

# Psychologické aspekty nitrožilní léčby v onkologii a tolerance dlouhodobých žilních vstupů

## Psychological Aspects of Intravenous Treatment in Oncology and Permanent Venous Access Devices Tolerance

Jokl J.<sup>1</sup>, Slováčková K.<sup>1</sup>, Maňásek V.<sup>2</sup>, Maňásek V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Oddělení klinické psychologie, Komplexní onkologické centrum Nový Jičín, Nemocnice Nový Jičín a.s.

<sup>2</sup> Oddělení onkologie, Komplexní onkologické centrum Nový Jičín, Nemocnice Nový Jičín a.s.

<sup>3</sup> Katedra intenzivní medicíny a forenzních oborů, LF OU v Ostravě

### Souhrn

**Východiska:** Tento příspěvek se zabývá problematikou psychiky pacientů v průběhu nitrožilní léčby. Jelikož jakýkoliv zásah do fyzické integrity jedince se nutně musí odrazit i v jeho psychické rovině, rozhodli jsme se provést průzkum zabývající se tolerancí nitrožilní léčby u onkologicky nemocných. Zvláště jsme se pak zaměřili na snášenlivost dlouhodobých žilních vstupů. **Soubor pacientů a metody:** Cílem této studie bylo deskriptivně popsat povědomí pacientů o způsobu podání parenterálních léčiv, rizicích při aplikaci a rozdílech mezi podáním léčiv do centrálního a periferního řečiště. Ke sběru dat byl sestaven vlastní dotazník, který obsahoval 21 otázek. Následně byl rozdělán pacientům na onkologickém oddělení a stacionární onkologických ambulancí v nemocnici Nový Jičín. Pacienti podepsali informovaný souhlas se sběrem dat. V rámci analýzy dat pak bylo použito 100 validních dotazníků. **Výsledky:** Výsledky studie obecně poukazují na to, že pacienti nesnášejí žilní odběry a nitrožilní léčbu optimálně. Nemocní, kteří nějakou formu žilního vstupu mají, s ním jsou většinou spokojeni a vstup tak plní svůj cíl, tedy maximální komfort pacienta. **Závěr:** Z výsledků je patrné, že většina pacientů sice o možných alternativách aplikace parenterálních léčiv ví, nicméně jejich informace o této problematice jsou nedostatečné. Valná většina pacientů by zavedení dlouhodobého vstupu doporučila ostatním pacientům.

### Klíčová slova

cévní vstupy – nitrožilní podání – psychologická adaptace – snášenlivost léčiv

### Summary

**Background:** This paper deals with the psyche of patients during intravenous therapy. Since any intervention in the physical integrity of individuals are necessarily reflected in their mental level, we decided to conduct a survey dealing with tolerance of intravenous therapy in cancer patients. Especially, we focused on long-term venous access devices tolerance. **Patients and Methods:** The aim of this study was to evaluate descriptively patients' awareness of the administration of parenteral drugs, risks in the application and the differences between the administration of drugs to the central and peripheral venous system. To collect data, own questionnaire containing 21 questions was compiled. It was distributed to patients in the oncology department and outpatient oncology ward at the hospital Novy Jicin. Patients signed an informed consent for data collection. One hundred valid questionnaires were evaluated in the analysis of the data. **Results:** The results of the study generally indicate that patients do not tolerate venous sampling and intravenous therapy optimally. Patients who have some form of venous access device are mostly satisfied, as it fulfills its mandate of maximum patient comfort. **Conclusion:** The results indicate that most patients know alternatives to peripheral drugs application. However, awareness of this issue is inadequate. The vast majority of patients would recommend the introduction of long-term venous access device to other patients.

### Key words

vascular access devices – intravenous administration – psychological adaptation – drug tolerance

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE recommendation for biomedical papers.



PhDr. Jan Jokl

Oddělení klinické psychologie  
Komplexní onkologické centrum  
Nový Jičín  
Nemocnice Nový Jičín a.s.  
Purkyňova 2138/16  
741 01 Nový Jičín  
e-mail: jan.jokl@nnj.agel.cz

Obdrženo/Submitted: 8. 7. 2015

Přijato/Accepted: 4. 10. 2015

<http://dx.doi.org/10.14735/amko2015426>

## Východiska

S intravenózní terapií se nedílně pojí i samotná problematika psychiky pacienta, neboť právě pacient jakožto bio-psycho-sociální komplex a jeho uzdravení stojí na prvním místě v žebříčku zájmu zdravotnického personálu. Proces léčby totiž vyvolává v prožívání pacienta výraznou odezvu. Je jí možné sledovat ve všech důležitých psychologických oblastech. V myšlení (tj. o čem přemýšlí), v oblasti emocí (jejich typu a intenzitě) a samozřejmě také v oblasti motivace (tj. co je pro něj důležité). V souvislosti s nitrožilní léčbou se tak setkáváme především s dvěma velkými emocionálními komponentami – s úzkostí a se strachem z bolesti [1].

Podle Praška [2] je úzkost nepříjemným emočním stavem, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je pocitem, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale člověk si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu permanentní připravenosti na nebezpečí. Naopak strach je definován jako emoční a fyziologická reakce na konkrétní nebezpečí. Strach má v tom případě na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt – v našem případě je tímto „nebezpečným“ objektem injekční jehla, kanyla. Strach dle Velkého psychologického slovníku manželů Hartlových [3] je „nelibá emoce s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku a pohotovostí k obraně či útěku. Jde o normální reakci na nebezpečí a ohrožení. U člověka je strach vázán i na představivost, čímž se situace ohrožení zmnožují. Strach se vyvíjí s věkem, od jednoduchých úlekových reakcí kojence k reakcím na složitější situace, jaké představuje neznámé prostředí a nečekané smyslové podněty. Postupně je strach spojován s prožitými zkušenostmi. Sklon ke strachu souvisí i s konstitučními vlastnostmi a s emocionální stabilitou či labilitou“.

Praško [4] uvádí, že 20 % lidí v populaci přiznává strach z injekce. V některých případech ovšem dochází k rozvoji tzv. specifické fobie, u které je úzkost vyvolána pouze určitými, dobře definovanými situacemi nebo objekty vně

pacienta, které běžně nejsou nebezpečné. Jako specifickou fobii označujeme iracionální strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se neseťká s předmětem fobii nebo se setkání neobává. Fobie z medicínských procedur, které zahrnují injekce, se nazývá trypanofobie. Strach z jehel, injekcí nebo ostrých předmětů všeobecně je označován termíny aichmofobie, belonefobie a enetofobie. Tyto specifické fobie začínají nejčastěji v dětství, méně často v dospělosti po traumatickém zážitku. Někdy v dospělosti spontánně vymizí, velká část se jich v dospělosti oslabí nebo zůstává beze změny. Někdy dochází k postupnému zhoršování, většinou v souvislosti s vnějším stresem. Strach ze specifických objektů a situací je velmi běžný, hodně lidí má z něčeho obavy nebo strach. Ačkoliv přesná příčina fobií není známa, jsou považovány za naučené strachy získané přímým nebo zástupným podmíněním [4]. Přesto Kendler et al [5] potvrdil v obrovské studii dvojčat rodinnou agregaci fobií přičítanou genetickým faktorem s mírnou iritabilitou 30–40 % v závislosti na konkrétní fobii. Z toho plyne také významná role environmentálních faktorů při vzniku specifické fobie. Ve výzkumném šetření z roku 1992 Öst nalezl, že až 61 % příbuzných u pacientů s fobií z krve a 29 % u fobie z injekcí trpí stejnou fobií [6]. Zdá se tedy, že genetická predispozice může taktéž vytvářet živnou půdu pro klasické podmíněvání při setkání s ohrožujícím fobickým podnětem [7]. Pro léčbu fobie z jehel se v dnešní době užívají především metody kognitivně-behaviorální terapie [8], technika aplikovaného napětí [9] a relaxační a imaginativní cvičení [10].

Vpich v případě žilního vstupu sám o sobě, není-li použito lokální anestezie, může být bolestivý, zavedení žilní kanyly po provedení místního znecitlivění již většinou bolestivé není. Janáčková [11] popisuje bolest jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený s akutním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy, onemocněním, zánětem nebo vnějším násilím (úraz, zhmoždění). Smy-

slová složka podává informace o intenzitě, kvalitě a lokalizaci bolesti. Emoční složka pak o dopadu na psychické ladění jedince, na jeho chuť věnovat se běžným aktivitám a zálibám, na hodnocení jeho postavení v rodině a společnosti a v neposlední řadě o vlivu bolesti na výhledy do budoucna (prognostický aspekt) [12]. Člověk se také setkává s rozdíly v toleranci, a to především v různých časových úsecích. Je známo, že člověk v těžké životní situaci nebo člověk s nadlimitní zátěží vnímá bolest intenzivněji. I během dne se často mění tolerance k bolesti. Ráno bývá větší a v odpoledních a nočních hodinách klesá. Nejdůležitější se však v této souvislosti jeví to, jaký význam postižený bolesti přikládá a jak ji hodnotí. Ví se, že na bolest známo se člověk lépe adaptuje než na bolest neznámou. „Obecně platí, že bolest nejlépe snášejí lidé emočně stabilní a ve vývojovém období střední dospělosti 30–50 let. V dětství si člověk vytváří základní postoje k bolesti, jak na ni reagovat, jak ji překonávat, a tím se stanovuje i míra tolerance k bolesti. Mezi ženami i muži se neuvádějí rozdíly, i když se v rámci kulturní normy očekává, že muži více vydrží [11].“ To prokazuje např. i výzkum Maňáska [13], ve kterém je prokázán signifikantní rozdíl ve vnímání diskomfortu při podávání léčiv nitrožilně, přičemž muži vnímají tento proces jako méně bolestivý a méně nepříjemný nežli ženy.

Úzkost, strach a tenze bolest zhoršují. Bolest je spojena s ovlivněním psychologického stavu člověka. Bolestivé situace jsou provázány stresem, který má dopad na stav a funkci mnoha systémů a jejich orgánů. Lékař by měl být schopen registrovat i diskrétní projevy stresu, aby mohl vhodně zasáhnout do celého patogenetického řetězce, který je bolestí spouštěn [12].

Z dalších strachů, které mohou doprovázet intravenózní léčbu, jmenujme např.:

- Strach z opuštěnosti – obava z toho, že v nejtěžších chvílích zůstane pacient sám, nikdo mu nebude stát na blízku, bude opuštěn všemi.
- Strach ze změny vzezření – obava z toho, že nemoc, operace a bolest samotného člověka změní tak, že se nepozná.

- Strach ze selhání – obava, že pacient celou situaci nezvládne, že neobstojí v nejtěžší zkoušce, že se projeví jako zbabělec a slaboch (tzv. ztratí tvář).
- Strach z regrese – znamená, že se člověk začne chovat nedůstojně (ne jako zralá osobnost).
- Strach ze ztráty samostatnosti – obava, že se člověk nebude moci chovat tak, jak byl zvyklý, nebude moci dělat to, co chce, a naopak bude muset dělat jen to, co mu někdo přikáže (lékař).
- Strach o rodinu – obava o finanční zabezpečení blízkých, strach z toho, že to bez něj doma nezvládnou [14].

Především s onkologickými onemocněními je spojená velká psychická zátěž, která se vždy specifickým způsobem projeví v prožívání pacienta. Po sdělení diagnózy i v průběhu léčby zažívá obrovskou nejistotu a strach, což výrazně ovlivňuje průběh onemocnění a uzdravování [15]. Strach z umírání, smrti a nejisté budoucnosti je pak naprosto přirozenou reakcí v takovéto situaci, neb již od devátého roku života si člověk uvědomuje, že smrt existuje, že je trvalá a univerzální [16]. Nemocný člověk tak ztrácí kontrolu, je bezmocný a bezradný, proto je důležité, aby měl pacient možnost své pocity ventilovat, aby měl možnost se někomu svěřit. Při tom zjišťuje s úlevou, že i tomu, komu se svěří, je úzko, že mu rozumí [17]. Ukazuje se, že často míra utrpení a bolesti pacienta je přímo úměrná jeho míře obav a strachů. Strach je překážkou, která nám zabraňuje do jisté míry vidět věci reálně. Tato překážka umožňuje vyhocení pocitů bolesti a utrpení. Abychom mohli utrpení bolesti zmírnit, musíme je nejprve přijmout. Je to něco, co je skutečné. To se týká jak pacienta, tak ošetřujícího zdravotního personálu. Pacient by měl dostat příležitost, aby svou bolest cítil. Žádný zdravotník by mu neměl říkat, že ho to nemůže bolet, že to nic není. Bolest je příliš subjektivní věc, nemůžeme si na ni sáhnout, dotknout se jí [18].

Při setkání s fatálně závažnou informací může jedinec na čas ignorovat důsledky z ní vyplývající. Může se chovat tak, jako by stále byl úplně zdravý a plný síly. Pacienti také v mnohých případech často zoufale navštěvují jednoho lé-

kaře za druhým nebo se obracejí k alternativním nemedicínským způsobům léčby. Nežádají sami sebe přesvědčují, že jejich diagnóza byla chybně stanovena. Často má jedinec v takovéto situaci dojem, že by měl chránit své blízké před skutečností [19]. Dříve nebo později ovšem stane tvář v tvář realitě, která v něm probudí zlobu, a ta je doprovázena většinou myšlenkami, které se dají shrnout do jedné věty, „Proč právě já?“. Umírající člověk pak může dospět do stadia, kdy začíná smlouvat, sám se sebou, bohem, osudem, životem. Člověk může slibovat, že pokud bude zachráněn, bude žít lépe, udělá něco pro všeobecné blaho. Všechna tato stadia by měla ve svém důsledku vést k tomu, aby terminální diagnózu pacient nakonec přijal za svou [20].

### Soubor pacientů a metody

Na snášenlivost podávání léčiv do žilního řečiště a problematiku dlouhodobých vstupů jsme se zaměřili v tomto průzkumu, který byl proveden u onkologických pacientů v protinádorové léčbě. Cílem práce bylo zmonitorovat povědomí pacientů o způsobu podání parenterálních léčiv, rizicích při aplikaci a rozdílech mezi podáním léčiv do centrálního a periferního řečiště. Dále pak zmapovat zkušenosti pacientů s vepunkcemi a případnou paravazací, s cílem zhodnocení psychické zátěže, které jsou pacienti v průběhu léčby vystaveni v důsledku bolesti a úzkosti.

Dotazníky byly rozdány pacientům na onkologickém oddělení a stacionáři onkologických ambulancí v nemocnici Nový Jičín. Rozdáno bylo 150 dotazníků, návratnost byla 70 %. Zkoumaný soubor byl vytvořen 100 respondenty, kteří dotazník dobrovolně vyplnili při návštěvě či hospitalizaci v nemocnici Nový Jičín.

Dotazník byl rozdělen na čtyři části. První část byla zaměřena na obecnou charakteristiku skupiny, druhá část se věnovala rizikům, která obnáší podání léčiv do žil na periferii. Třetí část se zaměřila na informovanost pacientů ohledně dlouhodobých žilních vstupů. Čtvrtá část hodnotila spokojenost pacientů s dlouhodobým vstupem.

Dotazník byl vytvořen tak, aby byl respondent anonymní, díky čemuž mů-

žeme očekávat upřímnější a spolehlivější odpovědi. V úvodní části dotazníku byly využity všeobecné otázky – pohlaví, věk, diagnóza. První část pak rozdělila respondenty do dvou skupin – se zavedeným centrálním vstupem a bez něj. Druhá část se pak zaměřila již jen na respondenty se zavedeným centrálním vstupem. Byl kladen důraz na zjištění důvodu zavedení, spokojenost pacienta, informovanost a na to, zda pacienty žilní vstup omezuje. Dotazníky byly rozdány od listopadu 2014 do dubna 2015.

### Výsledky

Vstupně jsme stanovili několik předpokladů, které jsme se na základě vyhodnocení dotazníků objektivizovali:

- Předpoklad 1 – Pacient ví o rizicích, která obnáší podání léčiv do žil na periferii.
- Předpoklad 2 – Pacient ví o možnosti zavedení dlouhodobého žilního vstupu, o jeho výhodách a je dostatečně informován o jeho funkcích a důvodu zavedení.
- Předpoklad 3 – Pacient je s dlouhodobým vstupem v osobním životě spokojen.

Pro posouzení skupiny pacientů byly v úvodu dotazníku zahrnuty otázky charakterizující danou skupinu. Ze 100 (100 %) vyplnilo dotazník 42 % mužů a 58 % žen. Průměrný věk celé skupiny byl 57,4 roku. Věková různorodost celé skupiny (19–79 let) zaručila získání informací od pacientů různých generací. Nejčastěji zastoupená diagnóza byl karcinom prsu (24 %) a karcinom plic (13 %). Dlouhodobý vstup mělo zaveden 73 % respondentů.

#### Předpoklad 1 – Pacienti ví o rizicích, která obnáší podání léčiv do žil na periferii

O rizicích, která obnáší aplikace léčiv do žil na rukou, neví 57 % pacientů. Odběry krve snášejí bez problému 55 % pacientů a 5 % pacientů prožívá extrémní stres. Při aplikaci léčiv je však situace jiná – 48 % snáší nitrožilní aplikaci bez větších potíží, 40 % však považuje podání léčiv na nepříjemné, ale snesitelné, 10 % považuje podání léčiv za hodně nepříjemné a 2 % dotázaných prožívá extrémní stres.

Z toho vyplývá, že odběry krve jsou pro pacienty méně zatěžující než aplikace léčiv do periferie. S opakovaným napichováním žil na rukou se setkalo 79 % pacientů. Čtvrtina dotázaných má nějakou zkušenost s únikem léčiva mimo žílu, 62 % se s tímto problémem nesetkalo. Po úniku léčiva mimo žílu si 10 pacientů stěžovalo na bolest, hematoma se vytvořil u čtyř pacientů, sedm pacientů odpovědělo, že následky nebyly žádné nebo je příliš neřešili.

### **Předpoklad 2 – Pacienti ví o možnosti zavedení dlouhodobého žilního vstupu a jeho výhodách a jsou dostatečně informováni o jeho funkcích a důvodu zavedení**

O možných alternativách k periferním kanylám – tedy o permanentních vstupech – vědělo 89 % dotázaných. Jelikož z celé skupiny má některý druh žilního vstupu 73 % pacientů, je logické, že tito pacienti ve většině o alternativě věděli. Oproti tomu ve skupině pacientů bez permanentního vstupu zná alternativy aplikace parenterálních léčiv pouze 16 %. Zavedení permanentního vstupu bylo navrženo 80 % pacientů. Jedna z otázek se zabývala dostupností informací o bezpečném podání parenterálních léčiv v ČR. Neutrální odpověď „nevím“ zvolilo 46 % respondentů, 35 % pacientů se domnívá, že dostatek informací není. Z toho vyplývá nutnost zvýšit povědomí a informovanost veřejnosti i zdravotnického personálu o možnostech bezpečného podávání parenterálních léčiv. Co se týká informovanosti v konkrétním zdravotnickém zařízení, kde byl prováděn výzkum, tak 71 % pacientů nevědělo, že zařízení disponuje možnostmi zabezpečení všech druhů žilních vstupů, které jsou zaváděny bezpečně za kontroly ultrazvukem a rentgenem. Celkem 86 % pacientů nevědělo, že na onkologickém oddělení nemocnice Nový Jičín bylo dosud zavedeno nejvíce centrálních kanyl zavedených z periferie (peripherally inserted central catheter – PICC) v ČR.

### **Předpoklad 3 – Pacient je s dlouhodobým vstupem v osobním životě spokojen**

Je extrémně důležité, aby permanentní žilní vstup omezoval pacienta v běžném životě co nejméně. Jelikož jsou ně-

kteří druhy žilních vstupů pacientům zavedeny po dobu několika let, je důležité znát informace o jejich spokojenosti. PICC mělo zavedeno 34 pacientů, portem bylo vybaveno 21 pacientů, 16 respondentů nevedlo konkrétní druh vstupu. V 37 případech byl vstup doporučen lékařem ještě před zahájením léčby, což koreluje se snahou o prevenci komplikací vznikajících během léčby. Z důvodu „špatných žil“ v průběhu léčby byl vstup zaveden 25 pacientům. Tolerance vstupů se ukázala jako velmi dobrá, 37 dotazovaných vstup v běžných činnostech neobtěžuje, 33 pacientům zasahuje do běžných aktivit minimálně. Pouze tři pacienti si na vstup stěžovali, dva z nich měli zavedený port. Tato otázka nám ukázala, že valná většina pacientů provádí běžné činnosti, jako by vstup neměli, nebo jsou jím minimálně omezeni. Co se týká samotné procedury inserce vstupu, tak pro 43 pacientů proběhlo zavedení lépe, než čekali, a báli se zbytečně, pro osm pacientů byl výkon nepříjemný, ale snesitelný, výkon nebyl pro nikoho z dotázaných nesnesitelný. To vypovídá o šetrnosti a bezbolestnosti celého výkonu. Všeobecnou spokojenost se žilním vstupem vyjádřilo 51 respondentů – léčbu a odběry krve snáší lépe, 19 pacientů odpovědělo „spíše ano, má to jisté výhody“. Pouze tři pacienti odpověděli „ne“ nebo „nevím“. Je tedy jasné, že zavedení dlouhodobého vstupu vnímají jako přínosné. Naprostá většina dotazovaných by doporučila zavedení trvalého žilního vstupu ostatním pacientům, pouze dva nemocní by trvalý vstup nedoporučili. Je tedy zřejmé, že pacientům usnadňuje průběh léčby a s doporučením o jeho zavedení by neváhali.

### **Diskuze**

Hlavním přáním onkologických pacientů je, aby se co nejdříve uzdravili a vrátili se do „normálního života“. Přejí si mít co nejmodernější a hlavně co nejlepší možnou léčbu [21]. Léčba onkologického onemocnění je zdoluhavá a náročná nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Proto je důležité ji co nejvíce ulehčit jak pacientům, tak zdravotnickému personálu. Centrální žilní vstupy se jeví jako vhodné pro pacienty i pečující osoby. Pomáhají lépe snášet léčbu,

nezatěžují tolik žilní systém neustálým a často velmi nepříjemným napichováním, jsou nástrojem prevence komplikací vznikajících během léčby apod. Dle Maňáskova [13] většina pacientů, jež má žilní vstup zaveden, jej vnímá jako přínosný a doporučila by ho i ostatním pacientům.

V medicínské praxi se můžeme setkat i s případy pacientů, kteří dlouhodobý žilní vstup odmítají např. z důvodu nízké informovanosti, strachu z bolesti, strachu ze zohavení těla apod. Při volbě konkrétního druhu permanentního vstupu je nutno zvažovat mnoho faktorů, nicméně preference nemocného je stěžejní. Každý člověk prožívá stejnou situaci odlišně, individuálně. Někomu může vadit vědomí přítomnosti portu všitého do podkoží. Každé uvědomění si cizího tělesa v těle může být připomínkou na protinádorovou léčbu, třebaže byla úspěšná, a pacient si přeje časně odstranění vstupu. Žena po parciální resekci prsu pro karcinom může vnímat jako výrazně zatěžující přítomnost jizvy v dekoltu na kontralaterální („zdravé“) straně. Někdy mohou být důvody preference jiného druhu vstupu než právě port ryze praktické, setkali jsme se s odmítnutím zavedení portu nemocným, který byl myslivec a měl obavy z omezení, které by obnášelo všítkoměrky do podklíčku. Obdobně pacient, který měl zálibu v závodech terénních nákladních vozů coby řidič, projevil obavy stran poškození komůrky portsystému při fixaci trupu širokými bezpečnostními pásy. V případě inserce PICC může být pro pacienta limitací omezená možnost koupání. Stejně tak fyzicky aktivní pacient je omezen nemožností provádět rotace horní končetiny do maximálních poloh. Běžnou obavou je situace, kdy je pacient v domácím prostředí osobou pečující o malé děti, které samozřejmě vnímají katetr vystupující z končetiny jako lákavou hračku a je riziko vytažení vstupu. Uvedené příklady jen zdůrazňují nutnost pečlivé anamnézy a zohlednění všech faktorů v souvislosti s plánovaným výběrem konkrétního druhu vstupu. V léčbě nemocných je nesmírně důležitá dobrá komunikace s ošetřujícími lékaři, sestrami a dalším zdravotním personálem, který se na léčbě podílí. Pacienta je

třeba vždy řádně seznámit s důvody zavedení centrálního žilního vstupu, s postupem aplikace a následnou péčí [22].

Suportivní psychoterapie je tak nedílnou součástí komplexní léčby. Ze současného bio-psycho-socio-spirituálního hlediska je významným požadavkem racionální léčby zlepšení kvality života nemocných. Tento přístup vyžaduje péči nejen o vlastní biomedicínský problém, ale také o jeho nezbytné psychosociální následky, které vedou k narušení komfortu. „V této souvislosti je v intencích psychoterapie získat k úzké spolupráci také členy rodiny nemocných a samozřejmě i ošetřující personál. Z psychotherapeutického pohledu je nezbytné identifikovat dva základní faktory a na ně účinně a vhodnou formou působit. Jsou to osobní charakteristiky nemocného a fáze adaptace nemocného na onemocnění, ve které se aktuálně nachází. Do klinické praxe byla zavedena řada psychotherapeutických forem, které jsou používány podle aktuálních potřeb a směřuje především k získání aktivní spolupráce pacienta na léčebném programu (compliance) [23].“

Výskyt onemocnění, při kterých je nutná aplikace léčiv do žilního řečiště, roste a technologie snaží se zajistit pacientům komfort během léčby se rychle rozvíjejí. Periferní žilní katetr je v dnešní době nejpoužívanější metodou aplikace léčiv do žilního řečiště, není však v některých případech ideální, je nutné jej pravidelně přepichovat a nelze do něj podávat všechna léčiva. Při použití léčiv specifických vlastností (vysoké pH, vysoká osmolarita...) je nutné zajistit adekvátní centrální přístup. Klasický centrální žilní katetr sice aplikaci agresivních léčiv umožňuje, je však nutné jej taktéž přepichovat (cca jednou za 7–14 dní). Někteří pacienti mají proto

po dobu až několika let zajištěné permanentní žilní vstupy, které nutnost opakovaného napichování periferní žil snižují na minimum. Tyto vstupy byly během let modernizovány tak, aby širě jejich využití byla co nejvyšší, s maximálním pohodlím a šetrností pro pacienta. Katetry, které mají vydržet delší dobu, mohou omezovat pacienta v běžných činnostech a způsobovat tak nepříjemné pocity v průběhu léčby.

### Závěr

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že většina pacientů sice o možných alternativách aplikace parenterálních léčiv ví, nicméně jejich informace o této problematice jsou nedostatečné. Více než polovina dotázaných neznala rizika, která obnáší podání parenterálních léčiv. Během léčby jsou pacienti vystavováni velké psychické zátěži, která může být zmírněna postupy šetrnými periferní žilní řečiště. Většina pacientů má zkušenost s opakovaným napichováním žil na ruce, které je u pacientů trpících vážným onemocněním velmi nepříjemné. Pacienti, kteří nějaký žilní vstup mají, s ním jsou většinou spokojeni a vstup tak plní svůj cíl, tedy maximální komfort pacienta. Tato informace byla potvrzena pacienty samotnými. Valná většina pacientů by zavedení dlouhodobého vstupu doporučila ostatním pacientům. Díky relativně snadnému zavedení a metodám zvyšujícím bezpečnost při inzerci počet pacientů s trvalými vstupy narůstá. Jelikož jsou tyto vstupy vhodné pro aplikaci rizikových léčiv, není opodstatněné pro podávání do periferního žilního systému v případech, že není trvalý vstup kontraindikován. Je proto nezbytné zvyšovat povědomí pacientů i zdravotního personálu, aby tyto vstupy nebyly využívány pouze

pracovištěm, na kterém se pacient léčí, ale byli je schopni používat i pracovníci v jiných zařízeních.

### Literatura

1. Kupka M. Vybrané kapitoly z kulturní antropologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2007.
2. Praško J. Úzkostné poruchy. Praha: Portál 2005.
3. Hartl P, Hartlová H. Velký psychologický slovník. Praha: Portál 2010: 554.
4. Praško J, Prašková H, Prašková J. Specifické fobie. 1. vyd. Praha: Portál 2008.
5. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(4): 273–281.
6. Öst LG. Blood and injection phobia: background and cognitive, physiological, and behavioral variables. J Abnorm Psychol 1992; 101(1): 68–74.
7. Seligman M. Phobias and preparedness. Behavior Therapy 1991; 2: 307–320.
8. Praško J, Vyskočilová J, Prašková J. Úzkost a obavy: jak je překonávat. Praha: Portál 2008.
9. Ditto B, France CR, Holly C. Applied tension may help retain donors who are ambivalent about needles. Vox Sanguinis 2009; 98(3 Pt 1): e225–e230.
10. Nešpor K. Bolest se dá zvládnout. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2004.
11. Janáčková L. Bolest a její zvládnání. Praha: Portál 2007: 18.
12. Opavský J. Bolest v ambulanci. 1. vyd. Praha: Maxdorf 2011.
13. Maňásek V. Žilní vstupy pro aplikaci léčiv. Nepublikovaná bakalářská práce: Ostravská univerzita v Ostravě 2015.
14. Haškovcová H. Lékařská etika. 4. vyd. Praha: Galén 2015.
15. Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. Praha: Portál 2010.
16. Nagy M. The child's theories concerning death. J Genet Psychol 1948; 83: 199–216.
17. Kupka M. Psychologické aspekty paliativní péče. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2011.
18. Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén 2007.
19. Vymětal J. Lékařská psychologie. Praha: Portál 2003.
20. Křivohlavý J. Psychologie nemocí. Praha: Grada 2002.
21. Kalvodová L [online]. Psychika onkologického pacienta během léčby. [aktualizováno 14. září 2010; citováno 30. června 2015]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-pacienty/pece-o-pacienta/psychologicka-podpora-pacientu/psychika-onkologického-pacienta-behem-lecby/>.
22. Mikšová Z et al. Kapitoly z ošetřovatelské péče. Praha: Grada 2006.
23. Puchmayer V, Roztočil K et al. Praktická angiologie. 2. vyd. Praha: Triton 2003: 207.