

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**STRACH PŘI INVAZIVNÍCH ZÁKROCÍCH
U NEMOCNÝCH NAD 50 LET**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA PETRŮ

Vedoucí práce: PhDr. Marie Rybářová

HRADEC KRÁLOVÉ, 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 25. dubna 2006

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Ráda bych poděkovala PhDr. Marii Rybářové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a její čas, který mi ochotně věnovala při zpracovávání této bakalářské práce.

Dále děkuji celé své rodině a přátelům, kteří mi po celou dobu studia byli psychickou oporou a zahrnovali mě trpělivostí, tolerancí a láskou.

Motto:

„Já pocítila v životě mnoho bolestí, trpkých klamů, byla jsem na pokraji zoufalství – avšak navzdory tomu neztratila jsem důvěru a lásku k lidem!“

(Božena Němcová)

OBSAH

ÚVOD	7
1. Cíl práce	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 Strach	9
2.1.1 Projevy strachu	11
2.1.2 Invazivní zákrok	11
3. Sdělování diagnózy	12
4. Bolest	15
4.1 Obecné příčiny bolesti	16
4.2 Psychologické metody měření bolesti	17
4.3 Dělení bolesti podle vzniku a příčiny	17
4.4 Léčba bolesti	18
4.4.1 Farmakologická léčba	18
4.4.2 Nefarmakologická léčba	19
4.5 Strach z bolesti	20
4.5.1 Diagnostika strachu z bolesti	20
5. Stárnutí a stáří	23
5.1 Anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí	23
5.2 Psychické změny během stárnutí	24
5.3 Změny v kognitivní oblasti	25
6. Umírání a smrt	26
7. Kolorektální karcinom	30
7.1 Příznaky kolorektálního karcinomu	30
7.2 Diagnostika	31
7.3 Léčba	31
7.3.1 Chirurgická léčba	31
7.3.2 Konzervativní léčba	32
7.4 Prevence kolorektálního karcinomu	33
7.5 Nemocný s kolostomií	34
7.5.1 Edukační plán u klienta s nově založenou kolostomií	34

8.	Prevence a zmírňování strachu	40
8.1	Prevence a zmírňování strachu u nemocných	40
8.2	Co dělat s vlastním strachem	41
9.	EMPIRICKÁ ČÁST	42
9.1	Cíle výzkumu	42
9.2	Vzorek pacientů	42
9.3	Metody výzkumu	42
10.	Výsledky výzkumu	44
10.1	Výsledky výzkumu a jejich rozbor	44
	(přepis autentických rozhovorů a jejich analýza)	
11.	DISKUSE	63
12.	ZÁVĚR	64
13.	SOUHRN	66
	Seznam použité literatury	67
	Přílohy	69
	Resumé	

ÚVOD

Strach je nedílnou součástí života každého z nás. Ať už ho vnímáme více nebo méně, nevyhneme se mu, máme strach ze zkoušek, z nemoci, máme strach o své blízké, nemocné, máme strach o to, abychom neztratili zaměstnání, abychom všechno zvládli tak, jak jsme si naplánovali a bojujeme. Pomáhají nám naši blízcí, naše práce, když z ní odcházíme s pocitem, že jsme někomu úspěšně dokázali pomoci. Ale jak se se strachem vyrovnávají naši nemocní doopravdy?

Pracuji téměř 7 let jako zdravotní setra na chirurgických odděleních, šestým rokem na chirurgické klinice. Na našem oddělení bývají hospitalizováni nemocní s kolorektálním karcinomem, průměrná doba hospitalizace jsou přibližně dva týdny a za tu dobu většinu našich klientů blíže poznáme i proto, že se k nám často opakovaně vracejí. Zajímalo mě, čeho v souvislosti s operací a svým vlastním onemocněním obávají, jak jim můžeme pomoci. Sama jsem zažila velký strach o své nejbližší, když bojovali se zákeřnou nemocí a rozhodla jsem se toto téma zpracovat do své bakalářské práce s nadějí, že se problému strachu u nemocných v dnešní uspěchané době bude věnovat větší pozornost, naši nemocní to potřebují, často je čeká něco neznámého, na co ani nemusí být připraveni a přicházejí plni obav. Dnes, když na nemocného pohlížíme z celostního, bio – psycho – sociálního pohledu, by měla být péče o všechny jeho potřeby samozřejmostí. Ale je to tak v jeho očích doopravdy?

1. Cíl práce

Cílem práce je zmapovat strach v souvislosti s invazivním zákrokem - operačním výkonem u nemocných s kolorektálním karcinomem starších 50 let.

V teoretické části chci popsat strach obecně v definicích, uvědomit si jeho projevy, seznámit se s problematikou bolesti, stárnutí, i umírání. Dále chci zařadit fakta o kolorektálním karcinomu, jeho léčbě a prevenci.

V empirické části chci zjistit, jak nemocní svůj strach vnímají, čeho se obávají, zda ho dokáží popsat, co jim nejvíce pomáhá a zda jim mohou pomoci zdravotníci.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Strach

Strach je nelibá emoce, nepříjemný prožitek s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku a pohotovosti k obraně či útěku, na rozdíl od úzkosti jde o normální reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení. Hluboké chemické změny doprovázejí každý strach, aniž jsou známkou patologie. Vysoké koncentrace DIF jsou nalézány pravidelně před zkouškami u vysokoškoláků, hladina klesá po úspěšném složení zkoušky.

Strach se vyvíjí s věkem, od jednoduchých úlekových reakcí kojence k reakcím na složitější situace, jaké představuje neznámé prostředí, nečekané smyslové podněty. Postupně je strach spojován s prožitými zkušenostmi a více vázán na představivost. Tím se na rozdíl od zvířat množí situace ohrožení. Náklonnost ke strachu souvisí i s konstitučními vlastnostmi člověka a s emocionální stabilitou či labilitou i s dosavadními zážitky.

(Hartl, Hartlová, 2000).

Strach lze charakterizovat jako nepříjemný, krátkodobý emocionální stav během aktuálního nebo pouze očekávaného podnětu, který daná osoba kognitivně zpracovává jako podnět, který ji ohrožuje, škodí nebo je pro ni nebezpečný. Jedinec je zpravidla schopen identifikovat příčinu svého strachu. Pro strach je příznačný vnitřní, subjektivně specifický zážitek mimořádného vzrušení, jež je provázeno řadou neurovegetativních stresových reakcí. Strach vyvolává u jedince snahu vyhnout se ohrožení, uniknout z dané situace, anebo zaútočit. Vystupňovanou podobou strachu je fobie. Fobie představuje intenzivní, až chorobný strach, provázený úzkostí. Jedinec prožívá mimořádné rozrušení, jakmile vidí určitou osobu, zvíře, věc, jev, jakmile se ocitne v určité situaci. Své negativní emoce nedokáže racionálně vysvětlit. Nastupuje u něj spontánní úlekové chování, které zpravidla nedokáže kognitivně zpracovat, vůlí plně korigovat. Fobie se liší jak svou intenzitou, tak především svým předmětem.

(Mareš, 1997).

Strach je obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím, má proto i velmi reálné obsahy dané pojetím ohrožující situace. Strach můžeme mít z propadnutí při zkoušce, z úmrtí blízké osoby, z rychlé jízdy apod. Prožívání strachu u dětí a dospívajících je odlišné, protože dítě nemá ještě dostatek zkušeností, považuje často věci nedůležité za důležité a naopak. Zdroj strachu bude u nich mít jinou podobu než u dospělého člověka. Naše tolerance vůči podnětům vyvolávajícím strach se mění v závislosti na tom, zda jsme schopni kontrolovat jejich začátek a konec, nebo zda se alespoň domníváme, že tyto podněty jsou pod naší kontrolou. V období dospělosti se mění situační faktory, které jsou příčinou strachu. Dospělý člověk má strach o děti, o partnera, obává se neúspěchu, ztráty zaměstnání, nemoci. Starý člověk má strach z nemoci, nesoběstačnosti, z nemoci. Vzhledem k psychickým změnám provázejícím stárnutí a stáří si nemusí strach uvědomovat nebo naopak mohou (vlivem snížených adaptačních schopností) negativní emocionální stavy vyústit v dlouhodobý smutek, žal až v depresi. Vystupňovaný strach je prožíván jako hrůza, zděšení a má stresové účinky. Strach je aktivující (útěk, únikové chování), hrůza deaktivující. Ve stavu hrůzy se člověk cítí bezmocný, bezradný, neví jak má jednat.

(Trachtová, 1999)

Strach, hněv, radost a smutek bychom mohli zahrnout do emocí, které představují určité psychické změny, hnutí mysli nebo city. Prožívání strachu je obecně nepříjemné, ale existují i strachy spojené s příjemným vzrušením. Podle holandského filozofa Barucha Spinozy je strach odvozený cit, kde vrozeným podnětem strachu je ohrožení života. Strach můžeme dělit také na strach pasivní a aktivní, který bývá spojen s útekem. Variantami strachu je obava, hrůza a zděšení. Strachu je velmi blízká i úzkost, ale na rozdíl od strachu nemá úzkost předmět, který by byl původcem úzkosti. Podle Sigmunda Freuda je úzkost stavem, který se vyznačuje očekáváním nebezpečí a přípravou na ně. Úzkost je též někdy charakterizována jako situace, v níž si člověk při pokusech o dosažení cíle klade neurčité překážky.

(<http://www.sweb.cz/drepova/stres.html>)

2.1.1 Projevy strachu

Strach se projevuje v rovině:

Psychické – pocit sevřenosti a tísně, ohrožeností, závratí, nabuzeností, neklidem apod.

Mimické – rozšíření zřítelnic, vyvalení očí, hypomimií, otevření úst apod.

Somatické – tachykardie, svalové napětí, chvění, nauzea, zblednutí, pocit sucha v ústech apod.

Chování – nejčastěji strnutí, uhýbání, obranné chování či útěk.

Výkonu – nižší hladina strachu složitější výkon zvyšuje, vyšší hladina jej naopak snižuje apod.

Předchozí projevy se navzájem ovlivňují, zejména roviny psychická, somatická a rovina chování.

(Vymětal, 2000)

2.1.2 Invazivní zákrok

Invazivní zákrok je takový zákrok, při kterém se z vyšetřovacích či léčebných důvodů proniká pomocí nástrojů či přístrojů dovnitř organismu. Tento zákrok je pro nemocného velkou zátěží nejen fyzickou, ale i psychickou, velmi často jsou zákroky provázené strachem nemocného. Jedním z možných invazivních zákroků je operační výkon, jehož souvislostí se strachem se věnuje tato práce.

3. Sdělování diagnózy

Otázka sdělování diagnózy a pravdy je velmi ošemetná a v současnosti velmi diskutovaná. Nemocný je plný strachu již při příchodu do zdravotnického zařízení, nezdědka se více bojí samotné diagnózy než vlastního operačního zákroku. V dnešní době pokročilé diagnostiky je diagnóza často známa již před operací, kdy lékař odebere vzorek tkáně na histologické vyšetření, které nám definitivně potvrdí nebo vyvrátí diagnózu.

Při sdělování diagnózy je velmi důležité respektovat soukromí klienta, lékař by ho měl informovat bez přítomnosti ostatních nemocných, v klidu, měli by oba sedět, ne aby například rychle přiběhl mezi operacemi a ve chvíli, kdy ho nemocný nejvíce potřebuje, nemusel odejít. Vhodná je i přítomnost blízké osoby, jež si pacient přeje, není pak na reakci po sdělení sám. Problém ale nekončí sdělením diagnózy, zavřením dveří. Nemocný nás potřebuje neustále a mnohem víc, než si mnoho zdravotníků uvědomuje. Možnost kontaktu s psychologem by měla být samozřejmostí, leč často tomu tak ve skutečnosti není.

MUDr. Marie Svatošová říká, že sdělit pravdu a nevzít naději je kus umění. Plně se s ní ztotožňují. Každý nemocný má právo znát plnou pravdu o svém onemocnění, byť mu je sdělována postupně, aby jeho šok nebyl tak velký. Má právo uspořádat si svůj život a k tomu mu nesmíme brát naději. I když je té naděje jen malá kapička, stále tu je a nemocnému dává sílu s nemocí bojovat. Před dvěma roky onemocněla rakovinou má babička. Po operačním zákroku nás informoval lékař, který ji operoval. Pravdu nám sdělil „natvrdo“, na náš dotaz, kdy by bylo možné babičku propustit domů, nám řekl, že situace je beznadějná.. V té době babička pravdu o své nemoci neznala. Popravdě řečeno, kdyby jí to lékař řekl tak jako nám, těžko by to unesla. Nakonec ji domů propustili s tím, že je nutná onkologická léčba. Lékař na onkologii jí sdělil pravdu postupně, vysvětlil jí postup následující léčby a ona měla čas o všem přemýšlet. I když už měla mnohočetné metastázy, žila ještě půldruhého roku právě díky tomu, že měla naději. Díky naději v sobě našla ještě hodně síly, než odešla. Je obdivuhodné, kolik v sobě i v terminálním stadiu nemoci dokázala najít síly.

Doufat znamená vidět před sebou možnost. Možnost dalšího kroku. A není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů nemocného držet nad vodou. I když jsou krůčky stále kratší, naděje zůstává. „Kdo má PROČ žít, snese téměř každé JAK“ říká Nietzsche. I kdyby se nám zdály naděje druhého falešné, nelze mu je brát. Jediné nešetné slovo nebo chyba v mimoslovní komunikaci může zasít pochybnost a nemocného připravit o naději. Je nutno vážit každé slovo. Nikdy bychom neměli říci,

že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději.

(Svatošová, 1995)

Ve zdravotnických novinách (Němec, 2002) jsem našla na toto téma zajímavý článek:

Říct pravdu a podpořit

Německý časopis Deutsches Ärzteblatt před časem otiskl rozsáhlý článek o informování a emocionální podpoře pacienta s rakovinou. Odborníci v něm uvádějí, že statistiky nepotvrdily vyšší podíl sebevražd lidí postižených rakovinou, než je průměr u ostatního obyvatelstva. „Předsudek, že seznámení s diagnózou může pacienta dohnat k sebevraždě, je neudržitelný,“ tvrdí autoři řady výzkumných studií provedených v Německu i dalších zemích. Trvají na nutnosti říct nemocnému plnou pravdu, neboť „neúplné vysvětlení se rovná zbavení pacienta svéprávnosti“. Zprostředkování vědomostí podle expertů naopak mobilizuje síly postiženého jedince a jeho schopnost s nemocí bojovat. Doporučují, aby ze strany lékaře nešlo o přednášku, ale o rozhovor s nemocným, avšak vedle sdělování informací „je rozhodující současně vyjádřená emocionální podpora“. V SRN není pohovor s pacientem zvlášť honorován, je jen součástí technicko-diagnostických vyšetření. Podle předpisů by lékař musel u soudu prokázat, že nemocného dostatečně informoval o diagnóze, prognóze, alternativách léčby a rizicích. Proto lékaři zaznamenávají do chorobopisu shrnutí obsahu svého rozhovoru s pacientem i názor, že se domnívají, že nemocný všemu rozuměl, a pacient záznam podepisuje. Záznamů je v dokumentaci více, neboť vysvětlování zdravotního stavu, léčby, prognózy apod. se postupně vyvíjí podle průběhu choroby. Autoři článku rovněž připomínají, že na prvním místě musí lékař překonat svůj vlastní strach z rakoviny a umírání. Teprve pak je schopen pomáhat nemocnému zvládat jeho obavy. „Lež má za následek ztrátu veškeré důvěry, a důvěra je ke zvládnutí strachu a terapie absolutně nepostradatelná,“ tvrdí Dr. Miloš Němec.

Na pacienta, který čeká na diagnózu svého případu, číhá nebezpečí. Je jím předčasná konfrontace pacienta s diagnózou, tj. ve stadiu, kdy ještě k přijetí diagnózy nedozrál. Není mu dáno dostatek času k tomu, aby si vypracoval nosný přístup k situaci, s níž se má vyrovnat. Způsob sdělení diagnózy by měl být přiměřený pacientovu chápání. Formuluje-li lékař diagnózu v lékařské formě řeči, tj. tak, že je to srozumitelné druhému lékaři, pacient obvykle neví, oč jde. Dozví-li se pacient, co mu je (je-li mu sdělena diagnóza) a pochopí-li,

oč jde, nastává chvíle „pravdy“. Pacient se musí s diagnózou smířit. Musí ji přijmout – akceptovat.

A to obvykle nebývá lehké. V takovýchto situacích byly zjištěny dva základní poznatky:

- a) Pacient se nezhroutí, když se dozví krutou, avšak pravdivou (seriózně zjištěnou) diagnózu.
- b) Pacient se neuklidní, když je mu sdělena „řádoby“ diagnóza – např. typu „nic zlého se nenašlo“, „je to jen drobnost, nemusíte mít strach“.

(Křivohlavý, 2002)

4. Bolest

„Nic není tak nesnadné jako najít vhodná slova pro velkou bolest“

(Lucius Annaeus Seneca)

„Žádná strast není tak velká jako strach před ní“

(Francis Bacon)

Strach z bolesti zná dobře prakticky každý z nás. Bolesti se bojí i zdraví lidé a v případě nemocných lidí to platí dvojnásob. V dnešní době už se léčbě bolesti přikládá velký důraz, proto je důležité nemocným vysvětlit, že by bolestmi po operačních zákrocích trpět neměli, že jim bude podáváno dostatečné množství analgetik. V případě nedostačující analgetické léčby lze spolupracovat s anesteziology, kteří se na léčbu bolesti specializují. Existují poradny pro léčbu bolesti, kam lze klienty odeslat i po propuštění z nemocnice. A co to vlastně bolest je? Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.

(Brannon a Feist, 1997)

Bolest je to, z čeho má většina z nás větší strach než z trvalého poškození, nebo dokonce i smrti.

(Bauer, 1994)

Bolest akutní má náhlý začátek, trvá hodiny až dny, maximálně však jeden měsíc, je projevem poškození tkání, je provázena dalšími projevy (pocení, zrychlený tep, rozšíření zornic, apod.), je spojená se strachem či úzkostí, dobře reaguje na léčbu analgetiky.

Bolest chronická trvá déle než 6 měsíců, příčina nebývá vždy jasná, provázejí ji změny psychiky (úzkostlivé stavy, deprese, změny osobnosti), špatně reaguje na léčbu analgetiky, vyžaduje komplexní přístup léčby (léky, psychoterapie, apod.) Chronickou bolest pak ještě můžeme dělit na nádorovou a nenádorovou.

(<http://www.volny.cz/david.placek/4roc/prednasky/bolest.html>)

Chronická bolest s sebou přináší trvalá omezení pohybových aktivit i sociálních kontaktů. Pacientovy zájmy ustupují do pozadí, do popředí nastupuje nejistota, formuje se u něj negativní očekávání budoucnosti.

Bolest rekurentní tvoří přechod mezi bolestí akutní a chronickou, mění se v čase: nastupuje, kulminuje, ustupuje, následují různě dlouhé fáze bez bolesti a opět se vrací. Je to bolest epizodická, a akutními projevy, objevuje se v nepravidelných a obtížně předvídatelných intervalech. Spouštěč bolesti je nejasný, charakter bolesti nemusí odpovídat průběhu nemoci. Většinou klient nedokáže identifikovat příčinu bolesti ani s pomocí zdravotníků. Intenzita bolesti kolísá během jednotlivých epizod. Tato bolest přináší pacientovi trvale určitá omezení pohybu, komunikace, zájmů. Je těžko léčitelná, úleva bývá jen přechodná, někdy léčba okamžitě ani nezabírá.

(Mareš, 2002)

4.1 Obecné příčiny bolesti

1. Fyzikální příčiny:

- zevní prostředí (teplo, chlad, hluk, vítr, změny tlaku),
- fyzikální mechanismy (zánět, řezná rána, tlak).

2. Příčiny z vnitřního prostředí:

- organické poruchy a poškození,
- svalové spasmy,
- buněčná ischemie,
- rozpínání dutých vývodů,
- otoky nebo ztráta tekutin,
- křeče,
- chemické dráždění.

3. Psychologické vlivy:

- napětí, stres, deprese,
- fantomové bolesti,
- „psychická bolest“ jako důsledek hlubokého zármutku.

(Bauer, 1994)

4.2 Psychologické metody měření bolesti

Psychologové se v přímém kontaktu s pacientem snaží odpovědět na následující otázky:

1. **Kde to bolí** = lokalizace a topologie bolesti

Klienta se můžeme zeptat přímo, aby nám ukázal, kde ho to bolí nebo místo, kde ho to bolí nejvíce, dále se mohou použít tzv. mapy bolesti, kde má zakroužkovat oblast, kde ho to bolí. Existují i složitější verze, kde se například používá modrá tužka k lokalizaci bolesti povrchové a červená tužka k lokalizaci bolesti uvnitř těla.

2. **Jak moc to bolí** = intenzita bolesti

0 – žádná bolest

1 – nepatrná bolest

2 – mírná bolest

3 – střední bolest

4 – strašná (mučivá a týrající) bolest

5 – zcela nesnesitelná bolest

K hodnocení intenzity bolesti můžeme využít vizuální analogové škály, jedná o 10 cm dlouhou přímku, se dvěma vyznačenými extrémními body : nulová bolest a bolest nesnesitelná (viz přílohy – záznam hodnocení bolesti).

3. **Kdy to bolí** = časový průběh bolesti

Většinou bolest kolísá v průběhu dne, v závislosti na pohybu, po podání analgetik, apod.

4. **Jak to bolí** = hodnocení kvality bolesti

Bolest pálivá, bodavá, tupá, svíravá, řezavá, píchavá, ...

5. **Jak se dá daná bolest zmírňovat**, případně co způsobuje zhoršování bolesti.

(Křivohlavý, 2002)

4.3 Dělení bolesti podle vzniku a příčiny

Bolest nociceptivní – z kloubů, šlach, vazů, svalů a cév

Bolest periferně neurogenní – díky poškození nervů a jejich vláken na okrajových částech těla.

Bolest centrálně neurogenní díky poškození centrálních nervových struktur (mozku a míchy) v důsledku například nádoru či úrazu.

Bolest psychogenní u citlivých osob na psychickém podkladě.

(<http://www.volny.cz/david.placek/4roc/prednasky/bolest.html>)

4.4 Léčba bolesti

Pro léčbu bolesti je důležité stanovit realistické cíle:

- bez bolesti se vyspat,
- bez bolesti v klidu odpočívat,
- bez bolesti se pohybovat.

(Svatošová, 1995)

Léčbu bolesti bych rozdělila na farmakologickou a nefarmakologickou.

4.4.1 Farmakologická léčba

- **nesteroidní antirevmatika** – léky potlačující rozvoj zánětu a bolesti, vzhledem k jejich snadné dostupnosti je častá nadměrná spotřeba,
- **anodyna** – opioidy – potlačují i silné bolesti, jsou různé formy - injekce, tablety, náplasti.

V počáteční fázi rakoviny doprovází toto onemocnění bolest ve 30-40% případů, zatímco v terminálním stadiu je výskyt bolesti v 60-90% případů.

(Křivohlavý, 2002)

Obávaným a často i přeceňovaným rizikem léčby opiáty je vznik závislosti. Množství dostupných látek a lékových forem opiátů je v současné době již tak velké, že je při odborně vedené léčbě vznik závislosti prakticky nevýznamný.

- **podpůrné léky** - často pouhé tlumení bolesti nestačí. Co pomohou silné léky, když strach a pokleslá nálada vnímání bolesti ještě zesílí. Při současném podávání léků proti bolesti a léků proti depresi nebo úzkosti může při nižší celkové dávce léků výrazně podpořit jejich celkový efekt.

(<http://www.volny.cz/david.placek/4roc/prednasky/bolest.html>)

4.4.2 Nefarmakologická léčba

- **chirurgická** – přetětí periferních nervů a přetětí aferentních nervů vstupujících do míchy za účelem tlumení bolesti, používá se tam, kde bolest vzdoruje všem jiným způsobům terapie,
- **akupunktura** – při léčbě se jemnými jehlami propichuje kůže na různých částech těla, aby bylo dosaženo konkrétního účinku. Někteří akupunkturisté používají tradiční čínské body akupunktury, které nejsou vždy v blízkosti bolestivého místa. Jiní používají takzvané spoušťové body, což jsou malé nesmírně citlivé oblasti ve svalech nebo pojivových tkání. Tato místa se nacházejí buď v krajině bolesti nebo o něco dále. Tlak na spoušťové body a jejich masáž mnohdy bolesti utiší. Tomuto postupu se říká akupresura. Tato léčba je ale zcela neúčinná jakožto léčba bolesti při pokročilé rakovině.

(Soafer, 1997)

- **elektrická stimulace nervů** – elektrická stimulace kůže je zaměřena na poměrně malý prostor kůže, úleva se obvykle dostavuje ihned během léčby a přetrvává ještě několik hodin, často se kombinuje s jinými druhy terapie bolesti,
- **psychologická léčba bolesti** – často se používají v kombinaci s jiným druhem terapie bolesti.

- modulace dolního prahu bolesti – dolní práh je u každého odlišný, dá se ovlivňovat systematickým ovlivňováním očekávání bolesti.

(Křivohlavý, 2002)

- odvádění pozornosti – vědomé a nevědomé, například jinými činnostmi jako čtením, posloucháním hudby, sledováním televize....

(Soafer, 1997)

- relaxační techniky – autogenní trénink, dechová cvičení – vedou k uvolnění a zklidnění.
- hypnóza – jedinec ochotný podrobit se hypnóze a spolupracující s hypnotizérem předává část kontroly nad svým chováním hypnotizérovi a přijímá určité zkreslení reality.

(Atkinson, 2003)

- kognitivní psychoterapie bolesti – procesy typu vnímání, představování, uvažování, myšlení i jevy týkající se představ a přesvědčení. Cílem je naučit

pacienta chovat se tak, jak je z hlediska tlumení bolesti nejvhodnější a vycvičit ho v žádoucích postupech nejčastěji výstavbou žádoucího kognitivního modelu, osvojením si nových dovedností, přenosem a ucelením vhodného chování a posilování získaného postupu chování.

(Křivohlavý, 2002)

4.5 Strach z bolesti

Strach z možné bolesti způsobuje, že člověk anticipuje bolest; očekává ji, připravuje se na ni, vyhlíží ji, často aktivně vyhledává její souvislosti, příznaky. Člověk je pak k bolesti senzitivnější, zesiluje případný pocit bolesti a posiluje chování, jehož cílem je vyhnout se bolesti. Vyhýbání je zase ovlivněno jedincovým přesvědčením o souvislostech bolesti a jedincovou pamětí pro předchozí bolestivé zážitky.

Bolest sama nebo strach z možné bolesti vedou jedince k tomu, že se ji snaží předejít. Volí proto vyhýbavé chování, které se snaží : a) momentálně pozdržet, oddálit, b) přesunout na jinou dobu, c) eliminovat nepříjemné, nežádoucí či ohrožující situace. Toto chování může být spontánní nebo promyšlené, často přetrvává i poté, co bylo poškození organismu překonáno. Pokud vyhýbavé chování přetrvává, je důvodem často strach z další bolesti například při pohybu, má strach ze selhání.

Mareš (2002) v časopise *Bolest* uvádí několik modelů strachu z bolesti:

První model uvádí, že primární je strach, který předchází bolesti. Pokud už bolest nastoupí, pak zesiluje, potencuje zážitek bolesti, dramatizuje vnější projevy bolesti, způsobuje, že bolestivé chování je výraznější, intenzivnější. Naproti tomu druhý model tvrdí, že primární je bolest, opakované zážitky postupně navodí strach z každé další situace, kdy může jedinec zažít bolest. Snahou zdravotníků značně utlumit pacientovu bolest se mohou zážitky spojené s lékařskými výkony značně zmírnit, pacient nebude mít důvod se bolesti bát. Třetí model udává vztahy jako obousměrné, někdy bolest předchází strach a někdy strach předchází bolest. Tento model je nejbližší skutečnosti.

4.5.1 Diagnostika strachu z bolesti

Pro diagnostiku strachu z bolesti můžeme použít několika možných způsobů.

- 1) Pozorování – nejstarší a nejběžnější metoda, pozorovat můžeme záměrně nebo bezděčně, standardizovaně nebo nestandardizovaně. Při standardizovaném

pozorování můžeme vidět projevy strachu v obličeji (zblednutí, červené skvrny, vystrašený výraz), dále si můžeme povšimnout zrychleného dýchání, málomluvnosti nebo naopak překotné řeči, třesu, přehnané reakce na některé podněty. Pozorování standardizované vychází z předem promyšlené situace, kdy pozorovaný je vystaven podnětu vyvolávajícímu strach a za kontrolovaných podmínek se sleduje jeho strach.

- 2) Rozhovor – velmi užívaná metoda, kterou obvykle zjišťujeme, zda se pacient bojí bolesti, jak intenzivní je jeho strach a čeho konkrétně se bojí. Pacient nám vůbec nemusí chtít svůj strach přiznat, proto si myslím, že je vhodné doplnit tuto metodu již zmiňovaným pozorováním. Pokud má pacient problém charakterizovat svůj strach, je nutno použít standardizovaných metod.
- 3) Dotazníkové metody – klient odpovídá na předem připravené soubory otázek a tvrzení, má pomocí posuzovací škály vyjádřit míru, s níž odpovídají jeho situaci, jeho vlastním názorům, jeho chování v bolestivé situaci. Tyto metody nejsou příliš odpovídající potřebám diagnostiky, pro klinické účely jsou vhodné pouze jako metody screeningové pro identifikaci pacientů trpících výrazným strachem z bolesti.
- 4) Metody stavějící na obrazovém materiálu – vhodné pro děti, které ještě neumějí číst, vybírají z obrázků, které nejlépe vystihují jejich pocity a chování související se strachem z bolesti. U dospělých osob lze použít fotografie, na kterých jsou zobrazeny různé pohybové aktivity běžného života (chůze, zvedání se, ...) Klient má posoudit, nakolik se bojí ten který pohyb vykonávat, protože mu působí bolest nebo se bojí, že by si tím mohl způsobit úraz nebo obnovit staré zranění. Míra strachu z možné bolesti je pro každou fotografii měřena jedenáctistupňovou grafickou škálou (dílký po deseti bodech od 0 do 10). Po projití celé série fotografií počítač vypočte celkové skóre strachu z možné bolesti a zjistí jednotlivé aktivity, u kterých má klient strach z bolesti. Metody lze použít pro vstupní diagnostiku a pro posouzení efektu léčby.
- 5) Metody psychofyziologické – nejsou specifické a běžně se nepoužívají.

Mareš (2002) vyvodil ze svého empirického výzkumu strachu z bolesti zajímavé závěry:

Bolest je velice často doprovázena strachem, který pacienti zažívají. Ačkoliv existují tisíce výzkumů jednotlivých aspektů bolesti samotné, cílených výzkumů zabývajících se

strachem jsou jen desítky. Přitom jde o problém zajímavý jak teoreticky, tak především prakticky. Naše přehledová studie konstatovala, že:

- Strach z bolesti je reálný a relativně rozšířený jev.*
- Vzniká zřejmě v dětství a podílí se na něm svým malým zájmem o dětskou bolest, včetně necitlivého provádění bolestivých výkonů u dětí sami zdravotníci.*
- Je částečně determinován zvláštnostmi osobnosti pacienta, jeho věkem i pohlavím.*
- Z medicínského hlediska představuje strach z bolesti nejvážnější problém jak u rekurentní, tak i u chronické bolesti.*
- Mechanismus jeho vzniku a průběhu se dá vyjádřit různě složitými modely.*
- V současné době lze strach z bolesti uspokojivě diagnostikovat.*
- Chybí však dostatek výzkumných dat o strachu z bolesti ve vztahu k typům bolesti, typům lidí, typům zdravotnických a jiných situací, typům nemocí.*
- Málo víme o prevenci strachu z bolesti a nevhodnějších intervenčních postupech, když už se strach objevuje.*

(Mareš, 2002)

5. Stárnutí a stáří

Na našem oddělení se setkávám a ve své práci se věnuji starším nemocným, proto považuji za nezbytné zařadit do své práce také kapitolu stárnutí a stáří. Nejprve zmíním definice podle psychologického slovníku.

Stárnutí (ageing, growing old) involuce = proces, který se projevuje změnami v průběhu času, probíhá rozdílným tempem u každého jedince i u jednotlivých funkcí, existuje skupina schopností, které s věkem klesají, jako například znovupoznání, znovuvybavení, jiné schopnosti s věkem klesají jen málo, například početní operace, u některých je pokles dán jen fyziologickým omezením, jako učení se novým senzomotorickým dovednostem. Existují funkce a dovednosti a) bez poklesu či s možností dalšího růstu s věkem – paměť na jednoduché materiály, profesní paměť, paměť pro tóny, slovní zásoba, všeobecná informovanost, b) s určitým poklesem – motorická rychlost, senzomotorická koordinace, tradiční školní učivo, c) s výrazným poklesem – vybavnost nových materiálů, učení se symbolům, všípivost čísel, d) nejvýraznější je vliv fyziologických změn na rychlost učení; to se projevuje především u zrakové a sluchové výkonnosti, v pružnosti při přepojování pozornosti. Rozlišujeme stárnutí primární – primární změny organismu související s věkem, např. zvrásněná kůže, řídnutí kostí, stárnutí sekundární – změny podmíněné věkem, které souvisejí se stárnutím, ačkoli nemusí být nutně jeho nevyhnutelným důsledkem, např. šedý zákal a stárnutí terciální – období rychlého úpadku během umírání.

Stáří (old age) – konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života, dle WHO je doporučena patnáctiletá periodizace stáří: a) rané stáří – 60–74 let, b) vlastní stáří – 75–89 let a c) dlouhověkost – 90 a více let (Hartl, Hartlová, 2000). Křivohlavý (2002) ve své knize uvádí členění vyššího věku podle Bromleye: předdůchodový věk – 56–65 let, věk uvolňování aktivit – 65–70 let, stáří – 70–75 let a věk senility – 75 let a výše.

5.1 Anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí

Některé změny nastupují relativně pozvolna, jiné rychleji, nejvýraznější změnami jsou:

- rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty,
- vitální kapacita,
- srdeční kapacita,
- svalová síla,
- váha mozku,

- bazální metabolismus,
- rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny,
- sexuální aktivita mužů.

Biologické projevy stárnutí:

- Změny v pohybovém aparátu – atrofie svalových vláken, snižování počtu červených svalových vláken, ubývání svalové síly. Některé pohybové stereotypy, jako hra na hudební nástroje, psaní na stroji zůstávají v v relativně dobré funkci až do vysokého stáří.
- Změny v kardiovaskulárním systému – arterioskleróza, hypertenze, častější výskyt mozkových příhod.
- Dýchání – snižuje se frekvence dýchání a objem vdechovaného i vydechovaného vzduchu, snížením funkce dýchacího systému dochází k hypoxii.
- Regulace tělesné teploty – změnami metabolismu dochází k potížím v udržování tělesné teploty, starší lidé jsou zimomřivější a mají problémy s přizpůsobením se náhlým změnám teploty.
- Změny v zažívacím systému – dochází například k nedostatku kyseliny chlorovodíkové, častěji se setkáváme s dyspeptickým syndromem, zácpou.
- Kosterní soustava – častější výskyt osteoporózy, tím pádem i zlomenin.
- Změny celkového vzhledu - vrásky, které se časem stále více prohlubují, změna barvy vlasů

5.2 Psychické změny během stárnutí

- Změny v oblasti vidění – dochází ke ztrátě pružnosti čočky a tím dochází ke změnám ostrosti zraku, změny ve vnímání barev, hlavně modré a červené.
- Změny ve vnímání akustických podnětů – snižování citlivosti k vyšším frekvencím zvuku, objevuje se nedoslýchavost.
- Změny ve vnímání chuťových podnětů – snižuje se vnímání pro chuť slanou a sladkou.
- Změny vnímání vůní a pachů.

(Křivohlavý, 2002)

Tyto uvedené změny jsou u každého jedince individuální, má zde vliv letitá praxe, např. změnami zraku netrpí v tak veliké míře řidiči z povolání, změnami sluchu hudebníci, chuti a vůní u kuchařů.

- Změny řeči – obsahová stránka řeči zůstává relativně nezměněna až do vyššího věku, prodlužuje se ale doba, než jedinec odpoví na otázku.
- Změny paměti – změny jsou velmi znatelné u krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť zůstává často zachována, zhoršuje se paměť viděného slova, na rozdíl od paměti slova slyšeného.
- Změny spánku – velmi často dochází ke spánkové inverzi, převrácením rytmu spánek – bdění, kterou můžeme pozorovat hlavně během hospitalizace, tito lidé často těžko usínají, v noci se často budí, po spánku se cítí unavení.

(Křivohlavý, 2002)

5.3 Změny v kognitivní oblasti

- Změny v intelektové oblasti – inteligence fluidní – schopnost rychle se učit a řešit dané úkoly se během stárnutí značně zhoršuje, naproti tomu inteligence krystalická – schopnost řešit úkoly pomocí podkladových vědomostí a životních zkušeností vrcholí v 60-65 letech;
- Změny paměti – popsány v kapitole psychických změn během stárnutí;
- Učení – učení dá starším lidem mnohem více práce a času, ale jsou schopni se učit i ve vysokém věku. U snadných úkolů nejsou rozdíly mezi mladými a staršími lidmi velké.

Během stárnutí se také mění životní hodnoty a cíle, starší lidé musí přizpůsobovat svůj život změnám zdravotního stavu, ekonomickým změnám, čelí nutnosti vyrovnat se s odchodem životního partnera, neměli by se sociálně izolovat.

(Křivohlavý, 2002)

6. Umírání a smrt

Tak jako narození, patří neodmyslitelně k životu také umírání a smrt. Zatímco narození nového života je patřičně oslavováno, smrt patří k těm smutným událostem, které si dříve či později zažije každý z nás. Jak jsem již zmiňovala, na našem pracovišti jsou hospitalizováni starší, onkologicky nemocní a my tak častěji stojíme před otázkou smrti a umírání, se kterým se těžko vyrovnávají nemocní, jejich rodiny, ale i my zdravotníci. Musíme v sobě vyvinout mnoho síly, abychom dokázali umírajícímu člověku důstojně odejít. Umírání a smrt se objevuje v myšlenkách nemocného mezi prvními po sdělení vážné diagnózy.

Abychom pochopili, čím procházejí nejen nemocní, ale i jejich blízcí, uvádím fáze reakcí podle Elizabeth Kübler – Rossové

1. **Fáze negace:** šok, popírání

Projevy: „Ne, já ne, pro mne to neplatí, to není možné.“ „To je určitě omyl, zaměnili výsledky.“

Jak pomoci: Navázat kontakt, získat důvěru.

2. **Fáze agrese:** hněv, vzpoura

Projevy: „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod.

Jak pomoci: Dovolit odreagování, nepohoršovat se.

3. **Fáze smlouvání:** vyjednávání

Projevy: Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv.

Činí velké sliby.

Jak pomoci: Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.

4. **Fáze deprese:** smutek

Projevy: Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.

Jak pomoci: Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.

5. **Fáze smíření:** souhlas

Projev: Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“.

Jak pomoci: Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor, rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

(Svatošová, 1995)

„Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí. Po nějaký čas může odmítat špatné zprávy a pokračovat ve své práci jako by byl stejně zdravý a silný jako dříve. Může zcela zoufale navštěvovat jednoho doktora za druhým v naději, že jeho diagnóza nebyla správná. Může chtít svoji rodinu uchránit od pravdy (či rodina může chtít uchránit jeho). Dříve nebo později se ale bude muset postavit této kruté skutečnosti čelem.“

(Kübbler–Rossová, 1995)

Na blížící se smrt lidé nereagují stejně, zde jsou možné způsoby reakce:

- Smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného).
- Pasivní rezignace (netečnost a nezájem).
- Únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo.
- Únik do fantazie a úvah o nesmrtnosti.
- Pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla.
- Negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům...

(Bouchal, 1993)

I nemocný v terminálním stadiu své nemoci, kdy je již očekáván blížící se konec jeho života, velmi potřebuje naši péči. V případě onkologického onemocnění ustupuje léčba radikální, která by mohla nemocnému spíše ublížit než pomoci, se klade důraz na léčbu paliativní, která ale neznamená, že nebudou léčeny průvodní příznaky pacientova onemocnění, jako je například zvracení apod. Lékaři mají v dnešní době velmi pokročilých způsobech léčby tendenci radikálně léčit až do poslední chvíle snad i proto, že se od nich očekávají téměř nadlidské výkony v léčbě. Často pak dochází k dysthanazii, neboli zadržené

smrti. Dysthanazie je stav, kdy je smrt již neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována zatěžující léčbou, která mnohdy přináší více bolesti a utrpení než prospěchu.

(Haškovcová, 2000)

„Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti.“

(Haškovcová, 2000)

Ale nezasloužil by si nemocný spíše klidný odchod, když už víme, že je konec jeho života neodvratitelný? Paliativní přístup respektuje všechny potřeby umírajícího, které jsou odlišné od nemocných s příznivou prognózou. Paliativní léčba může být prováděna nejen v nemocnici, ale také v hospicích, které mají k dispozici i stacionáře, kde může být nemocný přes den a na noc si ho rodina vezme domů. Velký boom dnes také představují agentury domácí péče, z nichž některé nabízejí dvacetičtyřhodinovou péči. A pro většinu nemocných je tak jistě nejšetnější, když mohou odejít ve svém známém prostředí za společnosti svých nejbližších. Pokud žádná z těchto alternativ není možná a nemocný umírá v nemocnici, je velmi zapotřebí naše péče, neznamena, že pokud nemocný umírá, nemá žádné potřeby, spíš naopak. Kromě uspokojování základních potřeb, péče o hygienu, vyprazdňování apod. potřebuje vědět, že na svůj konec není sám, potřebuje naši přítomnost, naši komunikaci a pokud ho nenavštěvuje jeho rodina to platí dvojnásob. Komunikace s umírajícím neznamena, že se s ním budeme snažit hovořit o všem možném. Měli bychom hlavně naslouchat, aby si mohl uspořádat své myšlenky, aby věděl, že jsme s ním. Za důležitý považují také haptický kontakt, vzít ho za ruku, pohlídat po tváři, utřít stékající slzu, někdy udělá mnohem více než tisíce slov. Když už se nemocný dostane do stadia agonie, stavu těsně před smrtí, během něhož dochází k selhávání životních funkcí, ztrátě vědomí, vymizení smyslových funkcí a poklesem dalších funkcí, jako je dýchání a tepová frekvence (Hartl, Hartlová, 2000), stejně tak naši přítomnost potřebuje. Realita je ale taková, že v nemocnici stále ještě nemocný velmi často „odchází sám“. Velmi vytížený personál na plně obsazeném oddělení nemá tolik času, aby ho mohl trávit jenom s umírajícím pacientem, který by ho ale tolik potřeboval. Nezbyvá mi, než se zasnít, že jednou bude dostatek ošetřovatelského personálu a umírajícím se dostane veškeré péče, kterou potřebuje. Na druhou stranu bych ale také ráda zmínila, že v naší nemocnici funguje duchovní služba a pokud si to nemocný přeje, je tato služba kontaktována a nemocného navštíví a napomůže k uspokojení spirituálních potřeb umírajícího.

WHO konstatuje, že paliativní péče:

- Podporuje život a považuje umírání za normální proces.
- Ani neurychluje, ani neoddaluje smrt.
- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů.
- Začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty.
- Vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít aktivní život až do smrti.
- Vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

(Haškovcová, 2000)

„V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje-li se její projev. Slzy, jež polykáme, jsou mnohem trpčí těch, které proléváme.“

Marcus Tullius Cicero

7. Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom, neboli rakovina tračníku a konečníku je nejčastějším nádorem trávicího traktu a druhým nejčastějším nádorem vůbec. Výskyt je 62,6/100 000 obyvatel, častěji se vyskytuje u mužů, má stoupající tendenci. Úmrtnost je 49/100 000 obyvatel.

(Jandík, 2002)

Česká republika má smutné prvenství ve výskytu kolorektálního karcinomu na světě. Na vzniku se podílejí genetické vlivy, vlivy zevního prostředí a prekancerózy. Z genetických vlivů je to především výskyt kolorektálního karcinomu u rodičů, sourozenců nebo dětí. Ze zevních vlivů se podílí na vzniku především špatná životospráva, vyšší konzumace živočišných tuků a bílkovin, snížený obsah vlákniny, ale také nedostatek pohybové aktivity. Jako prekancerózy označujeme především adenomy, které jsou ve střevě patrné jako polypy. V nich dochází postupem času ke změnám, které mohou vést až ke vzniku karcinomu. Dalšími prekancerózami pak mohou být Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

7.1 Příznaky kolorektálního karcinomu

Onemocnění může být po dlouhou dobu bezpříznakové nebo mohou být příznaky nevýrazné, proto často dochází k pozdní diagnostice nádoru. Dále to mohou být nespecifické příznaky, jako nechutenství, slabost, úbytek hmotnosti. Příznaky závisí na velikosti a lokalizaci nádoru. Při výskytu nádoru v pravé polovině tračníku je typický dlouhý asymptomatický průběh, prvním příznakem může být vzniklá anémie. Až pozdním příznakem je obstrukce, stolice je v těchto místech tekutá a průsvit střeva je dostatečný. V levé polovině dominují poruchy pasáže, střídají se průjem a zácpa, stolice může být stužkovitá, dochází ke kolikovitým bolestem břicha, plynatosti a enteroragii. Při výskytu nádoru v rektu je typický bolestivý tlak v pánvi, enteroragie. Krvácet nádor může bez závislosti na velikosti, krvácení může být patrné okem nebo skryté (okultní).

Při pokročilém onemocnění se projevují příznaky pokročilého onemocnění, včetně metastáz: hepatomegalie, ascités, ikterus, vnitřní píštěle (rektovaginální, rektovezikální). Může zde být přítomna triáda – anémie, fyzická slabost, hmatný tumor břicha.

(Jandík, 2002)

7.2 Diagnostika

Nejpřesnější diagnostickou metodou je endoskopické vyšetření tlustého střeva – kolonoskopie, které se provádí pomocí kolonoskopu, dlouhého ohebného přístroje umožňujícího vyšetření celého tlustého střeva a konečníku. Během vyšetření lze odebrat vzorky sliznice pro histologické vyšetření, čímž kolonoskopie umožňuje přesné stanovení diagnózy. Důležitá je příprava pacienta, jednak psychická, kdy mu vysvětlíme postup vyšetření, uklidníme ho, že to nebude bolet, protože se mu podá premedikace, a pak vlastní příprava tlustého střeva. Na našem oddělení připravujeme střevo pomocí roztoků fosfátových solí, které nemocný vypije naředěné teplou vodou nebo čajem, u nemocných, kteří z fosfátové sole užít nemohou, připravujeme střevo očistnými klyzmaty. Dalšími diagnostickými metodami jsou: anamnéza - zjišťujeme hlavně rodinný výskyt, fyzikální vyšetření včetně vyšetření per rectum, kontrastní rtg vyšetření, vyšetření ultrazvukové a CT, rtg plic pro případné zjištění metastáz, urologické a gynekologické vyšetření pro zjištění případného prorůstání nádoru a dále vyšetření laboratorní – nádorové markery CEA, Ca 19-9.

(Jandík, 2002)

7.3 Léčba

Léčba závisí na lokalizaci a velikosti nádoru, přítomnosti metastáz, věku a celkovém stavu.

Většinou se kombinuje několik léčebných metod.

7.3.1 Chirurgická léčba

U ohraničených nádorů je nejúčinnější léčebnou metodou s nejpříznivější prognózou onemocnění radikální odstranění. U pokročilejších a generalizovaných nádorů většinou není radikální operace možná, provádí se paliativní chirurgický výkon. Radikální operace spočívá v odstranění celého nádoru spolu s částí okolní zdravé tkáně a místními uzlinami. Nejčastějšími výkony jsou pravostranná a levostranná hemikolektomie, resekce transverza a sigmoidea. Paliativním výkonem rozumíme paliativní resekci či exstirpaci nádoru, odstranění primárního ložiska při ponechání místních nebo vzdálených metastáz, které odstranit nelze nebo lze odstranit jen část primárního nádoru, když například prorůstá do širokého okolí. Zákrokem se tak zmenší obtíže nemocného, které vyplývají z místního

růstu nádoru. Je nutno zvážit, zda je rozsah výkonu únosný pro nemocného z hlediska celkového stavu a stupně generalizace nádoru. Při paliativních výkonech lze také použít speciální chirurgické techniky, jako kryochirurgie nebo laserové paprsky, které destruuji postiženou tkáň.

(Duda, 2000)

Pokud je nádor lokalizován v dolní třetině rekta nebo se jedná o neodkladný výkon u vysoce rizikových pacientů, pokud není jiná možnost provedení resekcčního výkonu nebo se jedná výkon paliativní, zakládá se kolostomie, umělý vývod tlustého střeva, kterému se budu věnovat později.

7.3.2 Konzervativní léčba

Konzervativní léčbou je možno docílit značného paliativního léčebného efektu, který se projeví dočasným zastavením nebo zpomalením růstu nádoru a někdy i jeho zmenšením či vymizením.

(Duda, 2000)

Zvláště u nádorů konečníku je nemocný často léčen **radioterapií** – ozařováním, nejprve ještě před operací, operuje se cca 5 týdnů po poslední dávce radioterapie a po operaci, kdy je cílem ovlivnit zbytkovou nádorovou chorobu v pánvi, snižuje riziko lokálních recidiv. Dále se provádí radioterapie paliativní, u inoperabilních nádorů.

(Jandík, 2002)

Další možností konzervativní léčby je **chemoterapie pomocí** cytostatik, které svým účinkem brání buňce v dalším dělení. Cytostatika ale nelikvidují jen buňky nádorové, ale i buňky zdravé a mají tak nežádoucí účinky na celý organismus. Mohou svým účinkem zlikvidovat i tzv. zbytkovou nemoc, nerozpoznané zbylé části nádoru a mikrometastázy. Používají se kombinace dvou až tří cytostatik o různém mechanismu účinku v několika sériích. Rozdělení chemoterapie:

1. neoadjuvantní – nejprve se podávají cytostatika a navazuje nejčastěji chirurgická léčba,
2. kurativní – chemoterapie s perspektivou trvalého vyléčení,

3. paliativní – u pokročilých a metastazujících nádorů, ke zlepšení stavu a prodloužení života,
4. adjuvantní – po radikální operaci či radioterapii, kde není nádor prokazatelný, ale předpokládá se možnost diseminace (likvidace zbytkové nemoci).

(Duda, 2000)

Podpůrná a symptomatická léčba má zmírnit potíže nemocného způsobené progresí nádoru a jeho komplikacemi, např. léčba radiodermatitidy následující po radioterapii, léčba poruch krvetvorby, nauzey, zvracení následujících po cytostatické léčbě a velmi důležitá léčba bolesti. *„Humánní povinností lékaře je pečovat o nemocné do posledního okamžiku života a snažit se alespoň symptomatiku ulevit jeho obtížím“.*

(Duda, 2000)

7.4 Prevence kolorektálního karcinomu

Prevenci kolorektálního karcinomu lze rozdělit na primární, sekundární a terciální.

- Primární prevence – dodržování správné životosprávy – omezit v potravě živočišné tuky, červená masa, smažená jídla, preferovat ryby a drůbež, dbát na dostatek vlákniny, která je obsažena hlavně v ovoci, zelenině a celozrnných výrobcích. Doporučuje se vyhýbat se stresu, což v dnešní době tak jednoduché. Důležitý je také dostatek tělesného pohybu a pobyt na čerstvém vzduchu.
- Sekundární prevence – včasné zjišťování nádorových onemocnění zlepšuje léčebné možnosti a prognózu. K tomuto účelu slouží screeningový program – test na okultní krvácení (Haemoccult test) Při pozitivním výsledku ještě neznamená, že klient má nádorové onemocnění, zdrojem krvácení mohou být např. hemoroidy, je indikováno další vyšetření, nejčastěji kolonoskopie. Test na okultní krvácení je hrazen pojišťovnou lidem od padesáti let věku vždy jednou za dva roky. Provádí se u praktického lékaře ze tří po sobě následujících stolic. Rizikové osoby (děti, rodiče, sourozenci) mají začít s prováděním testu od 40 let vždy jednou ročně. Jednou ročně by pak měly test provádět ženy, které prodělaly karcinom prsu, vaječníků či dělohy.
- Terciální prevence se soustřeďuje na včasné zachycení recidiv a generalizaci nádorů po provedené léčbě v období, kdy je ještě možno terapeuticky zasáhnout.

(Duda, 2000)

Dispenzarizace spočívá ve sledování nádorových markerů, kolonoskopii, ultrazvukovém vyšetření břicha, CT břicha a pánve a rtg plic v pravidelných intervalech.

(Jandík, 2002)

7.5 Nemocný s kolostomií

Z ošetrovatelského hlediska bych se ráda pozastavila u problematiky péče o nemocné s kolostomií. Kolostomie je umělé vyústění tlustého střeva na stěnu břišní z důvodů, které byly uvedeny v kapitole chirurgická léčba. Založením kolostomie je nemocný postaven před několik problémů. Bude nucen se s nově vzniklou situací psychicky vyrovnat, má strach, co tomu řekne rodina, jak se k němu bude chovat okolí, když se dozví, že má kolostomii, obává se, zda se naučí o nově založenou kolostomii pečovat. Psychická příprava nemocného začíná před provedením operačního zákroku. Nemocného navštíví operátor, vysvětlí mu, jaký výkon je plánován, zodpoví případné klientovy otázky a podepíše spolu informovaný souhlas s operací. Po operaci, až se pacient vrátí na oddělení, začínáme s edukací nemocného, která nám pomáhá zmírnit strach nemocného z péče o stomii a zvýšit jeho soběstačnost. Pro objasnění postupu při edukaci bych zde ráda uvedla edukační plán u klienta s nově založenou kolostomií.

7.5.1 Edukační plán u klienta s nově založenou kolostomií

Edukační plán se skládá z pěti bodů:

1. anamnéza – klientovi položíme několik ukázek, abychom zjistili, co vlastně o pojmu kolostomie a péči o ní ví,
2. stanovení edukační diagnózy,
3. cíle edukace – stanovíme si cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní,
4. organizace edukačního plánu – stanovíme si časovou dotaci, navrhne postup edukace v jednotlivých lekcích, určíme kdo bude edukován, určíme si pomůcky, metody edukace a místo konání,
5. praktická část – praktická realizace edukačního plánu.

Edukační plány jsou u jednotlivých nemocných individuální, edukace je v našem případě založena na komunikaci, demonstraci a vlastním nácviku nemocného. Pro ukázkou uvádím

edukační plán stanovený obecně. Edukační plán byl stanoven autorkou této práce na základě poznatků získaných ve 3. ročníku z předmětu Didaktika ošetrovatelství.

Edukační plán u klienta s nově založenou kolostomií

1. anamnéza

- Víte, co je to kolostomie?
- Víte, jak správně o kolostomii pečovat?
- Znáte pomůcky potřebné k ošetřování kolostomie?
- Víte, na koho se můžete v případě problémů obrátit?

2. stanovení edukační diagnózy

- Neznalost pojmu kolostomie.
- Neznalost péče o ošetřování kolostomie.
- Neznalost dietního opatření.

3. cíle edukace

a) kognitivní:

- klient dokáže objasnit pojem kolostomie,
- klient dokáže vysvětlit nutnost správného postupu při ošetřování kolostomie.

b) psychomotorický:

- klient ví, na koho se obrátit při nejasnostech, potřebě pomoci,
- klient dokáže předvést používání pomůcek,
- klient předvede správný postup při ošetřování kolostomie.

c) afektivní:

- klient vyvíjí snahu při ošetřování kolostomie,
- klient respektuje vzhled svého těla,
- klient si uvědomuje nutnost správných technik péče,
- klient je v psychické pohodě.

4. organizace edukačního plánu

časová dotace - 6 hodin, lekce po 45 minutách

obsah :

- 1) hodina - seznámení s pojmem kolostomie, ukázky pomůcek,

- 2) hodina - zopakování z 1. hodiny, seznámení se stomickým koutkem, video - ošetřování kolostomie,
- 3) hodina - nácvik techniky výměny kolostomického sáčku, kosmetické pomůcky pro stomiky, péče o konečník,
- 4) hodina - nácvik techniky výměny kolostomické podložky + sáčku, komplikace kolostomie,
- 5) hodina - vyzkoušení jiného typu systému dle výběru klienta, poučení o dietním opatření, dilatace stomie, poučení, co má klient hrazeno pojišťovnou,
- 6) hodina - hodnocení edukačního procesu, diskuze, nabídnutí možnosti navštěvovat stomickou poradnu i po propuštění z nemocnice.

Kdo bude edukován:

klient a jeho rodinní příslušníci.

Pomůcky:

pomůcky pro ošetřování kolostomie + kosmetické pomůcky, různé druhy stomických sáčků, podložek, emitní misky, nesterilní rukavice, buničitá vata, čistící pěna, odstraňovače náplastí, dětské vlhčené ubrousky, vyrovnávací pasty, adhezivní pasty, informační brožury a letáky vydávané jednotlivými firmami, videokazety s názornými ukázkami.

Metody edukace:

- přednášky,
- demonstrace,
- diskuze,
- audiovizuální technika.

Místo konání:

První hodina na pokoji klienta, ostatní hodiny ve stomické poradně na všeobecném septickém oddělení chirurgické kliniky FN HK.

5. praktická část

1) hodina - seznámení s pojmem kolostomie, ukázky pomůcek

Kolostomie je vyvedení tlustého střeva na stěnu břišní, kolostomie může být jednohlavňová nebo dvouhlavňová, dočasná, kdy lze za určitý čas tlusté střevo opět zanořit, nebo trvalá, většinou spojená s amputací rekta a suturou konečníku, kdy tlusté střevo již zanořit nelze.

Život s kolostomií nemusí znamenat sociální izolaci, klienti s kolostomií se mohou po rekonvalescenci věnovat plnohodnotnému životu, mohou i lehce sportovat, díky moderním pomůckám si může jít klient i "zaplavat". Edukaci klienta začínáme již první dny po operaci, kdy mu ještě k lůžku podáváme košík s informačními letáky, které si prostuduje a do další lekce si připraví dotazy a ukázkami pomůcek, které si může vyzkoušet. U nás nabízíme pomůcky 4 firem (Convatec, Coloplast, Dansac, Braun) Klient si může všechny pomůcky "ohmatat" a vybere si, které by chtěl vyzkoušet. Seznámíme s typy systémů - dvojdílné, které se skládají z podložky a sáčku, jednodílné, zastávající funkci podložky i sáčku v jednom, uzavřené sáčky, které se musí po každém naplnění vyměnit a sáčky výpustné, vhodné při tekutější stolici.

2) hodina - zopakování z 1. hodiny, seznámení se stomickým koutkem, video - ošetřování kolostomie

Klienta zavedeme do stomické poradny určené pro edukaci stomiků a koutku sloužícího pro výměnu pomůcek klientů s kolostomií, ukážeme mu skříň s pomůckami, vysvětlíme, co vše má k dispozici. V poradně uložíme klienta na lůžko, rodinným příslušníkům nabídneme židle a pustíme jim videokazety s typy systémů, které si tak klient zopakuje a názornou ukázkou ošetřování kolostomie. Po videu dáme klientovi prostor pro případné dotazy, které zodpovíme.

3) hodina - nácvik techniky výměny kolostomického sáčku, kosmetické pomůcky pro stomiky, péče o konečník

Klienta opět zavedeme do stomické poradny, kdy začneme nácvik výměny sáčku. Připravíme si k ruce potřebné pomůcky - emitní miskou, rukavice, čisticí pěnu či dětské vlhčené ubrousky, nový sáček.

Starý sáček podložíme buničitou vatou, abychom zamezili případnému znečištění osobního i ložního prádla, starý sáček opatrně sejmem, ubrousky či pěnou důkladně očistíme podložku a nalepíme či nacvakneme (dle typu systému) sáček nový. Nejprve mu celý postup ukážeme, příště si již klient zkouší sáček vyměnit sám. Předvedeme kosmetické pomůcky - čisticí pěny, ubrousky, odstraňovače náplastí, adhezivní (přilnavé) a vyrovnávací pasty, pudry, deodorační spreje. Poučíme, jak pečovat o konečník. Je normální, že po operaci může z konečníku sekret, hleny či zbytková stolice. Je velmi důležité pečlivě pečovat o hygienu konečníku, sprchování či sedací koupele, při sekreci se požívají sterilní čtverce fixovány jednorázovými síťkovými kalhotkami. Nutno upozornit, že kdyby se klientovi cokoli nezdálo, konečník krvácel apod., aby na tuto skutečnost upozornil sestru.

4) hodina - nácvik techniky výměny kolostomické podložky + sáčku, komplikace kolostomie

Opět klienta zavedeme do koutku, připravíme tytéž pomůcky jako na výměnu sáčku, navíc si připravíme podložku dle velikosti kolostomie a šablonu. Šablonu vytvoříme nakreslením podle klientovy kolostomie, tuto šablonu si uloží do taštičky, kterou od nás získá a podle této šablony si vystřihne otvor v podložce. Vysvětlíme důležitost správné velikosti otvoru v podložce, měl by nasedat v těsnosti stomie, jinak by nechráněnou kůži mohla stolice dráždit. V případě, že si klient vystřihne otvor větší, použijeme ochrannou adhezivní pastu, která pomáhá kůži chránit. Klient sejme sáček a pomocí odstraňovačů náplastí, abychom zamezili podráždění kůže odstraní podložku. Pečlivě očistí stomii a její okolí a nalepí podložku, ve které je již připravený zmiňovaný otvor, nalepí sáček. Klientovi vysvětlíme, jaké komplikace kolostomií mohou nastat a poučíme ho, že při shledání jakékoli komplikace by měl navštívit naši poradnu nebo vyhledat lékaře. Mezi komplikace můžeme zařadit prolaps stomie, vpadnutí stomie, zúžení stomie, abscesy či mokvání okolí stomie, parastomální kýly.

5) hodina - vyzkoušení jiného typu systému dle výběru klienta, poučení o dietním opatření, dilatace stomie, poučení, co má klient hrazeno pojišťovnou

Zjistíme, jak klientovi vyhovuje jím vybraný systém pomůcek, navrhneme vyzkoušení jiného. Pokud klient chce vyzkoušet jiný systém, opět mu vysvětlíme celý postup s tím, že u všech systémů je základní postup prakticky stejný. Poučíme klienta o dietním opatření, měl by se pouze vyvarovat dráždivým a nadýmavým jídlům, jinak není důvod žádného speciálního opatření. Poučíme o nutnosti dilatovat stomii tak, že klient si vezme rukavici, namaže vazelínou a vsune opatrně prst do stomie, zamezí se tím zúžení stomie.

6) hodina - zhodnocení edukačního procesu, diskuze, nabídnutí možnosti navštěvovat stomickou poradnu i po propuštění z nemocnice.

Klient se zeptá na věci, kterým během edukace nerozuměl, tentýž prostor dostane i rodina nemocného. Ujistím se, že klient zvládl ošetřování stomie tím, že mi to bez pomoci a nápovědy předvede. Klientovi nabídnu možnost navštívit naši stomickou poradnu.

8. Prevence a zmírňování strachu

8.1 Prevence a zmírňování strachu u nemocných

Otázka prevence a zmírňování strachu u nemocných jdou ruku v ruce. Techniky zmírňování strachu jsou většinou použitelné i v jeho prevenci. Jako zdravotní sestry máme velkou výhodu, že trávíme s našimi nemocnými nejvíce času a můžeme tak poznat nemocného z holistického neboli celostního pohledu a můžeme pohlížet na jeho bio – psycho – socio – spirituální potřeby. Zpravidla také máme největší šanci si s pacientem vytvořit bližší vztah a nemocný se nám tak svěřuje se svými starostmi a obavami a my je můžeme řešit. Péče o klientovu psychiku je velmi důležitá. A má to výhody i pro nás. S klidným, informovaným pacientem se nám mnohem lépe spolupracuje. I když to někdy není jednoduché, měla by sestra zachovat klid za všech okolností. Alespoň před pacienty by neměla dát najevo své rozrušení náhle vzniklou situací. Sestra by měla být rozvázná a trpělivá, ale na druhou stranu musí umět rychle reagovat. Musí umět laskavě navázat osobní kontakt s pacientem a věnovat dostatek pozornosti jeho těžkostem, stížnostem, potřebám a prosbám (Spurná, 2001) nejen sděleným verbálně, ale i neverbálně a měla by umět nemocnému trpělivě naslouchat. Každý nemocný projevuje svůj strach velmi individuálně a je zapotřebí věnovat pozornost všem jeho projevům. Když třeba uvidíme pacienta schouleného kdesi v rohu místnosti, víme, že něco není v pořádku a věnujeme mu zvýšenou pozornost. Stejně bychom měli zareagovat i pokud bude mít pacient agresivní projevy. Nemůže být jejich příčinou také strach? Musíme nemocného umět povzbudit, vysvětlit mu, co ho čeká a pomoci při vytváření správného vztahu k léčbě, která je pro něj často nepříjemná. Základem toho všeho je správně zvolená komunikace. To, co pro nás může být nesnadné vyjádřit slovy, můžeme vyjádřit neverbálně. Pohlazení nebo úsměv nemocnému někdy pomůže více než dlouhé monology. Důležitou úlohu na zmírňování a prevenci strachu má také informovanost. Dobře informovaný nemocný jistě bude mít strach také, ale nebude tak velký jako u nemocného, který netuší, co ho čeká. U klientů s nově založenou kolostomií se nám také osvědčil kontakt s klienty, kteří již mají kolostomii delší dobu a dobře se s tím vyrovnali, mohou si o tom popovídat a získat tak od těch „zkušenějších“ cenné informace a rady. Dále je důležitý kontakt s rodinou, která nemocnému v jeho strachu může také velmi pomoci. Pokud si nemocný přeje, je možno také kontaktovat duchovní službu.

8.2 Co dělat s vlastním strachem

Strach ale neprožívají jenom nemocní, ale i my, sestry. Bojíme se o pacienty, bojíme se o naše blízké. Při banálních příznacích onemocnění našich vlastních nebo onemocnění našich blízkých vyvozujeme v myšlenkách hned ty nejtěžší diagnózy a se strachem očekáváme, co lékař diagnostikuje. Je na nás vyžadováno klidné chování, i když jsme rozrušené. Jsme v kontaktu s těžce nemocnými, někdy umírajícími, ale svůj strach nesmíme dát najevo, jsme přece profesionálky. Víme, jak zmírňovat strach u nemocných, ale co strach náš? Každá z nás by se měla naučit svůj strach zmírňovat a rozptylovat. Některé se to podaří popovídáním s kamarádkou nebo někým svým blízkým. Každý by měl mít nějaké své koníčky, u kterých myslí na něco jiného než na strach, ať už vyrazí na kolo, do posilovny nebo svůj čas tráví na zahrádce, v kině nebo u dobré knížky. A pokud cítíme, že ať děláme, co děláme, nic nám v našem strachu nepomáhá, není nic špatného na tom, že vyhledáme profesionální pomoc psychologa.

9. EMPIRICKÁ ČÁST

9.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumné části je analyzovat strach v souvislosti s operačním zákrokem u diagnózy kolorektálního karcinomu.

U vzorku hospitalizovaných pacientů je cílem:

1. zjistit, jak nemocní v souvislosti s operačním výkonem vnímají svůj strach,
2. konkretizovat, čeho se obávají a zda svému strachu rozumí,
3. zjistit, jak se jejich strach projevuje,
4. zjistit, jak svůj strach zmírňují sami, s pomocí druhých a co jim nejvíce pomáhá,
5. zjistit, zda jim mohou ve zmírňování strachu pomoci také zdravotníci.

9.2 Vzorek pacientů

Výzkum se uskutečnil u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na všeobecném septickém oddělení chirurgické kliniky v období března a dubna 2006. Jednalo se o nemocné s kolorektálním karcinomem. Vzorek tvoří muži i ženy, 10 mužů, z toho 6 po operaci a 4 před operací a 12 žen, 5 po operaci a 7 před operací, dohromady 22 osob. Věk nemocných byl mezi 50ti a 87mi lety, věkový průměr činil 67,7 let, u mužů 69,7 let a u žen 63,7 let.

TAB. 1: Zkoumaný vzorek nemocných

	před operací	po operaci
muži	18,2 %	27,3 %
ženy	31,8 %	22,7 %

9.3 Metody výzkumu

Při výběru metody výzkumu jsme se rozhodli pro výzkum kvalitativní formou standardizovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal ze šesti skupin otázek, na které nemocní odpovídali. Do záznamů odpovědí jsme dále použili informace z dokumentace nemocných,

konkrétně položky věk, diagnóza a dále jsme pro vyhodnocení zaznamenávali pohlaví nemocných.

Rozhovor se skládal z následujících otázek:

1. Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?
2. Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?
3. Popište mi projevy Vašeho strachu.
4. Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?
5. Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?
6. Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Všichni dotazovaní nemocní byli seznámeni s účelem rozhovoru a všichni s rozhovorem souhlasili. Rozhovor byl prováděn osobně autorkou práce.

10. Výsledky výzkumu

10.1 Výsledky výzkumu a jejich rozbor

(přepis autentických rozhovorů a jejich analýza)

1. rozhovor: muž po operaci, 74 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Cítím se celkem zdravý, mám strach z nemoci, našli mi krev ve stolici. Mám strach, abych něco nezanedbal a nebylo už moc pozdě. Řekl bych, že je to malý strach.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se o své děti a vnoučata. Týká se to toho, aby se „to“ dalo dál odstranit, aby nepřišlo zase něco dalšího, abych opět nedostal mozkovou příhodu, snažím se získávat informace. Rozumím tomu tím způsobem, že musím být zodpovědný, ale nehroučím se z toho. Nejsem pobožný, ale jsem smířený, že jednou musím umřít.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Projevuje se to tak, že o tom přemýšlím, kdyby se něco stalo, co se dá udělat, aby se děti nehádaly o majetek.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Daří se mi to tak, že ten problém se snažím vyřešit, mluvím o tom, přemýšlím. Můžou mi pomoci tím, že mě v tom strachu nebudou podporovat, pomůžou mě, vysvětlí mi to. Nejvíc mi pomáhá dobré slovo, útěcha.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Kdyby na měl pan doktor čas, laickým způsobem mi to vysvětlil, přečetl mi ty zprávy od lékařů, tak bych měl po strachu, třeba by pak můj strach byl zbytečný.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Já si myslím, že už jsem toho řekl dost.

Komentář: Tento pacient je velmi zodpovědný vůči sobě i okolí, o své nemoci je informován a sám si hledá informace. Má strach z dalšího vývoje jeho onemocnění. Když jsme se dostali k otázce projevů jeho strachu, měl více starostí o rodinu než o svůj strach. Během rozhovoru působil velmi klidným, vyrovnaným dojmem a svůj strach navenek nijak neprojevoval. V jeho strachu mu nejvíce pomáhá dobré slovo a útěcha, přál by si, aby ho v souvislosti s operačním zákrokem lékař informoval laickým způsobem.

2. rozhovor: žena před operací, 60 let, diagnóza: karcinom rekta ke kolostomii

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Bojím se, mám obrovský strach. Už je to čtyři roky, co s tím marodím a teď to najednou začalo bláznit.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se, abych to vůbec vydržela, abych se s tím srovnala, to není žádný med. Nevím, zda mu rozumím.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Říkám si, kdybych to nepřežila.... Věřím nebo spíš musím věřit, že to dobře dopadne, ale nevím, jak se s tím vyrovnám, mám děti a zahradu....

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Jsem věřící a modlím se. Nejvíc mi pomáhá rodina tím, že si s nimi popovídám, taky mi pomáhá spánek, ten mě posílí, užívám Hypnogen, ale už mi moc nepomáhá.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Pomůžou mi rozhovorem, paní doktorka mi nechtěla přímo říct, že to bude vývod, ale pak mi to řekla. Pomohl by mi také rozhovor s Vaší řádovou sestřičkou.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Už jsem prodělala několik operací, už bych to chtěla mít za sebou.

Komentář: Nemocná před operačním zákrokem pociťuje velmi silný strach, během rozhovoru byla neklidná, očima stále „těkala“ po místnosti. Se svým onemocněním se léčí již 4 roky, bojí se smrti, ale snaží se věřit, že to dopadne dobře, v čemž jí pomáhají modlitby. Neví, zda svému strachu rozumí. Trápí ji poruchy spánku. Také by si přála přímější sdělování informací o plánovaném operačním zákroku od své plánované operátorky, vyslovila přání rozhovoru s řádovou sestrou.

3. rozhovor: muž po operaci, 54 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Cítím se dobře, strach z ničeho nemám

Komentář: Nemocný tvrdí, že strach nepociťuje, vystupuje klidným chováním, v rozhovoru jsme proto dále nepokračovali.

4. rozhovor: žena po operaci, 59 let, diagnóza: resekce rekta pro karcinom

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Cítím se dobře, ale mám strach. Když na to nemyslím, je mi dobře, když si na to vzpomenu, strach mám velký. Už jsem toho hodně prožila. Od osmnácti let se léčím se střevama, pak mi brali štítnou žlázu, 2002 mi brali dělohu. Od té doby mě trápí klesání močového měchýře, takže mi musí udělat plastiku. V lednu jsem měla horečky a bolesti břicha, šla jsem k lékaři, udělal mi ultrazvuk, a že tam něco je, že musím do Hradce. Dělali mi samé vyšetření a pak jsem šla na onkologii, že se musí nejdřív ozářit, pak operovat, ale pan docent rozhodl, že nejdřív se to musí operovat. Tak na to ozařování asi půjdu potom.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se, abych byla zdravá, už jsem doma připravila i peníze na pohřeb. Mám strach, jak ta histologie dopadne. Nevím, zda mu rozumím.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Pořád brečím, nejvíc v noci. Probudím se, nemůžu usnout, koukám nahoru a brečím.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Já bych se nejrada opila. Rodina. Moc se o mě stará, vyslechnou mě a povídají si se mnou. Každý den někdo přijede, říkala jsem jim, ať nechodí, ale vždycky někdo přijede.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Nejvíc mi pomůže, když mi řeknou, že to dobře dopadlo, ale asi to tak nedopadne. Pomáháte mi svou pomocí, vlídným slovem.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Už nevím, co vám mám říct.

Komentář: Tato nemocná pociťuje velký strach, působí tak i zvnějšku. Během rozhovoru se třásla, chvílemi plakala, rozhovor byl proto přerušen kratší pauzou. Léčí se s onkologickými onemocněními již od mládí, má strach, jestli se uzdraví, bojí se výsledků histologického vyšetření, má i připravené peníze na pohřeb. Zda svému strachu rozumí, neví. Strach se u ní projevuje převážně pláčem, trpí poruchami spánku. V otázce, jak zmírní svůj strach vyslovila přání se opít, váží si své rodiny, která je jí oporou. Přeje si, aby jí po operaci zdravotníci sdělili, že vše dobře dopadlo, ale nevěří tomu. Od zdravotníků jí pomůže hlavně vlídné slovo.

5. rozhovor: muž před operací, 54 let, diagnóza: recidivující karcinom sigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Vím už, o co jde, mám strach, ale už jsem si na to zvykl. Když to před těmi dvěma lety začalo, bylo to horší. Vím, že mám rakovinu tlustého střeva a už jsem se s tím za tu dobu sžil. Menší.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Hlavně o rodinu, manželka je také v invalidním důchodu, tak by to asi doma nezvládla. A potom, doma mám spoustu starostí, barák, zvířata a kolem toho všeho. Nevím, zda mu rozumím, ale asi to řeknu tak, že to bez strachu nejde, tak mě to naučil čas života. Nezbyvá mi nic jiného, než se svěřit odborníkům a těm musím věřit.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Potím se, mám takové svázání vevnitř, taková úzkost nebo nevím, jak bych to řekl. Nesmí se nad tím moc přemýšlet.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Tím, že chodím po chodbě, jsem zvyklý být pořád v pohybu. Potěší, když přijde kamarád a zeptá se, co a jak, taky rodina, potěší mě i maličkosti.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Už když jsem sem přišel, tak příjemné chování personálu ve mně vyvolává pocit, že jsem ve správný čas na správném místě, to mě uklidňuje a přestávám myslet na strach.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Nevím, co bych vám k tomu dál řekl.

Komentář: Nemocný je o svém onemocnění informovaný, působí vyrovnaně, svůj strach označuje jako menší a říká, že beze strachu to nejde. Spíš než o sebe se ale obává o svou nemocnou manželku a domácnost. Neví, zda svému strachu rozumí a věří lékařům, že mu pomohou. Svůj strach nedokáže přesně popsat, cítí ho uvnitř sebe a nechce nad ním přemýšlet, uklidní ho pohyb, protože je zvyklý být stále v pohybu. Chválí si přístup ošetřujícího personálu, který mu pomáhá ve zmírňování jeho strachu.

6. rozhovor: žena před operací, 77let, diagnóza: karcinom rektosigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Teď zrovna je to takové nárazové, střídavě oblačno, před rokem jsem měla operaci žaludku, bála jsem se, ale teď je ten strach větší, teď už by se mi chtělo víc žít, než předtím. I když vím, že „to“ je „to“, co je.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se narkózy a až se proberu, měla jsem halucinace, ty mám pořád v paměti, pořád na mě něco padalo a ujížděla mi postel, měla jsem strašně těžké ruce. Taky se bojím bolesti potom a bojím se jít potom na onkologii. Nevím, jestli mu rozumím.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

V myšlenkách se mi to pořád vrací, ten strach, víte? Pořád na to myslím, že toho na mě při té operaci žaludku bylo dost.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Já jsem člověk se šibeničním humorem, já až budu mít smrt na jazyku, tak budu pořád mluvit. Pomůže mi rodina, dcera a vnučka jsou taky zdravotnice, vnučka říká: „Babi, jen se neboj, v pátek přijdeš domů a my se o Tebe postaráme.“ Právě ta rodina.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Svým jednáním, určitě. Když někdo s pacientem nemluví, tak to nejde. Když je sestřička milá a promluví, tak je to hnedka jiné.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Už nic, už jsem všechno vyčerpala.

Komentář: Nemocná je již po operaci nádorového onemocnění, ale nyní pociťuje větší strach než před první operací, ví, co jí čeká. Vypadá velmi neklidně, během rozhovoru mě velmi zaujal třes jejích rukou. Obává se narkózy, po které měla halucinace a bojí se, aby se to neopakovalo, bojí se bolesti. Neví, zda svému strachu rozumí. Její strach se projevuje hlavně v myšlenkách, pomáhá jí se ze strachu „vypovídat“. Má oporu v rodině, která jí také nejvíce pomáhá. Zdravotníci jí mohou pomoci hlavně vstřícným jednáním a rozhovorem.

7. rozhovor: muž po operaci, 69 let, diagnóza: karcinom vzestupného tračnicku

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Momentálně nic moc. Strach ne, ten ne, mě už nemůže nic překvapit.

Komentář: Nemocný tvrdí, že strach nemá, proto v rozhovoru nepokračujeme, vystupuje ale neklidným dojmem.

8. rozhovor: žena před operací, 50 let, diagnóza: karcinom hepatálního ohbí

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Je mě mizerně, mám strach, je dost velký.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Života, bojím se, jestli se probudím nebo neprobudím, jestli si pak budu moct dopřát to, co předtím. No, když se člověk bojí, tak tomu rozumí. Když se bojí, tak ví čeho. Když neví čeho, tak to už pak není strach.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Nechutná mi jíst, nespím, nemám o nic zájem, cítím se jako tělo bez duše.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Začnu se zaobírat sama sebou a říkám si, že to všechno dobře dopadne, že ten strach nemusím mít. Rodina, děti, hlavně nesmí projevovat strach, musí mě povzbudit a dodat mi odvalu.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Když mi to zjistili, tak to nejdřív řekli manželovi, místo, aby to řekli mě. Určitě je důležitá otevřenost, milým přístupem, aby na mě nespěchali.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

No snad ani ne

Komentář: Nemocná pocituje dle jejích slov dost velký strach, navenek ale působí klidně a vyrovnaně. Obává se hlavně narkózy, aby se z ní probudila. Udává, že svému strachu rozumí. Její strach se projevuje hlavně poruchami spánku, nemá o nic zájem. Její strach zmírňuje hlavně rodina. Mrzí ji, že diagnózu lékaři sdělili nejprve manželovi a ne jí, přála by si více otevřenosti v jednání lékařů. Pomáhá jí milý přístup zdravotníků.

9. rozhovor : žena po operaci, 50 let, diagnóza: karcinom lienálního ohbí

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Teď momentálně dobře, doufám, že zákrok, který jsem podstoupila, dopadne dobře. Je, mám strach, že kdyby se ta diagnóza opakovala, tak bych taky mohla být s pytlíkem na břichu nebo taky nebýt vůbec. Hodně velký.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Už s tou nemocí bojuju 12 let, teď v poslední době se to hodně zhoršilo. Bojím se toho, kdybych už nemohla být s dětma. Když mi to doktor řekl, že musím na operaci, chtěla jsem to oddálit. Pochopila jsem ho.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Přestane mi chutnat, zvracela jsem, jsem unavená.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Že o tom přemýšlím, že si přiznám, že nemám důvod, proč bych lékařům neměla věřit. Určitě, že mě nebudou litovat, budou ke mně upřímní, tím mi pomůžou. Asi děti, a pak manžel, no. Taky mám dobré přítelkyně, jedna je zdravotní sestra, tak mi v lecčem poradí.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Vzájemnou spoluprací, pokud možno v klidu, trpělivostí. Určitě by měli sdělovat pravdu, aby člověk opravdu věděl, co mu je.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Vadí mi, že mi nedají propouštěcí zprávu do ruky. A to je asi všechno.

Komentář: Nemocná se cítí dobře, má strach z dalšího vývoje onemocnění, protože už se s tímto onemocněním léčí 12 let, bojí se toho, že by nemohla být se svými dětmi. Svůj strach prý pochopila. Strach se projevuje nechutenstvím, únavou. Pomůže jí hlavně rodina svou upřímností nevyslovením lítosti. Zdravotníci jí pomohou hlavně upřímností a trpělivostí.

Na otázku, co dalšího by ještě chtěla sdělit odpověděla, že jí vadí, že nedostane do ruky propouštěcí zprávu. Klientka se během celého rozhovoru usmívala.

10. rozhovor: muž po operaci, 78 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Dobře. Ne, strach nemám. Pan doktor mě o všem informoval a nemám se čeho bát.

Komentář: Nemocný udává, že nemá strach, proto v rozhovoru nebylo pokračováno.

11. rozhovor: žena před operací, 69 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Teď už dobře, ale dobře mi nebylo, už jsem byla na chemoterapii před 17 lety a teď se to vrátilo, tak jsem z toho byla zoufalá. No určitě, samozřejmě se bojím, jak to dopadne. No, velký je, ale bojuju s tím.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Samozřejmě mého zdraví, mám skvělou rodinu, ráda bych tu s nimi ještě pár let byla. Myslím, že jo.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Já vám to nedokážu říct, nevím, někdy je to taková beznaděj, zoufalství a pak to zase přejde.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Nejradši, když jsem v rodinném kruhu a na chvíli zapomenu. Když mou nemoc nijak nerozpítvávají, nezabývají se tím, to mě mučí, když je někdo moc zvědavý. Zas ta rodina a zdravotnictví, za ta léta postoupilo mnohem dále.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Když mi pan doktor řekne: „Nebojte se, to se zvládne.“ A já mu věřím. Když od nich člověk vidí opravdový zájem. Určitě jo, určitě.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Doufám, že už tady nikdy nebudu, čeká mě teď léčba na onkologii, musím to zvládnout.

Komentář: I tato nemocná se již s onkologickým onemocněním léčí mnoho let, má strach z nemoci, z výsledku operace a onkologické léčby, ráda by ještě žila se svou rodinou. Myslí si, že svému strachu rozumí, ale nedokáže přesně svůj strach popsat, označuje ho jako pocity beznaděje a zoufalství. Její strach zmírňuje především rodina, když se tím strachem nezabývají. Přála by si, aby jí lékař sdělil, že nemoc zvládnou, pomáhá jí zájem zdravotníků. Když nemocná hovořila o prodělané onkologické léčbě, plakala.

12. rozhovor: muž po operaci, 64 let, diagnóza: karcinom rektosigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Cítím se tak zvláště, nedokážu vám to popsat. Ne sestřičko, to nemám. Já nemám už mít z čeho strach.

Komentář: Nemocný nedokázal popsat své pocity, vypadal vystrašeně, ale svůj strach popíral, v rozhovoru jsme dále nepokračovali.

13. rozhovor: muž před operací, 71 let, diagnóza: recidivující karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Mám strach před tou operací. Ani velký, ani malý, takový střední.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se operace, kdybych umřel, co by bylo, a tak, jestli mi ta druhá operace pomůže. Já nevím, jestli tomu rozumím, na to vám nemůžu odpovědět.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

To je něco vevnitř, není to viditelné a nedokážu to popsat. Fakt nevím, jak bych vám to řekl.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Když mám u sebe dobrého přítele a ten si se mnou povídá. To nejde, z toho strachu mi nikdo druhý nepomůže. Snad trochu, když za mnou někdo přijde. Babička a děti. S babičkou jsme se společnými silami dostali ze všeho.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

No to určitě. Když se se mnou pěkně baví. A přístupem, všechno záleží na přístupu člověka k člověku.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Aby se lidi měli rádi, neubližovali si a nemuseli se bát.

Komentář: I tento nemocný již má za sebou operační zákrok pro stejnou diagnózu, z operace, která ho nyní čeká má dle jeho slov strach, není však ani malý, ani velký. Bojí se, jestli mu vůbec operace pomůže, bojí se smrti. Zda svému strachu rozumí, neví, nedokáže svůj strach popsat. Říká, že v jeho strachu mu nikdo druhý nemůže pomoci, ale vzápětí říká, že mu nejvíc pomůže manželka, ve které má velkou oporu. Zdravotníci mu mohou pomoci svým vlídným přístupem. Vyslovil přání, aby se lidé nemuseli bát. Nemocný působil velmi roztěkaným dojmem, některé otázky jsem mu musela zopakovat, aby mi na ně odpověděl.

14. rozhovor: žena před operací, 67 let, karcinom sestupného tračnicku

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Strach především, jsem nervóznější typ, tak to špatně snáším. Teď momentálně dost velký. Zítra to asi bude ještě horší, když budu čekat před operací.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se výsledků, aby ta operace dobře dopadla a bylo všechno v pořádku. Mám strach o manžela, aby byl zdravý. Asi nerozumím. Mám bázlivější povahu, svádím v sobě boj a nedokážu si urovnat ty myšlenky na to.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

V noci nespím, nemůžu usnout, pořád se mi v hlavě honí myšlenky a musím o tom pořád přemýšlet.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Snažím se o hezké vzpomínání a pak je to trochu lepší a taky luštěním křížovek. Tak třeba tím, že mě navštíví děti a povídají si se mnou, ale na druhou stranu už mám ráda i svůj klid, ale pak zase potřebuju mluvit. Nejvíc asi manžel, jsme oba v důchodu a jsme spolu pořád, tak spolu musíme všechno zvládnout. Je mi od začátku oporou.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Můžou. Prošla jsem ošklivou onkologickou léčbou a vždycky mi pomohli. Když mají pro mě vlídné slovo, je to pro mě 100% úleva, přístupem

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Já myslím, že už jsem to vyjádřila všechno.

Komentář: Nemocná má před operací velký strach, její hlas je roztřesený během celého rozhovoru. Bojí se, že těsně před operací bude její strach ještě větší, bojí se výsledků operace, o manžela. Říká, že svému strachu „asi“ nerozumí, že v sobě „svádí boj“. Strach se projevuje nespavostí, v myšlenkách na nemoc. Svůj strach zmírní hezkými vzpomínkami, luštěním křížovek, nejvíc jí pomáhá manžel, který jí je velkou oporou. Zdravotníci jí mohou pomoci vlídným slovem a přístupem.

15. rozhovor: muž před operací, 70 let, diagnóza: karcinom sigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Cítím se tak všelijak. Pochopitelně mám strach, kdo říká, že nemá strach, tak nemluví pravdu. Moc velký snad není.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Té operace. Bojím se, aby to dobře dopadlo. To víte, že ne.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Je to jako taková deprese, bolí mě žaludek, taková žaludeční nervozita, takový neurčitý pocit nejistoty.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Nesmím na to myslet, to je nejlepší lék, hodit všechno za hlavu. No tak v tom si musím pomoci sám. Moje babička a snacha, to je sestřička.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Ano, že mi dají nějaký prášek proti stresu a lidským přístupem, nevím, jak bych vám to vysvětlil.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

To je asi všechno.

Komentář: Nemocný říká, že má strach, ale ne moc velký. Bojí se operačního zákroku. Svůj strach pociťuje jako depresi, pocit nervozity a nejistoty, bolest žaludku. Sám strach zmírní tím, že na něj nemyslí, říká, že si musí pomoci sám, na druhou stranu mu ale nejvíce pomůže snacha a manželka. Říká, že zdravotníci mu mohou pomoci podáním léku „proti stresu“ a lidským přístupem. Nemocný se vyjadřoval velmi tichou, špatně srozumitelnou řečí.

16. rozhovor: žena po operaci, 73 let, diagnóza: karcinom rektosigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Momentálně celkem dobře. Strach určitě mám. Spíš je to takový menší strach.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Já si myslím, že nejvíc o to, abych nezůstala nadosmrti mrzáček. Já nevím, někdy mám strach a pořádně nevím z čeho, tak to asi ani pochopit nemůžu.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Buší mi srdce, mám ho zrychlené, potím se.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Tak to už je obtížnější, těžko to zvládám sama. Hodně, ten nejbližší člověk mi vždycky umí pomoci v tom, když mi nevnučuje to, co já sama nechci. Spíš to v sobě dusím sama, musím se s tím vypořádat.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Hodně. Má velký vliv, když zdravotník s nemocným spolupracuje, když mi vysvětlí, že teď to píchne a já se na to připravím. Oni na to kolikrát nemají čas.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Nic dalšího.

Komentář: Nemocná pociťuje dle jejích slov menší strach. Bojí se dalšího vývoje po operaci. Říká, že svůj strach asi nemůže pochopit, protože někdy se bojí a někdy neví čeho. Strach se projevuje zrychleným bušením srdce, pocením. Udává, že svůj strach sama zmírňuje těžko, ale na druhou stranu tvrdí, že se s tím musí vypořádat, že svůj strach v sobě „dusí“ Dokáže ji ale pomoci její nejbližší. Zdravotníci hodně mohou zmírnit její strach psychickou přípravou, paní ale pociťuje ze strany zdravotníků nedostatek času. Během rozhovoru nemocná působila klidným dojmem.

17. rozhovor: žena po Milesově operaci, 76 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Teď celkem dobře, ale bolí mě noha. Akorát mám strach, jak to budu zvládat si nalepovat sáčky. Je dost velký, ale nevím, jak bych vám to vysvětlila.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Že to nebudu umět vyměňovat, že se to nenaučím. Bude mi o to pečovat vnučka, tak mám strach, že to taky nebude umět. Já nevím, spíš mám strach z bolesti. Já se bojím i píchnutí špendlíkem.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Mám takové vnitřní chvění, nemám do ničeho náladu, přemýšlím, jak to bude.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Říkám si: vydrželi to jiní, vydržím to taky a vezmu si prášek od bolesti. Někdy si ten strach dělám sama, zbytečně, když to pak třeba nic není, nebolí to. Když mi to nebudou furt připomínat. Snacha, syn, vnučky, a kamarádky, že na mě nezapomínají.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Vysvětlováním a poučením, dobrým chováním k těm pacientům, to je důležité.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Abych to sesunula dohromady, tak aby se nikdo nebál.

Komentář: Nemocná pociťuje bolest dolní končetiny. Udává, že má velký strach, ale neví, jak by ho vysvětlila. Bojí se péče o kolostomii, se kterou by jí měla pomoci její vnučka, ale nemocná se obává, že to ani ona nebude umět a velmi se bojí bolesti. Neví, zda svému strachu rozumí. Strach pociťuje jako vnitřní chvění, špatnou náladu, přemýšlí o své nemoci. Říká, že se bojí někdy zbytečně, když pak bolest necítí. Svůj strach zmírní vlastním povzbuzováním, ostatní jí pomohou tím, že jí její nemoc nebudou připomínat. Zdravotníci jí mohou pomoci edukací a pěkným chováním. Přála by si, aby se nikdo nemusel bát. S nemocnou se navzdory jejímu strachu velmi příjemně povídalo, i po těžké operaci působila optimistickým dojmem.

18. rozhovor: muž před operací, 82 let, diagnóza: karcinom rektosigmoidea

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Zrovna se cítím dobře. Kdepak strach, to nemám. Jsem dobře informovaný, mám oporu v rodině, tak nemám z čeho mít strach.

Komentář: Nemocný říká, že nemá strach, je informovaný o své nemoci, v rozhovoru dále nepokračujeme.

19. rozhovor: žena před operací, 61 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Celkem dobře, tak normálně. Určitě, taková nejistota, co se mnou bude. Řekla bych, že střední.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

To je těžké definovat. Byla bych jistější, kdybych věděla, co se mnou bude, jak to dopadne. Mám strach z té nejistoty. Určitě.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Pocituju nejistotu, takové rozechvění, musím na to stále myslet.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Kdybych si dala kafe, bylo by to lepší, asi to moc zmírnit nejde, už bych to chtěla mít za sebou. Nikdo, s tím se musím vyrovnat sama, s tím mi nikdo nepomůže. Nechci, aby mě litovali. To já nevím, asi sama

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Určitě, když si se mnou povídají, nechovají se ke mně jako ke zboží. Když mi třeba řeknou, ať to dobře dopadne, tím mi pomohou.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Aby už to bylo všechno za mnou, aby to dobře dopadlo a bylo to lepší.

Komentář: Nemocná dle jejích slov pocituje střední strach, který má hlavně z nejistoty dalšího vývoje onemocnění. Působí ale velmi vyrovnaně. Říká, že svému strachu rozumí, ale že nejde zmírnit a musí se s tím vyrovnat sama. Zdravotníci jí mohou pomoci rozhovorem. Přála by si, aby už měla za sebou operaci a aby dobře dopadla.

20. rozhovor: žena po operaci, 87 let, diagnóza: generalizovaný karcinom sigmoidea, ascités

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Necítím se dobře, vyjelo to z mého stejnoměrného života, pro mě je nemocnice dost otřesný následek. Je. Podle toho, co už vím, tak pochopitelně strach mám. Dost velký. Můj život je teď úplně vykořeněný.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Teď momentálně celého mého zdraví. Mám vysoký věk, chtěla bych už umřít a nejde to. Mám strach z toho všeho, jak z toho ven. No, podle mé povahy, jak se znám, bych řekla, že ano.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Nevím, na čem jsem. Už bych snad z tohoto světa mohla odejít. Veliký neklid, taková vnitřní rozervanost. Byla jsem zvyklá na určitý životní pořádek, který se mi porušil. Jsem nešťastná.

4) Jak svůj strach zmírníte sama (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Vůbec sama nemůžu, nejde to. Miluju svoji rodinu, kdyby někdo ukázal, že jsem na obtíž, chtěla bych odejít a to u nás není. Tím, až se uzdravím a budu moci být zase s nimi. Celá má rodina.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

To určitě, hodně pomáhají. Jejich snahou, prací pro nemocného. Cítím to velmi dobře a to je hlavní. Vážím si jejich práce.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Ani už ne.

Komentář: Rozhovor s touto nemocnou byl velmi psychicky náročný, byl nejtěžší ze všech rozhovorů. Nemocná nyní pociťuje svůj život jako vykořeněný, je velmi nešťastná a má velký strach, kterému ale prý rozumí. Obává se svého zdraví a chtěla by zemřít. Pociťuje velký neklid, „vnitřní rozervanost“. Sama svůj strach zmírnit nedokáže, chtěla by se uzdravit a být se svou rodinou, která jí nejvíc pomáhá. Váží si práce zdravotníků, jejich práce pro nemocného, hodně jí pomáhají ve zmírňování strachu. Nemocná během rozhovoru vůbec neudržovala oční kontakt, po celou dobu se dívala do stropu a strnule ležela.

21. rozhovor: žena před operací, 65 let, diagnóza: karcinom rekta

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Celkem dobře. Je. Včera mi bylo hodně ouzko. Dost velký.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Té operace, té přípravy, a aby to nebolelo. Aby to dobře dopadlo. Nevím, já opravdu nevím, jestli mu rozumím.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Úplně mě to uvnitř stahuje, vím, že je to od psychiky. Jdu spát, ale pořád sebou házím, nemůžu usnout. Myslím na to pořád.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Když usnu, ráno se probudím a už to nemám. Asi nijak, musím si pomoci sama. Snad jenom, když za mnou přijde návštěva a povídá si se mnou. To jsem pak taková spokojená. Nejvíc mi pomůže ten spánek a když mám kolem sebe rodinu, která mi pomůže.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Jo, ta vaše povaha. Když jsou hodný, je to dobré. Když na mě nejsou hodní, tak pak brečím, je mi to tak líto. Ale tady jsem moc spokojená.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

Asi ne.

Komentář: Nemocná má velký strach z operačního zákroku, přípravy k operaci a bolesti. Neví, jestli mu rozumí. Strach se projevuje nespavostí a v jejích myšlenkách. Nejvíc jí pomůže, když se ráno probudí a nemá strach, říká, že si musí pomoci sama. Nejvíc jí pomáhá spánek a rodina. Zdravotníci jí pomohou, když jsou na ni hodní, má předchozí špatné zkušenosti. Během rozhovoru působila klidným dojmem.

22. rozhovor: muž po operaci, 81 let, diagnóza: karcinom vzestupného tračníku

1) Jak se cítíte? Je součástí Vašeho pocitu také strach? Jak moc je velký?

Teďka se cejtím poměrně dobře. Je. Ne nějakej hroznej, ale někdy je to dost špatný. Někdy menší a někdy velký.

2) Čeho nebo o co se bojíte? Čeho se Váš strach týká? Rozumíte svému strachu?

Bojím se o život, že se nebudu moct sám pořádně pohybovat, aby to nebolelo. Já tomu nerozumím, když to přijde, tak z toho jsem jelen.

3) Popište mi projevy Vašeho strachu.

Něco se ve mně zatáhne, špatně se mi dýchá, rozklepu se a pořád na tu nemoc myslím, jak to bude dál.

4) Jak svůj strach zmírníte sám (sama) a jak Vám mohou pomoci druzí? Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce?

Že něco dělám, ale tady nic dělat nemůžu. Kdyby byli se mnou a drželi by mě nad vodou, nedali by najevo svůj strach. Že o tom, jako o té nemoci moc nemluví.

5) Jak Vám mohou pomoci zdravotníci? Mohou i oni zmírnit Váš strach?

Ale to víte, že jo. Doktor vás dost ovlivní, když vám to všechno vysvětlí, že si se mnou promluví.

6) Chcete mi sdělit ještě něco dalšího?

To už je všechno.

Komentář: Nemocný pociťuje strach, který není stále stejně velký. Bojí se o život a bojí se pohybového omezení, bolesti, dalšího vývoje onemocnění. Svému strachu nerozumí. Strach se projevuje zhoršeným dýcháním, třesem, v myšlenkách. Pomohl by mu pohyb, který je ale po operačním zákroku omezený. Druzí mu mohou pomoci svou přítomností a nedáním najevo svého strachu. Zdravotníci mohou pomoci edukací, rozhovorem. Nemocný byl během rozhovoru velmi neklidný, nezůstal chvíli v klidu a očima těkal po místnosti.

11. Diskuze

V našem výzkumu, jsme se stejně jako v teoretické části zaměřili na strach u nemocných s kolorektálním karcinomem, kteří prodělali, nebo čekají na operační zákrok. V zásadě jsme nezaznamenali významné rozdíly v odpovědích pacientů před nebo po operaci. Větší rozdíl jsme zaznamenali u porovnání odpovědí mužů a žen, všechny oslovené ženy svůj strach přiznaly, 5 mužů svůj strach popřelo a můžeme se pouze domnívat, zda svůj strach pouze popřeli nebo zda ho opravdu nepocítovali. Když jsem téma strachu při invazivních zákrocích u nemocných nad 50 let začala zpracovávat, říkala jsem, že bude zajímavé, ale po rozhovorech s jednotlivými nemocnými jsem došla k závěru, že toto téma bylo ještě zajímavější, než jsem očekávala. Ne vždy byly rozhovory jednoduché, ale myslím, že provádění výzkumu mě velmi obohatilo o poznatky prožívání strachu u nemocných. Byla jsem překvapena, jak otevřeně dokáží nemocní o své diagnóze hovořit a zároveň trochu zklamána, když mi dva nemocní sdělili, že je mrzí, že jejich diagnóza byla sdělena nejprve jejich partnerům a pak teprve jim samotným. Všichni oslovení se ale shodli v odpovědi, že zdravotníci jim ve zmírňování strachu mohou pomoci. Ať už to bylo lidským, vlídným přístupem, rozhovorem, otevřeností či trpělivostí. Stačí tak málo a přece se jedna dotázaná setkala s pravým opakem. Takové malé milé slůvko a jaký dokáže zázrak! Můžeme tou maličkostí zmírnit strach nemocného, který ho mnohdy trápí více než nemoc samotná. Výzkumem jsme zjistili, jak mohou zdravotníci pomoci zmírnit strach nemocných otevřeným laickým vysvětlením postupu vyšetřovacích metod a léčebného postupu.

Co mě velmi zaskočilo, byl rozhovor s nemocnou, která chtěla zemřít. Když jsem výzkum začínala dělat, myslela jsem, že jsem připravena na všechno, ale tohle bylo opravdu těžké. Na druhé straně byla obdivuhodná víra nemocných v uzdravení. I když vědí, že mají nevyléčitelnou nemoc, většinou je čeká náročná onkologická léčba, kterou již mnozí prodělali a nemají na ni zrovna nejtěšnější zážitky, jsou odhodlaní se jí postavit čelem a bojovat s ní. Myslím, že mnoho zdravých lidí by se od nich mělo co učit. K zamyšlení jistě stojí i fakt, že ze 17 nemocných, kteří pocítovali strach, jen 6 nemocných udávalo, že svému strachu rozumí, většina z nich nevěděla, zda svému strachu rozumí nebo mu nerozuměla. Jak jsem očekávala, většině nemocných ve zmírňování strachu pomáhá jejich rodina.

12. ZÁVĚR

Bakalářská práce je určena zdravotníkům, především pak zdravotním sestřám. Cílem bylo seznámit se s problematikou strachu při invazivních zákrocích u nemocných nad 50 let. Ze široké škály invazivních zákroků je tato práce věnována operačním zákrokům u nemocných s kolorektálním karcinomem.

V první kapitole jsme popsali pojem strach a jeho definice pomocí dostupné literatury, objasnili jsme projevy strachu. V další kapitole jsme se věnovali problematice sdělování diagnózy a svůj prostor zde dostala taky naděje, která u těžké choroby velmi důležitá a často opomíjená, přesto, že pomáhá nemocným zdolávat překážky.

Dále jsme se věnovali tématu bolesti, definovali bolest akutní, chronickou a rekurentní, popsali rozdíly mezi těmito bolestmi, obecné příčiny, dělení a diagnostiku, léčbu bolesti, kterou jsme rozdělili na farmakologickou a nefarmakologickou. Pokračovali jsme pojetím strachu z bolesti a jeho diagnostikou. Strach z bolesti lze diagnostikovat mnoha způsoby, kvalitativními nebo kvantitativními metodami, standardizovanými či nestandardizovanými. Uvedli jsme zajímavé závěry empirického výzkumu, který prováděl Mareš (2002).

V další kapitole nazvané stárnutí a stáří jsme nejprve definovali pojem stárnutí a rozdělili stáří podle věku, popsali jsme změny, kterými prochází stárnoucí člověk v oblasti anatomické a fyziologické, psychické a kognitivní, abychom pochopili zvláštnosti stárnoucího člověka.

Následovala kapitola o umírání a smrti, která je onkologicky nemocnými pacienty zvláště citlivě vnímána. Prostor zde dostaly fáze podle Kübblér-Rossové, kterými procházejí nejen nemocní, ale i jejich blízcí, kteří v posledních fázích života nemocného mnohdy potřebují větší pomoc než sám nemocný, věnujeme se také pojmu paliativní péče.

Dále jsme sledovali fakta o kolorektálním karcinomu, jeho příznacích, diagnostice, léčbě chirurgické, konzervativní a v neposlední řadě také prevenci, která je mnohdy potenciálními pacienty opomíjena. Protože toto onemocnění může probíhat jen se skrytými nebo nezávažnými příznaky, stává se, že diagnóza je stanovena již v pokročilém stadiu onemocnění. Proto by kapitola prevence měla být věnována i laické veřejnosti. Pokračujeme problematikou péče o nemocné s kolostomií a detailní edukací těchto nemocných, protože edukaci můžeme použít i jako prevenci či zmírňování strachu nemocných, kterému se věnuje i další kapitola. Protože se strachem nebojují jenom pacienti, ale i my, zdravotníci, je nám věnována poslední, kratičká kapitolka co dělat s vlastním strachem.

Cílem empirické části bylo zjistit, jak nemocní s kolorektálním karcinomem starší padesáti let svůj strach v souvislosti s operačním výkonem, jak se jejich strach projevuje a co jim pomáhá ve zmírňování jejich strachu.

Výzkum proběhl kvalitativní metodou, formou standardizovaného rozhovoru u 22 nemocných ve věkovém rozmezí 50 – 87 let hospitalizovaných na lůžkovém oddělení chirurgické kliniky v Hradci Králové, údaje o věku a diagnóze nemocných byly převzaty z dokumentace. 5 nemocných udávalo, že strach nepocítují, proto v rozhovorech po první otázce nebylo pokračováno, protože následující otázky byly zakládány na skutečnosti, že nemocný strach pocítuje. U 17 nemocných byl proveden celý rozhovor s autorčíným komentářem. Protože se jednalo o výzkum kvalitativní a vzorek dotazovaných byl malý, bylo v souhrnu provedeno minimální porovnání číselnými hodnotami.

Na úplný závěr bych chtěla vyslovit přání, aby tato práce pomohla nám, zdravotníkům pochopit strach našich nemocných, abychom jim mohli být adekvátně při zmírňování a prevenci jejich strachu nápomocní a aby této problematice bylo v dnešní, uspěchané době věnováno více pozornosti.

13. SOUHRN

Odpovědi nemocných na jednotlivé otázky byly individuální, některé si byly podobné a jiné odlišné. Z celkového zkoumaného vzorku 22 nemocných strach pociťovalo 17 osob, což je 77,3 %, naopak strach nepociťovalo 5 osob, 22,7 %. Zajímavé je, že 5 osob, které strach nepociťovaly, byli všichni muži, z toho 1 byl před operací a 4 po operaci. Dále byly výpočty provedeny ze vzorku 17 osob, které přiznaly svůj strach. Ve třetím souboru otázek byl nemocným položen dotaz, zda svému strachu rozumí. Svému strachu rozumělo 17,6 % nemocných před operací, 17,6 % po operaci, nerozumělo 11,8 % nemocných před operací a 11,8 % po operaci, a nevědělo, zda strachu rozumí 29,4 % nemocných před operací a 11,8 % po operaci. Ve čtvrtém souhrnu otázek, jak mohou nemocní sami zmírnit svůj strach a jak jim mohou pomoci druzí 23,5 % nemocných odpovědělo, že jim nikdo druhý pomoci nemůže, že si musí pomoci sami, všech 23,5 % nemocných bylo před operací. Na otázku, zda jim mohou pomoci zdravotníci odpovědělo všech 17 nemocných kladně.

TAB. 2: Rozumíte svému strachu ?

	před operací	po operaci
ano	17,6 %	17,6 %
ne	11,8 %	11,8 %
nevím	29,4 %	11,8 %

Seznam použité literatury

1. Atkinson, R.L.: Psychologie, 2. aktualizované vydání Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-640-3
2. Bauer, J.: Nádorová bolest a její farmakoterapie, 1. vydání Praha, Galén 1994 ISBN 80-85824-09-4
3. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, 1. vydání Praha, Grada Publishing 1996, ISBN 80-7169-294-8
4. Ferko, A., Vobořil, Z., Šmejkal, K., Bedrna, J.: chirurgie v kostce, 1. vydání Praha, Grada Publishing 2002, ISBN 80-247-0230-4
5. Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník, 1. vydání Praha, Portál 2000, ISBN 80-7178-303-x
6. Haškovcová, H.: Thanatologie, Nauka o umírání a smrti, 1. vydání Praha, Galén 2000, ISBN 80-7262-034-7
7. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, 1. vydání Praha, Grada Publishing 2002, ISBN 80-247-0179-0
8. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, 2. vydání Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-774-4
9. Křivohlavý, J.: Rozhovor lékaře s pacientem, 2. vydání Brno, IDVPZ 1995, ISBN 80-7013-187-x
10. Mareš, J.: Dítě a bolest, 1. vydání Praha, Grada Publishing 1997, ISBN 80-7169-267-0
11. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetrovatelství I, 1. vydání Praha, Karolinum 2002, ISBN 80-246-0429-9
12. Pera H., Weinert, B.: Nemocným nablízku, 1. vydání Praha, Vyšehrad 1996, ISBN 80-7021-152-0
13. Soafer, B.: Bolest, příručka pro zdravotní sestry, vydání 1. České Praha, Grada Publishing 1997, ISBN 80-7169-309-x
14. Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet, 3. vydání Praha, Ecce Homo 1995, ISBN 80-902049-0-2
15. Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2. vydání Brno, IDVPZ 2001, ISBN 80-7013-324-8
16. Vymětal, J.: Speciální psychoterapie, Psychoanalytické nakladatelství 2000, ISBN 80-86123-15-4
17. Zeman, M. a kol.: Chirurgická propedeutika, 2. přepracované a doplněné vydání Praha, Grada Publishing 2000, aktualizovaný dotisk 2003, ISBN 80-8169-705-2

18. Bolest, roč. 5, č. 1 (2002), s. 17-27, ISSN 1212-0634. Lit:39, Souhrn: eng
19. Bolest, roč. 5, č. 4 (2002), s. 235-242, ISSN 1212-0634. Lit:41, Souhrn: eng
20. Sestra, Roč. 11, č. 10 (2001), Příl. temat. sešit, č. 72, s. 25-26, ISSN 1210-0404
21. Zdravotnické noviny ČR, Roč. 51, č. 4 (2002), s. 16, ISSN 0044-1996

22. http://algos.cz/pro_odborniky/psychologicke_postupy_ke_zmirneni_bolesti.html
23. <http://hospice.cz/svatosova/postrehy.htm>
24. <http://sweb.cz/drepova/stres.html>
25. http://www.mzcr/data/c1935/lib/Cil_o5.pdf
26. <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/uzkost.html>
27. <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=179>
28. <http://www.volny.cz/david.placek/4roc/prednasky/bolest.html>

Přílohy

Příloha č. 1 – Standardní ošetřovatelský postup – Ošetřovatelská péče o pacienta s bolestí

Příloha č. 2 – Záznam hodnocení bolesti

Přílohy není možno šířit v elektronické podobě, proto jsou uvedeny pouze v tištěné formě.

Pozn.: Obě přílohy jsou součástí ošetřovatelské dokumentace FNHK, k jejich použití v této práci dala souhlas hlavní sestra FNHK, jakékoli další použití je možno pouze se souhlasem vedení FNHK.

Resumé

Strach při invazivních zákrocích u nemocných nad 50 let

Fear connected to invasive actions on patients aged 50+

Bakalářská práce je určena především zdravotním sestřám. Cílem práce bylo zmapování strachu u nemocných kolorektálním karcinomem v souvislosti s invazivním zákrokem – operačním výkonem. V teoretické části byly popsány a definovány pojmy strach, bolest, stárnutí a stáří, umírání, zařazeny fakta o kolorektálním karcinomu, jeho příznacích, diagnostice, léčbě, prevenci, péče o nemocné s kolostomií.

V empirické části byl prováděn výzkum strachu u hospitalizovaných nemocných před nebo po operaci kvalitativní formou standardizovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal ze šesti souborů otázek, ve výsledcích výzkumu jsou uvedeny autentické odpovědi nemocných doplněné krátkým komentářem autorky.

This bachelor thesis is designed for nurses' needs mainly. Its aim was to investigate the patients-ill-with-colorectal-carcinoma 's fear in connection with an invasive action – an operation.

In the theoretical part the terms of fear; pain; ageing and old age; dying have been defined, the data connected to colorectal carcinoma; its symptoms; diagnostics; therapy; prevention; care for patients with colostomy have been inserted.

In the empirical part a research of in-patients' fear before or after the operation was carried out, in the form of a standardized interview. The interview consisted of six sets of question; the patients' authentic answers are quoted in the results of the research, supplemented with the author's short commentary.