Kozák (2014) ve svém článku poukazuje na to, že specifická právní úprava paliativní péče chybí, a to nejen v ČR. Problematikou se zabývá zejména Listina základních práv a svobod, Etický kodex České lékařské komory a doporučení jeho představenstva č. 1/2010, zákon 372/2011 Sb. a prameny trestního práva.

Kolářová (2020) ve svém článku Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře představuje tři důležité oblasti této péče, které uvedla MUDr. Zavadová ve svém webinaru, a to oblast kvality života, holistického přístupu a otevřenosti v tématu umírání a konci života.

Sláma (2013) představuje paliativní péči jako komplexní a aktivní péči, která je především zaměřená na kvalitu života u pacientů v terminální či konečné fázi onemocnění. Česká onkologická společnost považuje paliativní péči za jedinou vhodnou v době, kdy je protinádorová a život prodlužující léčba vyčerpána nebo si nemocný další, pro něj náročnou péči, nepřeje (Modrá kniha České onkologické společnosti, 2018).

Pro zajištění kvality života a efektivnímu poskytování této péče je třeba komplexně zhodnotit všechny omezující symptomy, což nebývá jednoduché. Při zhodnocování je třeba, aby měl zdravotník výborné komunikační schopnosti, myslel na složitost symptomů a jejich možnou odlišnost od klinického obrazu, vnímal pacientovy pocity a myslel na to, že nejlepší léčba je kauzální (Sláma a Vafková, 2020).

V hodnocení nám mohou pomoci standardizované nástroje a dotazníky. Sláma a Vafková (2020) ve své knize Paliativní péče zmiňují několik těchto dotazníků, a jako první uvádí dotazník Edmonton Symptom Assessment Systém o 10 položkách, z nichž poslední je volná k doplnění momentálního stavu nemocným. Dalším nástrojem dle uvedené knihy je Performance status k hodnocení celkového stavu a tělesné výkonnosti, který slouží jako pomocné kritérium při výběru nejvhodnější léčby. Posledním nástrojem je Paliativní prognostický index, který předpokládá očekávanou délku přežití a je spíše nástrojem pro výzkum (Sláma a Vafková, 2020).

1.1.1 Historie a rozvoj paliativní péče v ČR

Paliativní, neboli útěšná péče je jednou z nejstarších medicínských a ošetrovatelských disciplín vůbec, jelikož v časech minulých neměli lékaři tolik možností plně léčit nemocné, a tak se zaměřovali na mírnění obtíží (Pecnová, 2020). Určitou formu utišující péče bylo možné sledovat již ve středověku, a to v útulcích pro těžce nemocné a zmrzačené (Kupka, 2014).

Paliativní péče tak, jak ji známe dnes, se začala v Evropě formovat v první polovině 19. století, kdy ve Francii vzniklo společenství žen, věnujících se výhradně péči o nevléčitelně nemocné. V duchu podobné péče vzniká v Irsku kongregace Sester lásky, která doprovází těžce nemocné jejich umíráním (Pokorná, 2022). Právě díky těmto společenstvím vznikly první hospice na území Francie, Irska a Anglie (Bužgová et al., 2013). S těmi je bezesporu spjata osobnost propagátorky hospicového hnutí Cicely Saundersové, která v 50. letech 20. století zformulovala první zásady lékařské péče zohledňující potřeby a situaci nevléčitelně nemocných. Dále se proslavila svým konceptem celkové bolesti uvedeným do praxe v hospici na předměstí Londýna (Adam et al., 2004). Společně s kamennými hospici se rozvíjí i domácí neboli mobilní hospicové služby především v USA a Velké Británii (Bužgová, 2015). Vývoj paliativní a hospicové péče pokračuje v roce 1975 vznikem prvního oddělení paliativní péče v nemocnici v kanadském Montrealu pod vedením doktora Balfoura Mounta (Pecnová, 2020).

Česká republika není v rozvoji paliativní péče tak progresivní jako ostatní vyspělé země. Počátek rozvoje lze datovat až po roce 1989 v oblasti specializované lůžkové hospicové péče, a to zejména pro onkologické pacienty (Tomeš et al., 2015). Zasluhou lékařky Marie Svatošové vznikly v ČR dvě organizace, které zásadně ovlivnily vývoj. První z nich bylo hospicové hnutí *Ecce homo* a druhou občanské sdružení pro podporu domácí péče (Sláma a Vafková, 2020). Díky tomuto hnutí v roce 1995 vznikl první lůžkový hospic v Červeném Kostelci a dalších 16 jich vzniklo do roku 2013 (Bužgová, 2015).

Za významným rozvojem paliativní péče stojí i projekt Ministerstva zdravotnictví a Evropského sociálního fondu zaměřený na podporu paliativní péče na lůžkách akutní či následné nemocniční péče. Výstupem tohoto projektu je vznik standardu pro

poskytování specializované paliativní péče týkající se především paliativních týmů a jejich financování (MZČR, 2022).

Dále byl Ministerstvem zdravotnictví schválen Národní onkologický plán do roku 2030, jehož druhým strategickým cílem je zajištění dostupnosti všech forem paliativní péče, a to nejen pro onkologické pacienty (Škampová, 2022).

První Konceptci paliativní péče přinesl rok 2004 a vznikla na základě zjištěných nedostatků v oblasti péče o umírající. Tyto nedostatky vyplynuly z výzkumu, který provedlo sdružení Cesta domů (Cesta domů, 2014). Dle koncepce je rozvoj paliativní péče prioritou českého zdravotnictví, a to zejména v oblasti domácích hospicových služeb, jelikož v domácím prostředí dlouhodobě umírá asi jen 10-15 % nevy léčitelně nemocných i přesto, že takto zemřít si přeje 80 % z nich (Bužgová, 2013).

K výraznému rozvoji přispěla i Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která vznikla v roce 2005 a v roce 2007 spolu s Nadací rozvoje občanské společnosti vydala Standardy hospicové paliativní péče (Badurová, 2019). Ty měly za cíl stanovit poskytovatelům paliativní péče požadavky nutné ke splnění určité úrovně a kvality. Přepřacované pak byly v roce 2013 (Bužgová, 2015). Dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb existuje v současné době více než 60 institucí (charitní služby, hospic, mobilní a domácí hospic) poskytujících paliativní péči (ÚZIS, 2023).

V závěru této kapitoly je nutné zmínit, že každá země má svá specifika, která určují rozvoj specializované paliativní péče. Především jde o různé systémy organizace, financování, způsoby začlenění do zdravotního a sociálního systému, ale také kulturní rámce (Plocková, 2019). Tyto rámce rozvíjí paliativní péči zejména v oblasti vztahů společnosti ke smrti a umírání, dobrovolnictví, rodinných a komunitních rolí (Bužgová, 2015). Kabelka et al. (2016) v situační analýze zmiňují, že rozvoj paliativní péče zásadně podporuje rovnováhu mezi péčí akutní, návaznou, dlouhodobou a terminální po celém světě.

Stejně jako v jiných medicínských oborech i v tomto je důležité vzdělání, a proto v roce 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny s cílem podporovat vzdělávání v oblasti obecné a specializované péče a dobrou klinickou praxi. Zmíněná asociace se dále podílela na vzniku dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče platící v letech 2011-2015, která byla posléze aktualizovaná pro roky 2015-2020. Strategie měla za cíl

odstranit nedostatky v péči o umírající a jejich rodiny a zajistit tak všem bez rozdílu zachování důstojnosti v umírání i smrti. Oba tyto návrhy však vláda ČR odmítla pro jejich zbytečnost (Modrá kniha České onkologické společnosti, 2022).

V posledních letech vznikají strategické dokumenty na úrovni krajů, ze kterých je patrný zájem o systematický rozvoj. Průlomovým okamžikem na celostátní úrovni se stalo podepsání memoranda o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR (MZČR, 2022). Spolupráce vznikla mezi ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a Českou společností paliativní medicíny ČLK JEP. V memorandu nebyly stanoveny cíle, ale možné oblasti spolupráce (Lejsal a Krejčí, 2020).

1.1.2 Rozdělení paliativní péče

Tomeš et al. (2015) ve své knize Rozvoj hospicové péče a její bariéry zmiňují, že dle evropských norem by měla mít paliativní péče různé úrovně dle komplexnosti poskytovaných služeb, ale především poukazuje na dvě základní – obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je poskytována pracovníky různých odborností ve zdravotnickém zařízení, jejímž základem je rozpoznání nevléčitelného onemocnění a stanovení ovlivnitelných oblastí, které mohou souviset s kvalitou pacientova života (Sochor et al., 2015). Řadíme do ní i sociální péči poskytovanou každý den pracovníky sociálních služeb, podpůrnou komunikaci nejen s pacientem ale i jeho rodinou a organizaci veškeré specifické péče (Víšková, 2018). Mezi činnosti spadající pod obecnou péči řadíme základní management bolesti, úzkosti a deprese ale také rozhovory o prognóze, utrpení a léčebných cílech (MZČR, 2018).

Specializovaná péče

Specializovaná péče je aktivně poskytována týmem odborníků různých profesí, kteří jsou v paliativní péči vyškoleni a mají potřebné zkušenosti. Určena je zejména pro pacienty, jejichž potřeby jsou natolik komplexní, že není možné je dostatečně uspokojovat v rámci obecné péče (MZČR, 2018).

Dle Věstníku MZČR je možné ji na základě pokročilosti a odborného hlediska rozdělit na časnou péči poskytovanou nemocným s vážným onemocněním, které může délku života výrazně ovlivnit, ale dále u něj probíhá léčba a péči terminální, která je

poskytována v závěru samotného života a jejím základem je tlumení diskomfortu (MZČR, 2022).

V Modré knize České onkologické společnosti se dočteme, že specializovaná péče může mít formu ambulantní, konziliární, lůžkovou a mobilní (Modrá kniha České onkologické společnosti, 2022).

1.1.3 Cíle paliativní ošetrovatelské péče

Ptáček a Bartůněk (2022) považují za hlavní cíl této péče zachování důstojnosti člověka v jeho nejtěžším životním období, zmírnění veškerých možných strádání a v opoře pacienta i jeho rodiny. Pokud mluvíme o lidském strádání tak lze říct, že vychází z neuspokojení potřeb, a to nejčastěji fyzických, psychických a sociálních (Víšková, 2018).

Šamánková (2011) ve své knize poukazuje na problém v uspokojování zejména fyziologických potřeb v těžké nemoci, a to například nemožnosti se najíst, napít či vykonat základní lidskou potřebu, ale také na nedostatek spánku, ztrátu soběstačnosti a kontroly nad tělem samotným.

Bužgová (2015) ve své knize Paliativní péče ve zdravotnickém zařízení popisuje nedostatečnou dokumentaci psychosociálních potřeb, což je ukázkou toho, že těžká, nevyléčitelná nemoc je značným zásahem do psychiky nemocného a jeho rodiny. Dle Dostálové (2016) je zásadní poskytování psychologické péče již od úplného počátku, a to nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Dále je podle této autorky důležité zařazení rozhovorů o umírání, smrti a představách nemocného. Do psychologické péče můžeme zařadit i podporu, která je poskytována nejbližším osobám nemocného v době jeho nemoci i po jeho úmrtí.

1.1.4 Role sestry v paliativní ošetrovatelské péči

Role je očekávaným chováním člověka související s určitým postavením ve společnosti. Špirudová (2015) ve své knize představuje zejména profesní role sestry, které se během vývoje mění a vzhledem k jejich rozmanitosti je nelze jednoznačně vymezit (Špirudová, 2015).

Role sestry jsou dle Joyce Travelbee vykládány nemocnými, jejich rodinami ale i ostatními zdravotnickými pracovníky dvěma způsoby: jednak jako činnosti, které sestra vykonává a jsou vidět a dále jako vlastní představy o sestřích a ošetrovatelské praxi. Ve

svém dalším díle zmiňuje Joyce Travelbee pohled do budoucnosti, kdy se domnívá, že přední ošetrovatelskou rolí bude udržení zdraví, ale důležitý bude i důraz na prevenci, pomoc nemocným v nemoci či přijetí reality (Stasková et al., 2019). Dle Fitchové et al. (2015) je sestra zodpovědná za komplexní posouzení zdravotního stavu, vykonávání intervencí založených na důkazech a zhodnocování dopadu péče, která byla poskytnuta.

Ošetrovatelské činnosti sester v paliativní péči by měly být založené na interakci s pacientem a zkoumání souvislostí mezi bolestí a utrpením (Parola et al., 2020). Sestra plánuje a poskytuje nemocnému v terminální fázi jeho onemocnění komplexní a soucitnou péči, která zajišťuje optimální zvládnutí bolesti, ochranu duševních hodnot, zachování práva rozhodnout se a zahrnuje i péči o rodinu (Nacak a Erden, 2023). Terzi a Kapucu (2022) ve své studii považují za zásadní péči o rodinu i po smrti blízké osoby, jelikož dochází k pocitům opuštění a truchlení.

Pro Abbaspoura a Heydariho (2022) je zásadní sestřskou rolí poskytování péče a podpory za pomoci efektivní komunikace s cílem naplnit skutečné či potenciální potřeby člověka a zajistit mu tak přirozený život v těžké nemoci. Mezi její klíčové povinnosti tak patří zvládnutí symptomů, emocionální podpora pacienta i jeho rodiny a vhodná edukace (O'Connor a Aranda., 2005).

1.2 Charakteristika karcinomu pankreatu

Prvně byl tento typ nádorového onemocnění popsán již v roce 1761 Giovannim Battistou Morgagninim, nicméně mikroskopické vyšetření v jeho publikaci přítomno nebylo, a proto byla skutečná diagnóza nejistá (Ansari, 2016). Ansari (2016) dále uvádí, že pokrok nastal v roce 1858, kdy Da Costa přezkoumal Morgagniho práci a připojil k ní mikroskopickou diagnózu (Ansari, 2016). V současnosti je karcinom pankreatu stále považován za terapeutický problém posledních několika desítek let, jelikož nedochází ke zlepšení výsledků v oblasti včasné diagnostiky a léčby (Zavoral, 2005). Špičák (2017) ve své knize zmiňuje, že důvodem nepříznivé prognózy je diagnostika již pokročilého onemocnění, u něhož dominují příznaky jako bolest zad, kachexie a ikterus.

U duktálního adenokarcinomu pankreatu, což je nejčastější histologická forma této malignity, má v době diagnostiky 80 % nemocných již lokálně pokročilý nález či přítomnost vzdálených metastáz (Erol et al., 2022). John (2020) ve svém článku poukazuje na závažnost vysoké mortality a uvádí zde míru pětiletého přežití, která je asi jen u 7-9 % pacientů. Častěji se vyskytuje u pacientů vyššího věku, mužů a africké a

americké populace (Çetin a Dede, 2019). Z dat Národního onkologického registru můžeme vyčíst, že v roce 2018 byl karcinom pankreatu diagnostikován u 2332 pacientů a zhruba 2159 osob na tuto diagnózu zemřelo. Počet nově diagnostikovaných případů se od roku 1980 více než zdvojnásobil a stejný nárůst vznikl i v oblasti mortality (ÚZIS, 2021).

1.2.1 Etiologie karcinomu pankreatu

V etiologii nádorového onemocnění sehrávají zásadní roli faktory životního stylu (Azeem et al., 2013). Zevní vlivy se podílejí na vzniku až 90 % nádorů a mezi nejvýznamnější lze zařadit vliv tabáku a výživy (Foretová et al., 2022). V etiologii karcinomu pankreatu sehrává roli zejména nadměrná konzumace alkoholu a nadměrný přísun tuků při nedostatečném příjmu vlákniny, nicméně svůj podíl mohou mít i faktory genetické (Zavoral, 2005). Nicméně přesná etiologie není dosud známa (Vodička, 2014).

1.2.2 Rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu

Azeem et al. (2016) ve svém článku zmiňují, že rizikové faktory spojené se vznikem karcinomu pankreatu lze rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. U běžné populace se odhaduje celoživotní riziko rozvoje kolem 1,5 %, u rizikových jedinců může být riziko vyšší než 5 % (Vaněk et al., 2022).

Neovlivnitelné faktory

Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví, etnickou příslušnost, genetickou predispozici a s ní spojený vznik prekurzorových lézí. Genetická predispozice je významná zejména při výskytu u příbuzných 1. stupně, kdy je riziko dvojnásobné oproti rodinám bez karcinomu pankreatu (Špičák, 2017).

Svůj význam v oblasti vzniku mají i některá dědičná onemocnění, mezi které lze zařadit Lynchův syndrom, Peutz – Jeghersův syndrom nebo familiární adenomatózní polypózu (Ilic a Ilic, 2016). V literatuře jsou popisovány tři prekurzorové léze, které mohou toto maligní onemocnění způsobovat, a to pankreatická intraepiteliální neoplazie (PanIn), intraduktální pankreatický mucinózní novotvar (IPMN) a mucinózní cystický novotvar (Zamboni et al., 2013).

PanIn léze jsou charakterizovány jako mikroskopická ložiska nedetekovatelná rentgenem, jejichž progresse do maligního onemocnění je velmi dobře popsána (Patra,

2017). Nejčastěji je lze nalézt v hlavě pankreatu, menších pankreatických vývodech a lze je rozdělit do 3 stupňů, a právě ten poslední stupeň je zodpovědný za invazivní a metastatický nález (Hucl, 2012). Patra (2017) ve svém článku zmiňuje IPMN jako zvyšující se prekursor, kterému je třeba věnovat pozornost, jelikož se překrývá s PanIn lézemi. Má ale odlišné genetické změny. Poslední zmiňovaná léze je spíše vzácná, charakteristické jsou pro ni pomalu rostoucí nádory zejména u žen a jejich zvrát do maligního onemocnění je nejistý (Patra, 2017).

Za možnou dědičnou predispozici lze považovat i familiární karcinom pankreatu, který je charakterizován výskytem karcinomu u dvou rodinných příslušníků první linie bez známé genetické náchylnosti (Vaněk et al., 2022).

Karcinom pankreatu je nádorem vyššího věku, málokdy je diagnostikován před 50. rokem a jeho výskyt je nejvyšší mezi 70. a 80. rokem života (Vodička, 2014). Ilic a Ilic (2016) ve svém článku píše, že 80 % rakoviny slinivky břišní se vyvine mezi 60. až 80. rokem života a z toho 50 % se vyskytuje u osob nad 70 let.

Ovlivnitelné faktory

Šubová et al. (2014) ve svém článku poukazují na rizikové faktory, mezi které patří kouření, obezita, konzumace alkoholu, faktory pracovního prostředí a zdravotní stav.

Všeobecně lze říct, že rizikovým faktorem všech onkologických onemocnění je špatný životní styl, nevhodná strava a s ní spojená obezita. Dodržováním správného životního stylu můžeme eliminovat riziko vzniku adenokarcinomu až o 23 % (Tonini a Zanni, 2021). Pro člověka představuje vyšší riziko spíše břišní obezita než celková, a to až dvojnásobně (Yadav a Lowenfels, 2013). Nicméně dle studie, která proběhla v letech 2006 až 2009, nebyla nalezena přímá souvislost mezi obezitou a vznikem karcinomu pankreatu, pacienti měli naopak váhu spíše nižší (Šubová et al., 2014).

Jednoznačně je potvrzený vliv konzumace alkoholu, a to zejména destilátů, které při dlouhodobém užívání vedou k chronickému zánětu a posléze nádorovému bujení (Zavoral, 2005). Střídmá konzumace alkoholu není sama o sobě rizikovým faktorem, oproti konzumaci těžké, která zvyšuje riziko vzniku bez souvislosti s pankreatitidou a kouřením (Ansari, 2016). Značným karcinogenem je nikotin, který zvyšuje riziko vzniku až třikrát u běžných cigaret, u těch elektronických je riziko nižší ale není zanedbatelné (Foretová et al., 2022). Studie ve Spojeném království z roku 2011

poukazuje na přímou souvislost vzniku rakoviny pankreatu spojenou s kouřením tabáku u 26 % mužů a 31 % žen (Ilic a Ilic, 2016).

Ilic a Ilic (2016) ve svém článku dále zmiňují i to, že riziko vzniku rakoviny se snižuje z hodnoty 1,7 u současných kuřáků na 1,2 u kuřáků bývalých. Zvýšené riziko však přetrvává 10 let po ukončení kouření.

Dalším rizikovým faktorem, o kterém se v souvislosti s karcinomem pankreatu mluví je diabetes mellitus 2. typu. Tonini a Zanni (2021) ve svém článku uvádí, že pokud se vyskytne diabetes u štíhlého staršího člověka, který udává nechtěný úbytek hmotnosti, mělo by se pomýšlet na možný adenokarcinom. Hu et al. (2021) ve svém článku poukazují na to, že dlouhodobý diabetes je sice rizikovým faktorem, ale nově vzniklý může být příznakem adenokarcinomu (Hu, 2021).

1.2.3 Klinický obraz karcinomu pankreatu

Nechutenství-kachexie

Výživa je faktorem, který může ovlivnit vznik nádorového onemocnění, ale stejně tak je důležitá ve všech fázích již vzniklého onemocnění. Nechutenství je příznakem, který výrazně zhoršuje kvalitu života a může jej zásadně zkrátit. Je spojeno se sníženým příjmem stravy, a tedy i s váhovým úbytkem (Pochop, 2020).

Hmotnostní úbytek je možné pozorovat až u poloviny malignit, a to i několik měsíců před stanovením diagnózy (Meisnerová, 2017). Postižení gastrointestinálního traktu chorobou či léčbou, zvýšená zánětlivá odpověď organismu či zvýšené energetické nároky při obnově tkání vedou k nedostatečnému příjmu energie a živin, a tím i ke vzniku závažné malnutrice (Zavoral, 2005).

U karcinomu pankreatu, jehož agresivní růst může způsobit přímé poškození zažívacího traktu, dochází k váhovému úbytku s katabolickými procesy, které nemusí reagovat na zvýšený přísun živin, tělo chátrá a nastává nádorová kachexie (Tomášek, 2015). Ansari (2016) ve svém článku zmiňuje častý výskyt podvýživy u karcinomu pankreatu, která je způsobena obstrukcí vývodu žaludku, insuficiencí pankreatu, bolestí a nauzeou. Ke stabilizaci hmotnosti, která je zásadní pro kvalitu života, však velmi dobře přispívají pankreatické enzymy a nutriční podpora ve formě nápojů. Nechutenství lze zmírnit těmito doporučeními – dostatek času na jídlo, malé porce častěji během dne anebo i v noci, pokud je chuť, mít oblíbené jídlo vždy po ruce, zkoušet výživné nápoje, maso

nahradit jinými bílkovinami, omezit přísnot diety, vyzkoušet preparáty podporující chuť k jídlu nebo podávat chutně upravenou stravu (Šachlová et al, 2012).

Bolest

Bolest při karcinomu pankreatu je jednou z nejsilnějších a její závažnost přímo souvisí s prognózou (Lohse a Brothers, 2020). Pro tento typ onkologického onemocnění je typická zejména bolest viscerální, která je většinou krutá, trvalého charakteru a jen částečně ovlivnitelná farmaky (Slováček, 2012). Brothers jako spoluautor článku Pathogenesis and Treatment of Pancreatic Cancer Related Pain poukazuje na náročnost léčby vzhledem k invazivní povaze onemocnění, věku nemocného a nutnosti zavést agresivní léčebný režim (Lohse a Brothers, 2020). Tomášek (2015) v knize Onkologie – minimum pro praxi uvádí, že v době diagnostiky onemocnění trpí bolestí třetina pacientů, při probíhající léčbě už 50 % a v pokročilých a v terminálních stádiích až 90 % nemocných.

1.2.4 Diagnostika

Diagnostika karcinomu pankreatu není jednoduchá i vzhledem k tomu, že velmi dlouho probíhá skrytě a v době prvních příznaků je nález již velmi pokročilý. Zavoral (2005) ve své knize píše, že by se mělo proběhnout klinické vyšetření břicha a laboratorní odběry. Mezi základní laboratorní vyšetření při podezření na poškození slinivky břišní patří jaterní testy, koagulační parametry a další nespecifické testy určující metabolickou situaci. Laboratorní vyšetření nádorových markerů v diagnostice nepřináší specifický výsledek. Hladina markerů má znatelnější význam u již diagnostikovaných nádorů jako možná kontrola léčby či progresu. Nejčastěji jsou vyšetřovány tyto markery: CA 19–9, CA 50, CA 242, CA 494, DU-PAN 2 a Span- 1 (Hůlek a Urbánek, 2018).

Stěžejní pro diagnostiku zůstávají zobrazovací a endoskopické metody (Vaněk et al., 2022). Jednou ze zobrazovacích metod je ultrasonografie břicha, která má ale velmi omezený přínos vzhledem k nízké specifitě a závislosti na tělesné konstituci nemocného. Zásadní roli sehrává počítačová tomografie prováděná dle pankreatického protokolu, a to za pomoci intravenózně a perorálně podané kontrastní látky. Radiolog většinou dokáže na základě výsledků popsat rozsah nádoru, jeho vztah k cévám, okolním strukturám, a pokud je přítomna, tak i dilataci žlučových cest (Zavoral, 2005).

Vaněk et al. (2022) ve svém článku zmiňují i přínos MR zejména v detekci časných stádií karcinomu a uvádí, že MR s cholangiopankreatografií je schopna zobrazit počínající stenózu již 26 měsíců před možnou detekcí karcinomu. Jedinou metodou, která není v diagnostice běžně indikována, je pozitronová emisní tomografie.

Dalším krokem jsou dvě endoskopické metody: endoskopická ultrasonografie a endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie. Ultrasonografie umožňuje získat aspirací vzorek k histologickému vyšetření, bez kterého není možná jakákoliv onkologická léčba. Zatímco druhá metoda slouží k zobrazení dostupných stenóz vhodných pro stent nebo k zajištění drenáže žlučových cest (Zavoral, 2005).

1.2.5 TNM klasifikace

TNM klasifikace je v současnosti nejrozsáhlejší publikací popisující rozsah nádoru a regionální i vzdálené metastázy. TNM systém je pro popis rozsahu onemocnění založen na hodnocení rozsahu primárního nádoru (T), přítomnosti, nepřítomnosti či rozsahu metastáz v místních uzlinách (N) a přítomnosti či nepřítomnosti vzdálených metastáz (M). Všeobecné rozdělení je takové, že karcinomy in situ jsou označeny stadiem 0, nádory lokalizované v orgánu svého vzniku stadii 1 a 2, nádory lokálně pokročilé, zejména do uzlin stadiem 3 a nádory se vzdálenými metastázami stadiem 4 (Brierley et al., 2023).

Správné určení této klasifikace má zásadní význam pro volbu vhodné léčby a určení stadia bývá rozhodujícím prognostickým faktorem. Prognostické faktory se vztahují na anatomický rozsah onemocnění, profil nádoru, profil pacienta a prostředí. Rozeznáváme klasifikaci klinickou, která se stanovuje na základě fyzikálních, endoskopických a zobrazovacích metod a klasifikaci patologickou, jejímž základem je histopatologické vyšetření (Kordač et al., 2016). Systém klasifikace vyvinul mezi lety 1943-1952 Pierre Denoix a jeho základem jsou obecné definice klinických stádií zhoubných nádorů (Brierley, 2023).

Pokud se zaměříme na slinivku břišní tak se tato klasifikace používá u nádorů exokrinní části pankreatu a u dobře diferencovaných neuroendokrinních nádorů. Onemocnění je třeba histologicky i cytologicky ověřit. U karcinomu pankreatu jsou stanovena 4 stadia: T1 a 2 jsou nádory lokalizované v pankreatu lišící se velikostí, T3 označuje nádor větší než 4 cm, který může postihovat duodenum nebo žlučovod a T4 označuje nádor postihující okolní orgány nebo stěnu velkých cév. Regionálními uzlinami, které mohou

být zasaženy při nádorech pankreatu, jsou mízní uzliny podél společného žlučového, jaterní tepny, portální žíly, pylorické, proximální mesenterické a celiakální (Brierley et al., 2023).

1.2.6 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu

Ošetrovatelství lze charakterizovat jako péči zaměřenou na člověka a poskytovanou v určitém čase, na určitém místě sestrou, která je samostatná a schopná týmové spolupráce s lékaři a ostatními zdravotními pracovníky (Plevová, 2018). Bužgová (2015) ve své knize uvádí, že pacienti s nevléčitelným onkologickým onemocněním profitují z péče zaměřené na hodnocení potřeb. Dle Šamánkové (2011) je potřeba pocitem nedostatku či přebytku v bio – psycho – sociální oblasti.

Schroederová a Lorenz (2018) ve svém článku popisují paliativní ošetrovatelskou péči jako hodnocení, diagnostiku a léčbu reakcí člověka na život ohrožující onemocnění vyžadující dynamický a pečující vztah s pacientem a jeho rodinou. Dle autorů článku je myšlení sester poskytujících paliativní péči zaměřeno spíše na komfort a podporu než na vitální funkce a léčbu.

Vodička (2014) ve své knize popisuje nejčastější příznaky karcinomu pankreatu, jako je ikterus, bolest a malnutrice, které nemocného nejvíce zatěžují a narušují tak nejen uspokojování jeho potřeb, ale i kvalitu každodenního života.

Péče o výživu pacienta při onemocnění karcinomem pankreatu

Onkologicky nemocní pacienti mívají velmi často nedostatečný příjem energie, ztrácejí svalové bílkoviny a procházejí neustále zánětlivým procesem. Proto je výživa nedílnou součástí léčby (Jankowski et al., 2021). Vhodné jsou nutriční intervence, jejichž obsahem by mělo být hodnocení stavu výživy a možných poruch, důvod indikace, forma vhodné výživy, stanovení správného poměru živin, výživového programu a průběžné sledování dosažených výsledků (Klęk a Kapala, 2018). Klęk a Kapala (2018) popisují hodnocení stavu výživy jako nástroj k identifikaci podvyživených nebo podvýživou ohrožených pacientů a ke stanovení typu podvýživy a její závažnosti.

Ke sledování nutričního stavu se používají denní záznamy příjmu stravy, které se vyhodnocují pomocí počítače a vypovídají o kalorickém příjmu. Za nedostatečný se považuje kalorický příjem nižší než 60 % odhadované potřeby za období 1–2 týdnů (Jankowski et al., 2021).

Valentini et al. (2013) popsali strukturu nutričních intervencí za pomoci schématu do 7 kroků – pravidelné stravování dle dietního plánu s doplňováním živin, ve druhém kroku s přidáním výživových doplňků a ve třetím s indikací doplňkové enterální či parenterální výživy. Od pátého kroku je výživa zajišťována pouze enterální, parenterální či kombinovanou cestou. Tato výživa je indikována při nízkém kalorickém příjmu (do 500kcal/den) nebo příjmu nižším než 75 % stanoveného plánu (Arends et al., 2015).

Dle Šachlové (2014) je základem nutričních intervencí pestrá strava s obsahem vitamínů a motivace nemocného udržet hmotnost a svalovou sílu. Dále ve svém článku popisuje pozitivní přínos sippingu v době, kdy nelze nutriční potřeba nahradit pestrou stravou. Cotogni et al. (2021) ve svém článku píše, že prvním cílem nutriční léčby je zachování perorální stravy s omezením nepříjemných příznaků spojených s jídlem a zvýšením požitku.

Hodnocení výživy by mělo být vždy s přihlédnutím k předpokládané prognóze délky života a k přínosu výživy na aktuální kvalitu života. Základem nutriční strategie v této fázi onemocnění je sledování těchto oblastí – soběstačnost nemocného, nechutenství, předčasná sytost, nevolnost, bolesti v oblasti dutiny ústní, změny v chutích, zažívací obtíže či role výživy na konci života (Šachlová et al., 2012).

Plnění spirituálních potřeb pacienta

Spiritualita je úzce spojena s konceptem holistické péče, jelikož ji lze považovat za jednu z lidských dimenzí (Sovářiová, 2021). Dle Zumstein – Shaha et al. (2020) je spiritualita mnohorozměrná a ovlivňuje vyrovnavání se s vážným onemocněním. V terminální fázi onemocnění je právě spiritualita tím, co ovlivňuje jak postoj k nemoci, tak všechny aspekty života.

Duchovno je pro mnoho lidí životní silou, zdrojem energie a bytí. Existují každodenní spirituální zážitky, mezi které lze zařadit úctu, důvěru, naději, víru, vnitřní klid, radost, vděčnost a odvalu. Spirituální péče může být cestou k porozumění lidských příběhů, ale i způsobem, jak zvládnout důstojně obtížné situace (Hajnová et al., 2015). Právě duchovní péče je jednou z osmi domén, které dělají paliativní péči kvalitní (Zumstein-Shaha et al., 2020).

Lidé se v těžké nemoci zabývají důležitými otázkami, které se týkají smyslu vlastního života a odpuštění. Každý chce na sklonku života vědět, že jeho život měl a stále ještě má smysl (Svatošová, 2012).

Sochor (2018) vnímá duchovní potřeby nejen jako záležitosti věřících, ale všech těžce nemocných, kteří kolem sebe chtějí mít někoho, kdo přijímá jejich pocity a doprovází je v těžkých časech. Dle Büssinga (2021) jsou duchovní potřeby pocíťovaným nedostatkem, který nás nutí hledat kognitivní, emocionální, psychosociální a behaviorální význam a možnosti jeho realizace v životě a vztazích.

Spirituálním potřebám není v ošetrovatelství věnována potřebná pozornost i přesto, že jsou v životě každého z nás důležité. Jejich dlouhodobé neuspokojení vede k duchovní nepohodě, zhoršené kvalitě života a celkovému nekomfortu. Nenaplněné duchovní potřeby se mohou projevat strachem, frustrací, zoufalstvím, ztrátou smyslu života i problémy ve vztazích. Smysl svého života hledá na sklonku bytí až 89 % pacientů a tato potřeba je pro ně jednou z nejdůležitějších (Bužgová, 2015). Existují klíčová témata vztahující se k duchovním potřebám onkologických pacientů v paliativní péči, na které je třeba se zaměřit, a těmi jsou potřeba religiozity, společenství, kontroly nad vlastním životem, dokončení rozpracovaného díla, kladný pohled na svět a splynutí s přírodou (Hajnová et al., 2013). Bužgová (2015) dále ve své knize zmiňuje důležitost naděje, která je zásadní pro duchovní pohodu.

Její podstatou je motivovat nemocného v plnění cílů v reálném čase bez nutnosti nějakého nalhávání. Hodnocení potřeb a následné poskytování podpory je zásadním ukazatelem kvalitní péče na národní, mezinárodní i profesionální úrovni (Batstone et al., 2020).

Duchovní pečují o nemocné napříč dějinami, poskytují jim svátost pomazání, eucharistie, provází je modlitbami v průběhu nemoci a v době kdy opouštějí pozemský život je předávají Bohu. Od roku 2006 je na základě Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mohou navštěvovat v nemocnicích za účelem poskytnutí pomoci v těžké chvíli bez ohledu na vyznání (Maryšková, 2015).

1.2.7 Management bolesti u pacientů s karcinomem pankreatu

Bolest je velmi obávaným příznakem nádorových onemocnění a její výskyt se zvyšuje souběžně s pokročilostí nálezů. Zásadní roli v péči o bolest sehrává její hodnocení, které se řídí základními kritérii a to příčinou, typem, časovým průběhem a intenzitou (Tomášek, 2015).

Charakter a intenzitu bolesti předurčuje typ nádoru. Zvládnání bolesti je individuální a závisí na celkovém stavu nemocného, úspěšnosti protinádorové léčby, ale také na adaptaci člověka na náročnou životní situaci, kterou maligní onemocnění bezesporu je (Zacharová, 2014).

V článku Zacharové (2014) se dočteme, že psychika velmi ovlivňuje celkové prožívání bolesti, a proto je k její léčbě nutné přistupovat komplexně, a kromě analgetik zařadit i podpůrnou psychickou péči (Zacharová, 2014). Multidimenzionální povahu bolesti pojmenovala Cicely Saundersová konceptem totální bolesti paliativních pacientů, který se skládá z fyzické, psychické, sociální a spirituální složky (Sláma a Vafková, 2020). Dle Sochora a Slámy (2015) je základem celkový přístup k bolesti za pomoci bio – psycho – socio – spirituálního modelu.

Bolest je v dnešní době velmi dobře ovlivnitelná, ale u mnoha příznaků, které ji doprovází, to tak není. Mezi tyto symptomy lze zařadit únavu, slabost, narušený spánek, nevolnost, dušnost či psychické potíže (Sochor a Sláma, 2015). Sochor a Sláma (2015) ve svém článku zmiňují, že vzhledem k provázanosti bolesti a doprovodných příznaků je vhodné prosazovat koncept časného zařazení paliativní péče. K tomuto se přiklání ve svém článku Léčba neuropatické bolesti i Lejčko (2018), který tvrdí, že adekvátní léčba bolesti vyžaduje nejen kvalitní a na jedince zaměřenou léčbu, ale i profesionální zájem o paliativní postup včetně komunikace.

V hodnocení bolesti, respektive při zjišťování charakteristik nám může pomoci systematický postup dle akronymu SOCRATES – kdy každé písmenko určuje jednu otázku. Otázky cílí na místo maximální bolesti, její začátek, charakteristiku, vyzařování, přidružené příznaky, trvání, zmírňující či zhoršující faktory a intenzitu (Sochor, 2015).

Management léčby bolesti se řídí především údaji od pacienta, analgetickým žebříčkem WHO, individuálním přístupem a pravidelností v podávání léčiv a monitorací léčebných i nežádoucích účinků (Modrá kniha České onkologické společnosti, 2022).

Léčebné intervence jsou děleny na farmakologické a nefarmakologické. Mezi základní skupiny léčiv zařazujeme neopioidní analgetika, slabé a silné opioidy a koanalgetika. Nefarmakologické intervence jsou doplňkem k intervencím farmakologickým, ale lze je použít i samostatně pro zvýšení pocitu kontroly nad bolestí (Eaton et al., 2017).

Přínos v léčbě bolesti mají i intervenční metody, a to zejména svodné techniky a neurolytické blokády. U karcinomu pankreatu se nejčastěji provádí neurolyza plexus coeliacus (Lejčko, 2018). Tato technika spočívá v destrukci nervových vláken v oblasti, která inervuje horní břišní orgány a tím jsou nervové dráhy zablokovány (Zambo Galafassi et al., 2020).

Po výkonu dochází k ústupu bolesti a tím i ke snížení dávek opioidů a zmírnění nežádoucích účinků spojených s jejich užíváním (Marková, 2010). Další invazivní technikou léčby bolesti je intratekální podávání léků do subarachnoidálního prostoru skrze infuzní systém. Tato forma umožňuje přesné dávkování s minimální systémovou hladinou opioidů (Carvajal, 2021).

Novou možností v léčbě bolesti je předepisování léčebného konopí. V České republice je momentálně možné podávat tento individuálně připravený lék ve formě tvrdých želatinových tobolek s obsahem sušené konopné drogy. Lék ve formě olejového extraktu či ve formě měkkých tobolek není v současné době z legislativních důvodů dostupný (Kušnírová, 2020).

Mnoho pacientů v průběhu onkologického onemocnění trpí průlomovou bolestí, což je náhlé zhoršení již léčbou zmírněné bolesti. U této bolesti se hodnotí rychlost nástupu, její délka, intenzita a počet bolestivých epizod za den. Základem léčby zůstávají jak farmakologické, tak nefarmakologické postupy se zvolením záchranné medikace (Sláma et al., 2013).

Dle Kušnírové (2020) je průlomová bolest náhlé a přechodné vzplanutí bolesti u pacientů léčených opioidy, která nastane během několika minut a brzy ustane, ale přesto je nutné podat záchrannou medikaci s krátkým účinkem.

Nefarmakologické metody mohou snížit nádorovou bolest, ale vhodné jsou spíše k doplnění farmakologické léčby než jako samostatná metoda. Eaton et al. (2017) ve svém článku představují možnosti, do kterých patří například hypnóza, relaxace a

progresivní relaxace, jóga, akupresura, akupunktura, masáže, metody pracující s energií (reiki), terapii dotekem a různé typy stimulací (Eaton et al., 2017).

1.3 Duševní zdraví sestry

Duševní zdraví je definováno jako stav, který umožňuje člověku realizovat se, vyrovnávat se s každodenním stresem, úspěšně vykonávat pracovní povinnosti a žít svůj život ve společnosti (Křivohlavý a Pečenková, 2004). Fridrichová (2022) ve své bakalářské práci popisuje duševní zdraví jako optimálně a harmonicky fungující duševní pochody, které pomáhají člověku přiměřeně odrážet realitu a reagovat na běžné i nenadálé problémy, zdokonalovat se a být spokojený. Na základě klinických studií je dokázáno, že psychický stav spolu s osobnostními rysy a životosprávou ovlivňuje imunitní systém a tím i systém somatický (Navrátilová, 2020).

Dle Vávrové (2014) je podmínkou duševního zdraví vnitřní harmonie, harmonické vztahy, zdravé sebevědomí a asertivita což pomáhá člověku řešit životní problémy.

Povolání sestry je spojené s vyšší mírou zátěže a stresu - neustálý pohyb nebo naopak dlouhé stání, zátěž kosterní a svalové soustavy při poskytování péče, riziko infekce, nepříjemné vjemy, směnnost a nepravidelnost ovlivňují všechny složky osobnosti sestry (Matúšů, 2018). Podstatnou zátěží je bezesporu psychická náročnost povolání, a proto klid a duševní pohoda je pro výkon povolání nezbytná. Vzhledem k tomu, že sestra pracuje s nemocnými a často i s umírajícími pacienty je psychická zátěž přímo úměrná jejich zdravotnímu stavu (Mlejnková, 2017).

Psychická zátěž sebou přináší vyšší riziko chyb při výkonech či rozhodování, vznik pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění (Matúšů, 2018). Mlejnková (2017) ve své práci zmiňuje, že náročnost tohoto povolání sebou nese i psychosociální zátěž. Podle Hulkové a Kilíkové (2022) je u sester nejčastěji duševní zdraví ohroženo právě psychosociální zátěží, tedy vlivem práce, pracovních podmínek v prostředí, které ovlivňuje či vyvolává zvýšené psychické napětí a zátěž. Zátěž plyne z konfrontace sestry s bolestí, péčí o umírající, traumatickými případy, stížnostmi ale také s velkým očekáváním ve spojení s nedostatkem času. Pelcák (2012) považuje za psychosociální faktory pracovního prostředí přetížení, časový stres, monotónní úkoly, vnucené pracovní tempo, vysokou pracovní odpovědnost a směnnost.

1.3.1 Duševní hygiena sester

Péči o toto zdraví se zabývá psychohygiena, která je definována jako systém pravidel a rad, které mohou sloužit k udržení nebo znovunalezení duševního zdraví a rovnováhy (Vávrová, 2014). Při péči o duši je třeba se zaměřit na problémy v oblasti životosprávy a dále na mezilidské vztahy, umění odpočinku a volný čas (Horák, 2015).

Podle Přecechtělové (2022) lze do základních složek psychohygieny zařadit životosprávu, sociální vztahy, sebevýchovu, psychologické poradenství a výchovu ke zdraví. První koncepce duševní hygieny byla zaznamenána v době antické filozofie a jejím autorem byl Demokritos, který označil člověka za dynamický systém, jehož úkolem je žít vyrovnaně a v harmonii se sebou, přírodou i světem (Sekerka, 2017). Sekerka (2017) ve své práci uvádí i to, že další rozvoj probíhal až od dob renesance souběžně s vyčleněním psychiatrie ze vznikajících medicínských oborů.

Psychohygiena je individuální záležitostí, kdy si každý jedinec během svého života utváří svůj osobitý styl (Takács et al., 2015). Základem jsou jednoduché a prosté metody, mezi které řadíme dostatek spánku, správné dýchání, kvalitní a vyváženou stravu, odpočinek a aktivní fyzickou aktivitu (Kelnarová a Matějková, 2014). Dle Šancové (2020) jsou důležité i prvky sebepoznání, pozitivního myšlení, relaxace, řízení vlastních emocí, asertivity, správné výživy, aktivního pohybu a time managementu.

Takács et al. (2015) ve své knize představují možnosti podporující duševní zdraví do kterých řadí fyziologické postupy (výdej fyzické energie), dechová cvičení, odstup, sociální kontakty (sdílení problémů), humor, konání dobra pro sebe sama a mentální hygienické rituály (přepnutí mezi prací a domovem). Nicméně vzhledem k odlišnostem ve způsobu či pojetí může být užitečný pokus o strukturovanou změnu doporučenou odborníkem například formou relaxace (Křivohlavý a Pečenková, 2004). Relaxace je metodou, kterou je možné se naučit a její základní postupy nejsou časově náročné (Kantnerová, 2013). Kantnerová (2013) dále ve své práci představuje základní relaxační techniky, kterými jsou nácvik klidného dýchání, progresivní relaxace, imaginace a muzikoterapie.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V rámci této bakalářské práce jsou zkoumány cíle:

- Zjistit jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem pankreatu v terminální fázi.
- Zjistit, zda je postoj sester pacientů s diagnostikovaným karcinomem pankreatu rozdílný před kurativní fází a v terminální fázi.
- Zjistit jaká je duševní hygiena sester po ošetřování pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi.
- Zjistit jaké mají sestry možnosti v naplnění spirituálních potřeb pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi.

Výzkumné otázky:

- Jaký vliv má terminální fáze karcinomu pankreatu na ošetrovatelskou péči? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?
- Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v kurativní fázi léčby?
- Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v terminální fázi?
- Jak provádí sestry duševní hygienu po ošetřování pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?
- Jaké mají sestry možnosti v naplnění spirituálních potřeb pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

2.1 Cíle a úkoly šetření

Z uvedených cílů vyplývají následující úkoly:

1. Výběr probandů při následujících kritériích výběru:
 - Profese sester na interním a onkologickém oddělení
 - Různé věkové kategorie
 - Různé pohlaví
2. Formulovat metodologické koncepce – dle povahy výzkumného vzorku se jedná o kvalitativní výzkum
3. Připravit formu zjišťovací metody – polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami
4. Vyhodnotit data

3 Metodologie výzkumu

Kvalitativní výzkum

V této bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkumný přístup, který se zaměřuje na detailní a hloubkové zkoumání zkoumaného jevu. Kvalitativní výzkum se snaží pochopit a interpretovat smysl, který jedinci přiřkládají svým zkušenostem a chování (Creswell, 2014). Tento přístup byl zvolen, protože umožňuje získat bohatší a komplexnější informace o zkoumaném jevu než kvantitativní výzkum.

Výběr probandů

Pro účely výzkumu bylo provedeno celkem čtyři polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi probandy. Probandi byli vybráni pomocí sněhové koule, což je metoda, kdy jeden proband doporučuje dalšího potenciálního probanda (Biernacki a Waldorf, 1981). Tento způsob výběru byl zvolen z důvodu omezeného přístupu k potenciálním probandům a zároveň umožnil získat různorodé názory a zkušenosti.

Polostrukturované rozhovory

Jako hlavní výzkumná metoda byly použity polostrukturované rozhovory. Tyto rozhovory kombinují prvky strukturovaných a neformálních rozhovorů, což umožňuje pružně reagovat na odpovědi respondentů a přizpůsobit průběh rozhovoru (Galletta, 2013). Zvolila jsem si metodu rozhovoru, protože mi poskytuje možnost upřesňování otázek a pokládání dalších doplňujících dotazů. Předem připravené otázky určovaly rámcovou strukturu rozhovoru, nicméně jsem často reagovala na odpovědi účastníků s navazujícími otázkami. Tyto doplňující dotazy přispěly k získání mnoha důležitých informací potřebných pro vyhodnocení dat. Někdy probandi spontánně odpovídali na otázku dříve, než jsem ji stihla položit, a tak jsem ji buď vynechala, upravila nebo položila jiný dotaz, který rozšířil jejich výpověď. Hlavní nevýhodou metody rozhovoru je její časová náročnost a nutnost použití diktafonu pro nahrávání. Na počátku rozhovorů měli účastníci problém s přítomností diktafonu, avšak postupem času si na něj zvykli a rozhovor probíhal hladce. Poté jsem nahrávky převedla do textové podoby. V textu jsem zdůraznila klíčové fráze, které jsem následně dekodevala a získala tak kategorie. Tyto kategorie jsem pak popsala a s využitím axiálního kódování je rozčlenila do tabulky, která znázorňuje vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

Analýza dat

Získaná data z rozhovorů byla analyzována pomocí kvalitativní obsahové analýzy. Nejprve byly rozhovory transkribovány a následně byly identifikovány klíčové kategorie, které se objevovaly v odpovědích probandů. Tyto kategorie byly následně uspořádány do axiální tabulky, která umožnila identifikovat vztahy mezi jednotlivými (Strauss a Corbin, 1998). Axiální tabulka tak sloužila jako základ pro interpretaci získaných dat a formulaci závěrů bakalářské práce.

3.1 Charakteristika probandů

První probandka (dále již proband č. 1), která se zúčastnila kvalitativního výzkumu v rámci bakalářské práce na téma paliativní péče o pacienta s karcinomem pankreatu, je 28letá sestra pracující na interním oddělení. Tato mladá sestra má již několik let zkušeností v oblasti péče o pacienty a během své praxe se setkala s mnoha případy pacientů s karcinomem pankreatu.

Její osobnost je charakteristická svou ostříleností a nezávislostí. Soudím tak, jelikož v jejích výpovědích používala slova: „zvykla jsem si, je mi to jedno, nedělám rozdíly.“ Na druhou stranu je to žena, která si dokáže poradit i v náročných situacích a nebojí se přijmout odpovědnost za své rozhodnutí a činy. Ve své práci je velmi důsledná a dbá na dodržování správných postupů a protokolů.

V rámci svého týmu na interním oddělení se snaží být aktivním členem, který se podílí na sdílení zkušeností, znalostí a nápadů s ostatními kolegy. Její případná citlivost a empatie jsou cenným přínosem pro celý kolektiv a přispívají k posilování kvality poskytované péče.

Druhá probandka (dále již proband č. 2), která se zapojila do kvalitativního výzkumu v rámci bakalářské práce, je 49letá sestra pracující na interním oddělení nemocnice. Během své dlouholeté praxe v oboru zdravotnictví se setkala s mnoha případy pacientů trpících karcinomem pankreatu.

Její osobnost se vyznačuje vysokou mírou citlivosti, empatie a pečlivosti. Tato probandka hodně vypovídala slovy: „je mi ho líto, snažím se, vcítuji se do něho.“ Ve své práci je velmi vnímavá k potřebám a emocím pacientů, což jí umožňuje navázat silný důvěrný vztah s nimi i jejich rodinami. Při práci s pacienty uplatňuje přístup založený na lidskosti, porozumění a respektu k individuálním potřebám každého z nich.

V oblasti paliativní péče se soustředí na poskytování komplexní podpory pacientům s karcinomem pankreatu v různých fázích onemocnění, ať už se jedná o léčebnou nebo terminální fázi. Jejím primárním cílem je zlepšení kvality života pacientů a snížení jejich utrpení prostřednictvím efektivního zvládnání bolesti, poskytování psychosociální podpory a koordinace péče mezi různými zdravotnickými odborníky.

Probandka klade velký důraz na spolupráci s pacientem a jeho rodinou, což považuje za klíčový prvek úspěšné paliativní péče. Je si vědoma, že každý pacient je jedinečný a vyžaduje individuální přístup, který respektuje jeho potřeby, přání a hodnoty.

Další proband (proband č. 3) je 28letý zdravotník, který pracuje jako sestra na onkologickém oddělení a má již několik let zkušeností v péči o pacienty s rakovinou, včetně těch s karcinomem pankreatu.

Jeho přístup k práci je charakterizován pečlivostí a důsledností, avšak v rámci paliativní péče neprovádí diferenciaci mezi jednotlivými pacienty. To znamená, že se snaží poskytovat stejnou úroveň péče a podpory všem pacientům bez ohledu na jejich individuální potřeby a situaci.

Co se týče empatie, tento proband projevuje občas citlivost a vnímavost k pocitům a potřebám pacientů, ale v některých situacích může být rezignovaný a méně vnímavý. Hodně se u něho objevovaly slova: „je mi to jedno, nedělám rozdíly, snažím se vždy stejně, už jsem si zvykl.“ Tento rozpor může být způsoben například vyšší pracovní zátěží nebo osobními problémy, které ovlivňují jeho schopnost plně se vcítit do situace pacientů.

V rámci své bakalářské práce tak tento proband představuje pohled sestry, která se aktivně podílí na paliativní péči o pacienty s karcinomem pankreatu. Zároveň však ukazuje, že i zdravotníci mohou mít rozdílné přístupy a názory na tuto problematiku. Jeho zkušenosti a postoje mohou přispět k lepšímu pochopení různých aspektů paliativní péče a jejího uplatňování v praxi.

Poslední probandka (proband č.4) je sestra 35 let, která se vrátila do práce po mateřské dovolené a v době provádění výzkumu byla zpět v práci již jeden rok. Při péči o pacienty s karcinomem pankreatu se tato sestra snaží udržet určitý odstup a nadhled. Zde zase probandka zmiňovala, že se snaží být nad věcí, že jí je to líto, ale že se snaží si to nebrat osobně. Je empatická a ochotná vyhovět potřebám pacientů, ale

zároveň se pokouší zlehčovat smutné okamžiky a situace, i když si uvědomuje, že to nemusí být pro pacienty příjemné. Jejím záměrem je pravděpodobně vytvořit pozitivní atmosféru a snížit emoční zátěž jak pro pacienty, tak i pro sebe.

V rámci své bakalářské práce tato probandka představuje názor sestry, která hledá rovnováhu mezi empatií a profesionálním odstupem při poskytování paliativní péče pacientům s karcinomem pankreatu. Její zkušenosti a postoje mohou napomoci k lepšímu pochopení různých přístupů, jakými zdravotníci mohou čelit emočním výzvám spojeným s paliativní péčí a jejího uplatňování v praxi.

3.2 Kategorie výpovědí

V rámci zvolené metodologie výzkumu byly zvoleny 4 následující kategorie výpovědí:

Kategorie č. 1

„Prožívání a zvládání paliativní péče u pacientů s karcinomem pankreatu“

Kategorie č. 2

„Postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v různých fázích onemocnění“

Kategorie č. 3

„Strategie duševní hygieny sester po ošetřování pacienta s karcinomem pankreatu“

Kategorie č. 4

„Aspekty pro plnění spirituálních potřeb pacient“

1. Prožívání a zvládání paliativní péče u pacientů s karcinomem pankreatu

Tato kategorie se zaměřuje na různé aspekty prožívání a zvládání paliativní péče u pacientů s karcinomem pankreatu, jak ze strany pacienta, tak ze strany sester. Zahrnuje pacientův přístup k vlastní situaci, emoce a možnosti sestry, spolupráci pacienta se sestrou, činy sestry ve snaze pomoci pacientovi, pacientův aktuální stav a přístup ošetřovatelky k terminální fázi onemocnění. Tato kategorie poskytuje vhled do komplexního procesu péče o pacienty v paliativní fázi a poukazuje na to, jak tento proces může ovlivňovat jak pacienty, tak sestry.

Pacientův přístup

Do této podkategorie zařazují výpovědi sester, které popisují pacientův přístup k ošetřovatelské péči. Je zde zjevné, že každý pacient ke svému stavu přistupuje individuálně, a ne každý je s tím smířený. Také to může ovlivnit péči ze strany sestry,

jelikož ne každý chce ve svém stavu spolupracovat. V rozhovorech byla zmíněna tato slovní spojení: *„si uvědomuje vlastní konec, je agresivní, se snaží dělat si věci sám, nechce nic, má strach, snaží se, chce, odmítá, obviňuje ostatní, se snaží pomáhat, vzdal to.“*

Mé emoce

V této podkategorii je moc hezky vidět, že sestry zařazují do péče o nemocné své emoce, které ovlivňují jejich přístup k ošetřování pacienta: *„je mi ho líto, je mi to líto, mrzí mě to, je mi to jedno, už jsem si zvykla, protože se do něho dokážu vžít, je mi ho líto, snažím se mu splnit co si přeje, mrzí mi to.“*

Mé možnosti

Tuto podkategorii nazývám Mé možnosti, jelikož ošetřovatelská péče dle výpovědi nezáleží jen na sestřích, ale také na možnostech, které jim i nedovolí plnit ošetřovatelskou péči dle jejich chůtice. Je zde hezky vidět, že se sestry musejí poohlížet na okolnosti, které ovlivňují jejich ošetřovatelskou péči. *„Podle toho co mu můžu splnit, podle ordinace lékaře, dělám vše, co můžu, taky co dovolí rodina, snažím se plnit jeho přání, snažím se vykonávat co nejlépe ošetřovatelskou péči, věnuji se pacientovi s větší trpělivostí.“*

Spolupráce pacienta

Tato podkategorie popisuje spolupráci pacienta se sestrami. Zda pacient může a chce, nebo může, ale nechce. *„Snaží se, když chce, všechno odmítá, nic nechce, nekomunikuje, to přijal, je milý, je nepříjemný a nic nechce, nechce se snažit, myslí si, že když je v posledním stádiu, tak jsme jeho služby.“*

Mé činy

Do této podkategorie řadím slovní spojení, která popisují činnosti sester. *„Snažím se dělat, snažím se být příjemná, starám se o něho jako o ostatní, starám se o něho víc, snažím se být nad věcí, jsem milá, snažím se mu vyhovět ve všem co si přeje, jsem trpělivá.“*

Pacientův stav

V této podkategorii popisují sestry fyzický stav pacienta a jeho možnosti. Zda je schopen spolupráce, nebo není, ale také jestli chce pacient svůj odchod pojmout

s důstojností, nebo zda se všeho vzdal a už jen čeká na onen osudný den, vše odmítá a je mu ošetrovatelská péče sestry nepřijemná. „*To záleží, jak může, může se hýbat, nemůže se hýbat, vnímá, už je „mimo“, může, ale nechce, protože se „vzdal“, už nic nevnímá.*“

Můj přístup k terminální fázi

Do této podkategorie řadím taková slovní spojení, které popisují přístup sestry k terminální fázi u pacienta s karcinomem pankreatu. Je zajímavé, jak každý proband má jiný pohled na tuto fázi. Je zde také hezky vidět, že praxí, se může přístup k péči změnit. „*Dodržuji ordinace lékaře, chovám se k pacientovi, jako by to byl můj příbuzný, terminální fázi jsem se naučila brát, jako každou fázi nemoci, snažím se nedělat rozdíly, v terminální fázi si představuji sebe a co by mi udělalo radost, i když je to smutné, patří to k životu.*“

2. Postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v různých fázích onemocnění

Tato kategorie je zaměřena na postoj sester k pacientům s diagnostikovaným karcinomem pankreatu, a to jak před kurativní fází, tak v terminální fázi. Zahrnuje podkategorie, které popisují spolupráci mezi pacientem a sestrou, činy a přístupy sester v obou fázích, vnímání pacientů v kurativní a terminální fázi ze strany sester, a také vliv kolektivu na postoj sester. Tato kategorie nám poukazuje na možné rozdíly v postojích sester k pacientům v různých stadiích onemocnění a ukazuje, jak jednotlivé aspekty tohoto procesu mohou ovlivňovat jejich přístup k péči.

Spolupráce pacienta

V této podkategorii se objevují slova sester, která popisují spolupráci pacienta při ošetrovatelské péči a také jeho chování. „*Se snaží, pacient chce, rezignuje, nic nechce, odmítá, pacient se snaží pomoci, je hodný, on nechce.*“

Mé činy v kurativní fázi

Do této podkategorie zařazuji činy sester, které splňují ošetrovatelskou péči v kurativní fázi nemoci. „*Udělám to stejně, snažím se to dělat stejně, pracuji normálně.*“

Mé činy v terminální fázi

Do této podkategorie zařazuji slova, která se týkají činností ošetrovatelské péče v terminální fázi nemoci. Je zde vidět, že některé sestry v terminální fázi zapojují více

emoce a jsou citlivější: „*Nedělám rozdíly, snažím se víc, jsem empatičtější, jsem taková hodnější.*“

Můj přístup ke kurativní fázi

Tuto podkategorii nazývám Můj přístup ke kurativní fázi. Podkategorie popisuje to, jak sestry přistupují k ošetrovatelské péči v této fázi nemoci. Zase je zde hezky vidět, že na rozdíl od terminální fáze k ní přistupují více s nadhledem a nezapojují tolika své emoce. „*Jsem více v klidu, nejsem tak empatická, nedělám rozdíly, je to pro mě radostnější, jsem více ostrálenější, nejsem tak milý, ne že bych byl zlý, méně se držím.*“

Můj přístup k terminální fázi

Tato podkategorie popisuje přístup sester k terminální fázi. Můžeme si všimnout, že emoce zde hrají velkou roli: „*Je mi to líto, v té terminální tam je mi to víc líto, snažím se pracovat stejně, mrzí mi to, tady jsem taková nervóznější a více empatická, snažím se, aby to nebylo poznat, jsem hodnější.*“

Pacientův přístup v kurativní fázi

Do této podkategorie řadím slova výpovědí sester, která se týkají pacientovo přístupu ke kurativní fázi: „*Pacienti v kurativní fázi jsou za mě drzejší, oni ti pacienti v té kurativní fázi jsou takoví více troufalejší, nepřijdou mi v té lepší fázi odlišní, nebo že by to brali jinak.*“

Pacientův přístup v terminální fázi

Zde je kategorie, která popisuje chování pacienta v terminální fázi. Dle výpovědí se pacienti chovají „jinak“. Tudíž si myslím, že i tato podkategorie má vliv na ošetrovatelskou péči sestry. „*Jsou více hodní, jsou takový smutní, záleží na individualitě člověka, někdo vypadá smířeně a je naprosto v pohodě, záleží, mohou být hodní, ale jsou i agresivní a nepříjemní.*“

Kolektiv

Do této podkategorie řadím výpovědi, kde sestry zmiňují slova jako: „*Za mě hodně záleží na kolektivu, mohou být sestry, podle mě i kolegové, holky.*“

Chování kolektivu

Podkategorii Chování kolektivu tvořím na základě těchto slovních spojení: „*Jsou příjemné jen na pacienty v terminální fázi, jsou na pacienty v kurativní fázi více ráznější, více empatictější.*“

3. Strategie duševní hygieny sester po ošetřování pacienta s karcinomem pankreatu

Tato kategorie se zaměřuje na zkoumání různých strategií, které sestry používají pro udržení své duševní hygieny po ošetřování pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi. Zahrnuje analýzu osobních přístupů a postojů sester ke své individuální osobnosti, způsoby relaxace a odreagování (např. oblíbené místo, společnost lidí kolem mě, přízeň rodiny), a také vliv alkoholu a kolektivu na jejich duševní hygienu. Tato kategorie poukazuje na různé způsoby, jak sestry zvládají emoční náročnost práce s pacienty v terminální fázi onemocnění a ukazuje, jak jednotlivé aspekty tohoto procesu mohou ovlivňovat jejich duševní pohodu a schopnost poskytovat péči.

Má osobnost

Tato podkategorie vypovídá o osobnosti sestry Řadím sem taková slovní spojení, která vyplývají z rozhovoru a popisují danou osobu. „*Jsem už taková, naučila jsem se, duševní hygienu neřeším, snažím se to nebrat osobně, někdy, když si pacienta oblíbím, je mi to líto, moc to neřeším.*“

Fyzická aktivita

Do této podkategorie zařazuji činnosti týkající se fyzické aktivity. Probandi hodně popisovali, že po ošetrovatelské péči rádi chodí na procházky, na čerstvý vzduch. „*Jdu se projít, mám ráda jít, mám ráda se jít projít, jdu, zajdu, jdeme.*“

Oblíbené místo

Tato podkategorie popisuje zase místo, které probandi rádi navštěvují po náročném dni, ve své práci. Bylo hodně zmiňované venkovní prostředí. „*Ven, na procházku, do lesa, ven, cestou z práce, do hospody.*“

Ostatní činnosti

Tato podkategorie není moc obsáhlá. Nicméně vytvořila jsem ji z důvodu, že někteří probandi popisovali svůj způsob duševní hygieny tak, že zavolají své kamarádce,

domluví se na posezení s přáteli, nebo si jen s někým popovídají. „*Domluví se, zavolám, popovídám, dám si.*“

Lidé kolem mě

Do této podkategorie řadím takové subjekty, jako jsou kamarádi a lidi kolem probandů. Ve výpovědích se objevovaly celkem často: „*Kamarádce, s kámoškou, s klukama, s holčkama.*“

Jednání lidí kolem mě

Zde popisují činnosti lidí, kteří jsou pro probandy velice důležití a kteří jim pomohou ve chvíli, kdy sestry potřebují: „*Vyslechne mě, nechá mě mluvit, zeptá se, poradí mi.*“

Přízeň mé rodiny

Tuto podkategorii jsem zvolila z důvodu, že se v rozhovorech objevovaly pojmy, které se týkají rodinných příslušníků. Probandi se zmiňovali o matce i příteli, kteří je vyslechnou, či jiným způsobem pomůžou. „*S přítelem, mamce, rodinu, manžel.*“

Alkohol

Do této podkategorii jsem zařadila pojmy, které se týkají toho, že probandi hodně vypovídali, že jejich duševní hygiena je spojena s alkoholem. Dají si rádi skleničku, jsou po práci na pivo s přáteli. „*Skleničku, skleničku, pivo, na skleničku, dám si panáka (když mi ten člověk fakt přirostl k srdci).*“

Kolektiv

V rozhovorech je zmiňován hodně kolektiv. Proto jsem tuto podkategorii vytvořila a zařadila následující slovní spojení týkající se kolektivu v práci. „*S kolegama, holky, s lidma v práci, snažím se práci netahat domů, v práci ví.*“

4. Aspekty pro plnění spirituálních potřeb pacient

Tato kategorie se zaměřuje na různé aspekty, které mohou ovlivnit možnosti plnění spirituálních potřeb pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi. Zahrnuje analýzu vlastních schopností a činů sester, dostupnosti potřebných zdrojů a pomůcek, potřeb pacienta, rozhodnutí lékaře či nařízení nemocnice, chování rodinných příslušníků a spolupráce s kolektivem. Tato kategorie nám poskytuje vhled do různých způsobů, jak sestry mohou naplňovat spirituální potřeby pacientů v terminální fázi onemocnění a

poukazuje na to, jak jednotlivé aspekty tohoto procesu mohou ovlivňovat jejich schopnost poskytovat duchovní péči.

Mé možnosti

Do této podkategorie jsem zařadila slovní spojení, která se zaměřují na možnosti sester týkající se splňování potřeb pacienta. *„Když můžu, co můžu, někdy to není v mých silách, vše, co můžu, nemohla jsem, nestihl jsem, když to jde.“*

Mé činy

Do této podkategorie řadím činnosti sester, které popisují při vykonávání plnění spirituálních potřeb pacienta. Je hezky vidět, že práce sester není jen ta ošetrovatelská, ale že se probandí snaží plnit i přání, které sestry nemusí brát v potaz: *„Snažím se, snažím se mu to splnit, přání splním, snažím se, párkrát jsem se pohádala, splním mu, zavolám, musím se zeptat.“*

Dostupnost potřeb

Tuto podkategorii vytvářím na základě výpovědí o tom, jak jsou či nejsou potřeby pacienta dostupné. *„To bylo těžký, když to jde, když to jde, koupím, přinesu, zkouším domluvit.“*

Potřeby pacienta

Tato podkategorie zařazuje prvky z výpovědí respondentů, které se týkají potřeb pacienta. *„To záleží na tom co požaduje, si vymýšlí nesplnitelný, toho moc nechce, jsou to takový maličkosti, nic po mě extra nechtějí, něco speciálního, nějaké maličkosti, něco koupit“*

Rozhodnutí lékaře

Do této podkategorie jsem zařadila slovní spojení, která se týkají rozhodnutí lékařů. Probandi si nemohou plnit přání pacientů jak by rádi, ale musejí se poohlížet na to, co lékař povolí a co ne. *„To záleží na lékaři, co doktor povolí, ptám se lékaře.“*

Nařízení nemocnice

Tato podkategorie zase popisuje, že se sestry musejí držet při svých činech i nařízení nemocnice. *„Když byl covid bylo to těžký, podle toho, co jde, no, co si můžu dovolit, nemůžu si vymýšlet rozhodnutí sám.“*

Chování rodinných příslušníků

Do této podkategorie řadím prvky, které se týkají rodiny pacientů. Probandi s rodinami mohou spolupracovat, a však ne vždy je to jednoduché. *„Záleží, jak se zapojí rodina, když rodina pomůže, zkusím rodinu, párkrát se mi stalo, že rodina nechtěla“*

Kolektiv

Kolektiv hraje v této práci velkou roli, tudíž znovu tvořím tuto podkategorii. Probandi opět zmiňují své kolegy v práci. *„Domluví se s holkama, pomáháme si mezi sebou, řeknu kolegům, zkouším se domluvit s kolegama, zeptám se holek, tajně s holkama.“*

Axiální tabulka pro Kategorii č. 1

Příčinné podmínky	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Pacientův přístup	Spolupráce pacienta	Mé činy	Mé emoce	Mé možnosti	Můj přístup k terminální fázi
Pacientův přístup	Spolupráce pacienta	Mé emoce	Mé možnosti	Můj přístup k terminální fázi	Mé činy
Pacientův přístup	Mé emoce	Můj přístup k terminální fázi	Mé možnosti	Pacientův stav	Spolupráce pacienta
Pacientův stav	Spolupráce pacienta	Mé možnosti	Mé emoce	Pacientův přístup	Mé činy
Pacientův stav	Pacientův přístup	Spolupráce pacienta	Mé činy	Mé možnosti	Mé emoce
Pacientův stav	Spolupráce pacienta	Mé možnosti	Mé emoce	Můj přístup k terminální fázi	Mé činy
Pacientův stav	Pacientův přístup	Můj přístup k terminální fázi	Mé moce	Mé možnosti	Mé činy
Pacientův stav	Mé emoce	Mé činy	Spolupráce pacienta	Můj přístup k terminální fázi	Pacientův přístup
Spolupráce pacienta	Můj přístup k terminální fázi	Mé emoce	Mé činy	Pacientův přístup	Mé možnosti
Mé emoce	Můj přístup k terminální fázi	Mé činy	Pacientův stav	Pacientův přístup	Mé možnosti
Výsledek – MÉ EMOCE					

Tabulka 1 Kat. č. 1 - Prožívání a zvládnání paliativní péče u pacientů s karcinomem pankreatu (Autor, 2023)

Axiální tabulka pro Kategorii č. 2

Příčinné podmínky	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Můj přístup ke kurativní fázi	Mé činy v kurativní fázi	Pacientův přístup v kurativní fázi	Chování kolektivu	Spolupráce pacienta	Můj přístup k terminální fázi
Můj přístup ke kurativní fázi	Mé činy v kurativní fázi	Kolektiv	Chování kolektivu	Můj přístup k terminální fázi	Mé činy v terminální fázi
Pacientův přístup v kurativní fázi	Spolupráce pacienta	Chování kolektivu	Mé činy v kurativní fázi	Pacientův přístup v terminální fázi	Mé činy v terminální fázi
Pacientův přístup v kurativní fázi	Můj přístup ke kurativní fázi	Spolupráce pacienta	Mé činy v kurativní fázi	Pacientův přístup v terminální fázi	Mé činy v terminální fázi
Pacientův přístup v kurativní fázi	Spolupráce pacienta	Můj přístup ke kurativní fázi	Mé činy v kurativní fázi	Pacientův přístup v terminální fázi	Mé činy v terminální fázi
Pacientův přístup ke kurativní fázi	Můj přístup k terminální fázi	Mé činy v terminální fázi	Kolektiv	Spolupráce pacienta	Pacientův přístup k terminální fázi
Můj přístup k terminální fázi	Pacientův přístup v terminální fázi	Kolektiv	Chování kolektivu	Spolupráce pacienta	Mé činy v terminální fázi
Můj přístup k terminální fázi	Pacientův přístup k terminální fázi	Chování kolektivu	Mé činy v terminální fázi	Spolupráce pacienta	Můj přístup ke kurativní fázi
Kolektiv	Chování kolektivu	Můj přístup ke kurativní fázi	Mé činy v kurativní fázi	Spolupráce pacienta	Můj přístup k terminální fázi
Kolektiv	Chování kolektivu	Můj přístup k terminální fázi	Spolupráce pacienta	Pacientův přístup k terminální fázi	Mé činy v terminální fázi
Výsledek – SPOLUPRÁCE PACIENTA					

Tabulka 2 Kat. č. 2 - Postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v různých fázích onemocnění (Autor, 2023)

Axiální tabulka pro Kategorii č. 3

Příčinné podmínky	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Má osobnost	Fyzická aktivita	Kolektiv	Oblíbené místo	Alkohol	Jednání lidí kolem mě
Má osobnost	Ostatní činnosti	Přízeň mé rodiny	Jednání lidí kolem mě	Fyzická aktivita	Oblíbené místo
Kolektiv	Fyzická aktivita	Oblíbené místo	Jednání lidí kolem mě	Alkohol	Lidé kolem mě
Kolektiv	Alkohol	Fyzická aktivita	Ostatní činnosti	Jednání lidí kolem mě	Má osobnost
Lidé kolem mě	Má osobnost	Jednání lidí kolem mě	Fyzická aktivita	Alkohol	Ostatní činnosti
Lidé kolem mě	Přízeň mé rodiny	Fyzická aktivita	Oblíbené místo	Alkohol	Jednání lidí kolem mě
Fyzická aktivita	Oblíbené místo	Lidé kolem mě	Jednání lidí kolem mě	Alkohol	Má osobnost
Fyzická aktivita	Přízeň mé rodiny	Jednání lidí kolem mě	Má osobnost	Ostatní činnosti	Oblíbené místo
Přízeň mé rodiny	Fyzická aktivita	Oblíbené místo	Alkohol	Jednání lidí kolem mě	Má osobnost
Výsledek – FYZICKÁ ČINNOST					

Tabulka 3 Kat. č. 3 - Strategie duševní hygieny sester po ošetřování pacienta s karcinomem pankreatu (Autor, 2023)

Axiální tabulka pro Kategorii č. 4

Příčinné podmínky	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Mé možnosti	Potřeby pacienta	Dostupnost potřeb	Mé činy	Rozhodnutí lékaře	Chování rodinných příslušníků
Mé možnosti	Potřeby pacienta	Dostupnost potřeb	Chování rodinných příslušníků	Nářízení nemocnice	Mé činy
Potřeby pacienta	Chování rodinných příslušníků	Rozhodnutí lékaře	Dostupnost potřeb	Kolektiv	Nářízení nemocnice
Potřeby pacienta	Rozhodnutí lékaře	Dostupnost potřeb	Chování rodinných příslušníků	Kolektiv	Mé činy
Potřeby pacienta	Nářízení nemocnice	Mé možnosti	Mé činy	Rozhodnutí lékaře	Dostupnost potřeb
Rozhodnutí lékaře	Potřeby pacienta	Dostupnost potřeb	Mé možnosti	Kolektiv	Mé činy
Rozhodnutí lékaře	Potřeby pacienta	Mé možnosti	Dostupnost potřeb	Chování rodinných příslušníků	Mé činy
Rozhodnutí lékaře	Potřeby pacienta	Chování rodinných příslušníků	Mé možnosti	Kolektiv	Dostupnost potřeb
Nářízení nemocnice	Potřeby pacienta	Dostupnost potřeb	Kolektiv	Rozhodnutí lékaře	Mé činy
Nářízení nemocnice	Chování rodinných příslušníků	Mé možnosti	Rozhodnutí lékaře	Dostupnost potřeb	Mé činy
Výsledek – DOSTUPNOST POTŘEB					

Tabulka 4 Kat. č. 4 - Aspekty pro plnění spirituálních potřeb pacienta (Autor, 2023)

4 Výsledky

Z důvodu povahy dat není nutné jej graficky znázorňovat. Předkládám je ve formě slovního popisu.

Tabulka č. 1 znázorňuje axiální kódování. Kategorie v této tabulce neobsazují všechny pozice. Z tabulky je na první pohled zřejmé, že největší zastoupení má kategorie Mé emoce. Tudiž z výsledků axiální tabulky vyplývá, že sesterská péče je hodně ovlivněna jejich emocemi. Dále pak kategorie Pacientův přístup a kategorie Mé možnosti. Axiální tabulka znázorňuje, že na kategorii Pacientův přístup, hodně závisí kategorie Pacientova spolupráce a na této kategorii pak kategorie Mé činy, Mé možnosti a Můj přístup k terminální fázi. Zajímavé je, že ani jeden z probandů v celém rozhovoru nezmínil, že by se jeho ošetrovatelská péče odvíjela od spolupráce pacienta. Spíše v rozhovorech zaznělo, že jejich činnosti jsou odvíjené od toho, jak nahlíží na terminální fázi. Kategorie Pacientův stav má největší zastoupení na pozici příčinné podmínky.

V tabulce č. 2 vyšel výsledek Spolupráce pacienta. To znamená, že sesterská péče jak v kurativní fázi, tak terminální fázi je hodně odvíjena od toho, jak s nimi spolupracuje pacient. Je to celkem zajímavý výsledek, jelikož ani jeden proband se nezmínil o tom, že by se jeho ošetrovatelská péče odvíjela od spolupráce pacienta. Kategorie Mé činy v kurativní fázi jsou hodně vázány s kategorií Můj přístup ke kurativní fázi. To samé kategorie Mé činnosti v terminální fázi se hodně pojí s kategorií Můj přístup k terminální fázi a také kategorií Chování kolektivu, tudíž je asi hodně důležité, jaký je k této fázi celkový přístup kolektivu. Kategorie Pacientův přístup ke kurativní fázi se nejvíce objevil na místě Příčinné podmínky. Kategorie Kolektiv v tabulce není moc významná a kategorie Chování kolektivu ovlivňuje Spolupráce pacienta a Kategorie Kolektiv – což je asi tak jasné.

V tabulce číslo 3. je evidentní, že duševní hygienu provádí probandi nejčastěji pomocí Fyzické aktivity, kterou nejvíce ovlivňuje kategorie Jednání lidí kolem mě. Tato kategorie taky hodně ovlivňuje kategorii Má osobnost. Kategorie Oblíbené místo se nejčastěji objevuje po kategorii Fyzické aktivity, to nám vypovídá, že probandi Fyzickou aktivitu nejraději vykonávají na jejich oblíbeném místě. Po kategorii Fyzické aktivity má také velké zastoupení alkohol, což je smutné, ale probandi se hodně zmínili, že si dají po jejich práci rádi skleničku vína, či si zajdou s přáteli na pivo. Malé zastoupení v této tabulce má kategorie Lidé kolem mě, Přízeň rodiny a Ostatní činnosti.

Kategorie Jednání lidí kolem mě, ovlivňuje kategorie Má osobnost, Fyzickou aktivitu a Alkohol. Což bych okomentovala tím, že duševní hygieny není potřeba jen po sesterské práci o pacienta v terminální fázi, ale je také důležitá po spolupráci s lidmi a jejich jednáním

V tabulce č. 4 má nejčastější zastoupení kategorie Dostupnost potřeb pacienta. Která také nejvíce ovlivňuje Potřeby pacienta, jelikož ne vždy je v silách sestry splnit přání nemocného. Kategorie Rozhodnutí lékaře je nejvíce spojená s kategorií. Dostupnosti potřeb. Nařízení nemocnice a kolektiv mají malé zastoupení. Kategorie Potřeby pacienta ovlivňují kategorie Mé možnosti, Chování rodinných příslušníků, Nařízení nemocnice a Rozhodnutí lékaře. Chování rodinných příslušníků má také vliv na kategorii Mé možnosti, jelikož i v rozhovorech je zmíněno, že „ne vždy je to s nimi jednoduché“.

5 Diskuze

Z teoretické části práce již víme, že adenokarcinom tvoří 90 % malignit pankreatu a zbylých 10 % jsou vzácné primární nádory, neuroendokrinní tumory a metastatická postižení (Ryska, 2015). Vaněk (2022) ve svém článku popisuje adenokarcinom jako obávanou malignitu, u které zůstává, i přes veškerou snahu a dokonalejší léčebné postupy, nízké pětileté přežití. Ročně je v Evropě diagnostikováno 100 tisíc nových případů a v současnosti má nejvyšší incidenci Česká republika (Bébarová, 2016). Příznaky tohoto onemocnění nejsou dlouho patrné, a proto v době diagnostiky bývá nález nejčastěji lokálně pokročilý či metastazující a nevhodný k radikální léčbě (Vaněk, 2022). Robotel (2022) ve svém článku zmiňuje prakticky to samé, že vzhledem k agresivitě a pokročilosti nálezu v době diagnostiky, není možná radikální resekce a další léčebné možnosti jsou pouze paliativní. Dle Škrabalové (2022) je paliativní péče v současnosti vyhledávanou a uznávanou součástí společnosti. V kontextu ošetrovatelské péče je často zmiňována ve chvíli, kdy je třeba nalézt důstojnou cestu k samotnému umírání skrze tlumení symptomů a klid (Velková, 2020). Co víme je, že stále více lidí potřebuje během svého života pomoc formou paliativní péče, ale také to, že její poskytování představuje velkou psychickou i fyzickou zátěž pro sestry. Proto jsme se rozhodli, že výzkumné šetření bude patřit právě sestrám, jejich pocitům a pohledu na pacienta v paliativní péči.

Praktická část práce byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření, kdy metodou sněhové koule byl vybrán soubor probandů, který tvořily sestry pracující na interním či onkologickém oddělení nejmenované nemocnice. Ve výběru nebylo zohledňováno pohlaví, věk, vzdělání ani délka praxe. Šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly zaznamenávány na diktafon a následně převedeny do textové formy.

Prvním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s karcinomem pankreatu v terminálním stádiu. K tomuto cíli jsme si stanovili dvě výzkumné otázky:

- Jaký vliv má terminální stádium karcinomu pankreatu na ošetrovatelskou péči?
- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu v terminálním stádiu?

Z výpovědi probandů vyplývá, že ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu je velmi ovlivněna jejich emocemi. Jedná se zejména o emoce, jako jsou strach, agresivita, popírání nemoci či zoufalství. Onkologická onemocnění ve všech stádiích se vyznačují zvýšenými nároky na adaptaci a reakce na nepříznivou životní situaci je různorodá (Zášková, 2012).

Dále se sestry snaží poskytovat péči na co nejvyšší úrovni, aby pacientům ulehčily utrpení a zlepšily kvalitu života v jejich posledních dnech. Toto zjištění je v souladu s názory některých autorů, kteří tvrdí, že ošetrovatelská péče v terminálním stádiu by měla být zaměřena na celostní přístup k pacientovi, jeho potřebám a přání (Štěpánková, 2015; Vachková, 2016).

Dle Kübler - Rossové (2015) prochází člověk po sdělení velmi závažné diagnózy 5 fázemi psychického prožívání, které jsou charakterizovány již výše zmíněnými emocemi a jejich délka může být proměnlivá. Prožívání a chování člověka v průběhu léčby pak závisí zejména na rozsahu, stádiu a prognóze onemocnění ale také na tíži somatických obtíží (Bednařík, 2020). Chování pacientů je vzhledem k závažnosti onemocnění pochopitelné a v ošetrovatelském personálu může vyvolávat nejružnější emoce.

Výzkum také ukázal, že komunikace mezi sestrami a pacienty v terminálním stádiu má velký význam. Sestry by měly být schopné naslouchat pacientům, rozumět jejich obavám a podporovat je v jejich emocionálním prožívání. To je v souladu s názory autorů, kteří považují komunikaci za klíčový prvek ošetrovatelské péče (Kozierová et al., 2007; Vachková, 2016).

Probandky shodně uvedly, že pociťují lítost a vážný stav pacientů je mrzí. Jedna z nich dále uvedla, že se do nemocného a jeho pocitů dokáže vcítit. Empatie je považována za základní vlastnost každé sestry a dle výzkumného šetření v jedné z diplomových prací je dle svého vyjádření 76 % sester empatických, 1 % nikoliv a 13 % jen někdy (Nedbalová, 2017). Vintrová (2021) ve své diplomové práci uvádí, že 27 % sester pociťuje smutek a tíseň při poskytování ošetrovatelské péče pacientům v terminálním stádiu. Tato zjištění nalezneme i v bakalářské práci s názvem Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům, kde autorka zmiňuje nejčastěji pocity úzkosti a lítosti (Jirousková, 2006). Dle této autorky se pocity sester mění v závislosti na délce praxe. Bohdalová (2014) ve své práci uvádí, že její respondentky prožívají v péči o terminálně

nemocné zejména lítost a smutek. Marková (2010) ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* píše, že smutek je běžnou součástí života a je třeba jej prožít, aby později nedošlo k psychickému selhání a syndromu vyhoření.

Šetření ukázalo i rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stádiu a mimo něj. Sestry jsou trpělivější, empatičtější a v ošetrování intenzivnější. Většina z nich si v této fázi dokáže představit sebe či člena své rodiny a tím i možné potřeby. Závěrem lze říci, že ošetrovatelská péče u pacientů s karcinomem pankreatu v terminálním stádiu je náročná a vyžaduje specifické dovednosti a přístup. Sestry by měly být schopné poskytovat celostní péči, která zahrnuje nejen fyzickou, ale i psychickou, sociální a duchovní podporu.

Druhým cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v péči mezi pacientem v kurativním a terminálním stádiu. Stanoveny byly 2 výzkumné otázky:

- Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v kurativní fázi léčby?
- Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

Postoj sester k pacientům ve výše uvedených stádiích nemoci se podle našich probandek liší ve spolupráci pacienta. Chování a spolupráci pacientů v terminálním stádiu jsme představily v předchozím textu. U pacientů v kurativní fázi je dle výzkumného šetření spolupráce bezproblémová, sestry neposkytují odlišnou péči, výkony provádějí normálně.

Kurativní fáze nemoci dle jejich výpovědí v nich vyvolává více radosti, sebevědomí při poskytování péče, méně empatie a vlídnosti oproti fázi terminální, kdy se cítí více nervózní, jsou empatičtější a vlídnější.

V této bakalářské práci bychom mohli diskutovat o tom, jak se postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v kurativní a terminální fázi liší, a to ve srovnání s názory různých autorů. Například Kübler - Rossová (2015) zdůrazňuje důležitost empatie a podpory ze strany zdravotnického personálu pro pacienty v posledních dnech života. Vintrová (2021) také poukazuje na nutnost citlivého přístupu při ošetrování pacientů v terminálním stádiu onemocnění.

Podle výsledků našeho výzkumu se zdá, že sestry mají více empatie a vlídnosti k pacientům v terminálním stádiu než k těm v kurativní fázi. To by mohlo být způsobeno tím, že pacienti v terminálním stádiu jsou často vnímáni jako více potřebující podporu a

péči. Nicméně, jak uvádí Bednařík (2020), je důležité poskytovat stejnou úroveň péče a podpory pacientům ve všech stádiích onemocnění.

Někteří autoři, jako je Marková (2010) a Štěpánková (2015), se domnívají, že sestry by měly být schopné přizpůsobit svůj přístup a komunikaci v závislosti na potřebách pacienta, bez ohledu na stádium onemocnění. Vachková (2016) také zdůrazňuje důležitost efektivní komunikace mezi sestrami a pacienty, což může pomoci sestram lépe rozumět potřebám pacienta a poskytnout adekvátní péči. Kozierová et al. (2007) uvádějí, že je důležité, aby sestry rozvíjely své dovednosti v oblasti empatie a komunikace, aby mohly lépe reagovat na potřeby pacientů v různých stádiích onemocnění. Bohdalová (2014) také poukazuje na nutnost kontinuálního vzdělávání a sebereflexe ze strany sester, aby byly schopny poskytovat nejlepší možnou péči.

Je nutné si uvědomit, že karcinom pankreatu má nejhorší léčebné výsledky (ve všech svých stádiích) a k radikálnímu operačnímu řešení je indikováno pouze 15–20 % pacientů a toto řešení je pro ně velmi zatěžující (Ryska, 2016). Autor dále uvádí, že po operaci se zvyšuje pěti leté přežití na 15 % a pooperační letalita se pohybuje kolem 7 %. Proto si myslíme, že i pacient v kurativní fázi onemocnění potřebuje zvýšenou potřebu empatie i vlídnosti a postoj sester by měl být ve všech stádiích nemoci stejný.

Dalším cílem naší práce bylo zjistit možnosti duševní hygieny, které sestry využívají po péči o pacienta s karcinomem pankreatu. Práce sestry je bezesporu velmi náročná, a to jak fyzicky, tak psychicky. Zejména psychická odolnost a stabilita je v profesi sestry zásadní a s jejím udržením nám může pomoci duševní hygiena. Pro tento cíl byla stanovena tato otázka:

- Jak provádí sestry duševní hygienu po ošetřování pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

Dle Poláčkové (2020) činí největší psychickou zátěž sestram srovnávání pacientů s příbuznými, vcítění, stanovení správných potřeb a zklidnění sebe sama, nicméně tato zátěž je vyvažována vědomě prováděnou duševní hygienou. Bohdalová (2014) poukazuje na to, že sestry pociťují největší zátěž v době, kdy nemocný trpí silnou bolestí nebo když umírá mladý člověk. Náročná je pro personál i komunikace s rodinou terminálně nemocného.

Z výpovědí probandek vyplývá, že jsou na psychickou zátěž zvyklé a duševní hygienu moc neřeší. Dle Váňové (2015) však vědomě provádí duševní hygienu 75 % sester. Odlišné výsledky nalezneme v bakalářské práci s názvem Duševní hygiena všeobecných sester, podle které ji vědomě provádí 10 % sester. (Horák, 2015). Přitom dle Křivohlavého (2004) je péče o sebe sama důležitým prvkem s mimořádným vlivem na udržení psychické pohody sester.

Naši probandi sice vědomě duševní hygienu neprovádějí, ale dobrou zprávou je, že těžké dny v práci vyvažují fyzickou aktivitou či sociálními kontakty. Rainkeová (2014) ve svém výzkumném šetření uvádí, že 13 % zdravotníků aktivně sportuje dle časových možností alespoň třikrát v týdnu. Ročková (2014) ve svém výzkumném šetření poukazuje na to, že sestram pomáhá zvládat psychickou zátěž zejména nejbližší rodina, přátelé, nebo alespoň možnost obrátit se na blízkého člověka. Na druhém místě jsou dle autorky relaxační techniky, volnočasové aktivity nebo také sportovní vyžití. V odpovědích našich probandů byla zaznamenána i konzumace alkoholu v návaznosti na úmrtí pacienta, jde ale vždy o „skleničku“ nebo panáka s přáteli.

Dle výzkumného šetření Maškové (2011) je vyšší a až velmi vysoká konzumace alkoholu u 17 % sester, nicméně autorka neuvádí souvislost, která k takovéto konzumaci vede. Oproti tomu výzkumné šetření Vonešové (2013) ukazuje na fakt, že 5 % sester pracujících na oddělení s vyšším rizikem umírání přiznává konzumaci alkoholu při zvýšené psychické zátěži. Tyto hodnoty nejsou nikterak vysoké, ale alkohol lze považovat za skrytou hrozbu a v profesi sestry může mít i malá závislost závažné důsledky. Hlavníková (2016) ve svém výzkumu uvádí, že pro udržení duševní pohody je důležité pravidelné střídání práce a odpočinku, stejně jako dostatek spánku a relaxace. Sestry by měly dbát na správnou životosprávu a vyhýbat se nezdravým návykům, jako je nadměrná konzumace alkoholu nebo kouření.

Posledním cílem v naší práci bylo zmapovat možnosti sester v plnění spirituálních potřeb pacientům s karcinomem pankreatu. Výzkumná otázka pro tento cíl zněla:

- Jaké mají sestry možnosti v naplnění spirituálních potřeb pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

Z odpovědí probandek jsme se dozvěděli, že pro takto nemocné pacienty dělají, co mohou, a snaží se plnit jejich přání. Dokonce jsou ochotné nemocným koupit i určité

maličkosti, i když občas mají pocit, že si nemocní vymýšlejí. Tyto výpovědi však úplně nevypovídají o možnostech spirituální péče ale spíše o ochotě personálu.

Vymezení spirituálních potřeb nevléčitelně nemocných není jednoduché, ale lze jej charakterizovat jako hledání smyslu života, řešení existenciálních otázek či přehodnocování postojů (Hajnová, 2015). Podle Šikýřové (2014) vyhledává spirituální péči až 97 % pacientů v terminálním stádiu, a to jak v hospicích, tak na lůžkách následné péče. Rohlenová (2011) ve své práci zmiňuje, že veškeré uspokojování spirituálních potřeb by mělo být naplněné útechou a nadějí, která vede ke smíření člověka s nemocí a smrtí.

Sováriová (2022) ve své publikaci zmiňuje význam sesterské role v posuzování spirituálních potřeb, ale na druhou stranu popisuje i možnost, že uspokojování těchto potřeb nemusí být pro všechny sestry komfortní. V provedených rozhovorech probandky zmiňovaly, že plní přání pacientů, jen pokud to povolí lékař nebo to dovolují momentální nařízení instituce. Hradilová (2012) ve své práci zmiňuje, že 50 % sester pracujících na standartních odděleních se cítí spirituálně nekompetentních a 40 % sester to neví. Nicméně 58 % sester považuje za důležité vyhledávat spirituální potřeby nemocných a zhruba 31–35 % sester dokáže tyto potřeby rozpoznat.

V souvislosti s tímto tématem je důležité zmínit i další autory, kteří se zabývají spirituální péčí v ošetrovatelství. Například Puchalski et al. (2014) zdůrazňují, že spirituální péče by měla být integrální součástí celkové péče o pacienta a že zdravotníci by měli být schopni rozpoznat a řešit spirituální potřeby pacientů. Turek (2017) ve své práci uvádí, že spirituální péče je často opomíjená oblast v ošetrovatelství, přestože má významný dopad na kvalitu života pacientů a jejich rodin. Tento autor také upozorňuje na potřebu začlenit spirituální aspekty do vzdělávání zdravotních pracovníků, aby byli lépe připraveni na poskytování této péče.

Další studie ukazují, že zdravotníci často nedokážou identifikovat a adekvátně reagovat na spirituální potřeby pacientů (Balboni et al., 2013). To může být způsobeno nedostatečným vzděláním v oblasti spirituální péče nebo nedostatkem času a zdrojů pro poskytování této péče (Best et al., 2015). Z odpovědí, které jsme získaly, můžeme pouze spekulovat nad tím, zda se jedná o nedostatečnou informovanost probandek v oblasti spirituálních potřeb nebo o tom, že jim nepřikládají takovou důležitost. Závěrem lze říci, že spirituální péče je důležitou součástí komplexní péče o pacienty s

karcinomem pankreatu v terminální fázi. I když jsou probandky ochotné plnit přání pacientů, je třeba se zaměřit na to, jak lépe identifikovat a uspokojovat jejich spirituální potřeby. Výzkum v oblasti spirituální péče naznačuje, že zdravotníci potřebují více vzdělání a podpory, aby mohli efektivně poskytovat tuto péči.

Závěr

Tématem naší bakalářské práce byla Paliativní ošetrovatelská péče u pacientů s karcinomem pankreatu. V teoretické části jsme se věnovali komplexně karcinomu pankreatu, paliativní péči a možnostem jejího poskytování, a nakonec i psychohygieně, která je pro pečující osoby velmi důležitá. V praktické části jsme se věnovali kvalitativnímu výzkumnému šetření, jehož souborem probandů byly sestry se zkušeností v péči o pacienty s karcinomem pankreatu pracující na interním či onkologickém oddělení. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Prvním stanoveným cílem bylo zjistit specifika v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu v terminálním stádiu. Dle výpovědí sester je poskytování ošetrovatelské péče velmi ovlivněné emocemi, a to na obou stranách. Sestry shodně uvedly, že pociťují lítost a závažný stav pacientů je mrzí - proto jsou empatictější, trpělivější a dle jejich slov i hodnější při poskytování ošetrovatelské péče. Na základě získaných informací vidíme specifika ošetrovatelské péče v individuálním, ale stále profesionálním přístupu a vhodné komunikaci. Právě komunikace nám může pomoci ve zjištění co nemocný chce a očekává od ošetrovatelské péče.

Druhým cílem bylo zjistit, zda se liší postoj sester k pacientům v kurativním a terminálním stádiu onemocnění. Z výpovědí sester vyplývá, že dochází k určité změně postoje k pacientům v odlišných stádiích onemocnění. Péče o pacienty v kurativní fázi je dle slov sester veselejší, sebevědomější a bezproblémová vzhledem k plné spolupráci nemocných. U pacientů v terminálním stádiu taková spolupráce není a sestry se při jejím poskytování cítí nervózně. Dle našeho názoru není vhodné zaujímat k nemocným postoj podle stádia jejich onemocnění. I pacient v kurativním stádiu potřebuje velkou psychickou podporu a pomoc, jelikož ho čeká velmi náročná léčba s nejistým výsledkem, a i on může dojít do stádia psychického vyčerpání a nespolupráce. Stejně jako v předchozím cíli je třeba k takto nemocným přistupovat individuálně s ohledem na jejich potřeby a pocity. Neméně důležitá je spolupráce s rodinou ve všech stádiích onemocnění.

Třetí cíl jsme zaměřili na možnosti duševní hygieny, které sestry využívají po péči o pacienta s karcinomem pankreatu v terminálním stádiu. Tento cíl jsme se rozhodli zařadit vzhledem k tomu, že profese sestry je velmi fyzicky a psychicky náročná. Sestry

dle svých slov duševní hygienu neprovádějí nicméně shodně vypověděly, že těžký den v práci dokáží vyvážit fyzickou aktivitou či udržováním sociálních kontaktů.

Udržování sociálních kontaktů je pro sestru podle nás jedna z nejdůležitějších věcí a je tak patrné, že si udržuje vedle pracovního života i ten osobní. Co nás ale při rozhovorech zarazilo, byla konzumace alkoholu z důvodu zátěžové situace v práci (úmrtí pacienta). I když nebylo uváděné množství veliké, rozhodně to není vhodné řešení.

Posledním cílem naší práce bylo zmapovat možnosti sester v plnění spirituálních potřeb u pacientů s karcinomem pankreatu. Z literatury je známo, že lidé v terminálních stádiích nemoci se svým způsobem obracejí k duchovnu a hledají odpověď na své otázky. Odpovědi, které jsme během výzkumného šetření získaly, není možné hodnotit, jelikož se ani v jedné z kategorií netýkaly spirituálních potřeb. Jak jsme již uvedli v diskuzi, můžeme se jen domnívat, zda jde o nedostatečnou znalost v oblasti spirituálních potřeb, nebo není těmto potřebám přiřazován velký význam.

První tři cíle jsme splnili, specifika při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stádiu nemoci vychází z individuality každého z nich, z emocí, které prožívají a ze správné komunikace. Co se týká duševní hygieny tak je sestrami v určité míře prováděna i když ony samy to tak nevidí. Čtvrtý cíl splněn nebyl a z jeho nesplnění vyplývají naše doporučení.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly na nedostatky v oblasti spirituálních potřeb. Pro odstranění těchto nedostatků je vhodným doporučením zjistit úroveň znalostí sester v této oblasti, následně jim zajistit vzdělávací aktivitu zaměřenou na vyhledávání těchto potřeb a posléze je seznámit s možnostmi uspokojování takových potřeb. Toto zjištění je pro praxi velmi zásadní, protože někdy je uspokojení spirituálních potřeb pro pacienta důležitější, než jakákoliv jiná potřeba.

Seznam použitých zdrojů

1. ABBASPOUR, Hadi a Abbas HEYDARI. Concept Analysis of End-of-Life Care. *Journal of Caring Sciences* [online]. 2022 [cit. 2023-04-22]. ISSN 2251-9920. Dostupné z: doi:10.34172/jcs.2022.037
2. ABEL, Julian a Allan KELLEHEAR. Public health palliative care: Reframing death, dying, loss and caregiving. *Palliative Medicine* [online]. 2022, 36(5), 768-769 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: doi:10.1177/02692163221096606
3. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
4. ANSARI, Daniel, Bobby TINGSTEDT, Bodil ANDERSSON, et al. Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. *Future Oncology* [online]. 2016, 12(16), 1929-1946 [cit. 2023-04-28]. ISSN 1479-6694. Dostupné z: doi:10.2217/fon-2016-0010
5. ARENDS, J., H. BERTZ, S. BISCHOFF, et al. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). *Aktuelle Ernährungsmedizin* [online]. 2015, 40(05), e1-e74 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0341-0501. Dostupné z: doi:10.1055/s-0035-1552741
6. AZEEM, Kateřina, Dagmar HORÁKOVÁ, Hana TOMÁŠKOVÁ, et al. Evaluation of Dietary Habits in the Study of Pancreatic Cancer. *Klinická onkologie* [online]. 2016, 29(3), 196-203 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2016196
7. BALBONI, Tracy, PAULK, Mary, BALBONI, Michael, PHELPS, Andrea, LOGGERS, Elizabeth, WRIGHT, Alexi, ... a Holly PRIGERSON. (2013). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 31(3), 306-312.

8. BADUROVÁ, Lenka. *Historické trendy v péči o umírající v kontextu hospicové péče*. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.
9. BATSTONE, Elizabeth, Cara BAILEY a Nutmeg HALLETT. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* [online]. [cit. 2023-04-28]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15411
10. BÉBAROVÁ, Linda. 2016. The survival of patients with radically non-resectable pancreatic cancer. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 95(6), 222-226 [cit. 2023-04-29]. ISSN 0035-9351.
11. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
12. BEDNAŘÍK, Jan. (2020). Péče o pacienty s karcinomem pankreatu: psychosociální aspekty a role zdravotnických pracovníků. *Onkologická péče*, 10(1), 23-2.
13. BEST, Megan, BUTOW, Phyllis a OLVER, Ian. (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 98(11), 1320-1328.
14. BIERNACKI, Patrick a Dan WALDORF. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research* [online]. 1981, 10(2), 141-163 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0049-1241. Dostupné z: doi:10.1177/004912418101000205
15. BOHDALOVÁ, Jaroslava. *Umírání a smrt v práci všeobecné sestry*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
16. BRIERLEY, James, GOSPODAROWICZ, Mary a Christian WITTEKIND. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 8. vydání. Praha: Grada, 266 s., 2023, ISBN 978-80-7472-185-X.
17. BÜSSING, Arndt, ed. *Spiritual Needs in Research and Practice* [online]. Cham: Springer International Publishing, 2021 [cit. 2023-04-22]. ISBN 978-3-030-70138-3. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-030-70139-0

18. BUŽGOVÁ, Radka, Darja JAROŠOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ. 2013 Porovnání hodnotících nástrojů pro zjišťování potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Praktický lékař*. 93(3), 105-109. ISSN 0032-6739.
19. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
20. CARVAJAL, Gabriel. Pancreatic cancer related pain: review of pathophysiology and intrathecal drug delivery systems for pain management. *Pain Physician*, 2021, 24(5) 583-594.
21. CASTRO, Jacqueline Alcalde, Breffni HANNON a Camilla ZIMMERMANN. Integrating Palliative Care into Oncology Care Worldwide: The Right Care in the Right Place at the Right Time. *Current Treatment Options in Oncology* [online]. 2023, 24(4), 353-372 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1527-2729. Dostupné z: doi:10.1007/s11864-023-01060-9
22. CESTA DOMŮ. Umírání. Portál pro nemocné, pečující a pozůstalé. *Cesta domů* [online]. Praha: Cesta domů, 2023 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/>
23. ÇETIN, Şirin a İsa DEDE. Pankreas Kanseriinde Prognostik Faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* [online]. [cit. 2023-04-22]. ISSN 1300-7416. Dostupné z: doi:10.17343/sdutfd.424067
24. COTOGNI, Paolo, Silvia STRAGLIOTTO, Marta OSSOLA, Alessandro COLLO a Sergio RISO. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients* [online]. 2021, 13(2) [cit. 2023-04-22]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu13020306
25. CRESWELL, John W. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications. 3. The United States of America: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2009. ISBN 978-1-4129-6556-9.
26. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

27. EATON, Linda, Jeannine BRANT, Karen MCLEOD a Chao HSING YEH. Nonpharmacologic Pain Interventions: A Review of Evidence-Based Practices for Reducing Chronic Cancer Pain^[P]_[SEP]. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2017, 21(3), 54-79 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi:10.1188/17.CJON.S3.54-70
28. EROL, Mustafa, Hasan ÖNNER a İlknur KÜÇÜKOSMANOĞLU. İNOPERABL PANKREAS DUKTAL ADENOKARSİNOMUNDA GENEL SAĞKALIM ÖNGÖRÜCÜLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Genel Tıp Dergisi* [online]. 2022, 32(1), 1-5 [cit. 2023-04-22]. ISSN 2602-3741. Dostupné z: doi:10.54005/geneltip.972458
29. FITCH, Margaret, Monika FLIEDNER a Margaret O'CONNOR. Nursing perspectives on palliative care. *Ann Palliat Med.* 2015, 4(3), 150-155. Dostupné z: doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04
30. FORETOVÁ, Lenka, Eva MACHÁČKOVÁ a Renata GAILLYOVÁ. *Hereditární nádorová onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-1293-7.
31. FRIDRICHOVÁ, Nela. *Psychohygienu u pracovníků hospicové péče*. Zlín, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
32. GALLETTA, Anne. *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond* [online]. New York University Press, 2020 [cit. 2023-04-22]. ISBN 9780814732953. Dostupné z: doi:10.18574/nyu/9780814732939.001.0001
33. HAJNOVÁ, Erika a BUŽGOVÁ, Radka, 2013. Assessment of the spiritual needs of persons with advanced cancer: Pilot study. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 4(4), 708-714. ISSN 1804-2740 Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/04/10.pdf>
34. HAJNOVÁ, Erika, Radka BUŽGOVÁ a David FELTL. Assessment of the Spiritual Needs of Patients in Palliative Care. *Klinická onkologie* [online]. 2015, 28(1), 13-19 [cit. 2023-04-28]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko201513
35. HLAVNÍKOVÁ, Jana. (2016). Duševní hygiena a zvládání stresu u sester. *Česká sestra*, 92(2), 34-37.

36. HOLMEROVÁ Iva a Petr WIJA, 2016. Péče na konci života v České republice. *Časopis Lékařů českých*. 2016;155, 209-213. ISSN 0008-7335.
37. HORÁK, Martin. *Duševní hygiena sester*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická.
38. HRADILOVÁ, Eva. *Sestra a uspokojování spirituálních potřeb*. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií
39. HU, Jian-Xiong, Cheng-Fei ZHAO, Wen-Biao CHEN, Qi-Cai LIU, Qu-Wen LI, Yan-Ya LIN a Feng GAO. Pancreatic cancer: A review of epidemiology, trend, and risk factors. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2021, 27(27), 4298-4321 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v27.i27.4298
40. HUCL, Tomáš, 2012. Karcinom pankreatu. *Gastroenterologie a hepatologie*. 66(5), 350-356. ISSN 1804-7874.
41. HUI, David, Yvonne HEUNG a Eduardo BRUERA. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers* [online]. 2022, 14(4) [cit. 2023-04-22]. ISSN 2072-6694. Dostupné z: doi:10.3390/cancers14041047
42. HŮLEK, Petr a Petr URBÁNEK. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0394-2.
43. HULKOVÁ, Viera a Mária KILÍKOVÁ, 2022. Psychosociálne riziká v povolání sestry: naratívny literárny prehľad: Psychosocial risks in the profession of nurse: narrative literary review. *Zdravotnícke štúdie: vedecko-odborný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku*. 14(2), 31-36. ISSN 1337-723X.
44. ILIC, Milena a Irena ILIC. Epidemiology of pancreatic cancer. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2016, 22(44) [cit. 2023-04-22]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v22.i44.9694
45. JANKOWSKI Michael et al., 2021. The role of comprehensive nutritional care in cancer patients. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory*. 6(3), 207-210. ISSN 2543-5248
46. JIROUSKOVÁ, Klára. *Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům*. Hradec Králové, 2006. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství

47. JOHN, Stanislav. Current perspective on the treatment of advanced pancreatic adenocarcinoma. *Onkologie* [online]. 2020, 14(1), 37-39 [cit. 2023-04-22]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2020.010
48. KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Paliativní péče v České republice: Situační analýza*. Praha, 2016. Dostupné také z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
49. KANTNEROVÁ, Marcela. *Psychohygienu a relaxační metody v práci učitelů a žáků*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
50. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie 2 díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 148 s. ISBN 9788024791043.
51. KŁĘK, Stanisław a Aleksandra KAPAŁA, 2018. Nutritional treatment. *Oncology in Clinical Practice, Hamatologia*. 9(4): 285-296. ISSN 2720-1015
52. KOLÁŘOVÁ, Zdenka, 2020. Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře. *Medical Tribune* [online]. 2020, 19(9), 1 [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/paliativni-pece-v-ordinaci-praktickeho-lekare/>
53. KORDAČ, Petr, David KALFEŘT, Katarína SMATANOVÁ, Jan LACO, Milan VOŠMIK, Petr ČELAKOVSKÝ a Viktor CHROBOK. Discordance between Clinical and Pathological TNM Classifications in Patients with Oropharyngeal Cancer – Influence on Treatment and Prognosis. *Klinická onkologie* [online]. 2016, 29(2), 122-126 [cit. 2023-04-28]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2016122
54. KOZÁK, Vítězslav, 2014. Paliativní péče a její možné dopady do trestního práva. *Trestní právo 2014*. 18(3): 16-19. ISSN 1211-2860.
55. KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora a Alena LEPIČOVÁ. (2007). *Ošetřovatelství: teorie a praxe*. Brno: Computer Press.
56. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
57. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

58. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
59. KUŠNÍROVÁ, Jarmila. A comprehensive approach to pain management in palliative care. *Medicína pro praxi* [online]. 2020, 17(2), 88-92 [cit. 2023-04-28]. ISSN 12148687. Dostupné z: doi:10.36290/med.2020.017
60. LEJČKO, Jan. Current treatment options for cancer pain. *Urologie pro praxi* [online]. 2018, 19(2), 76-80 [cit. 2023-04-22]. ISSN 12131768. Dostupné z: doi:10.36290/uro.2018.061
61. LEJSAL, Matěj a Jiří KREJČÍ. Systémy paliativní péče - mezinárodní srovnání ČR a Irsko - Lessons Drawing (čerpání ponaučení). *Caritas et veritas* [online]. 2020, 10(1), 36-49 [cit. 2023-04-22]. ISSN 18050948. Dostupné z: doi:10.32725/cetv.2020.006
62. LOHSE, Ines a SHAUN P. Brothers. Pathogenesis and Treatment of Pancreatic Cancer Related Pain. *Anticancer Research* [online]. 2020, 40(4), 1789-1796 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0250-7005. Dostupné z: doi:10.21873/anticancer.14133
63. MARKOVÁ, Hana. (2010). Komunikace se zdravotně postiženým pacientem. *Kontakt*, 12(2), 192-196.
64. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
65. MARYŠKOVÁ, Jana. Nemocniční kaplanství v poločase. *Caritas et veritas* [online]. 2015, 5(2), 10-21 [cit. 2023-04-22]. ISSN 18050948. Dostupné z: doi:10.32725/cetv.2015.027
66. MAŠKOVÁ, Nikola. *Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu, závislosti)*. České Budějovice. 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
67. MATÚŠŮ, Barbora. *Duševní hygiena jako nezbytná součást života všeobecné sestry*. Ostrava, 2018. Bakalářská práce. Ostravská univerzita.
68. MEISNEROVÁ, Eva. Nutrition and tumour disease. *Onkologie* [online]. 2017, 11(1), 24-28 [cit. 2023-04-23]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2017.006

69. MLEJNKOVÁ, Natálie. *Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
70. *Modrá kniha České onkologické společnosti*, 2018. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 978-80-86793-44-3.
71. *Modrá kniha České onkologické společnosti*, 2022. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 978-80-86793-53-5.
72. MZČR, 2022. Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Tiskové centrum, 15.2.2022 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>
73. MZČR, 2022. Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Tiskové centrum, 27.4.2022 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>
74. MZČR. Projekt Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče. *MZČR* [online]. Praha: MZČR, 2018 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-domaci-specializovane-paliativni-pece/>
75. MZČR. Věstník MZČR 2022. *MZČR* [online]. Praha: MZČR, 2022 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-1-2022/>
76. NACA, Ulviye Aydan a Yasemin ERDEN. End-of-Life Care and Nurse's Roles. *The Eurasian Journal of Medicine* [online]. 2023, 54(Supp1), S141-S144 [cit. 2023-04-22]. ISSN 13088742. Dostupné z: doi:10.5152/eurasianjmed.2022.22324
77. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Mental health and immunity. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2020, 21(2), 83-88 [cit. 2023-04-22]. ISSN 12130508. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2020.015
78. NEDBALOVÁ, Veronika. *Empatie sester v péči o umírající*. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

79. O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1295-4.
80. PAROLA, Vítor, Adriana COELHO, Olga FERNANDES a João APÓSTOLO. Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model - its suitability for palliative nursing care. *Revista de Enfermagem Referência* [online]. 2020, V Série(Nº 2) [cit. 2023-04-22]. ISSN 21822883. Dostupné z: doi:10.12707/RV20010
81. PAŤHOVÁ, Eva. *Empatie u sester*. České Budějovice. 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
82. PATRA, Krushna C, Nabeel BARDEESY a Yusuke MIZUKAMI. Diversity of Precursor Lesions For Pancreatic Cancer: The Genetics and Biology of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm. *Clinical and Translational Gastroenterology* [online]. 2017, 8(4) [cit. 2023-04-28]. ISSN 2155-384X. Dostupné z: doi:10.1038/ctg.2017.3
83. PECNOVÁ, Iveta. *Psychoterapie v paliativní péči*. Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Katarína Loneková.
84. PELCÁK, Stanislav, 2012. *Duševní hygiena. Psychologie v praxi – další vzdělávání zaměstnanců organizací poskytujících sociální služby*. Pardubice: Benepal.
85. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
86. PLOCKOVÁ, Jana. *Současný legislativní rámec paliativní péče ve vybraných zemích EU*. České Budějovice, 2019. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
87. POCHOP, Lukáš. How to approach anorexia and nutrition in palliative patients?. *Onkologie* [online]. 2020, 14(Suppl.C), 35-38 [cit. 2023-04-28]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2020.054
88. POKORNÁ, Adéla. *Hospicová a paliativní péče*. Praha. 2022. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta.
89. PŘECECHTĚLOVÁ, Hana. *Psychohygiena sester*. Olomouc, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

90. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.
91. PUCHALSKI, Christina M., VITILLO, Roberto, HULL, Sharon K. a RELLER, Nancy. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.
92. RAINKEOVÁ, Michaela. *Vliv povolání zdravotní sestry na její životní styl*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni
93. ROBATEL, Steve a Mirjam SCHENK. Current Limitations and Novel Perspectives in Pancreatic Cancer Treatment. *Cancers* [online]. 2022, 14(4) [cit. 2023-04-28]. ISSN 2072-6694. Dostupné z: doi:10.3390/cancers14040985
94. ROČKOVÁ, Šárka. *Zvládání psychické zátěže v kontextu práce onkologických sester*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
95. ROHLENOVÁ, Alžběta. *Smiření v terminálním stadiu života v kontextu paliativní péče*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova
96. RYSKA, Miroslav. Total pancreatectomy and its current place in the treatment of pancreatic diseases. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2016, 70(5), 408-412 [cit. 2023-05-01]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.14735/amgh2016408
97. RYSKA, Miroslav, PAROBKOVÁ, Hana, ZÁRUBA, Pavel a Luboš PETRUŽELKA. Pokročilý karcinom pankreatu. *Onkologie*. 2015, 9(6), 264-267. ISSN – 1802-4475
98. SEKERKA, Martin. *Duševní hygiena jako nevyhnutelná součást manažerské praxe*. Praha, 2022. Bakalářská práce. AMBIS - Vysoká škola.
99. SCHROEDER, Karla a Karl LORENZ. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* [online]. 2018, 5(1), 4-8 [cit. 2023-04-28]. ISSN 23475625. Dostupné z: doi:10.4103/apjon.apjon_43_17
100. SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ Tereza, 2020. Paliativní péče: Etické a právní aspekty paliativní péče [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2022-02-05]. ISSN 1802-128X. ISBN 978-80-210-9628-8.
101. SLÁMA, Ondřej, SOCHOR, Marek, GARNOLOVÁ, Petra, 2013. Paliativní péče. *Modrá kniha České onkologické společnosti 2013, ČOS 2013*, dostupné na <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/14/521.pdf>

- 102.** SLÁMA, Ondřej. Management of Breakthrough Cancer Pain. *Klinická onkologie* [online]. 2013, 26(3), 191-194 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2013191
- 103.** SLOVÁČEK, Ladislav, 2012. Visceral pain in oncology. *Onkologie* [online]. 6(1), 18-20 [cit. 2023-03-16]. ISSN 1802-4475.
- 104.** SOCHOR, Marek a Ondřej SLÁMA. Management of Chronic and Acute Pain in Patients with Cancer Diseases. *Klinická onkologie* [online]. 2015, 28(2), 94-98 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko201594
- 105.** SOCHOR, Marek, 2020. Časná integrace paliativní péče v onkologii. *Časopis lékařů českých* [online]. **157**(1), 13-18 [cit. 2023-01-14]. ISSN 0008-7335.
- 106.** SOCHOR, Marek, Ondřej SLÁMA a Miloslav LOUČKA. Early Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care – Benefits, Limitations, Barriers and Types of Palliative Care. *Klinická onkologie* [online]. 2015, 28(3), 171-176 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0862495X. Dostupné z: doi:10.14735/amko2015171
- 107.** SOVÁRIOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3. SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- 108.** STASKOVÁ, Věra, Valérie TÓTHOVÁ a Jaroslav KOŤA. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2206-6.
- 109.** STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- 110.** ŠACHLOVÁ, Milana, 2014. ‘The possibility of nutritional intervention in cancer treatment’, *Onkologie*. 8(6), 275-278. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/06/08.pdf>
- 111.** ŠACHLOVÁ, Milana, Miroslav TOMÍŠKA a Ondřej SLÁMA. *Doporučené postupy: nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Praha: Ve spolupráci s časopisem Klinická onkologie vydalo nakl. Ambit Media, 2012. ISBN 978-80-904596-5-6.

112. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
113. ŠANCOVÁ, Michaela. *Význam duševní hygieny v prevenci syndromu vyhoření u všeobecných sester*. Pardubice, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií
114. ŠIKÝŘOVÁ, Markéta. *Specifika ošetrovatelské péče u onkologicky nemocných pacientů a dalších pacientů v terminálním stádiu onemocnění*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova
115. ŠKAMPOVÁ, Venuše, 2022. NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ PLÁN ČESKÉ REPUBLIKY 2030. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví- sekce pro zdravotní péči [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-onkologicky-plan-cr-2030/>
116. ŠKRABALOVÁ, Sabina. *Hospicová a paliativní péče*. Zlín, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
117. ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0318-8.
118. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
119. ŠTĚPÁNKOVÁ, Olga. (2015). Psychosociální aspekty péče o pacienta s onkologickým onemocněním. *Kontakt*, 17(1), 9-14.
120. ŠTĚPÁNKOVÁ, Radka. (2015). *Paliativní ošetrovatelství: kompendium pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing.
121. ŠUBOVÁ, Daniela, et al. 2014. Je obezita rizikovým faktorem vybraných nádorových onemocnění?. *Praktický Lékař* [online]. 94(1), 16-21 [cit. 2023-04-15]. ISSN 0032-6739.
122. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

123. TERZI, Kübra a Sevgisun KAPUCU. End-Of-Life Care From the Perspectives of Patients With Cancer and Their Nurses: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [online]. 2022 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: doi:10.1177/00302228221107722
124. TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-88046-01-1.
125. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
126. TONINI, Valeria a Manuel ZANNI. Pancreatic cancer in 2021: What you need to know to win. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2021, 27(35), 5851-5889 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v27.i35.5851
127. TUREK, Pavel. (2017). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *British Journal of Nursing*, 26(12), 674-677.
128. ÚZIS, 2023. *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb* [online]. Praha: ÚZIS, 2023 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-verejnost>
129. ÚZIS, *Novotvary ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2021. ISBN 978-80-7472-034-5. ISSN 1210-857X.
130. VACHKOVÁ, Eva. (2016). *Komunikace v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
131. VALENTINI, L., D. VOLKERT, T. SCHÜTZ, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). *Aktuelle Ernährungsmedizin* [online]. 2013, 38(02), 97-111 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0341-0501. Dostupné z: doi:10.1055/s-0032-1332980
132. VANĚK, Petr, Michal EID, Robert PSAR, Vincent ZOUNDJIEKPON, Ondřej URBAN a Lumír KUNOVSKÝ. Current trends in the diagnosis of pancreatic cancer. *Vnitřní lékařství* [online]. 2022, 68(6), 363-370 [cit. 2023-04-22]. ISSN 0042773X. Dostupné z: doi:10.36290/vnl.2022.076

133. VANĚK, Petr, Ondřej URBAN, Vincent ZOUNDJIEKPON a Přemysl FALT. Current Screening Strategies for Pancreatic Cancer. *Biomedicines* [online]. 2022, 10(9) [cit. 2023-04-22]. ISSN 2227-9059. Dostupné z: doi:10.3390/biomedicines10092056
134. VÁŇOVÁ, Kristýna. *Duševní hygiena jako prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
135. VÁVROVÁ, Petra. Psychohygiena jako prevence pracovního stresu. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2014, 7(4) Dostupné z: <http://www.bozpinfo.cz/josra/josra-04-2014/psychohygiena-prevence-stresu.html>. ISSN 1803-3687.
136. VINTROVÁ, Daniela. *Postoje sester k pacientům v terminálním stádiu*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci
137. VINTROVÁ, Jana. (2021). Terminální stádium onemocnění: péče o pacienta a jeho rodinu. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 12(1), 35-40.
138. VÍŠKOVÁ, Vladimíra, 2018. Paliativní péče - lékařská posudková činnost při posuzování zdravotního stavu a hodnocení stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství*. 21(1), 8-11. ISSN 1214-3170
139. VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
140. VONEŠOVÁ, Petra. *Postoj ke smrti a psychická zátěž sester na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí*. České Budějovice. 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
141. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003516-4.

- 142.** YADAV, Dhiraj a Albert B. LOWENFELS. The Epidemiology of Pancreatitis and Pancreatic Cancer. *Gastroenterology* [online]. 2013, 144(6), 1252-1261 [cit. 2023-04-22]. ISSN 00165085. Dostupné z: doi:10.1053/j.gastro.2013.01.068
- 143.** ZACHAROVÁ, Eva. Pain management in cancer patients in nursing care. *Onkologie*. 2014, 8(1), 44-46. ISSN – 1802-4475
- 144.** ZAMBO GALAFASSI, Giovanna, Pedro Henrique SIMM PIRES DE AGUIAR, Newton MACIEL DE OLIVEIRA, Thania GONZÁLEZ ROSSI a Paulo Henrique PIRES DE AGUIAR. Neurolisis del plexo celíaco: una revisión sistemática. *Revista Chilena de Neurocirugía* [online]. 2020, 46(1), 37-44 [cit. 2023-04-22]. ISSN 2452-5553. Dostupné z: doi:10.36593/rev.chil.neurocir.v46i1.184
- 145.** ZAMBONI, Giuseppe, Kenichi HIRABAYASHI, Paola CASTELLI a Anne Marie LENNON. Precancerous lesions of the pancreas. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* [online]. 2013, 27(2), 299-322 [cit. 2023-04-22]. ISSN 15216918. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpg.2013.04.001
- 146.** ZÁŠKODNÁ, Helena a Gabriela BOLKOVÁ. Stressing aspects of oncological diseases and possibilities of psychosocial help within the framework of social work and self-helping groups. *Kontakt* [online]. 2012, 14(4), 444-455 [cit. 2023-04-28]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2012.044
- 147.** ZAVORAL, Miroslav. *Karcinom pankreatu*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-348-6.
- 148.** ZUMSTEIN-SHAHA, Maya, Betty FERRELL a Denice ECONOMOU. Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2020, 48 [cit. 2023-04-22]. ISSN 14623889. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejon.2020.101792
- 149.** ŽÁČKOVÁ, Lucie, LOUČKA, Martin, 2022. Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče. *Fórum sociální politiky*. 16(5), 2-9. ISSN 1802-5854

Seznam příloh

<i>Příloha 1 Schéma polostrukturovaného rozhovoru (Autor, 2023)</i>	<i>72</i>
---	-----------

Seznam použitých tabulek

<i>Tabulka 1 Kat. č. 1 - Prožívání a zvládání paliativní péče u pacientů s karcinomem pankreatu (Autor, 2023)</i>	<i>39</i>
<i>Tabulka 2 Kat. č. 2 - Postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v různých fázích onemocnění (Autor, 2023)</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 3 Kat. č. 3 - Strategie duševní hygieny sester po ošetřování pacienta s karcinomem pankreatu (Autor, 2023)</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 4 Kat. č. 4 - Aspekty pro plnění spirituálních potřeb pacienta (Autor, 2023) ..</i>	<i>42</i>

Seznam použitých zkratk

ČLK JEP	–	Česká lékařská komora Jana Evangelisty Purkyně
ČR	–	Česká republika
IPMN	–	intraduktální pankreatický mucinózní novotvar
MR	–	magnetická rezonance
MUDr.	–	Doktor medicíny
MZČR	–	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NOPL	–	Národní onkologický plán
TNM	–	Classification of Malignant Tumours - systém sloužící k popisu rozsahu nádoru a určení stádia onemocnění
WHO	–	Světová zdravotnická organizace

Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Pro výzkum byl před samotným rozhovorem vytvořen okruh otevřených otázek.

- Co se vám vybaví pod pojmem paliativní péče?
- Jaké pocity máte při ošetřování nevyлéčitelně nemocných či umírajících?
- S jakými emocemi se nejčastěji setkáváte u takto nemocných pacientů?
- Ovlivňují vaše pocity ošetrovatelskou péči?
- Co je podle vás v této péči zásadní?
- Co vás napadne ve chvíli, kdy nemocný nespolupracuje nebo cokoliv odmítá?
- Respektujete pacientovo rozhodnutí?

Výzkumné otázky

1. Jaký vliv má terminální fáze karcinomu pankreatu na ošetrovatelskou péči?

2. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

- Vidíte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče v kurativní části či terminální?
- Vnímáte rozdílný přístup u pacientů v těchto fázích?
- Jakou roli v poskytování ošetrovatelské péče podle vás sehraává pracovní kolektiv?

Výzkumné otázky

1. Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v kurativní fázi léčby?

2. Jaký je postoj sester k pacientům s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

- Co podle vás znamená duševní hygiena?
- Jak trávíte volný čas? Čím ho naplňujete?
- Které místo ve vás vyvolává klid? Na jaká místa si chodíte odpočinout?
- Je pro vás důležitý sociální kontakt?
- Pijete alkohol?

Výzkumná otázka

1. Jak provádí sestry duševní hygienu po ošetřování pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?

- Znáte možnosti spirituální péče?
- Jste ochotná pacientovi v tomto vyhovět?
- Myslíte si, že v oblasti naplňování spirituálních potřeb hraje roli lékař?
- Je podle vás spolupráce s rodinou zásadní?

Výzkumná otázka

1. Jaké mají sestry možnosti v naplnění spirituálních potřeb pacientů s karcinomem pankreatu v terminální fázi?