

Kvalita života pacienta po chemoterapii

Eva Dobroslávková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Dobroslávková**
Osobní číslo: **H14155**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života pacienta po chemoterapii**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti chemoterapie a specifik ošetrovatelské péče na onkologickém oddělení.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace průzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh výsledků pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN. Palliative care nursing: quality care to the end of life. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, c2006, 476 p. ISBN 0-8261-5794-7.

NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016, 532 s. ISBN 978-80-204-3944-4.

OPATRná, Marie. Etické problémy v onkologii. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, 144 s. ISBN 978-80-204-1876-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

VORLÍČEK, Jiří a kol. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová

Ústav zdravotnických věd

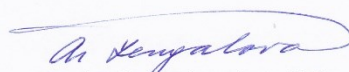
Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2017

Roberta Vlková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacienta po chemoterapii. Teoretická část je rozdělena na nádorové onemocnění, léčba a nežádoucí účinky, aplikace chemoterapie, specifika ošetrovatelské péče na onkologickém oddělení a kvalita života. V praktické části jsou vypracovány grafy podle standardizovaného dotazníku, kde sběr probíhal v Klinickém onkologickém centru KNTB, a.s. Cílem práce bylo zjistit, jak chemoterapie ovlivňuje kvalitu života pacienta. Zjištěné výsledky jsou vyobrazeny v diskuzi a závěru bakalářské práce.

Klíčová slova: nádorové onemocnění, chemoterapie, kvalita života, PNAP

ABSTRACT

The bachelor thesis deal with quality of life the patient after chemotherapy. The theoretical part is divided into cancer, treatment and side effects, application of chemotherapy, nursing care specialization in oncology department and quality of life. In practical part, charts are prepared according to standardized questionnaire, where the collection took place at the Clinical oncological center of KNTB, a.s. The aim of this work was to find out how chemotherapy affects the patient's quality of life. The results are shown in the discussion and the conclusion of bachelor thesis.

Keywords: cancer, chemotherapy, quality of life, PNAP

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Jarmile Verešové, za to, že se mnou spolupracovala s chutí a nadšením pro tohle téma. Dále bych ji ráda poděkovala za rady, které mi pomohly k psaní bakalářské práce, za trpělivost a podporu mého kritického myšlení. Také bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zapojili do mého výzkumu, i když vyplňování dotazníku pro ně nebylo vždy jednoduché a zaměstnancům onkologického centra KNTB, a.s. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině, mému příteli a mé kamarádce za projevenou podporu a víru ve mně.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 HISTORIE A SOUČASNOST ONKOLOGICKÉ LÉČBY	12
1.1.1 Popis komplexní onkologické léčby	13
1.1.2 Národní onkologický registr	13
1.2 ETIOLOGIE NÁDORU	14
1.2.1 Genetické (vnitřní) vlivy ovlivňující růst nádoru.....	14
1.2.2 Zevní vlivy ovlivňující růst nádoru.....	14
1.3 VZNIK METASTÁZ.....	15
2 LÉČBA A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PROTINÁDOROVÉ FARMAKOTERAPIE	16
2.1 KURATIVNÍ TERAPIE	16
2.2 ADJUVANTNÍ TERAPIE	16
2.3 NEADJUVANTNÍ TERAPIE	17
2.4 NEKURATIVNÍ TERAPIE.....	17
2.5 CHEMOTERAPIE	17
2.6 CYTOSTATIKA	18
2.7 PODPŮRNÁ A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA.....	18
2.7.1 Nevolnost a zvracení	19
2.7.2 Kardiotoxicita.....	19
2.7.3 Nefrotoxicita a urotoxicita	20
2.7.4 Podpora bisfosfonáty.....	20
2.7.5 Febrilní neutropenie	21
2.7.6 Kožní toxicita	21
2.7.7 Anémie	22
2.7.8 Poškození sliznic gastrointestinálního traktu (zácpa, průjem).....	22
2.7.9 Nutrice.....	23
2.7.9.1 Nutriční intervence všeobecných sester na onkologickém oddělení ...	24
3 APLIKACE CHEMOTERAPIE.....	25
3.1 PŘÍPRAVA CYTOSTATIK	25
3.2 APLIKAČNÍ STACIONÁŘE	25
3.3 KOMUNIKACE S PACIENTEM PŘI PODÁVÁNÍ CYTOSTATIK	26
3.4 ZPŮSOBY PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE	27
3.4.1 Periferní žilní katetr.....	27
3.4.2 Centrální žilní katetr.....	28
3.4.3 Intravenózní port	28
3.4.4 Periferně vložený centrální katetr	29
3.4.5 Midline katetr	30
3.4.5.1 Komplikace centrálních žilních kanyl	30

3.4.6	Sledování po léčbě	31
3.4.6.1	Očekávání od rodinných příslušníků	31
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ A KVALITA ŽIVOTA	32
4.1	KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY LÉČENÉHO PACIENTA	32
4.2	POTŘEBY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	33
4.2.1	Biologické potřeby pacienta.....	34
4.2.1.1	Nádorová bolest	34
4.3	PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA	35
4.4	SOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTA	36
4.5	SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTA	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	CÍLE PRÁCE A METODIKA.....	39
5.1	CÍLE VÝZKUMU	39
5.2	METODIKA VÝZKUMU	39
5.2.1	Charakteristika respondentů.....	39
5.2.2	Metoda pro získání dat k výzkumu	40
5.2.3	Organizace a realizace výzkumného šetření	41
5.2.4	Zpracování výzkumných dat	41
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
7	DISKUZE	91
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	94
	ZÁVĚR	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	97
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	100
	SEZNAM TABULEK.....	102
	SEZNAM PŘÍLOH.....	106

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je kvalita života pacienta po chemoterapii. Tuto problematiku jsem si vybrala, protože pracuji na onkologickém oddělení. V práci provádím celkovou ošetrovatelskou péči o paliativního pacienta. Dále se setkávám s aplikací chemoterapie, léčbou bolesti pacienta, rodinnými příslušníky pacienta a smrtí. Přes všechny tyto negativní stránky práce na onkologickém oddělení, jsem si práci oblíbila, naplňuje mě a chtěla bych ji vykonávat i v budoucnu. Pod představou práce na onkologickém oddělení většina nelékařských pracovníků sdílí tvrzení, že by takovou práci vykonávat nemohli. Ztotožňuji se s nimi, že práce na onkologické oddělení není pro každého. Práce je místy náročná, jak fyzicky tak i psychicky. Přes všechny negativa práce na onkologii, tak má tahle práce i své kouzlo, protože zde se setkáte s pacienty a rodinnými příslušníky, kteří jsou zdravotnickému personálu vděční za jejich vykonanou práci.

V teoretické části práce se zabývám historií léčby nádorového onemocnění, jeho etiologií a šíření metastáz. Hlavním bodem mé teoretické části je léčba pacienta pomocí chemoterapie a práce s cytostatickým materiálem, jeho příprava a aplikace cytostatik na aplikačních stacionářích a kvalita života pacienta. Dále se zabývám nežádoucími účinky této léčby a podřídně symptomatickou onkologickou léčbou. Specifická holistická péči o onkologického pacienta je v práci také zahrnuta.

V praktické části se zabývám kvantitativním výzkumem mezi pacienty na téma kvalita života pacienta po chemoterapii. Zvolila jsem techniku dotazníkového šetření z důvodu plošného získávání informací od větší skupiny respondentů. Použila jsem standardizovaný dotazník PNAP, který se zabývá potřebami pacientů v paliativní péči. Je to jeden z mála přeložených dotazníků týkající se této problematiky. S pacienty po chemoterapii se setkávám velmi často a zajímá mě, jak se po léčbě cítí, jak vnímají sami sebe, jestli upřednostňují biologické potřeby nad psychickými a naopak. Tato informace je pro mě důležitá z důvodu zkvalitnění poskytované péče právě těmto pacientům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Nádor (tumor, novotvar) je patologický útvar, který roste nezávisle na potřebách organismu a nemůže se proměnit zpět na normální tkáň. Máme dva druhy nádorů a to benigní, a maligní. Nádor může vyrůst v kterékoliv oblasti lidského těla. Benigní nádor je ohraničený, netvoří metastázy, má většinou dobrou prognózu a dá se snadno chirurgicky odstranit. Roste většinou expanzivně, tedy utlačuje danou tkáň, což může vyvolat život ohrožující stav v případě, že se jedná například o nádor mozku. Benigní nádor může změnit svou povahu a může se z něho stát nádor maligní. Maligní nádor infiltruje, tedy prorůstá do okolní tkáně, vytváří vzdálené metastázy, bývá agresivní a chirurgicky obtížně odstranitelný. Neléčený maligní nádor má dopad na celý organismus a způsobuje jeho zánik (Vokurka a Hugo, c2007, s. 307; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 53).

Nádorové onemocnění se může léčit mnoha způsoby. Jedním z nich je chirurgický výkon, kdy se odstraní celý nádor i s okolní zdravou tkání. U neohraničeného nádoru nebo rozptýleného nádoru, jako je například leukémie, se tato metoda použít nedá. Dalším způsobem léčby je radioterapie. Ta často doplňuje provedený chirurgický zákrok a ještě častěji bývá v kombinaci s chemoterapií (konkominální chemoradioterapie). Tato metoda vede k dobrým výsledkům, ale má častější nežádoucí účinky, které jsou ošetřeny podpůrnou léčbou (Fridrichová, 2014, s. 2 - 3).

1.1 Historie a současnost onkologické léčby

Nádorová onemocnění provázejí lidstvo od nepaměti. Archeologické nálezy ve Starověku objevily na kosterních ostatcích útvary, které odpovídaly kostním nádorům. První zmínky o nádorech a jejich doporučení k léčbě se objevují ve spisech starověkých učenců všech kultur. Hippokrates popsal nádorové onemocnění jako jednotku, kdy patologický úkaz, který pravděpodobně viděl, při svém šíření vypadal jako klepeta kraba, od kterého pravděpodobně pochází i název karcinom (karkínos – krab). Leonidas zkoušel první medikamentózní léčbu pomocí arseniku a různých extraktů z rostlin nebo plodů jako prvotní chemoterapii. Galén porovnával formy nádorového bujení. V dobách středověku Avicenna ve svém díle Kánon medicíny uvádí možné způsoby nádorových onemocnění. Z tohoto období se dochovalo mnoho zpráv a informací o nádorovém onemocnění, ale lidé tomu nepřikládali takovou váhu, protože se objevovala jiná onemocnění a vzhledem ke kratší délce

života nebyla nádorová onemocnění tak častou chorobou jak je tomu dnes (Klener, c2002, s. 1).

Systematický zájem o problematiku nádorového onemocnění byl zaznamenán od 19. století. Interní a chirurgičtí lékaři přinášeli první informace o tomto závažném onemocnění. V tomto období došlo k zdokonalení chirurgických technik a s objevem celkové anestezie došlo k využití rentgenových paprsků a rádia. Tyto objevy přinesly naději v dříve beznadějně prognóze nádorových onemocnění (Klener, c2002, s. 1).

V českých zemích v roce 1904 vznikl v Praze Spolek pro zkoumání a potírání rakoviny, se zájmem o vybudování zdravotnického zařízení pro léčbu novotvarů. Tehdejší odborníci varovali společnost proti léčbě u šarlatánům a léčitelů. Za podpory Československého červeného kříže a Ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy vznikl onkologický ústav, který dal začátky vzniku dnešnímu Ústavu radiační onkologie v Praze Na Bulovce (1936). Vznikaly další odbočky spolku, které daly za vznik dnešnímu Masarykovu onkologickému ústavu v Brně roku 1933 (Klener, c2002, s. 2).

V období 2. světové války se v oblasti onkologie přestalo se všemi aktivitami. Vznikla Československá lékařská společnost J. E. Purkyně, pod kterou se onkologická sekce jenom rozvíjela. Onkologická společnost se rozdělila na radioterapeutickou a onkologickou. V Brně se začaly konat první Brněnské onkologické dny, které jsou dnes uznávanými Konferencemi v České Republice (Klener, c2002, s. 3).

1.1.1 Popis komplexní onkologické léčby

Nádorové onemocnění není postižení jednoho konkrétního orgánu, ale těla jako celku. Protinádorová léčba může přinášet život ohrožující komplikace, proto je tato léčba příkladem multidisciplinárního typu péče. Základními členy musí být lékař diagnostik a všeobecná sestra. Do multidisciplinárního týmu se řadí i další odborníci, jako jsou: patolog, radiolog, chirurg, gynekolog, urolog, imunolog, radioterapeut, psycholog, rehabilitační pracovník, nutriční sestra a další specialisté podle postižení tělního systému a přidružených komplikací zdravotního stavu (Klener, c2002, s 3 - 4).

1.1.2 Národní onkologický registr

Národní onkologický registr (NOR) vznikl počátkem devadesátých let. Řídícím orgánem je Rada NOR, která odpovídá za metodickou koordinaci, provoz registru a podílí se na jejím

finančním a legislativním zajištění. Základní funkcí NOR je hlášení novotvaru. Každý lékař, který diagnostikuje zhoubný nádor, musí nahlásit okresnímu pracovišti NOR výskyt nádorového onemocnění. Lékař také odesílá kopie histologických vyšetření, operační protokoly, propouštěcí zprávy a mimo jiné i listy o prohlídce zemřelého. Pracoviště NOR data sbírá, porovnává, vyhodnocuje a zajišťuje informační databázi využitelnou pro preventivní onkologické programy nebo výzkumy (Klener, c2002, s. 8 - 9).

1.2 Etiologie nádoru

Za vznik maligního onemocnění můžeme považovat genetiku, tedy vnitřní faktory, nebo zevní faktory z okolního prostředí. Vždy se jedná o komplexní příčiny, které z části můžeme ovlivňovat tak, že je budeme minimalizovat, nebo je zvyšovat (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 33).

1.2.1 Genetické (vnitřní) vlivy ovlivňující růst nádoru

Nádorové onemocnění je způsobeno i genetickými vlivy. Vrozené mutace způsobují vysokou predispozici ke vzniku maligní choroby. Hereditární formy nádoru označujeme jako familiární nádory. Znamená to, že se nádor stejného typu se vyskytuje v jedné rodině, několik generací po sobě. Zjištění familiárního výskytu vede k doporučení začít s preventivním programem dříve. Tyto nádory mají společnou vlastnost, že postihují mladší generaci v dřívějším věku. Při podezření na tento výskyt by měl být daný člověk poslán do speciální genetické poradny, kde se vyšetří určité geny a současně jejich mutace. Při pozitivním nálezů je danému člověku doporučen preventivní program a speciální zákroky s cílem zamezit vzniku nádorového bujení, nebo rozpoznat jeho vznik v počátečním stádiu. Nejznámější případ z poslední doby je ablace prsou Angeliny Jolie (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 47 - 48).

1.2.2 Zevní vlivy ovlivňující růst nádoru

Mezi zevní vlivy patří:

1. Tabák a kouření – ovlivňuje jak aktivní kuřáky, tak pasivní. Významný je pronádorový vliv kouření na orgány v těle.

2. Pohybová aktivita – má příznivý vliv na redukci hmotnosti a stimulaci imunitního systému. Za zvýšenou fyzickou aktivitu, která pozitivně ovlivňuje potenciální snížení nádorového onemocnění je považováno 30 - 60 minut aktivního cvičení denně.
3. Výživa – potravu do těla dostáváme velké množství chemických látek, které se transportují ze střeva do krevního oběhu a ke všem buňkám v těle. Výživa představuje ochranný, neutrální nebo negativní vliv na tělo, podle toho jaké potraviny jíme. Vlákna a vitamíny se řadí k pozitivním ochranným faktorům proti nádorovému onemocnění. Rostlinné tuky, které jsou konzumovány ve velké míře, vedou k obezitě a tím i k vyššímu riziku vzniku onemocnění. Obezita zkracuje život různými chorobami častější výskyt nádorového onemocnění. Alkohol je veden jako karcinogen 1. skupiny a zvyšuje riziko pro vznik nádoru GIT.
4. Infekce – mezi nejznámější viry, které způsobují rakovinové bujení, patří virus Hepatitidy B a bakterie *Helicobacter pylori* a také lidský Papilomavirus.
5. Ionizující záření – má prokázanou schopnost vyvolat maligní chorobu, například při výbuchu atomových elektráren a tím způsobenou po radiační smrti.
6. Chemická karcinogeneze – chemické látky vyvolávají vznik nádorového onemocnění. Tyto látky na lidské tělo působí ze všech stran. Existuje mnoha studií, které se tímto problémem zabývají.
7. Chemoprolaxe – je termín pro prevenci pomocí chemicky připravené látky zdravým lidem, nebo lidem s vyšším rizikem vzniku nemoci, například se podává estrogen u karcinomu prsu. Chemoprolaxe se také využívá po vyléčení nádorové populace v těle, aby se stav těla v remisi udržel co nejdéle.

(Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 34 – 46).

1.3 Vznik metastáz

Metastáza je vzdálené sekundární ložisko již vzniklého nádoru v organismu. Nádor se v organismu šíří různými způsoby. Máme přímé šíření, kdy nádor prorůstá do vedlejší tkáňě tzv. porogenně, což znamená šíření nádorových elementů v tělních dutinách. Hemogenním metastázováním jsou nádorové elementy vyplavovány do periferní krve, kde se usadí na vzdáleném ložisku a začnou zde růst. Lymfogenní metastázování se děje pomocí lymfatických cév, kdy nádorový element je zanesen do lymfatických uzlin (Vokurka a Hugo, c2007, s. 286; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 54).

2 LÉČBA A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PROTINÁDOROVÉ FARMAKOTERAPIE

V léčbě nádorového onemocnění se často kombinuje více léčebných metod, které se vzájemně doplňují, aby byla léčba co nejefektivnější. Pokud je nádorová tkáň citlivá na ozáření, používáme radioterapii. Mezi další metody řadíme chirurgické odstranění nádoru, které je často doplněno o metodu chemoterapie, kdy bojujeme proti nádoru pomocí cytostatik. U hormonálně dependentních nádorů využíváme hormonální léčbu, kdy je kladen za cíl potlačení účinku hormonu, který může ovlivňovat rozvoj nádorového onemocnění. Pomocí imunoterapie a imunitního systému jsme schopni ničit nádorovou populaci nezávisle na jejím buněčném cyklu, ta může být totálně zničena, pokud není příliš početná (Tomášek, 2015, s. 81).

Pro klinickou onkologii platí zásada, že před zahájením léčby se stanovuje cíl, ten však nemusí být uskutečnitelný, protože se může vývoj nemoci změnit, než předpokládáme. V onkologii užíváme odborné termíny jako kurativa a paliativa, mezi těmito termíny není pevná hranice, typy léčby se navzájem prolínají. Z toho důvodu je léčba onkologického pacienta individuální (Opatrná, 2008, s. 40 – 41).

2.1 Kurativní terapie

Kurativní terapie si klade nejvyšší cíl, a to vyléčení nemocného a úplné odstranění nádoru. Tato terapie výrazně zhorší kvalitu života pacienta, a proto musí být podpořena podpůrnou a symptomatickou léčbou. Terapii je možné doplnit dalšími způsoby léčby k dosažení remise. Řadíme sem chirurgické odstranění nádoru, nebo radioterapii. Touto léčbou můžeme odstranit například akutní leukémii, Hodgkinovu chorobu určitého typu, nebo testikulární nádor (Adam, Koptíková a Vorlíček, 2003, s. 226; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 74).

2.2 Adjuvantní terapie

Adjuvantní terapie se užívá v případě, kdy bylo odstraněno velké nádorové ložisko pomocí radioterapie nebo cytostatické léčby. Předpokládáme, že jsou v organismu mikrometastázy, které neumíme zjistit a tato terapie má za cíl likvidovat zbytkovou nádorovou populaci. Cytostatika se vybírají podle vyzkoušené účinnosti na druh dané nádorové populace. Mikrometastázy jsou nejcitlivější bez velkého nádorového ložiska, a proto by chemotera-

pie měla být podána co nejdříve od operace. Nežádoucí účinky se objevují po 7 – 15 letech ve formě sekundární malignity (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 75).

2.3 Neadjuvantní terapie

Neadjuvantní terapie je chemoterapie, která je podávána před chirurgickou léčbou popř. radioterapií. Má za úkol zmenšit primární nádor a usnadnit operabilitu a vést k zachování funkce orgánu. Riziko této léčby je v chemorezistenci nádoru na podané cytostatikum a tím oddálení operačního výkonu a vystavení pacienta delšímu psychickému stresu. Touto terapií se ovšem nemohou léčit všechny druhy nádorů. Terapie je vždy individuální k pacientovi a schopnosti proveditelnosti zdravotnického pracoviště (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 75).

2.4 Nekurativní terapie

Nekurativní terapie zabíjí nádorové buňky, ale ne v takové míře jako kurativní chemoterapie. Tato léčba je volena v případech, kdy věk pacienta, stádium nemoci, nebo přidružené choroby neumožňují vyléčení. Nekurativní terapie se přiklání k léčbě symptomatické, protože pomáhá ulevit od bolesti, zastavuje krvácení a prodlužuje délku života. Ve starší literatuře najdeme termín paliativní léčba nebo medicína ve smyslu nekurativní protinádorové léčby. V posledních letech se vyčlenil nový obor s názvem „paliativní medicína“, která umožňuje pacientům v terminálním stádiu symptomatickou léčbu a jejich důstojné dožití života (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 75 - 76).

2.5 Chemoterapie

Protinádorovou chemoterapii také nazýváme cytostatickou léčbou, která patří k základním metodám léčby onkologického onemocnění. Chemoterapií podáváme cytostatická léčiva do lidského těla ve formě tablet, nebo injekčních roztoků. Roztoky můžeme podat intravenózně. Do tělního oběhu se cytostatika dostanou pomocí krevního oběhu a tím i k cílovým nádorovým buňkám (Dientsbier, Skala a Fridrichová, 2014, s. 21 - 22).

Chemoterapie musí být správně nastavena, a doplněna o podpůrnou léčku, aby pomohla k úspěšné léčbě nebo k prodloužení života nemocného. Taktika správné cytostatické léčby závisí na pěti základních bodech.

1. Léčba musí být zahájena co nejdříve. Méně pokročilý nádor obsahuje nižší počet nádorových buněk a jejich citlivost k chemoterapii je zvýšená.
2. Kombinace cytostatik musí být v maximální dávce, kterou pacient je schopný tolerovat. Cytostatika jsou v kombinaci s různými mechanismy účinku, tak aby zasáhly do různých etap buněčného cyklu. Poddávkování pacienta vede k riziku vzniku rezistence na cytostatikum. Nežádoucí účinky jsou tlumeny podpůrnou léčbou.
3. Léčba je cyklická. Přestávky jsou nutné k obnově poškozených zdravých tkání. Nádorová populace se každým cyklem zmenší.
4. Přestávka mezi cykly musí být dodržována, nejčastěji dva až čtyři týdny v 4-6 sériích. Zkrácení intervalu vede k nízké obnově krvetvorby. Prodloužení intervalu vede k znovu obnově nádoru na jeho výchozí buněčnou četnost. Každou komplikací se přestávka prodlužuje a tím se zvyšuje riziko neúčinnosti léčby.
5. Léčba by se měla prodloužit i po období klinické remise (Klener, 1999, s. 17 – 18).

Mezi faktory ovlivňující účinnost chemoterapie patří fyzická zdatnost. S klesající fyzickou zdatností mizí i pravděpodobnost úspěchu léčby. Přítomnost kachexie je dalším nepříznivým faktorem pro efekt cytostatické léčby, protože lidské tělo je slabé k boji s nádorovou populací. U některých nádorů chemoterapie nepřinese zlepšení a je vhodné ji ukončit (Adam, Koptíková a Vorlíček, 2003, s. 243 - 246).

2.6 Cytostatika

Cytostatika jsou látky buď přírodního charakteru, nebo uměle vytvořené. Rušivě zasahují do buněčného cyklu, kterým se nádorové buňky rozmnožují a vznikají nové buňky. Ve výzkumných laboratořích se každoročně připravuje mnoho nových látek, ale jenom jedna nebo dvě látky se dostanou do praxe. Zatím neexistují účinná cytostatika, která by nepoškodila zdravou tkáň. Cytostatika se původně používala pro léčbu infekčního onemocnění ve formě antibiotik. Zaznamenal se dobrý účinek v léčbě onkologického onemocnění a z tohoto důvodu se tento termín objevil v onkologii (Fridrichová, 2014, s. 3 - 4).

2.7 Podpůrná a symptomatická léčba

Usiluje o nejlepší možnou kvalitu života pacientů a jejich blízkých po celou dobu onkologického onemocnění. Je zaměřena na bolest, dušnost, mukozitidu po chemoterapii, anemie,

trombocytopenii a zmírnění psychických obtíží při léčbě (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 76).

2.7.1 Nevolnost a zvracení

Podávání chemoterapie bez kvalitní antiemetické přípravy pacienta není z lékařského hlediska přípustné. Prevence emetogenního účinku cytostatik má velký význam pro kvalitu života pacienta. Podle charakteru zvracení rozdělujeme:

1. Akutní zvracení - objevuje se v den podání chemoterapie, při podání vysoce emetogenních cytostatik. Postihuje pacienty, kteří špatně tolerovali předchozí cykly chemoterapie, často trpící úzkostí a byli bez dostatečného spánku před chemoterapií. Nižší intenzita zvracení byla vyzorována u alkoholiků.
2. Oddálené zvracení – je období od dvou až pěti dnů po ukončení chemoterapeutického cyklu. Vyskytuje se u osob s únavovým syndromem, žen a abstinentů.

Zvracení a nevolnost se často vyskytuje i před podáním cytostatika. Důvodem může být nesprávně zvolená antiemetická profylaxe při prvních cyklech léčby nebo psychogenní faktory, jako je strach, úzkost a deprese.

Pacienti, kteří podstupují chemoterapii, mohou mít nevolnosti a zvracení vyvolané i jinou příčinou, než chemoterapií. Při léčbě bychom měli myslet i na tento důležitý faktor. Při komplexní léčbě jedno z mnoha faktorů mohou být mozkové metastázy a obstrukční ikterus (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 506 -507).

2.7.2 Kardiotoxicita

Kardiotoxicitu vyvolávají alkylační cytostatika, která jsou pacientovi podávána ve velkých dávkách (cyklofosfamid, paklitaxel, doxorubicin). Srdeční postižení můžeme nejlépe diagnostikovat pomocí echokardiografického vyšetření. Toto vyšetření dokáže zachytit pokles funkce srdeční komory, dříve než se projeví známky srdeční nedostatečnosti. Další vyšetření, kterým odhalíme kardiotoxicitu, je magnetická rezonance srdce. Dostupnost a cena této metody je limitována pro její používání. Endomyokardiální biopsie by byla nejlepším řešením, je to ovšem invazivní metoda, která není běžně u onkologických pacientů využívána. Stanovení kardiálního postižení můžeme poznat z krevních odběru na myoglobin a troponin, který odhalí infarkt myokardu nebo myokarditidu. Můžeme také odebrat markery

(BNP a NT-proBNP – N), které jsou produkovány myokardem při zvýšené napětí stěny svaloviny a tlakového přetížení srdce.

Akutní změny se objevují během prvních několika hodin po aplikaci chemoterapie. Projevují se změnami na ST-T úseku na EKG křivce, arytmii, nebo supraventrikulárními tachykardiemi. Chronická toxicita se objevuje několik let po ukončení léčby jako srdeční nedostatečnost s výskytem tachykardie, dušnosti, otoků, neproduktivního kašle a arytmie.

Prevenici kardiotoxického poškození je interní a kardiologické vyšetření před začátkem chemoterapie, při chemoterapii dodržování dávek cytostatické léčby, sledování pacientů pomocí EKG a následnou terapii svěřit do rukou kardiologa (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 513 -516).

2.7.3 Nefrotoxicita a urotoxicita

Ledvinné selhání se nemusí vyskytovat u všech pacientů, kteří podstoupí chemoterapii s nefrotoxicým cytostatikem. Prevencí je diagnostikovat selhání ledvin, nebo jejich změněnou funkci před začátkem chemoterapie. Příčinou může být porogenní šíření nádoru do ledviny a vývodných cest, srdeční selhání, nebo jiná onemocnění ledvin. První opatřením před vysazením onkologické léčby je léčba antihypertenzivy a při aplikované chemoterapii sledovat diurézu (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 520 – 522).

2.7.4 Podpora bisfosfonáty

Sekundární karcinomy dávají za vznik kostním metastázám. Ty zapříčiní vznik osteoporózy a podnítlí vznik patologické zlomeniny kostí, nebo přispívají k hyperkalcémii. Kostní metastázy jsou příčinou silných bolestí. Bisfosfonáty jsou léky, které snižují kostní resorpci a inhibují aktivitu osteoklastů. Mají přímý protinádorový účinek. Jejich nevýhodou je, že se špatně vstřebávají z trávicího traktu. Vstřebávání perorálních bisfosfonátů klesá, pokud je lék podán současně spolu se stravou, proto se podávají ráno na lačno, nejlépe dvě hodiny před snídaní. Další doporučení při užívání je nejíst mnoho mléčných výrobků v dopoledních hodinách. Léčba je zahájena při potvrzení kostní léze na více diagnostických metodách (RTG, scintigrafie, MR, CT). Délka léčby aplikace bisfosfonátů není časově omezena. Několik týdnů po vysazení dochází k obnově kostní tkáně, ale terapie může být prováděna, dokud se stav pacienta nezlepší. Účinnost léčby je kontrolována pomocí vyšetření kreatininu clearance. V průběhu léčby je vhodná substituce vitamínu D a kalcia. Mezi nežádoucí účinky patří renální toxicita a výskyt osteonekrózy čelisti, ta ale nemusí

být způsobena jenom terapií bisfosfonátů, ale přispívá k nim špatná hygiena chrupu, užívání kortikosteroidů, terapií pomocí interferonu a komorbidit, jako je diabetes mellitus. Při komplikaci se pacientovi nasazují antibiotika a anestetika (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 527 – 533).

2.7.5 Febrilní neutropenie

Subfebrilie nebo febrilie mohou provázet maligní onemocnění. Nádory způsobují zvýšení tělesné teploty jejich zvýšenou produkcí endogenních pyrogenů. Pyrogeny v organismu ovlivňují termoregulační centrum, konkrétně v hypothalamu a zvyšují jej na vyšší hodnotu. Febrilní neutropenie se objevuje u pacientů, kteří mají počet neutrofilů v krvi $0,5 \times 10^9/l$ a tělesná teplota je nad $38,3^\circ\text{C}$, nebo dvakrát v rozmezí jedné hodiny nad $38,0^\circ\text{C}$. Teplota může být i nižší, ale v organismu se projevují známky zánětu (zvýšené CRP, sedimentace). Při diagnostice febrilní neutropenie se pátrá po známkách infekce v organismu. Při podezření na infekci provádíme odběry krevního obrazu s diferenciálem, CRP, biochemické vyšetření krve k funkci jater a ledvin. Taktéž provádíme odběr hemokultur, na anaerobní, aerobní a mykotické původce infekce. Infekce může být i ve vstupech centrálního nebo žilního katetru, proto provádíme odběr hemokultur i z každého lumene CŽK zvlášť, které musíme pečlivě označit. Dále se provádí RTG hrudníku s cílem zjištění plicního výpotku, který by mohl být zánětlivý. Při infekci CNS se provádí vyšetření mozkomíšního moku. Febrilní neutropenii můžeme léčit za hospitalizace i ambulantně. Při ambulantní léčbě je důležitá spolupráce jedince a rodiny, musíme zajistit telefonické spojení 24 hodin denně a pacient musí mít možnost dopravy do nemocnice do 1 hodiny z důvodu vzniku neočekávaných komplikací. Léčba se provádí podle původce infekčního onemocnění, při vzniku opětovné infekce je vhodné použít jiná antibiotika než při první epizodě léčení. Dále je vhodné zvážit druh chemoterapie, kterou je pacient dosud léčen (Adam, Koptíková a Vorlíček, 2003, s. 128; Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 535 – 542).

2.7.6 Kožní toxicita

Kožní toxicita je zapříčiněná častému používání nových léků. Příčina nežádoucích účinků je neznalost biologických dějů probíhajících v lidském organismu a z toho vyplývá četnost ukončení léčby. Nežádoucí účinky se vyskytují častěji u biologické terapie, než u chemoterapie. Před ukončením biologické léčby, by se měly vyzkoušet všechny doporučené postupy k léčbě nežádoucích účinků, aby vysazení protinádorové léčby nebylo předčasné. Pa-

pulopustulózní výsev se vyskytuje na kalvě, střední části obličeje, krku a na trupu. Všechny léze vymizí po skončení léčby. Léze mohou zanechat hyperpigmentaci, teleangiektázii nebo xerózu kůže. Mezi prevencí kožní toxicity je používání pH neutrálních mýdel, pokožku dostatečně hydratovat a chránit před slunečním zářením, nejméně po dobu aplikace protinádorové léčby. Pacient by také neměl používat kosmetické přípravky s obsahem alkoholu. Mezi další projevy kožní toxicity řadíme erytém, edém tkáně, hyperkeratóza kůže a vznik bolestivých fisur, depigmentace vlasů a nehtů a v neposlední řadě svědění, alopecie, nebo hirsutismus, který je obtížné léčený a nemá tendenci spontánně vymizet. Léčba se provádí pomocí stěru na bakterie a druhu antibiotik podle původce. Systémové podávání antihistaminik, nošení pohodlného oblečení a obuvi a ochrana kůže rukavicemi při práci (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s 545 – 549).

2.7.7 Anémie

Anémie je snížení hladiny hemoglobinu pod 100 g/l. Anemie je častým nálezem u onkologického onemocnění, kdy může být přímým důsledkem onemocnění, léčby, renálního postižení, nebo působení dalších faktorů. Postihuje až 54% pacientů léčených chemoterapií a radioterapií. Anémii můžeme rozdělit od tří skupin, kdy je snížena produkce erytrocytů, zvýšená destrukce erytrocytů, nebo při velké krevní ztrátě. Léčba anémie by měla být součástí komplexní onkologické péče, kdy je posouzen klinický stav pacienta a jeho přidružená onemocnění. Pacient může být léčen pomocí podání krevní transfuze za hospitalizace, nebo ambulantně podání medikamentózního přípravku. Další druhy mohou být z důvodu chronického onemocnění (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s 569 – 572).

2.7.8 Poškození sliznic gastrointestinálního traktu (zácpa, průjem)

Sliznice zažívacího traktu je citlivá a rychle se obnovuje. Buňky mohou být poškozeny při cytostatické terapii. Po použití některých cytostatik (5-fluoracil), může následovat průjem doprovázený krví. Všeobecná sestra spolu s lékařem by měli pacienta edukovat o výskytu poškození sliznice gastrointestinálního traktu, o důsledné hygieně zažívací trubice, používání kvalitních pomůcek pro hygienu kůže (bez alkoholu, měkký toaletní papír, kůži jemně omýt a nedřít ji a promazávat kůži) a výskyt průjmu hlásit lékaři. Při značném poškození sliznice gastrointestinálního traktu může průjem přejít v zácpu a zácpa do stavu střevního ileu (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 142 -143).

Zácpa je také vedlejším nežádoucím účinkem užívání opioidních analgetik. Onkologičtí pacienti v terminálním stádiu života trpí imobilizačním syndromem na všech tělních systémech. Opioidní analgetika snižují gastrointestinální motilitu střev a tím zvyšují riziko komplikace zácpy. Zácpa může být vyvolána i psychickým stresem, nebo může mít přímou souvislost s nádorovým onemocněním například obturované střevo nádorem, nebo část trávicí trubice vyplněné karcinomem (Matzo and Sherman, c2006, p. 332).

2.7.9 Nutrice

Péče o nutriční stav onkologického pacienta je součástí anamnézy a lékařského vyšetření při každé hospitalizaci. Výživa je důležitý stav, který udržuje v organismu základní životní funkce, imunitní reakce a ovlivňuje výkonnostní stav pacienta. Výživa také ovlivňuje kvalitu života pacienta a přispívá k možnostem léčby vlastního nádoru a léčebným výsledkům. Malnutrice může zkomplikovat celý průběh léčby a ovlivnit tak její konečný výsledek. Může být zapříčiněná malým příjmem a zvýšeným výdejem energie. Energie v organismu je vázaná na obsah energetické složky (proteiny, sacharidy a lipidy), obsah také stopových prvků, vitamínů a minerálů a také vody v organismu. Lipidů by měla strava obsahovat 25 - 30%, u onkologicky nemocných často dochází k poruše metabolismu lipidů z důvodu působení látek, které jsou uvolňovány z nádorových buněk a látek uvolněných z makrofágů. Zdrojem 50 – 60% energie jsou sacharidy, které se spotřebovávají anaerobní glykolýzou, tento děj je málo efektivní pro organismus a může vzniknout resistance na inzulin. Proteiny tvoří v organismu 10%, část proteinů v metabolismu bílkovin tvoří močovinu, která je stavebním prvkem pro aminokyseliny. Při hladovění se přednostně využívány tukové rezervy a dochází k lipolýze. V organismu onkologicky nemocného selhává mechanismus kontroly štěpení bílkovin a ty se odbourávají. Malabsorpce může vzniknout vlivem onkologického onemocnění a při jeho léčbě, tedy po operacích na trávicím traktu, nebo při radioterapii v oblasti pánve. Dále bereme v potaz zněnu schopnosti příjmu potravy, při stomatitidách, nebo zněny chuť na sladké a hořké, které způsobuje nechut' k masu. Energetická potřeba organismu se mění podle typu a stádia nádorového onemocnění. Postupně se spotřebovávají zásoby bílkovin ze svalů a zásoby tuků. Přidruženy jsou i další komplikace, jako jsou: změny chutí, změny vůní, nechutenství, malý příjem potravy, zhoršené vstřebávání živin a psychické změny a může se objevit nádorová kachexie. Sledování stavu výživy se zaměřujeme na anamnézu a fyzikální vyšetření. Nejnápadnější známka je změna hmotnosti. Při zjišťování anamnézy se zajímáme o změny chuti k jídlu, pocitů na zvracení, zvracení,

průjmů, zácpy, potíže s polykáním změny v dutině ústní a bolesti. Sledování stavu výživy můžeme hodnotit, pomocí antropometrického měření, biochemického měření, vyšetření krve a fyzikálního měření těla (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s 561 – 566).

2.7.9.1 Nutriční intervence všeobecných sester na onkologickém oddělení

Péče o výživu zajišťuje spolu s lékařem a všeobecnou sestrou ještě i nutriční terapeut. Po zhodnocení nutričního stavu se rozhoduje, jaká nutriční terapie bude zvolena u daného pacienta. Dovoluje-li stav pacienta perorální příjem, snažíme se tuto cestu udržet, protože vyřazení střev z jejich funkce vede k atrofii tkáně a snížení imunitního stavu pacienta. Pacient má doporučené menší porce stravy s vyšším obsahem energie a nutrientů. Jako doplněk stravy můžeme použít sipping, viz příloha 1 (Souhrnný přehled sippingu). Tyto nápoje mají optimální obsah všech složek stravy a vyrábějí se v různých příchutích a variantách. Nejvhodněji jsou podávány ve vlažné podobě.

Další metodou podávání stravy je enterální výživa pomocí sondy – PEG/ PEJ. U onkologických pacientů tahle volba podávání stravy má velkou výhodu, protože si ji může pacient podávat sám v domácím prostředí. Technika podávání je jednoduchá a nevyžaduje sterilní způsob podávání (výjimka PEJ), jako je u parenterální stravy. Parenterální strava je podávána pomocí infuzní terapie a nutričních vaku *all in one*. Nutriční vaky jsou vyráběny ve více formách a jsou uzpůsobeny pro cestu transportu do lidského těla. Stravu také můžeme kombinovat tak, aby způsob stravování byl pro pacienta nejlepší (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s 566 – 567).

3 APLIKACE CHEMOTERAPIE

Před samotnou aplikací chemoterapie musí přijít pacient do onkologického centra v předem dohodnutý termín na odběry krve. Ošetřující lékař si pozve do své ambulance pacienta a informuje se na momentální zdravotní stav. Zhodnotí odebrané krevní odběry a doporučí aplikovat chemoterapii, nebo podpůrnou léčbu na aplikačním stacionáři (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 184).

3.1 Příprava cytostatik

Cytostatika jsou mutagenní a kancerogenní látky a manipulace s nimi podléhá hygienickým předpisům. Cytostatická léčiva mohou připravovat farmaceutičtí pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu absolvování nejméně pětiletého prezenčního studia v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu. Zahrnující nejméně 6 měsíců praxe v lékárně, nebo studiem akreditovaného studijního programu, který byl zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004. Jejich příprava probíhá v bezpečnostním izolovaném boxu, který musí být umístěn v aseptické přípravně, se zvláštním hygienickým režimem a kontrolou pohybu osob. Personál pracující v takovém prostředí se musí chránit ochrannými pracovními pomůckami, jako jsou nitrilové rukavice, ochranný oděv, ústenku, brýle a pokrývku hlavy a v neposlední řadě ochrannou obuv. Cytostatika jsou chemicky labilní sloučeniny, která jsou dodávány do zdravotnického zařízení ve formě lyofilizované substance, která je chemicky stabilnější, než rozpuštěná substance. Chemická nestabilita je jednou z vlastností, která odlišuje cytostatika od jiných léků. Před použitím se cytostatika rozpustí buď v aqua pro injectione, nebo různými ředidly z originálního balení od výrobce. Správně rozpuštěná cytostatika se transportují do vhodné infúze, která je předána na oddělení, nebo na aplikační stacionář i s průvodkou pacienta (Adam, Koptíková, Vorlíček, 2003, s. 302; Charakteristika skupiny léčiv nazývaných cytostatika, 2017; Zákon č. 95/2004 Sb.).

3.2 Aplikační stacionáře

Aplikační stacionáře navštěvují pacienti, kteří mohou dostávat chemoterapii, podpůrnou infuzní terapii bez nutné hospitalizace. První aplikace chemoterapie se provádí za hospitalizace na onkologickém oddělení, z důvodu možné alergické reakce. Na aplikačním stacionáři se nachází jak speciální polohovací křesla, tak i postele pro pacienty. Pro pohyb onko-

logických pacientů se sníženou imunitou musí tyto prostory splňovat hygienické standardy. Na onkologickém stacionáři, mohou pracovat všeobecné sestry, bez odborného dohledu podléhající vyhlášce č.96/2004 Sb., které mají doplněné vzdělání o onkologickou specializaci (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 183).

Všeobecná sestra si převezme cytostatikum připravené v infuzi i s průvodkou pacienta. Proveďte kontrolu identifikačních údajů pacienta uvedených na průvodce s identifikačním dokladem pacienta a provede verbální kontrolu pacienta. Dále provede kontrolu daného cytostatika připraveného v infuzi s průvodkou. Pacient se posadí na křeslo, nebo lůžko dle libosti a fyzických možností. Všeobecná sestra, po řádné kontrole všech údajů a infuzí aplikuje pacientovi chemoterapii. Před každým přepojováním infuze by měl být venózní vstup propláchnout 20 ml fyziologického roztoku, který je vhodný jako profylaxe vzájemné reakce mezi cytostatiky a případně odhalí, alergický účinek cytostatika, správnosti průchodu a poruchu intravenózního vstupu. Každá aplikovaná infuze musí být zapsána do protokolu i s podpisem podávající sestry. Každá se musí chránit ochranným oděvem a nitrilovými rukavicemi určenými pro práci s cytostatiky. Všeobecné sestry se neustále pohybují mezi pacienty, kontrolují aplikovaná cytostatika, intravenózní vstupy a starají se o fyzickou a psychickou pohodu na pracovišti mezi pacienty. Všechny úkony a předpisy mohou být upraveny vnitřními normami pracoviště (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 184).

3.3 Komunikace s pacientem při podávání cytostatik

Komunikace je důležitým bodem, na který se nesmí během léčby onkologického pacienta zapomínat. Jenom z komunikace může správně vyškolený pracovník poznat možná rizika pro pacienta, nesrovnalosti v podaných informacích o léčebném režimu, popřípadě může i daného pacienta rozveselit a podat užitečné informace.

Před aplikací cytostatik by měl být každý pacient poučen o způsobu aplikace, správné a nesprávné funkci venózní cesty, nežádoucích účincích cytostatik a veškeré nesrovnalosti sdělit ošetřujícímu personálu. Na aplikačním stacionáři se všeobecné sestry věnují všem pacientům a je zde i čas na zodpovězení případných dotazů. Pacienti zde tráví i několik hodin v opakovaných intervalech. Je vhodné pacienty informovat o časové prodlevě a doporučit jim, co si mají vzít s sebou pro pobyt na aplikačním stacionáři, například svačinu

s vodou, knihu, poslechové zařízení, nebo doprovod (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 185).

3.4 Způsoby podávání chemoterapie

Způsobů jakým do lidského těla můžeme podávat léčivo je mnoho, abychom neohrozili pacienta na životě je nejlepší způsob podání chemoterapie a infuzní terapie pouze venózní cestou. Venózní cestu může zavést všeobecná sestra nebo odborný lékař. Nejnebezpečnější podávání infuzní terapie a cytostatik je pro pacienta periferní žilní katetr. Je zde velké riziko zánětu místa vpichu, tromboflebitidy povrchových žil a extravazace. Centrální způsoby kanylace vén jsou pro pacienty bezpečnější. Kanylace se provádí za aseptických podmínek, za pomoci diagnostických přístrojů a je zde menší riziko extravazace. Tato metoda je vhodná pro aplikaci léčiva vysokou rychlostí až 5 ml za vteřinu, kterou můžeme využít například u aplikace kontrastní látky na speciální vyšetření (Maňásek 2014; Sýkorová 2015).

3.4.1 Periferní žilní katetr

Periferní žilní katetr by měl být zaveden do vhodně zvoleného místa. Místo by mělo být bez hematomů, předchozích vpichů, otoku končetiny a neměla by to být pooperační oblast. Pokud je to možné, zavádíme periferní žilní katetr na nedominantní končetinu, z důvodu komfortu pacienta a bezpečnosti katetru. Periferní žilní katetr zavádí všeobecná sestra bez odborného dohledu na pokoji pacienta, nebo na vyšetřovně. Zavádí ho do v. basilica a v. cephalica a měl by být ponechán maximálně 3 dny. Katetr může být zaveden i 4 dny, ale se souhlasem lékaře a pravidelnou kontrolou místa vpichu z důvodu zánětu místa. Velikost kanyly by měla být uzpůsobena průsvitu vény. Cytostatická léčba podávána pomocí periferního žilního katetru může změnit endotel cévy a způsobit její vazivovou obliteraci. Z toho důvodu katetr zavádíme asepticky do vhodných vén předloktí a sledujeme katetr, který je dobře fixován, před možnou extravazací cytostatik (Maňásek 2014; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 187).

Komplikace aplikace chemoterapie pomocí PŽK je extravazace. Extravazaci můžeme popsat jako únik tekutiny, kterou vpravujeme do lidského těla intravenózním vstupem, mimo cévní řečiště. Uniklá tekutina může způsobit poranění tkáně ve formě místního otoku tkáně, erytému kůže, zánětu, puchýře, nebo rozsáhlé nekrózy tkáně. Je to závažná situace, která se musí okamžitě řešit. Některá cytostatika uniklá mimo cévní systém mohou způso-

bit destrukci tkáně. Při extravazaci všeobecná sestra musí infuzi s obsahem cytostatik ihned zastavit, aspirovat zbytky cytostatik z tkáně a informovat ošetřujícího lékaře. Podle druhu uniklých cytostatik se do postižené oblasti aplikují kortikoidy (HCT, Dexamed) s.c., nebo i.d., nebo vhodné protilátky. Na postižené místo nevyvíjíme tlak a podle cytostatik přikládáme studený obklad. Místo je sledováno a pacient je edukován. Lékař poté společně se všeobecnou sestrou udělá záznam do dokumentace. Každý ošetřující personál, který podává cytostatickou léčbu, by měl vědět, jak extravazaci předcházet a minimalizovat tak riziko jejího vzniku, viz příloha 2 (První pomoc při extravazaci). Nejlepší prevencí je zvolit vhodnou cestu aplikace, bezpečnou pro pacienta. Znat riziková cytostatika a příznaky extravazace.

Pacienta důkladně poučíme o komplikacích aplikace cytostatik a poprosíme jej, je-li to možné o spolupráci při aplikaci (Vokurka a Hugo, c2007, s. 124; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 186 -187).

3.4.2 Centrální žilní katetr

Opakovaná punkce periferní žíly vede k poškození žíly a její trombotizaci. U dlouhodobě léčených pacientů z toho důvodu zavádíme centrální žilní katetr. Ten je zaveden nejčastěji do v. subclavia, v. jugularis a v. femoralis. Centrální žilní katetr je možností k podání vysoce procentních roztoků, které nesmíme podat do periferní žíly. Můžeme také měřit centrální žilní tlak, zjišťovat vodní hospodářství pacienta a provádět odběry krve. Katetr zavádí odborný lékař, který musí katetr zafixován stehy a zakrýt sterilním krytím. Všeobecná sestra pak převazuje a manipuluje s katetrem asepticky. Centrální žilní katetr může být tzv. tunelizován, kdy před vstupem do žíly je veden podkožní tunel dlouhý 10cm, aby se zabránilo a snížilo riziko vniku infekce (Hickmanův, Browiackův, Groshongův katetr). Doba zavedení je maximálně 4 – 6 týdnů, u tunelizovaných katetrů jsou to pak měsíce (Maňásek, 2014; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 160).

3.4.3 Intravenózní port

Intravenózní port (PORT) je systém, který je tvořen z vlastního portu implantovaného intradermálně a katetrem zavedeným do cílové cévy, nejčastěji v. subclavia. Vlastní port je uložen obvykle na pravé straně prsního svalu mm. pectoralis major a je napojený na komůrku s membránou. U pacientek s karcinomem prsu je aplikovaný na opačné straně, kde nebylo operováno, nebo kde se u pacientů nepředpokládá ozařování v dané oblasti. Byl

vyvinutý v 80. letech a indikuje se u pacientů se špatným periferním žilním řečištěm a při dlouhodobé aplikaci chemoterapie ve zdravotnickém zařízení nebo v domácím prostředí. Intravenózní port je také možné implantovat u non compliance pacientů, kteří by si mohli PICC/ Midline katetr poškodit, nebo je implantován na přání pacienta. Lze ho používat ihned po implantaci, ale kvůli poškození tkáně je lepší počkat 2-3 dny. Membrána v komůrce je určena až na 2000 vpichů speciální Huberovou jehlou, které jsou pro pacienta nebolestivé. Huberova jehla má zkosený konec, takže speciální membránu nepoškodí a může se znovu zacelit. Venózní port je zaveden na několik let a může se snadno vyjmout. Prvotní zavádění trvá 20-40 minut a provádí se na chirurgickém sále v lokální anestezii. Péče o tento port by měl provádět zaškolený personál. Každý převaz by měl být proveden asepticky jako profylaxe zavlečení infekce. Jehlu do portu může zavádět sestra se speciálním školením, na porty. Výhoda používání portu je jeho elegance, tedy umístění pod kůži, dobře hmatný a přístupný a lehce přehlédnutelný. Veškerá manipulace s intravenózním portem se zaznamenává do průkazu nositele portu, který pacient nosí stále u sebe (Maňásek, 2014; Port katetr, 2012; Sýkorová, 2015; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 160 a 188).

3.4.4 Periferně vložený centrální katetr

Periferně vložený centrální katetr (PICC) je katetr zavedený přes periferní žílu. Nejčastěji se zavádí do pravé srdeční síně přes v. cephalica, v. basilica nebo v. brachialis kde končí v její horní třetině a musí být dobře zafixován. PICC zavádí lékař k tomu vyškolený za pomoci sestry se speciálním školením k zavádění PICC katetru. Indikace pro implantaci tohoto katetru je nejčastěji tumor hlavy a krku, nebo krátkodobá terapie, kdy se finančně nevyplatí, nebo nemůže být implantovaný PORT, nebo na přání pacienta. Doba zavedení katetru může být 2 měsíce až jeden rok. Katetr se zavádí pod ultrazvukem a není fixován stehy, ale speciální fixační podložkou (stat – lock). Při zavedení je záměrně vynechána oblast kubitální jamky, pro pohodlí pacienta a neomezené hybnosti končetiny. Všeobecná sestra školená na manipulaci s tímto katetrem si musí všimnout okolí katetru, poškození katetru a nefunkčnost katetru a musí dbát opatrnosti při aseptickém převazování, aby se katetr nevytáhl. Aplikace do katetru se provádí systémem „start – stop“, kdy se aplikují 2 ml léčiva, a 2 vteřiny se čeká. Zaškolený personál také provádí zápis s každou manipulací do průkazu nositele PICC katetru. Krev se neodebírá z PICC systému, který má jenom jeden lumen. Na katetru se mohou usadit bakterie, které jsou obsažené v tělním oběhu, a při ma-

nipulaci je můžeme do krevního běhu znovu vpravovat. Po ukončení manipulace s katetrem se nezakončuje heparinovou zátkou. Pacienti chodí co sedm dní na pravidelné proplachy 10 ml fyziologického roztoku a na převazy místa výstupu katetru, práce s katetrem musí být evidována. Je vhodné, když s nimi jde do zdravotnického zařízení rodinný příslušník, který může být zaškolen o vhodné péči o katetr a tím se minimalizuje riziko nevyžádané manipulace v domácím prostředí (Maňásek, 2014; Sýkorová, 2015).

3.4.5 Midline katetr

Midline katetr pracuje na stejném principu jako PICC katetr. Rozdíl je v tom, že je zavedený 8 – 25 cm od místa vstupu na paži do v. axillaris. Bývá zavedený maximálně 6 týdnů. Zavádí se pod ultrazvukem a není nutná kontrola polohy. Manipulaci s katetrem zajišťuje vyškolený personál. Pacient je edukován o komplikacích při nežádoucí manipulaci s katetrem, taktéž u sebe nosí průkaz nositele Midline katetru, na kterém jsou obsaženy důležitá telefonní čísla a důležité informace (Michálek 2017, Sýkorová, 2015;).

3.4.5.1 Komplikace centrálních žilních kanyl

Komplikace centrálních žilních vstupů můžeme rozdělit na akutní, které se projevuje po zavedení a pozdní, které se objeví po zavedení až za několik měsíců. Mezi akutní komplikace řadíme poranění okolních struktur, nebo punkce arterie. Nejčastěji dochází k nabodnutí arterie probíhající společně s vénou. Pro pacienta bez poruchy srážlivosti krve není tato situace životu ohrožující. Jehla se opatrně vytáhne a místo se stlačí. Při punkci může být také poškozena plíce s následným pneumothoraxem. Pacient pociťuje bolesti vázané na nádech v nabodnuté straně plíce. Po každém zavedení CŽK je provedeno RTG vyšetření na vyloučení tohoto onemocnění. Katetr při zavedení může mít špatnou polohu a může vést například do v. jugularis, nebo do pravé srdeční síně, nebo komory. Další komplikace mohou být hemothorax a chylothorax, nebo poškození nervu. Mezi pozdní komplikace řadíme porušení kontinuity kanyly a opotřebením materiálu. Důležitá pozdní komplikace, na kterou musíme myslet je hluboká trombóza kanylované žíly, z důvodu poranění endotelu vény, který přetrvává i po vytažení katetru. Musíme pacienta na tuto skutečnost upozornit. K zevnímu uzávěru katetru dojde při zalomení kanyly pod kůží, nebo změně anatomických poměrů v dané oblasti. Uvolnění katetru je možné díky manévřům horní končetiny a vždy by se měl takový případ zkontrolovat pomocí RTG vyšetření. Vnitřní uzávěr může být způsoben trombem a není možná aplikace ani aspirace do kanyly. Je do-

poručována aplikace 5 000 UI heparinu v 5 ml fyziologického roztoku a aplikovat a aspirovat. Tuto metodu by měl provádět zkušený lékař a záleží na zajištění venózní cestě, abychom ji nepoškodili (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 160 – 163).

3.4.6 Sledování po léčbě

Sledování pacienta a prodělané léčby je důležité k rozpoznání recidivy nádorového onemocnění. Výskyt nádorového onemocnění je vyšší u člověka, který nádorové onemocnění prodělal, než u člověka stejně starého bez prodělaného nádorového onemocnění. Každý pacient je individuální a tak pro něho musí být zvolen individuální harmonogram kontrol. Lékař spolu se zdravotní sestrou napomáhají pacientovi se znovu začlenit do společnosti a profesionálního života. Největší pomoc je očekávána od rodinných příslušníků pacienta. Pacient po léčbě musí získat pomůcky ke zlepšení kvality života, jako jsou paruky, protézy, spotřební materiál k ošetřování tracheostomií, nefrostomií a kolostomií, nebo průkaz zdravotně postiženého člověka aj. (Adam, Koptíková a Vorlíček, 2003, s. 236 - 237).

3.4.6.1 Očekávání od rodinných příslušníků

Onkologickým onemocněním netrpí jenom nemocný, ale i jeho rodina a blízcí. Je to pro každého člověka zátěž, která mění celou situaci i pozice rolí v rodině, jejich životní styl, hodnoty a normy. Členové rodiny a blízcí pacienta se musí naučit o nemoci hovořit a vyrovnat se s vlastní zranitelností ve vztahu k nemocnému. Vyrovnávají se s finančními problémy a pocity viny ze strany nemocného. Rodina se musí přizpůsobit tělesným a psychologickým změnám u nemocného, které mohou být zapříčiněny terapií nádorového onemocnění. Rodina nemocného by měla být také flexibilní, empatická a tolerantní k nemocnému. Během recidivy onemocnění rodina prožívá fázi vzteku, zloby jako pacient, může dojít i k selhání důvěry ve zdravotnictví a lékařskou a ošetrovatelskou péči, která proběhla o nemocného. Při stále progredující nemoci si rodinní příslušníci uvědomují, že pacient by měl mít v nich samotných podporu, a snaží se ho nezatěžovat. Uvědomují si také, jaké to bude žít bez nemocného a vyrovnávají se s neuskutečněnými plány (Angenendt, Schütze-Kreilkamp a Tschuschke, 2010, s. 113 – 115; Vágnerová, 2012 s. 92 - 93).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ A KVALITA ŽIVOTA

Samotná hospitalizace na onkologickém oddělení je pro pacienta stresující situací. Vyrovnává se se svou nemocí, s novým prostředím, nově nasazenou léčbou a přijímá pohledy a názory okolí. Profesionální psychologický přístup všeobecné sestry na onkologickém oddělení vede ke zkvalitnění péče nejen v terminální stádiu života, ale i k vyšší poskytované profesionální ošetrovatelské péče. Práce všeobecné sestry u lůžka je nevyzpytatelná, všeobecná sestra může být vystavována stresu z uvědomování si vlastní smrtelnosti a neustálé konfrontaci se smrtí, ale musí mít na paměti, že kvalitní ošetrovatelskou péči může vykonávat, když ona sama je v psychické a fyzické kondici s dostatečným odpočinkem. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na onkologickém oddělení, nemusí být všichni psychicky zdraví, protože jejich životní situace je ohrožena a mohou se chovat nevyzpytatelně. Pacienti k ošetrovatelskému personálu vzhlíží s nadějí v uzdravení a očekávají, že uslyší podporu, povzbuzení, pochvalu za maličkosti a dostane se jim možnosti naslouchání. Všeobecná sestra by měla zachovat klid při krizových a výbušných situacích ze stran pacienta. Klidným chováním může všeobecná sestra zabránit vyhocení situace do konfliktu a naopak si udělat chvilku od pracovních povinností a povídat si s pacientem a budovat vzájemný vztah, který může prospět v detekování případných komplikací zdravotního stavu, nebo sociální situace (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 436).

Negativní psychosociální jevy, řešení stresových situací, trvalá blízkost smrti a pocitu nenaplnění ze své práce, jsou podmínky, které mohou vést při práci při k syndromu vyhoření. Všeobecná sestra ztrácí energii, náladu v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného. Syndrom burn - out se projevuje jako fyzické, psychické a sociální vyčerpání. Lidé plně oddaní své práci trpí syndromem vyhoření nejčastěji. Zjistí, že jejich prvotní očekávání zmizelo a nemají pocit radosti z práce. Ztrácí empatii, trpí depresemi a jejich mimika se z minimalizuje a práci vykonávají z nutnosti. Obranou před syndromem vyhoření je střídání práce, využití dovolené, správně relaxovat a odpočívat a efektivně trávit volný čas (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 437 – 438).

4.1 Kvalita života onkologicky léčeného pacienta

Pod pojmem kvalita je vyjadřována jakost. Můžeme ji rozdělit do dvou kategorií. Jako první považujeme vyjádření úrovně, nebo stupně, který podléhá potřebám jednotlivce. Ve

druhé kategorii je popisována kvalita jako všeobecný výraz pro označení charakteristických vlastností, bez uspokojení určitých potřeb jedince, nebo skupiny. Kvalita může být vyjádřena kvalitativně, kdy vychází z hodnotového systému posuzovatele, nebo kvantitativně, kdy je objektivně měřitelná. Při hodnocení kvality musíme myslet na to, čeho kvalitu posuzujeme, například kvalitu života. V hodnocení života by měly být zahrnuty jevy a činnosti charakteristické pro lidský organismus (osobní, společenský, pracovní, duchovní život). Kvalita života je nejčastěji rozdělena do 5 domén: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s léčbou a spiritualita (Gurková, 2011 s. 21 - 73).

4.2 Potřeby onkologických pacientů

Potřeba je definována jako stav nedostatku nebo nadbytku biologického, psychického, sociálního a duchovní prvku nebo požadavku, důležité a nepostradatelné pro určitého člověka a jeho život. Potřeby pacientů na konci jejich života se mění, ale nejdůležitější potřeba je nemít bolest a minimalizovat symptomy jiných nemocí na minimum. Pacienti, chtějí diskutovat o prognóze svého onemocnění a sdílet názory na nemocniční péči s ostatními. Potřebují, aby jejich potřeby při poskytování ošetrovatelské péče byly co v nejvyšší míře splněny. Měli by být podporováni na psychosociální rovině od jejich rodinných příslušníků a na spirituální rovině, pokud ji vyznávají. Ošetřující lékař by měl zajistit plánování cílů hospitalizace a zkvalitnit a upravit léčbu tak, podle stavu pacienta. Pokud je to možné, vše prodiskutovat s rodinou a pacientem a respektovat přání pacienta. Hlavní faktor účinku onkologické léčby je právo pacienta se rozhodnout o své léčbě. Pacient by měl být informován o možnostech léčby, jejich nežádoucích účincích a sám se poté rozhodnout jak si přeje důstojně zemřít. Rodina by měla být podporována ze strany zdravotníků před, během a po smrti pacienta (Bužgová, 2015, s. 42, Krátká, 2007, s. 7).

Pro hodnocení potřeb pacientů je doporučováno použít standardizované měřicí nástroje. Existuje spousta dotazníků pro měření potřeb pacientů v paliativní péči, které jsou dostupné v cizojazyčné verzi. Ministerstvo zdravotnictví České republiky v rámci projektu použilo pro pacienty dotazník PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care), který obsahuje bio – psycho - sociálních a spirituálních oblastí. Nevýhodou vyplňování takového měřicího nástroje je čas vyplňování dotazníku, který se pohybuje okolo 45 minut. Zdravotní péče poskytovaná pro onkologicky nemocné a jejich rodinu, neuspokojuje jejich potřeby a hledají jiné alternativy léčby. Hodnocení je proto důležité, abychom rozpoznali důležité

oblasti, ve kterých tito lidé potřebují podporu. Při použití měřících technik je hlavní pozornost věnována na potřeby, které vyjádří sám pacient a on je ten, který určuje, jaké potřeby jsou pro něj důležité (Bužgová, 2015, s. 42 - 45).

4.2.1 Biologické potřeby pacienta

Člověk je bio-psycho-sociální jednota a proto deficit v jedné složce ovlivní funkčnost dalších složek. Mezi biologické potřeby Trachtová řadí potřebu dýchání, stravování, vyprazdňování, spánku, sexuality a vyhnout se poškozením těla. Krátká ji doplnila hygienickou potřebou a potřebou pohybu (Krátká, 2007, s. 14 - 15; Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013).

Pro pacienta trpícím onkologickým onemocněním je nejdůležitější potřeba nemít bolest. Bolest je jedním z nejobávanějších příznaků pro pacienta a snižuje kvalitu života. V konečných stádiích života trpí bolestí asi 85% pacientů. Je to subjektivní příznak, tedy pociťuje ji pacient a zdravotnický personál jí může jenom věřit a objektivizovat ji pomocí testovacích škál. Zdravotnický personál by měl v péči o pacienta s nádorovou bolestí respektovat to, že pacient odmítá dávku analgetik a chce svou bolest do určité míry snášet sám (Svatošová, 2012, s. 27; Vágnerová, 2012, s. 77 – 78; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 190 – 198).

Pro zajištění biologických potřeb pacienta je nejlépe zařízeno zdravotnické zařízení. Nemusí tomu tak být vždy. Potřeba spánku, je zajištěna nejlépe v domácím prostředí. Lidské tělo potřebuje přijímat potravu tím nejpřirozenějším způsobem, vyprazdňovat se bez zavedených permanentních katetrů a bez klyzmatu, dýchat spontánně bez kyslíkových brýlí a podobně (Svatošová, 2012, s. 19).

4.2.1.1 Nádorová bolest

Nádorová bolest je označení pro řadu bolestivých stavů, kterými pacienti trpí a mají různého vyvolavatele. Mohou to být bolesti vyvolané nádorem, nebo diagnostickou a protinádorovou léčbou, nebo bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním. Bolest je nepříjemná senzomotorická zkušenost, která je spojena s poškozením tkání. Intenzita a charakter bolesti závisí na typu nádoru. Nejvíce jsou nádorovou bolestí ohroženi pacienti, kteří mají nádorové onemocnění v oblasti kostí, slinivky břišní, žaludku a jícnu. Adaptace na nádorové onemocnění ovlivňuje prožívání intenzity nádorové bolesti. Úspěšnou léčbu bolesti považujeme tu, která ví, „*kde a jak to pacienta bolí*“, umí bolest efektivně léčit, zmír-

ňuje její intenzitu, nekryjí se účinky léků a pacient ji snáší v relativní psychické míře. Cíle k léčbě bolesti by měly být stanoveny realisticky a s ohledem na stav pacienta by měli být splnitelné. Pro pacienta je důležité mít spánek bez bolesti, bez bolesti se pohybovat, a pokud je to možné, bez bolesti odpočívat. Hodnocení intenzity bolesti bývá obtížné u dětí, psychicky nemocných a u pacientů s demenčním syndromem. Proto všeobecná sestra v péči o pacienta s nádorovou bolestí sleduje a hodnotí i jeho chování. Pro hodnocení bolesti používáme hodnotící škály, jako jsou: verbální škála bolesti, vizuální analogová škála bolesti, numerická škála bolesti, dotazník bolesti, kalendář bolesti, mapa bolesti atd. Léčba nádorové bolesti se provádí pomocí protinádorové léčby za pomoci chemoterapie, radioterapie, nebo chirurgické odstranění nádoru, nebo pomoci symptomatické léčby za pomoci farmak. Nádorovou bolest můžeme rozdělit na tři stupně: na mírnou, středně silnou a silnou bolest. K léčbě mírné bolesti používáme neopioidní analgetika, jako jsou analgetika – antipyretika (paracetamol, kyselina acetylsalicylová a metamizol) a nesteroidní antiflogistika (ibuprofen, diclofenak, indometacin, nimesulid). K léčbě středně silné bolesti užíváme slabé opioidy (tramadol, kodein). Tramadol je vyráběný ve více lékových formách a proto je využita jeho flexibilní účinnost. Nežádoucí účinky slabých opioidů je nauzea, sedace a dlouhodobá zácpa. K léčbě silné bolesti využíváme silné opioidy. Silné opioidy můžeme kombinovat s analgetiky prvního stupně. Dávkování je individuální a analgetický účinek je závislý na velikosti dávky, maximální denní dávka není stanovena. Pro léčbu používáme morfin, fentanyl, oxycodon, buprenorfin ve formě tablet, intradermálních injekcí a náplastí. Transdermální náplasti mají nástup účinku za 3-5 dní, tablety s řízeným uvolňováním mají nástup účinku za 2 dny. Všechny opioidy a manipulace s nimi se pečlivě eviduje a jejich zneužití je trestné (Svatošová, 2012, s. 27; Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 190 – 206).

4.3 Psychické potřeby pacienta

Každé somatické onemocnění ovlivňuje i psychiku nemocného, jeho prožívání a uvažování. Nemoc se dostává na první místo a činí všechno ostatní méně podstatným. Nemoc také redukuje pozitivní zážitky a nahrazuje je nepříjemnými. Základní psychické hodnoty, které řadíme k této složce potřeba stimulace nových zážitků, potřeba se ve své situaci orientovat, potřeba pocitu bezpečí a jistoty, potřeba sociálního kontaktu, potřeba seberealizace.

Proces odchodu a blížící se smrti vyvolává výraznou odezvu na lidské psychice. V péči o onkologicky nemocného pacienta se často setkáváme s pocitem úzkosti, deprese a strachu.

Nedostatek informací o průběhu léčby, vyšetření a nejistota kdy dojde ke smrti, je důvod ke strachu. Úzkost se před smrtí projevuje jako panika, rozrušení, nebo děs a pacient trpí psychosomatickými problémy. V zahraničí je používána škála HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), která hodnotí úzkost a depresi u pacientů s nádorovým onemocněním. Za akutním stresem bývá střetnutí s pocitem vlastní smrtelnosti. Pacienti musí najít nový smysl života, vyrovnat se s obavami o sebe a ostatní a vyrovnat se s bilancí odžitého života. Zdravotníci by měli usilovat o psychickou pohodu pacienta v co nejvyšší míře je to možné. Další emoce, které pacienti na konci života prožívají je pocit bezmoci, beznaděje, smutku, pocitu zlosti a viny. O těchto pocitech je potřeba s pacientem hovořit, ventilace emocí může snížit pocit strachu a úzkosti (Bužgová, 2015, s. 56 – 63; Vágnerová, 2012, s 78 – 83).

4.4 Sociální potřeby pacienta

Pacienti léčení s onkologickým onemocněním jsou vystavováni nové životní situaci, s kterou se musí sžít, vyrovnat se s ní. Jejich sociální pozice se mění. Pacienti mají potřebu zachovat si svoji identitu i na konci života. Pro zachování kvality života je důležité na konci života zůstat sám sebou, například matkou, ženou, babičkou. Sociální identita je dána původem pacienta a jeho sociální rolí k ostatním lidem. Reakce nemocného je podmíněna reakcí okolí na něj, která je ovlivněna viditelnými projevy onemocnění (vypadávání vlasů, růst řas). Při hospitalizaci je člověk separován od svého života a potřeba sociální podpory se dostává do popředí. U pacientů v terminálním stádiu života existují 3 typy podpory: přítomnost člověka (fyzická, duchovní), poskytovaná pomoc a poskytování informací. Rodina pacienta poskytuje podporu přítomností a zdravotnický personál na úrovni informační. U mladších pacientů s dětmi bývá problém na finanční úrovni se zajištěním rodinných příslušníků a sebe. Bývají citlivější a den chtějí vyplňovat aktivitou. Úzkost u pacienta vede k vyššímu kontaktu s okolím a depresivní stavy zamezují zájem o kontakt s okolím. Přítomnost blízkého člověka je na konci života základní potřeba. Nezůstat sám, komunikovat s druhými lidmi, a při zhoršení stavu vnímat přítomnost druhých u lůžka pacienta (Bužgová, 2015, s. 71 – 78).

4.5 Spirituální potřeby pacienta

Spirituální pohoda zejména pak absence spirituality u pacienta nejen v terminálním stádiu života má bezpochyby vliv na kvalitu života. Spirituální stránka lidského života propojuje

fyzické, psychické a sociální složky jedince. Projevem nenaplnění spirituálních potřeb se může projevat strachem, zoufalstvím, nebo pocity nesmyslnosti života a zbytečnosti. Projevy duchovní pohody vytvářejí vnitřní klid nemocného, harmonie, naděje a utvářejí smysl života. Česká republika se řadí spíše k ateistickým státům, kde lze potřebu náboženství stavět k nižším potřebám. Věřící pacienti uspokojují své potřeby za přítomnosti duchovní pomoci nebo pastorační služby v nemocnici. Jedinec je respektován svou individualitou a je doprovázen ve své nemoci z pozice věřícího a je mu napomáháno důstojné zvládnutí jeho životní situace (Bužgová, 2015, s. 85 – 88).

Podle Svatošové (2012, s. 21) si většina zdravotníků si myslí, že plnění spirituálních potřeb pacienta je plnění potřeb u věřících pacientů. Věřící pacient má své spirituální potřeby, ale díky víře ví, co má dělat a jak se zařídit. Lidí, kteří nejsou nábožensky založení, se v období umírání zabývají vlastním životem. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, zdali mu bylo odpuštěno, a touží i odpouštět jiným. Pacient v terminální stádiu života má představu o laskavé péči. Ošetrovatelská péče by neměla být technikou, která je vykonávána rutině, ale měla by být spojena s láskou. Pacient v Britském hospici si láskyplnou péči představuje takto „*Když se mnou trávíte čas, ačkoliv Vám to nemohu vrátit*“ (Svatošová, 2012, s. 21).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE A METODIKA

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaký vliv má aplikovaná chemoterapie na kvalitu života pacienta. Pohled autora práce, jako zkoumatele a tím i budoucí všeobecné sestry má vliv na možné zkvalitnění ošetrovatelské péče pro pacienty po chemoterapii.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou uspokojeny všechny potřeby pacientů.
Hypotéza: Předpokládáme, že nejmenší % zastoupení bude u spirituálních potřeb.
2. Zjistit, zda jsou upřednostněny biologické potřeby před psychickými potřebami.
Hypotéza: Předpokládáme, že biologické potřeby pacienta budou v pozadí za psychickými potřebami pacienta.
3. Zjistit, zda sociální potřeby jsou uspokojeny lépe, než spirituální potřeby.
Hypotéza: Předpokládáme, že sociální potřeby jsou uspokojeny alespoň u 30 % pacientů.

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Charakteristika respondentů

Respondenti byli vybráni dle následujících kritérií:

- Pacienti, kteří podstoupili chemoterapii v Komplexním Onkologickém Centru ve KNTB a.s.
- Dospělí pacienti
- Muži i ženy

Respondenti byli zařazeni do výzkumu, když splňovali všechny podmínky. Dotazníkové šetření bylo anonymní a bylo osobně výzkumníci práce distribuováno pro 120 respondentů.

5.2.2 Metoda pro získání dat k výzkumu

K dosažení výzkumných dat, byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Byl použit standardizovaný dotazník, který zjišťuje potřeby pacientů v paliativní péči (PNAP), viz příloha č. 6. Podle Bužgové (2015) je nejvhodnější pro zkoumání kvality života použití standardizovaného dotazníku. Bužgová (2014) tento dotazník přeložila do českého jazyka v rámci projektu věda a výzkum pod záštitou ministerstva zdravotnictví.

Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. V úvodu dotazníku by mělo být stručné a srozumitelné vysvětlení, jak dotazník správně vyplnit a účel vyplňování dotazníku. Informaci o anonymitě dotazníku by měli dostat respondenti před vyplňováním.

Zásady tvorby dotazníku:

- Dotazník zahrnuje všechny problémy, na které hledáme odpověď
 - Obsahuje celou šíři problematiky jako prevenci dalšího došetřování informací
 - Konstrukce dotazníku by měla respondenta přitahovat
 - Otázky musí být jednoznačné a pochopitelné
 - Před plošnou distribucí dotazníku je vhodná pilotáž
 - Otázky mohou být doplněny demografickými údaji
- (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Dotazník PNAP je složen ze sedmi domén a 40 položek. Domény v dotazníku zastupují: fyzické symptomy nemoci, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnických pracovníků, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a náboženské potřeby. Dotazník je rozdělen na dvě poloviny. První polovina zjišťuje důležitost potřeby a druhá polovina dotazníku se zabývá uspokojení potřeb za poslední týden. Respondenti vyznačují své odpovědi na pěti bodové škále, kdy 1 (vůbec ne) – 2 (spíše ne) – 3 (nevím) – 4 (spíše ano) - 5 (velmi důležitá). První polovinu vyplňuje respondent vždy. Škálu naplnění potřeb respondent vyplní tehdy, když odpoví na předchozí odpověď, stejné otázky, odpověď spíše ano nebo velmi důležitá. Doba vyplňování dotazníku je zhruba 45 minut (Bužgová, 2014, s. 9 -14).

5.2.3 Organizace a realizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření probíhalo od ledna 2017 do května 2017. Dotazníků bylo rozdáno 120. Před zahájením dotazníkového šetření bylo požádáno vedení KNTB a.s. Zlín o souhlas s dotazníkovým šetřením, prováděným v KOC KNTB a.s. Zlín. Před zahájením plošného rozdávaní dotazníku jsem provedla pilotáž o třech dotaznících na onkologickém oddělení Západ. Respondenti dostatečně nepochopili zadání jak dotazník vyplnit. Úvodní stranu dotazníku jsem proto upravila do stručnější podoby, tak aby pro respondenty byla stručná a výstižná.

Standardizované a upravené dotazníky jsem poté rozdávala na onkologickém stacionáři a dvou lůžkových oddělení Západ a Východ. Skladba pacientů na onkologickém stacionáři byla různá. Setkala jsem se tu s pacienty, kteří právě podstupovali chemoterapii přes zavedený PŽK nebo PORT, nebo jim byla chemoterapie aplikovaná intravesikálně. Zavedený PŽK nebyl vždy na nedominantní končetině, proto jsem s momentálně indisponovanými pacienty prováděla osobní rozhovor a tedy i osobní sběr dotazníků se 100% návratností. Ačkoliv předpokládaná doba vyplňování dotazníku podle Bužgové (2014) byla 45 minut, tak respondenti měli vyplněný dotazník průměrně za 15 minut z důvodu osobně kladených cílených otázek a ev. vysvětlení otázky.

5.2.4 Zpracování výzkumných dat

Dotazníky byly seskupeny a přepočítány tak, aby jejich součet byl dohromady opravdu 120. Za pomoci programu MS Word a MS Excel byly jednotlivé odpovědi od respondentů zaznamenány do přehledné tabulky. Tabulka obsahovala číselné hodnoty u důležitosti a naplněnosti položky. Data z tabulek byly spočítány a byl vyhodnocený počet respondentů odpovídající na položku spíše ano a velmi. Dále byly vypracovány tabulky, které obsahovaly absolutní a relativní četnost u jednotlivé otázky a její dělení na důležitost a naplněnost položky. Ke každé tabulce byl vytvořen graf s krátkým slovním popisem jednotlivých položených otázek. Jednotlivé hodnocení výsledku výzkumu je řazeno podle jednotlivých domén standardizovaného dotazníku.

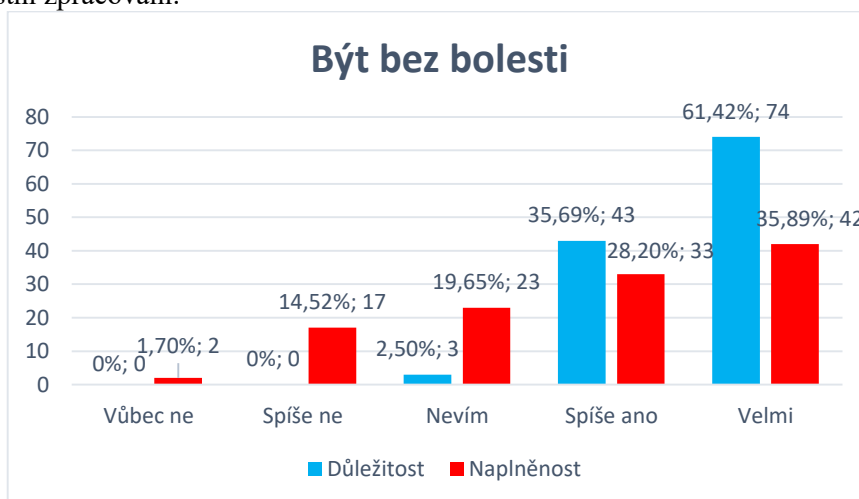
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Doména č. 1 – Fyzické symptomy

Tabulka 1 – Otázka č. 2 Být bez bolesti

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %	2	1,70 %
Spíše ne	0	0 %	17	14,52 %
Nevím	3	2,50 %	23	19,65 %
Spíše ano	43	35,69 %	33	28,20 %
Velmi	74	61,42 %	42	35,89 %
Počet respondentů	120	100 %	117	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 1 – Otázka č. 2 Být bez bolesti

Komentář k tabulce a grafu

Být bez bolesti a odpověď vůbec ne nevedl žádný respondent. Spíše nebýt bez bolesti nevedl také žádný respondent. Odpověď nevím uvedli 3 (2,50 %) respondenti. 43 (35,69 %) respondentů odpovědělo spíše ano. Velmi důležité být bez bolesti bylo pro 74 (61,42 %) respondentů.

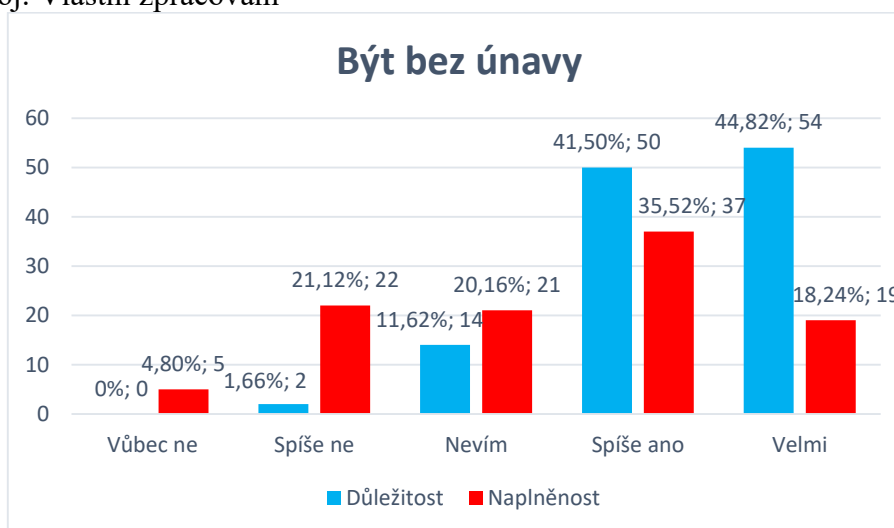
Být bez bolesti se hodnotilo v oblasti naplněnosti u 117 respondentů. 2 (1,70 %) respondenti se ztotožnili s odpovědí vůbec ne. 17 (14,52 %) respondentů odpovědělo spíše ne. 23 (19,65 %) respondentů uvedlo odpověď nevím. Pro 33 (28,20 %) respondentů byla

zvolena odpověď spíše ano. Pro 42 (35,89 %) respondentů byla velmi naplněna položka být bez bolesti.

Tabulka 2 – Otázka č. 4 Být bez únavy

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %	5	4,80 %
Spíše ne	2	1,66 %	22	21,12 %
Nevím	14	11,62 %	21	20,16 %
Spíše ano	50	41,50 %	37	35,52 %
Velmi	54	44,82 %	19	18,24 %
Počet respondentů	120	100 %	104	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 2 – Otázka č. 4 Být bez únavy

Komentář k tabulce a grafu

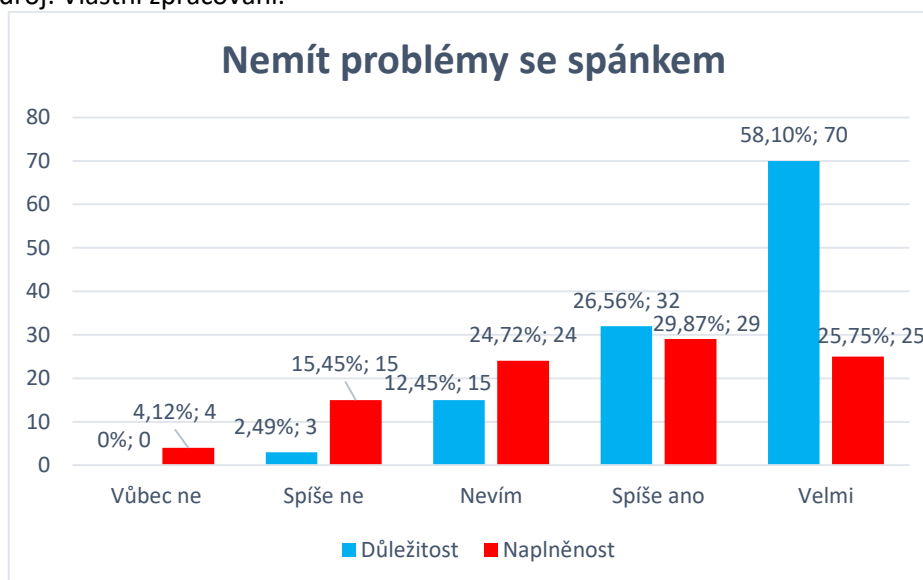
Na položenou otázku, jestli je pro mě důležité být bez únavy s odpovědí vůbec nedůležité neodpověděl žádný respondent. 2 (1,66 %) respondenti odpověděli, že je pro ně spíše nedůležité být bez únavy. 14 (11,62 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně důležité být bez únavy. Spíše důležité být bez bolesti bylo pro 50 (41,50 %) respondentů. Velmi důležité být bez únavy uvedlo 54 (44,82 %) respondentů.

Naplněnost položky být bez únavy se hodnotilo u 104 respondentů. Pro 5 (4,80 %) respondentů nebyla položka být bez únavy naplněná vůbec. 22 (21,12 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí spíše ne. 21 (20,16 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna. 37 (35,52 %) respondentů bylo spíše bez únavy a 19 (18,24 %) respondentů byli bez únavy a ztotožnili se s odpovědí velmi.

Tabulka 3 – Otázka č. 5 Nemít problémy se spánkem

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %	4	4,12 %
Spíše ne	3	2,49 %	15	15,45 %
Nevím	15	12,45 %	24	24,72 %
Spíše ano	32	26,56 %	29	29,87 %
Velmi	70	58,10 %	25	25,75 %
Počet respondentů	120	100 %	97	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 3 – Otázka č. 5 Nemít problémy se spánkem

Komentář k tabulce a grafu

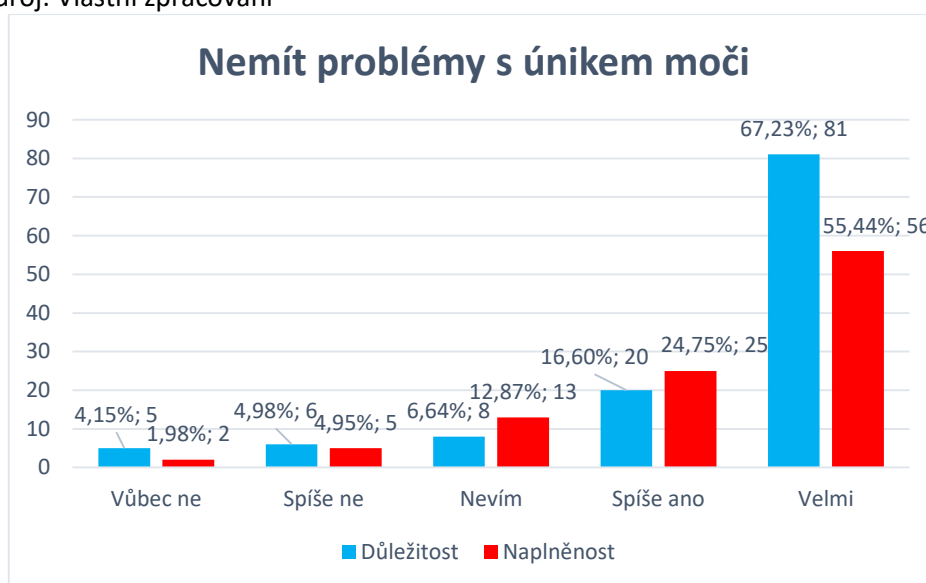
Nemít problémy se spánkem nebylo důležité pro žádného pacienta. Pro 3 (2,49 %) respondenty byla tato položka spíše nedůležitá. 15 (12,45 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně důležité nemít problémy se spánkem. Spíše důležité uvedlo 32 (26,56 %) respondentů. Velmi důležité nemít problémy se spánkem bylo pro 70 (58,10 %) respondentů.

Naplněnost položky a nemít problém se spánkem za poslední týden se hodnotilo u 97 respondentů, z toho pro 4 (4,12 %) respondenty tato položka nebyla vůbec naplněna. Pro 15 (15,45 %) respondentů spíše nebyla naplněna. 24 (24,72 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna. Pro 29 (29,87 %) respondentů byla potřeba spánku spíše naplněna. 25 (25,75 %) respondentů neměli problémy se spánkem vůbec a položka byla zcela naplněna.

Tabulka 4 – Otázka č. 6 Nemít problémy s únikem moči

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	4,15 %	2	1,98 %
Spíše ne	6	4,98 %	5	4,95 %
Nevím	8	6,64 %	13	12,87 %
Spíše ano	20	16,60 %	25	24,75 %
Velmi	81	67,23 %	56	55,44 %
Počet respondentů	120	100 %	101	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 4 – Otázka č. 6 Nemít problémy s únikem moči

Komentář k tabulce a grafu

Nemít problémy s únikem moči nebylo vůbec důležité pro 5 (4,15 %) respondentů. Pro 6 (4,98 %) respondentů spíše nebylo důležité nemít problémy s únikem moči. 8 (6,64 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně důležité nemít problémy s únikem moči. 20 (16,60 %) respondentů považovali spíše důležité, 81 (67,23 %) respondentů to považovalo za velmi důležité nemít problémy s únikem moči.

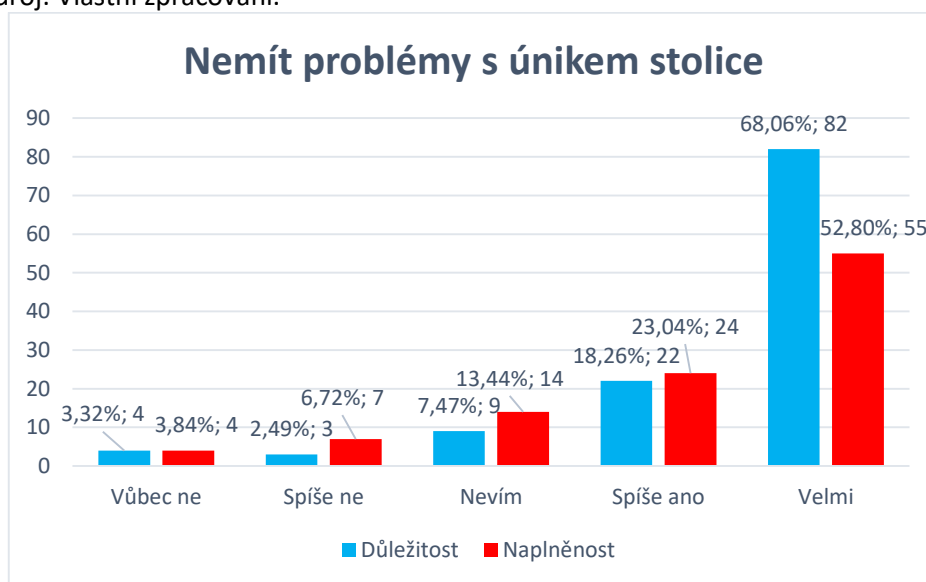
Naplněnost položky nemít problémy s únikem moči odpovídalo 101 respondentů, z toho 2 (1,98 %) respondenti neměli položku naplněnou vůbec. Jako spíše nenaplněnou ji považovalo 5 (4,95 %) respondentů. 13 (12,87 %) respondentů nevědělo, jestli u nich položka byla naplněna. Pro 25 (24,75 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro

56 (55,44 %) respondentů položka nemít problémy s únikem moči za poslední týden byla naplněna velmi.

Tabulka 5 – Otázka č. 7 Nemít problémy s únikem stolice

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní čet- nost	Relativní četnost	Absolutní čet- nost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	3,32 %	4	3,84 %
Spíše ne	3	2,49 %	7	6,72 %
Nevím	9	7,47 %	14	13,44 %
Spíše ano	22	18,26 %	24	23,04 %
Velmi	82	68,06 %	55	52,80 %
Počet respondentů	120	100 %	104	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 5 – Otázka č. 7 Nemít problémy s únikem stolice

Komentář k tabulce a grafu

Nemít problémy s únikem stolice nebylo vůbec důležité pro 4 (3,32 %) respondentů. 3 (2,49 %) respondenti spíše nepovažovali za důležité nemít problémy s únikem stolice. 9 (7,47 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně důležité nemít problémy. 22 (18,26 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí spíše důležité a pro 82 (68,06 %) respondentů nemít problémy s únikem stolice bylo naplněno velmi.

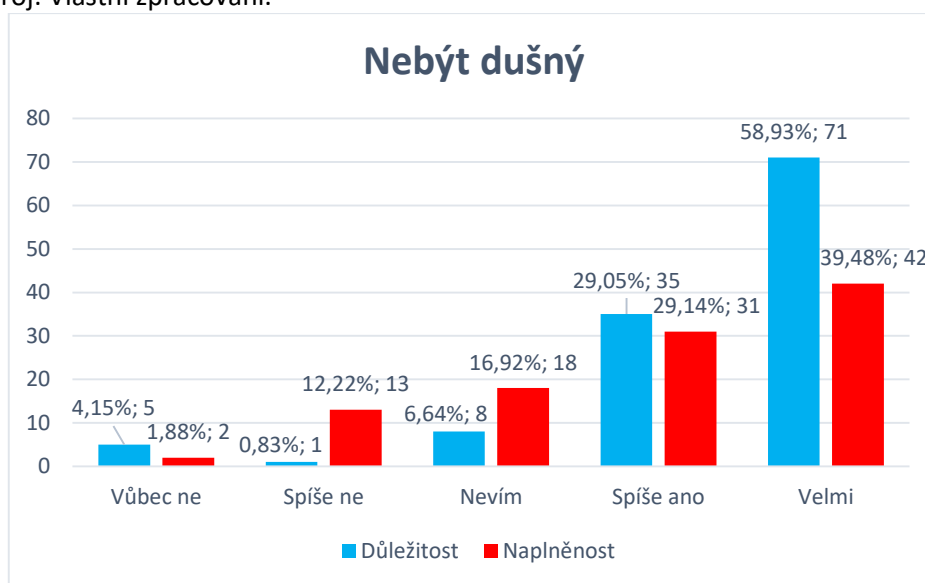
Na otázku naplněnosti za poslední týden odpovídalo 104 respondentů. 4 (3,84 %) respondenti neměli položku vůbec naplněnou. 7 (6,72 %) respondentů spíše nemělo položku naplněnou a problémy s únikem stolice měli. 14 (13,44 %) respondentů nevědělo, jestli měli naplněnou položku. Jako spíše naplněnou odpovědělo 24 (23,04 %) respondentů

a 55 (52,80 %) respondentů mělo položku nemít problémy s únikem stolice naplněnou velmi.

Tabulka 6 – Otázka č. 8 Nebýt dušný

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	4,15 %	2	1,88 %
Spíše ne	1	0,83 %	13	12,22 %
Nevím	8	6,64 %	18	16,92 %
Spíše ano	35	29,05 %	31	29,14 %
Velmi	71	58,93 %	42	39,48 %
Počet respondentů	120	100 %	106	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 6 – Otázka č. 8 Nebýt dušný

Komentář k tabulce a grafu

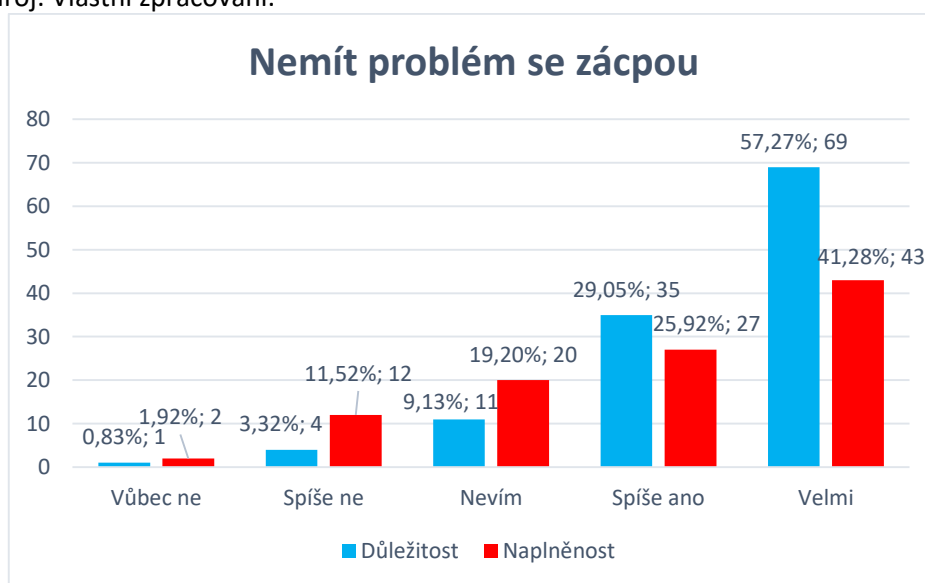
Nebýt dušný nebylo vůbec důležité pro 5 (4,15 %) respondentů. 1 (0,83 %) respondent odpověděl, že je pro něj spíše nedůležité nebýt dušný. 8 (6,64 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí nevím, jestli je pro ně důležité nebýt dušný. 35 (29,05 %) respondentů uvedlo, že je pro ně spíše důležité nebýt dušný a pro 71 (58,93 %) respondentů je velmi důležité nebýt dušný.

Na naplněnost položky nebýt dušný odpovídalo 106 respondentů. 2 (1,88 %) respondenti se ztotožnili s odpovědí, že pro ně nebylo naplněno vůbec nebýt dušný za poslední týden. Pro 13 (12,22 %) respondentů spíše nebylo naplněno nebýt dušný. 18 (16,92 %) respondentů nevědělo, jestli tato položka byla naplněna. 31 (29,14 %) respondentů uvedlo odpověď jako spíše ano a 42 (39,48 %) respondentům se naplněnost položky splnila jako velmi.

Tabulka 7 – Otázka č. 9 Nemít problém se zácpou

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	2	1,92 %
Spíše ne	4	3,32 %	12	11,52 %
Nevím	11	9,13 %	20	19,20 %
Spíše ano	35	29,05 %	27	25,92 %
Velmi	69	57,27 %	43	41,28 %
Počet respondentů	120	100 %	104	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 7 – Otázka č. 9 Nemít problém se zácpou

Komentář k tabulce a grafu

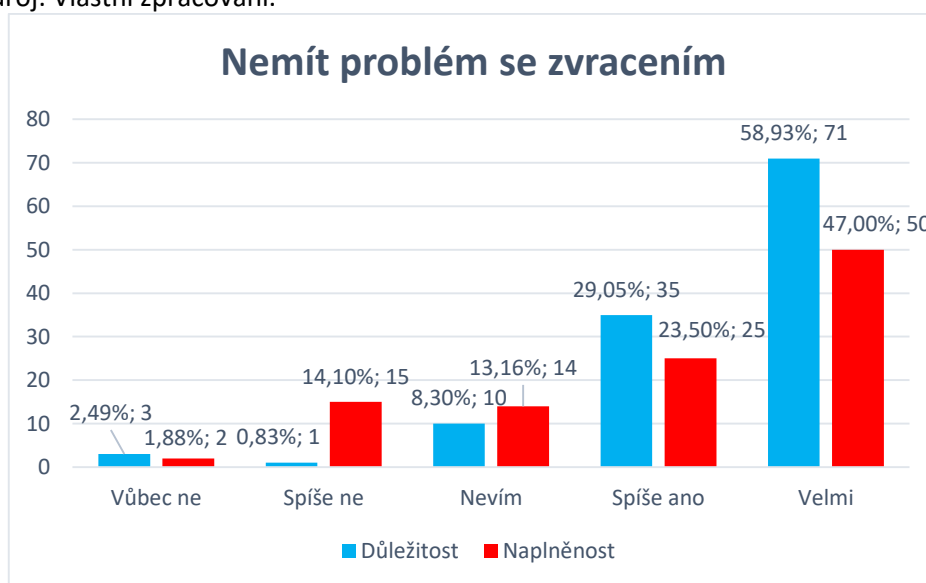
Nemít problém se zácpou nebylo důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Pro 4 (3,32 %) respondenty nebyla položka spíše naplněna. 11 (9,13 %) respondentů nevědělo, jestli položka byla pro ně důležitá. Pro 35 (29,05 %) respondentů bylo spíše důležité, nemít problém se zácpou a pro 69 (57,27 %) bylo velmi důležité nemít problém se zácpou.

Naplněnost položky se hodnotilo u 104 respondentů. 2 (1,92 %) respondenti udalo odpověď vůbec nenaplněno. 12 (11,52 %) respondentů odpovědělo jako spíše nenaplněné nemít problém se zácpou. 20 (19,20 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna. Pro 27 (25,92 %) respondentů se spíše naplnilo nemít problém se zácpou a pro 43 (41,28 %) respondentů byla položka naplněna velmi a neměli problém se zácpou vůbec.

Tabulka 8 – Otázka č. 10 Nemít problém se zvracením

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,49 %	2	1,88 %
Spíše ne	1	0,83 %	15	14,10 %
Nevím	10	8,30 %	14	13,16 %
Spíše ano	35	29,05 %	25	23,50 %
Velmi	71	58,93 %	50	47,00 %
Počet respondentů	120	100 %	106	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 8 – Otázka č. 10 Nemít problém se zvracením

Komentář k tabulce a grafu

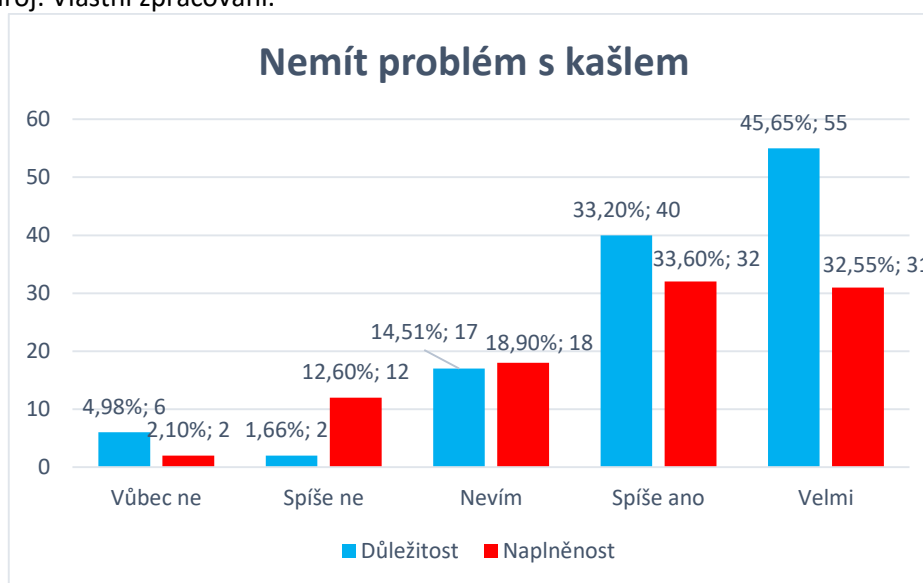
Nemít problém se zvracením nebylo důležité vůbec pro 3 (2,49 %) respondenty. Spíše nedůležité odpověděl 1 (0,83 %) respondent. 10 (8,30%) respondentů nevědělo, jestli tato položka pro ně byla důležitá. Pro 35 (29,05 %) respondentů odpovědělo spíše ano a pro 71 (58,93 %) respondentů bylo velmi důležité nemít problém se zvracením.

Naplněnost položky s problémem zvracení se hodnotilo u 106 respondentů. Pro 2 (1,88 %) respondenty nebyla tato položka vůbec naplněna. Pro 15 (14,10 %) respondentů spíše nebylo naplněno nemít problém se zvracením. 14 (13,16 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna. Pro 25 (23,50 %) respondentů byla spíše položka naplněna a pro 50 (47,00 %) respondentů byla položka velmi naplněna a problém se zvracením neměli.

Tabulka 9 – Otázka č. 11 Nemít problém s kašlem

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	6	4,98 %	2	2,10 %
Spíše ne	2	1,66 %	12	12,60 %
Nevím	17	14,51 %	18	18,90 %
Spíše ano	40	33,20 %	32	33,60 %
Velmi	55	45,65 %	31	32,55 %
Počet respondentů	120	100 %	95	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 9 – Otázka č. 11 Nemít problém s kašlem

Komentář k tabulce a grafu

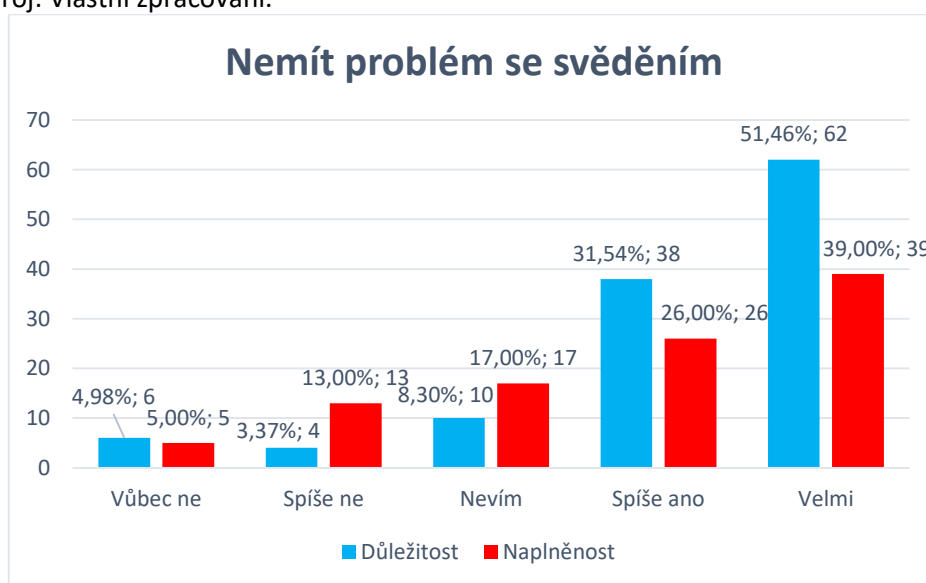
Nemít problém s kašlem nebylo důležité vůbec pro 6 (4,98 %) respondentů. Položka nebyla spíše důležitá pro 2 (1,66 %) respondenty. 17 (14,51 %) respondentů nevědělo, jestli pro ně položka byla důležitá. Pro 40 (33,20 %) respondentů byla položka spíše důležitá a pro 55 (45,65 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky s problémem nemít kašel se hodnotilo u 95 respondentů. Pro 2 (2,10 %) respondenty nebyla položka naplněná vůbec. 12 (12,60 %) respondentů se ztožnilo s odpovědí spíše nenaplněno. 18 (18,90 %) respondentů nevědělo, jestli byla u nich položka naplněna. Pro 32 (33,60 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 31 (32,55 %) respondentů byla položka nemít problém s kašlem naplněna za poslední týden velmi naplněna.

Tabulka 10 – Otázka č. 12 Nemít problém se svěděním

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	6	4,98 %	5	5,00 %
Spíše ne	4	3,37 %	13	13,00 %
Nevím	10	8,30 %	17	17,00 %
Spíše ano	38	31,54 %	26	26,00 %
Velmi	62	51,46 %	39	39,00 %
Počet respondentů	120	100 %	100	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 10 – Otázka č. 12 Nemít problém se svěděním

Komentář k tabulce a grafu

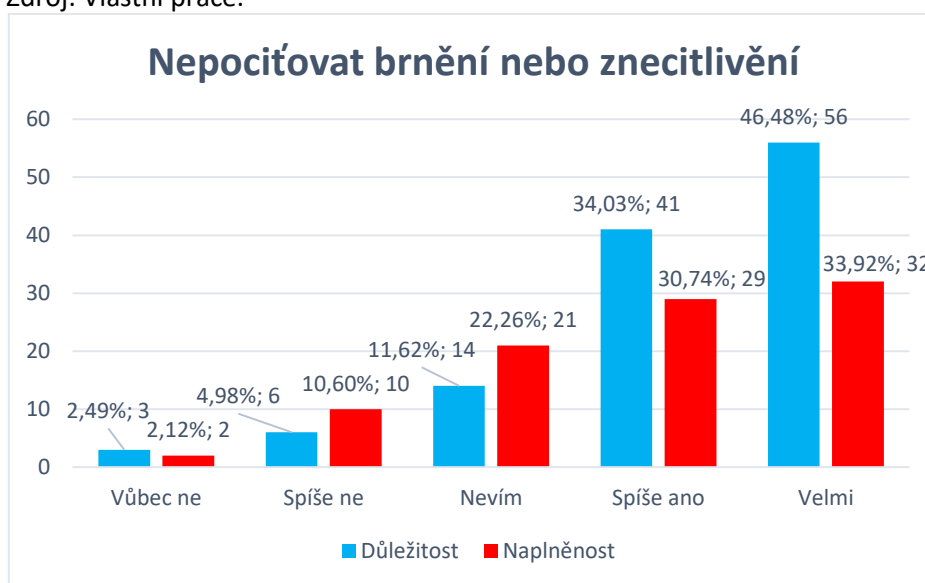
Nemít problém se svěděním kůže nebylo vůbec důležité pro 6 (4,98 %) respondentů. Za spíše nedůležité to považovali 4 (3,37 %) respondenti. 10 (8,30 %) respondentů nevědělo, zda je pro ně důležité nemít problém se svěděním. 38 (31,54 %) respondentů považovalo nemít problém se svěděním za spíše důležité a 62 (51,46 %) respondentů považovalo za velmi důležité nemít problém se svěděním.

Nemít problém se svěděním kůže a naplněnosti položky bylo hodnoceno u 100 respondentů. Z toho 5 (5,00 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí vůbec ne a problém se svěděním měli. 13 (13,00 %) respondentů spíše neměli problém se svěděním. 17 (17,00 %) respondentů nevědělo, jestli u nich tato položka byla naplněna. 26 (26,00 %) respondentů považovalo nemít problém se svěděním za spíše naplněný a pro 39 (39,00 %) respondentů tato položka byla naplněna velmi.

Tabulka 11 – Otázka č. 13 Nepociťovat brnění nebo znečitlivění

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,49 %	2	2,12 %
Spíše ne	6	4,98 %	10	10,60 %
Nevím	14	11,62 %	21	22,26 %
Spíše ano	41	34,03 %	29	30,74 %
Velmi	56	46,48 %	32	33,92 %
Počet respondentů	120	100 %	94	100 %

Zdroj: Vlastní práce.



Graf 11 – Otázka č. 13 Nepociťovat brnění nebo znečitlivění

Komentář k tabulce a grafu

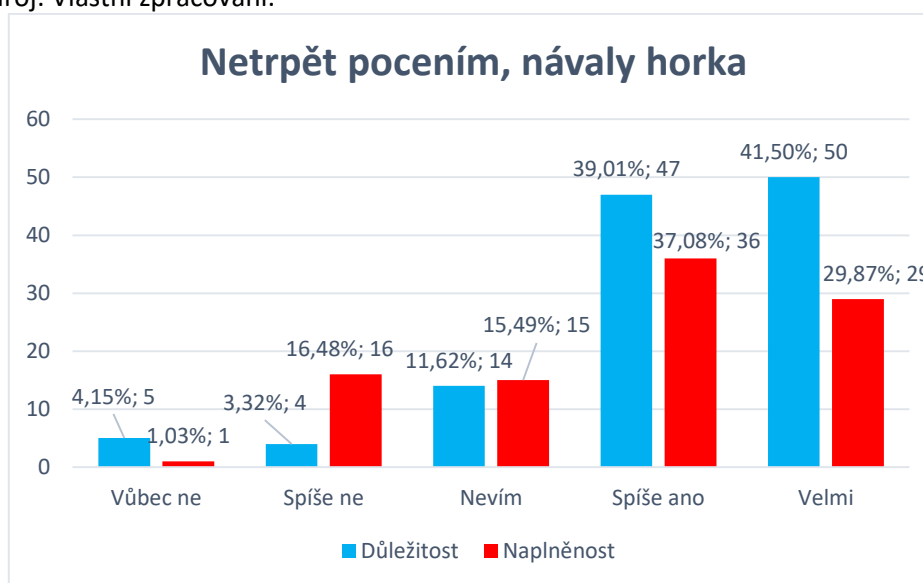
Nepociťovat brnění nebo znečitlivění nebylo vůbec důležité pro 3 (2,49 %) respondenty. Pro 6 (4,98 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 14 (11,62 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Jako spíše důležité to považovalo 41 (34,03 %) respondentů. Pro 56 (46,48 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky u pocitu brnění nebo znečitlivění se hodnotilo u 94 respondentů. Pro 2 (2,12 %) respondentů tato položka nebyla vůbec naplněna. 10 (10,60 %) respondentů tuto položku považovalo za spíše nenaplněnou. 21 (22,26 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna. Pro 29 (30,74 %) respondentů byla spíše položka naplněna a pro 32 (33,92 %) respondentů byla položka nepociťování brnění nebo znečitlivění naplněna velmi.

Tabulka 12 – Otázka č. 14 Netrpět pocením, návaly horka

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	4,15 %	1	1,03 %
Spíše ne	4	3,32 %	16	16,48 %
Nevím	14	11,62 %	15	15,49 %
Spíše ano	47	39,01 %	36	37,08 %
Velmi	50	41,50 %	29	29,87 %
Počet respondentů	120	100 %	97	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 12 – Otázka č. 14 Netrpět pocením, návaly horka

Komentář k tabulce a grafu

Netrpět pocením a návaly horka nebylo vůbec důležité pro 5 (4,15 %) respondentů. 4 respondenti spíše nepovažovali za důležité naplnění položky. 14 (11,62 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. 47 (39,01 %) respondentů se ztotožnilo s názorem, že je pro ně položka spíše důležitá a pro 50 (41,50 %) respondentů byla tato položka velmi důležitá.

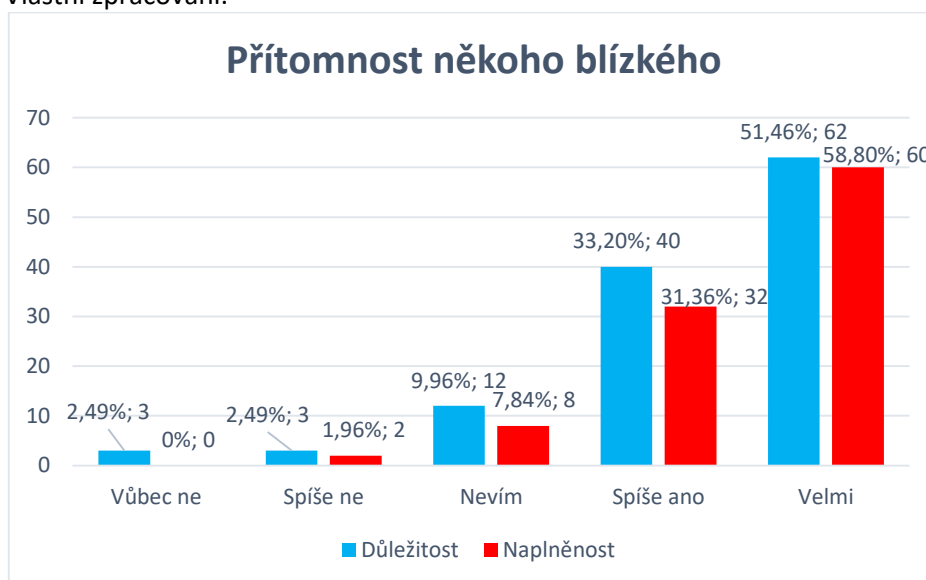
Otázka naplněnosti položky netrpět pocením a návaly horka se hodnotilo u 97 respondentů. Z toho 1 (1,03 %) respondent neměl položku naplněnou vůbec. 16 (16,48 %) respondentů položku spíše neměli naplněnou. 15 (15,49 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich tato položka naplněná. 36 (37,08 %) respondentů položku měli spíše naplněnou a 29 (29,87 %) respondentů položku netrpět pocením a návaly horka měli naplněnou velmi.

Doména 2 – Sociální oblast

Tabulka 13 – Otázka 19 Přítomnost někoho blízkého

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,49 %	0	0 %
Spíše ne	3	2,49 %	2	1,96 %
Nevím	12	9,96 %	8	7,84 %
Spíše ano	40	33,20 %	32	31,36 %
Velmi	62	51,46 %	60	58,80 %
Počet respondentů	120	100 %	102	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 13 – Otázka č. 19 Přítomnost někoho blízkého

Komentář k tabulce a grafu

Přítomnost někoho blízkého nebylo vůbec důležité pro 3 (2,49 %) respondenty, také pro 3 (2,49 %) respondenty tato položka byla spíše nedůležitá. 12 (9,96 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 40 (33,20 %) respondentů přítomnost někoho blízkého byla spíše důležitá a pro 62 (51,46 %) respondentů přítomnost někoho blízkého bylo velmi důležité.

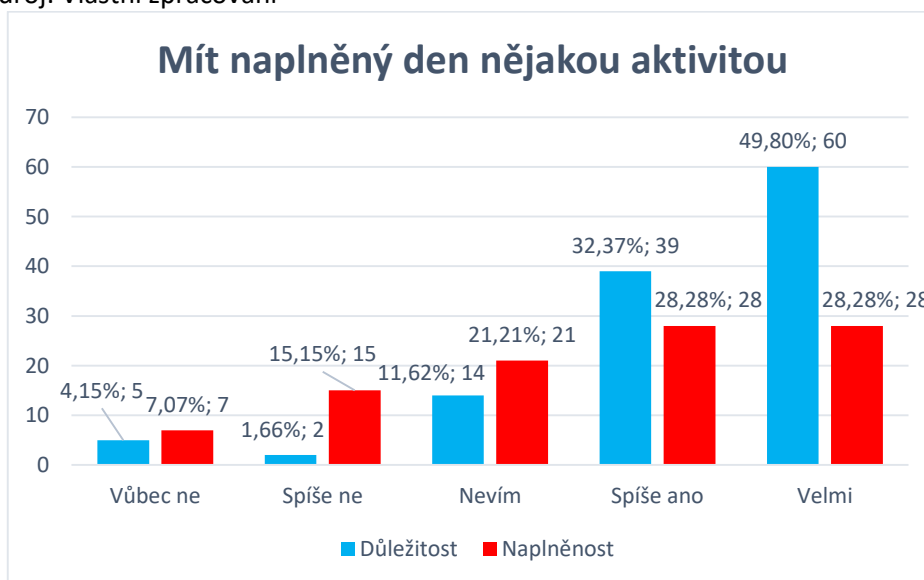
Naplněnost u položky přítomnost někoho blízkého se hodnotilo u 102 respondentů. Pro žádného respondenta tato položka nebyla vůbec nenaplněna. Pro 2 (1,96 %) respondenty tato položka byla spíše nenaplněna. 8 (7,84 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně po-

ložka naplněna. Pro 32 (31,36 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna a pro 60 (58,80 %) respondentů byla tato položka naplněna velmi.

Tabulka 14 – Otázka č. 22 Mít naplněný den nějakou aktivitou

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	4,15 %	7	7,07 %
Spíše ne	2	1,66 %	15	15,15 %
Nevím	14	11,62 %	21	21,21 %
Spíše ano	39	32,37 %	28	28,28 %
Velmi	60	49,80 %	28	28,28 %
Počet respondentů	120	100 %	99	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 14 – Otázka č. 22 Mít naplněný den nějakou aktivitou

Komentář k tabulce a grafu

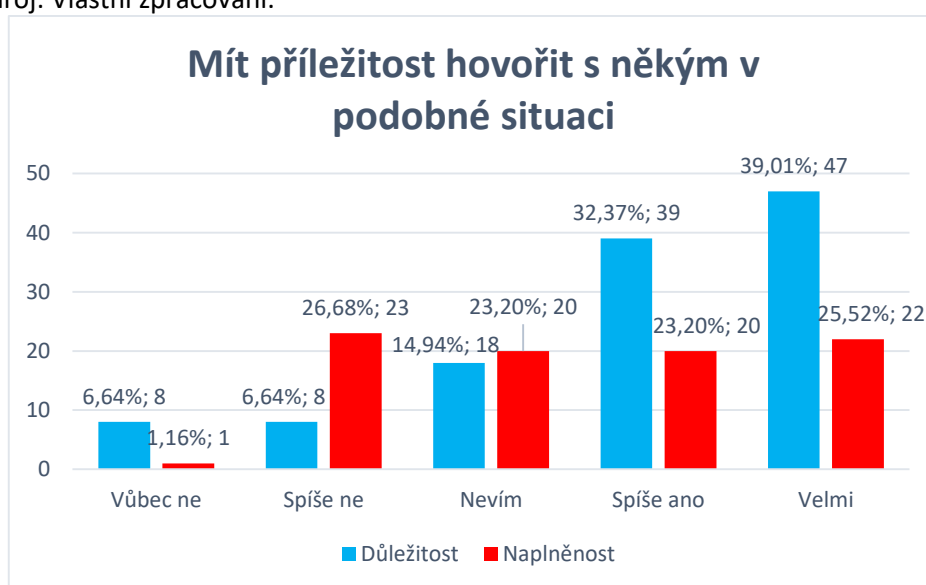
Mít naplněný den nějakou aktivitou nebylo vůbec důležité pro 5 (4,15 %) respondentů. Pro 2 (1,66 %) respondenty tato položka nebyla spíše důležitá. 14 (11,62 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. Pro 39 (32,37 %) respondentů byla položka spíše důležitá a pro 60 (49,80 %) respondentů byla velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 99 respondentů. Mít naplněný den nějakou aktivitou nebylo vůbec naplněno u 7 (7,07 %) respondentů. Pro 15 (15,15 %) respondentů položka nebyla spíše naplněna. 21 (21,21 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 28 (28,28 %) respondentů byla položka spíše naplněná a pro 28 (28,28 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 15 – Otázka č. 23 Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	8	6,64 %	1	1,16 %
Spíše ne	8	6,64 %	23	26,68 %
Nevím	18	14,94 %	20	23,20 %
Spíše ano	39	32,37 %	20	23,20 %
Velmi	47	39,01 %	22	25,52 %
Počet respondentů	120	100 %	86	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 15 – Otázka č. 23 Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Komentář k tabulce a grafu

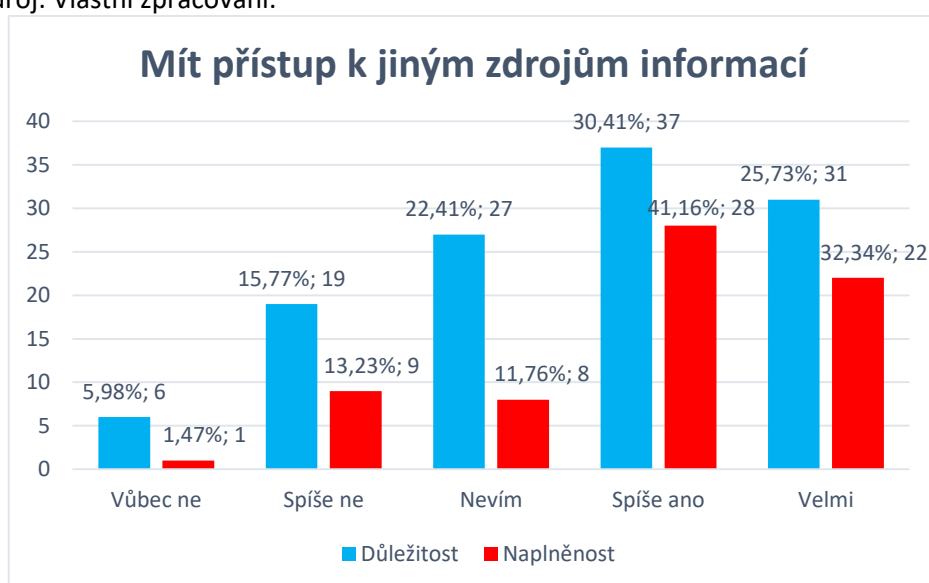
Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci nebylo vůbec důležité pro 8 (6,64 %) respondentů. Spíše nebylo důležité pro 8 (6,64 %) respondentů. 18 (14,94 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 39 (32,37 %) respondentů to bylo spíše důležité a pro 47 (39,01 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 86 respondentů. Z toho 1 respondent (1,16 %) neměl tuto položku vůbec naplněnou. Pro 23 (26,68 %) respondentů tato položka byla spíše ne-naplněna. 20 (23,20 %) respondentů nevědělo, jestli tato položka u nich byla naplněna. 20 (23,20 %) respondentů mělo položku spíše naplněnou. Pro 22 (25,52 %) respondentů tato položka byla velmi naplněna.

Tabulka 16 – Otázka č. 38 Mít přístup k jiným zdrojům informací

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	6	5,98 %	1	1,47 %
Spíše ne	19	15,77 %	9	13,23 %
Nevím	27	22,41 %	8	11,76 %
Spíše ano	37	30,41 %	28	41,16 %
Velmi	31	25,73 %	22	32,34 %
Počet respondentů	120	100 %	68	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 16 – Otázka č. 38 Mít přístup k jiným zdrojům informací

Komentář k tabulce a grafům

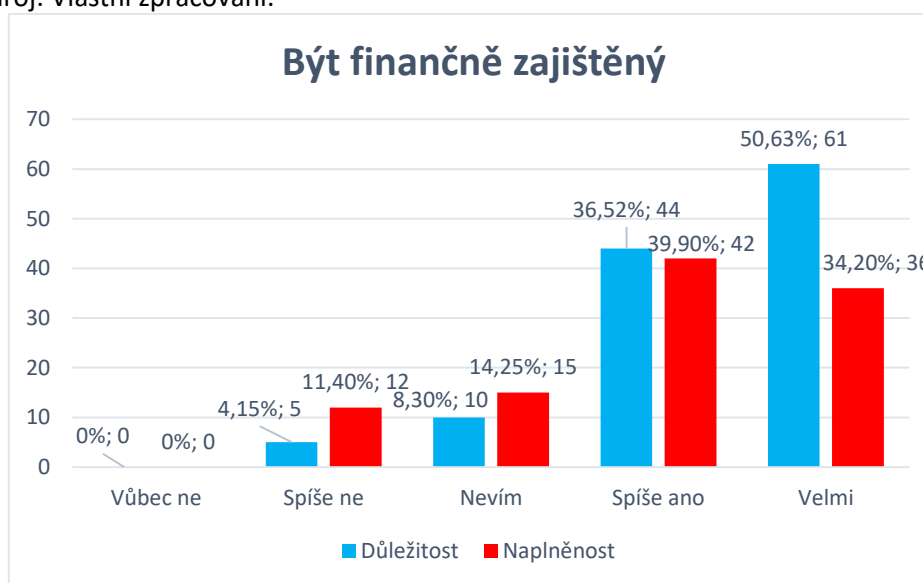
Mít přístup k jiným zdrojům informací nebylo vůbec důležité pro 6 (5,98 %) respondentů. Pro 19 (15,77 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 27 (22,41 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 37 (30,41 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 31 (25,73 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 68 respondentů. Z toho 1 (1,47 %) respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 9 (13,23 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 8 (11,76 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 28 (41,16 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 22 (32,34 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 17 – Otázka č. 39 Být finančně zajištěný

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	5	4,15 %	12	11,40 %
Nevím	10	8,30 %	15	14,25 %
Spíše ano	44	36,52 %	42	39,90 %
Velmi	61	50,63 %	36	34,20 %
Počet respondentů	120	100 %	105	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 17 – Otázka č. 39 Být finančně zajištěný

Komentář k tabulce a grafu

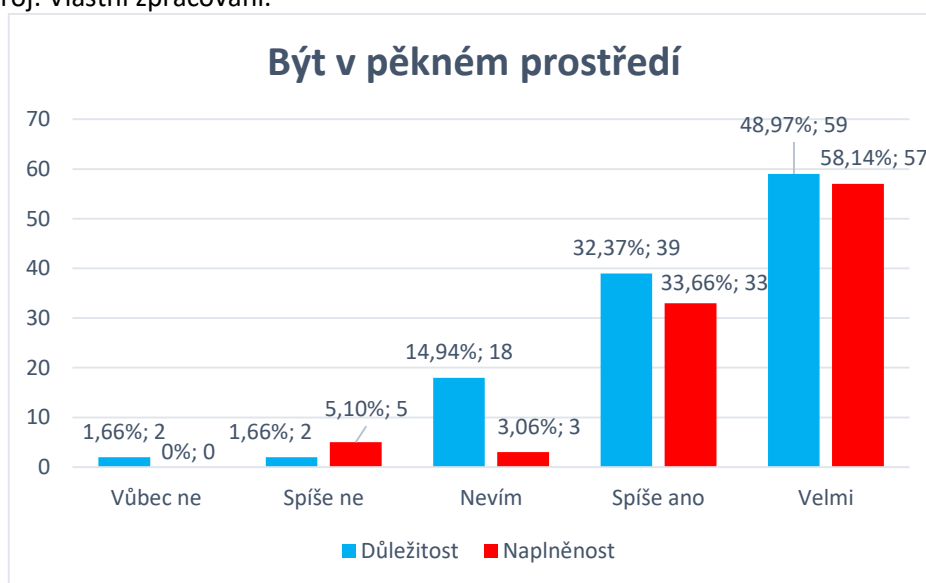
Být finančně zajištěný nebylo vůbec důležité pro žádného respondenta. Pro 5 (4,15 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 10 (8,30 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 44 (36,52 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 61 (50,63 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 105 respondentů. Z toho žádný respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 12 (11,40 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 15 (14,25 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 42 (39,90 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 36 (34,20 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 18 – Otázka č. 40 Být v pěkném prostředí

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	0	0 %
Spíše ne	2	1,66 %	5	5,10 %
Nevím	18	14,94 %	3	3,06 %
Spíše ano	39	32,37 %	33	33,66 %
Velmi	59	48,97 %	57	58,14 %
Počet respondentů	120	100 %	98	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 18 – Otázka č. 40 Být v pěkném prostředí

Komentář k tabulce a grafu

Být v pěkném prostředí nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Pro 2 (1,66 %) respondenty tato položka nebyla spíše důležitá. 18 (14,94 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 39 (32,37 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 59 (48,97 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

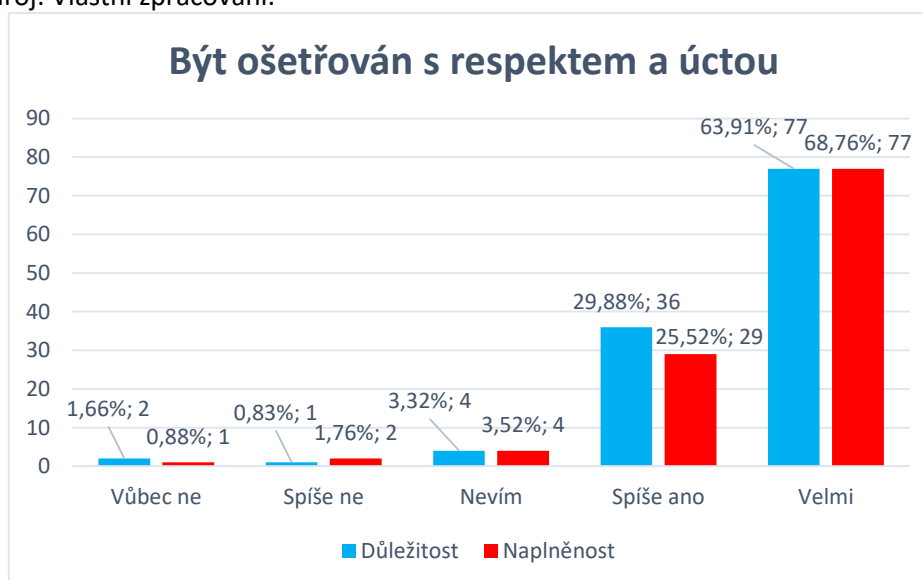
Naplněnost položky se hodnotilo u 98 respondentů. Z toho žádný respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 5 (5,10 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 3 (3,06 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 33 (33,66 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 57 (58,14 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Doména 3 – Respekt a podpora zdravotnického personálu

Tabulka 19 – Otázka č. 16 Být ošetřován s respektem a úctou

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	1	0,88 %
Spíše ne	1	0,83 %	2	1,76 %
Nevím	4	3,32 %	4	3,52 %
Spíše ano	36	29,88 %	29	25,52 %
Velmi	77	63,91 %	77	68,76 %
Počet respondentů	120	100 %	113	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 19 – Otázka č. 16 Být ošetřen s respektem a úctou

Komentář k tabulce a grafu

Být ošetřen s respektem a úctou nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Pro 1 (0,83 %) respondenta nebyla položka spíše naplněna. 4 (3,32 %) respondenti nevěděli, jestli je pro ně tato položka důležitá. 36 (29,88 %) respondentů se ztotožnilo s názorem, že je pro ně tato položka spíše důležitá a pro 77 (63,91 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

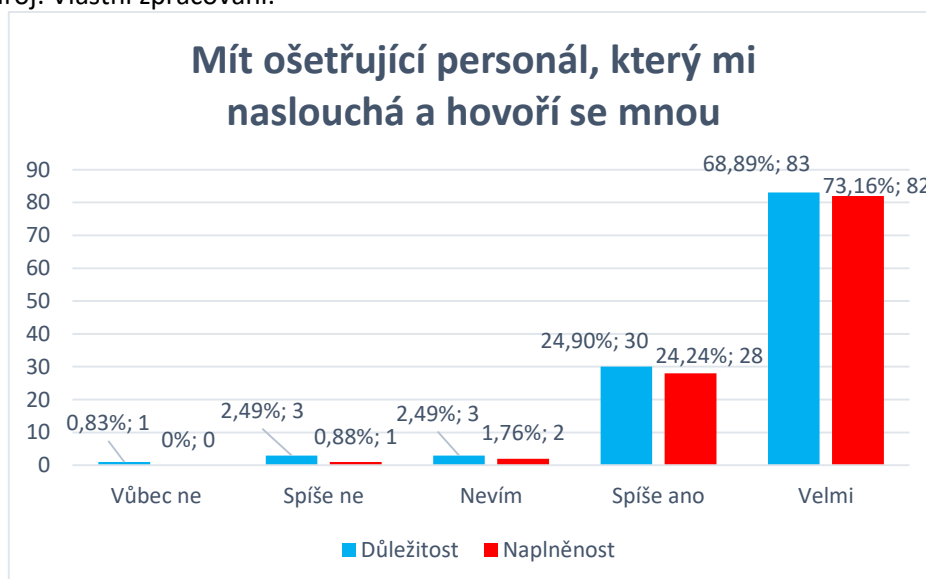
Naplněnost položky být ošetřen s respektem a úctou se hodnotilo o 113 respondentů. U 1 (0,88 %) respondenta tato položka nebyla naplněna vůbec. Pro 2 (1,76 %) respondenty tato položka nebyla spíše naplněna. 4 (3,52 %) respondenti nevěděli, jestli je tato položka u

nich naplněna. Pro 29 (25,52 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna a pro 77 (68,76 %) respondentů tato položka byla velmi naplněna.

Tabulka 20 – Otázka č. 20 Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	0	0 %
Spíše ne	3	2,49 %	1	0,88 %
Nevím	3	2,49 %	2	1,76 %
Spíše ano	30	24,90 %	28	24,24 %
Velmi	83	68,89 %	82	73,16 %
Počet respondentů	120	100 %	113	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 20 – Otázka č. 20 Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Komentář k tabulce a grafu

Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou, nebylo vůbec důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Pro 3 (2,49 %) respondenty tato položka nebyla spíše důležitá. 3 (2,49%) respondenti nevěděli, zda je pro ně položka důležitá. Pro 30 (24,90 %) respondentů tato položka byla spíše důležitá a pro 83 (68,89 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

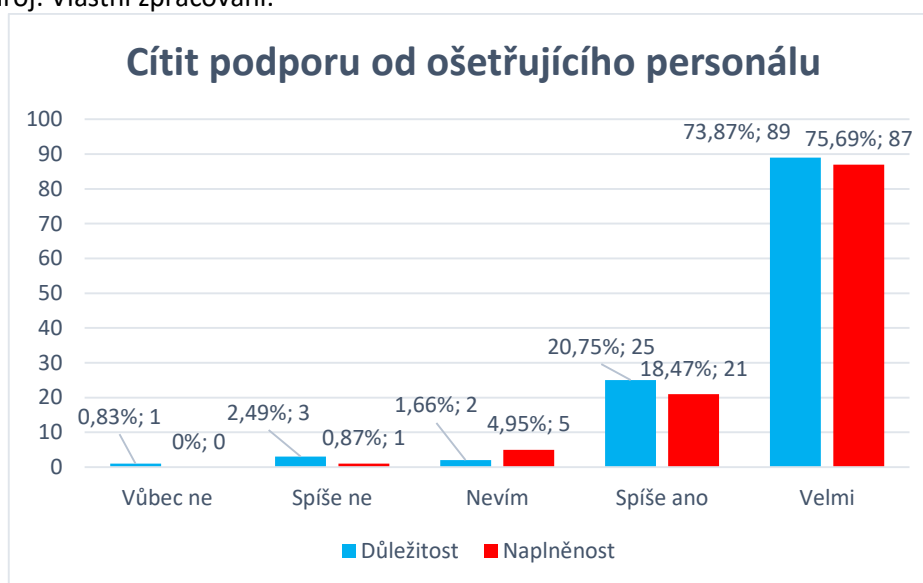
Naplněnost položky mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou, bylo hodnoceno u 113 respondentů. Žádný respondent nepocíťoval nenaplněnost položky. 1 (0,88 %) respondent pocíťoval spíše nenaplnění položky. 2 (1,76 %) respondentů nevědělo,

zda je u nich položka naplněná. U 28 (24,24 %) respondentů byla položka spíše naplněna a u 82 (73,16 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 21 – Otázka č. 21 Cítit podporu od ošetřujícího personálu

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	0	0 %
Spíše ne	3	2,49 %	1	0,87 %
Nevím	2	1,66 %	5	4,95 %
Spíše ano	25	20,75 %	21	18,47 %
Velmi	89	73,87 %	87	75,69 %
Počet respondentů	120	100 %	114	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 21 – Otázka č. 21 Cítit podporu od ošetřujícího personálu

Komentář k tabulce a grafu

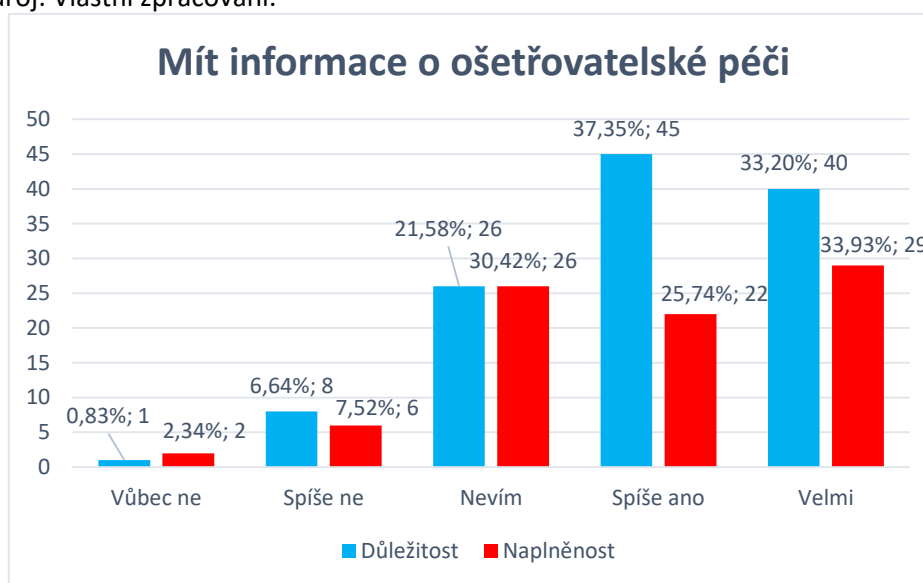
Cítit podporu od ošetřujícího personálu nebylo důležité pro 1 (0,83 %) respondentů. Spíše nedůležité to bylo pro 3 (2,49 %) respondenty. 2 (1,66 %) respondenti nevěděli, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 25 (20,75 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá. Pro 89 (73,87 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky u otázky cítit podporu od ošetřujícího personálu se hodnotilo u 114 respondentů. Pro žádného respondenta tato položka nebyla vůbec nenaplněna. Pro 1 (0,87 %) respondentů tato položka byla spíše nenaplněna. 5 (4,95 %) respondentů nevědělo, jestli tato položka byla u nich naplněna. Pro 21 (18,47 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna. Pro 87 (75,69 %) respondentů tato položka byla velmi naplněna.

Tabulka 22 – Otázka č.36 Mít informace o ošetrovatelské péči

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	2	2,34 %
Spíše ne	8	6,64 %	6	7,52 %
Nevím	26	21,58 %	26	30,42 %
Spíše ano	45	37,35 %	22	25,74 %
Velmi	40	33,20 %	29	33,93 %
Počet respondentů	120	100 %	85	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 22 – Otázka č. 36 Mít informace o ošetrovatelské péči

Komentář k tabulce a grafu

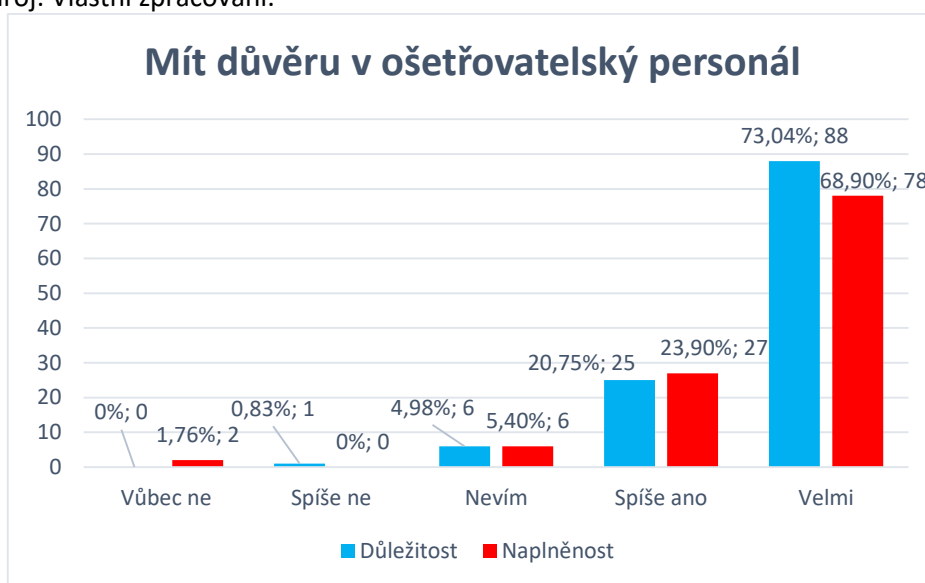
Mít informace o ošetrovatelské péči nebylo vůbec důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Pro 8 (6,64 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 26 (21,58 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 45 (37,35 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 40 (33,20 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 85 respondentů. Z toho 2 (2,34 %) respondenti neměli položku vůbec nenaplněnou. Pro 6 (7,52 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 26 (30,42 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 22 (25,74 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 29 (33,93 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 23 – Otázka č. 37 Mít důvěru v ošetrovatelský personál

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %	2	1,76 %
Spíše ne	1	0,83 %	0	0 %
Nevím	6	4,98 %	6	5,40 %
Spíše ano	25	20,75 %	27	23,90 %
Velmi	88	73,04 %	78	68,90 %
Počet respondentů	120	100 %	113	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 23 – Otázka č. 37 Mít důvěru v ošetrovatelský personál

Komentář k tabulce a grafu

Mít důvěru v ošetrovatelský personál nebylo vůbec důležité pro žádného respondenta. Pro 1 (0,83 %) respondenta tato položka nebyla spíše důležitá. 6 (4,98 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 25 (20,75 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 88 (73,04 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

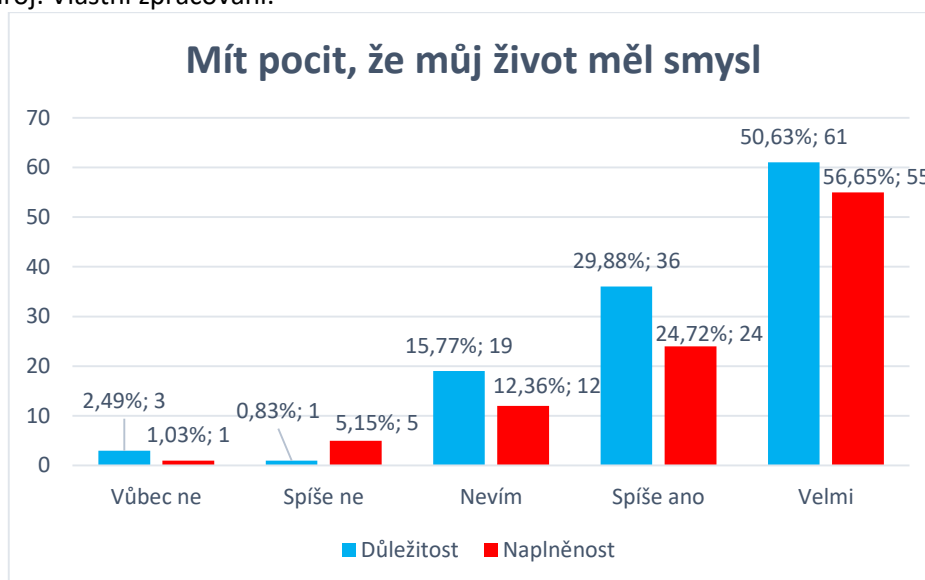
Naplněnost položky se hodnotilo u 113 respondentů. Z toho 2 (1,76 %) respondenti neměli položku vůbec nenaplněnou. Pro žádného respondenta tato položka nebyla spíše naplněna. 6 (5,40 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 27 (23,90 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 78 (68,90 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Doména 4 – Smysl života a smíření

Tabulka 24 – Otázka č. 28 Mít pocit, že můj život měl smysl

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,49 %	1	1,03 %
Spíše ne	1	0,83 %	5	5,15 %
Nevím	19	15,77 %	12	12,36 %
Spíše ano	36	29,88 %	24	24,72 %
Velmi	61	50,63 %	55	56,65 %
Počet respondentů	120	100 %	97	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 24 – Otázka č. 28 Mít pocit, že můj život měl smysl

Komentář k tabulce a grafu

Mít pocit, že můj život měl smysl, nebylo vůbec důležité pro 3 (2,49 %) respondenty. Pro 1 (0,83 %) respondenta, tato položka byla spíše nedůležitá. 19 (15,77 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. 36 (29,88 %) respondentů položku považovalo za spíše důležitou. 61 (50,63 %) respondentů považovalo položku za velmi důležitou.

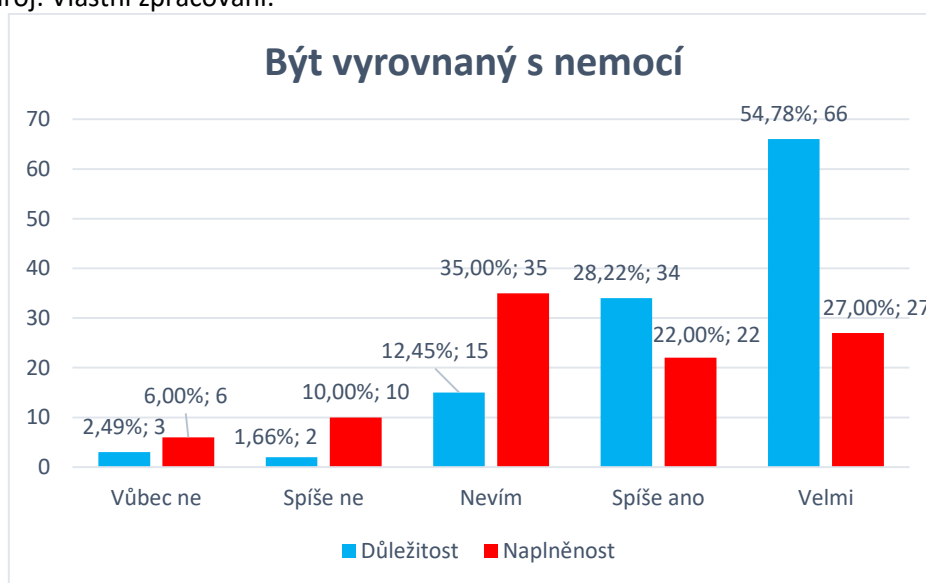
Naplněnost položky se hodnotilo u 97 respondentů. Z toho pro 1 (1,03 %) respondenta nebyla položka vůbec naplněna. 5 (5,15 %) respondentů považovalo položku za spíše ne-naplněnou. 12 (12,36 %) respondentů nevědělo, jestli byla položka naplněna.

U 24 (24,72 %) respondentů položka nebyla spíše naplněna a u 55 (56,65 %) respondentů položka byla velmi naplněna.

Tabulka 25 – Otázka č. 29 Být vyrovnaný s nemocí

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,49 %	6	6,00 %
Spíše ne	2	1,66 %	10	10,00 %
Nevím	15	12,45 %	35	35,00 %
Spíše ano	34	28,22 %	22	22,00 %
Velmi	66	54,78 %	27	27,00 %
Počet respondentů	120	100 %	100	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 25 – Otázka č. 29 Být vyrovnaný s nemocí

Komentář k tabulce a grafu

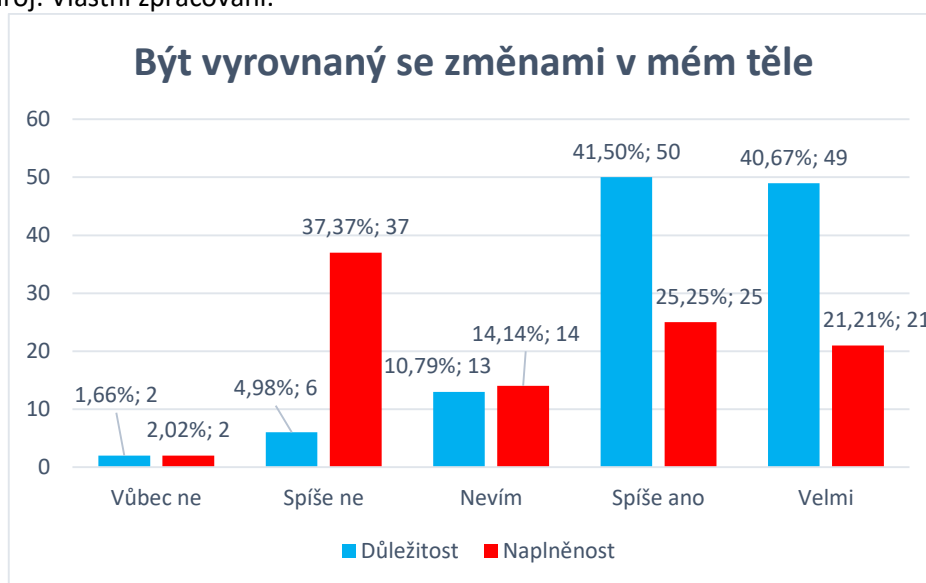
Být vyrovnaný s nemocí nebylo vůbec důležité pro 3 (2,49 %) respondenty. 2 (1,66 %) respondenti tuto položku považovali za spíše nedůležitou. 15 (12,45 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. 34 (28,22 %) respondentů považovali položku za spíše důležitou a 66 (54,78 %) respondentů považovali položku za velmi důležitou.

Naplněnost položky se hodnotilo u 100 respondentů. U 6 (6,00 %) respondentů tato položka nebyla naplněna. Pro 10 (10,00 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 35 (35,00 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka naplněna. 22 (22,00 %) respondentů mělo spíše položku naplněnou. 27 (27,00 %) respondentů mělo položku velmi naplněnou.

Tabulka 26 – Otázka č. 31 Být vyrovnaný se změnami v mém těle

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	2	2,02 %
Spíše ne	6	4,98 %	37	37,37 %
Nevím	13	10,79 %	14	14,14 %
Spíše ano	50	41,50 %	25	25,25 %
Velmi	49	40,67 %	21	21,21 %
Počet respondentů	120	100 %	99	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 26 – Otázka č. 31 Být vyrovnaný se změnami v mém těle

Komentář k tabulce a grafu

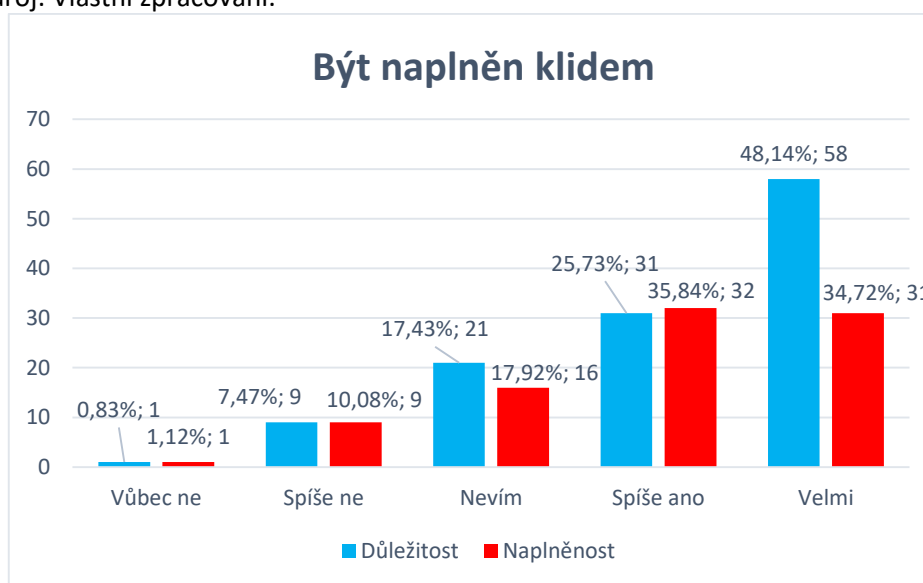
Být vyrovnaný se změnami v mém těle nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Pro 6 (4,98 %) respondentů nebyla spíše položka důležitá. 13 (10,79 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. Pro 50 (41,50 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí spíše důležité. Pro 49 (40,67 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky byla hodnocena u 99 respondentů. Pro 2 (2,02 %) respondenty tato položka nebyla vůbec naplněná. U 37 (37,37 %) respondentů nebyla spíše položka naplněná. 14 (14,14 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněná. Pro 25 (25,25 %) respondentů byla položka spíše naplněná a pro 21 (21,21 %) respondentů byla položka velmi naplněná.

Tabulka 27 – Otázka č. 32 Být naplněn klidem

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	1	1,12 %
Spíše ne	9	7,47 %	9	10,08 %
Nevím	21	17,43 %	16	17,92 %
Spíše ano	31	25,73 %	32	35,84 %
Velmi	58	48,14 %	31	34,72 %
Počet respondentů	120	100 %	89	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 27 – Otázka č. 32 Být naplněn klidem

Komentář k tabulce a grafu

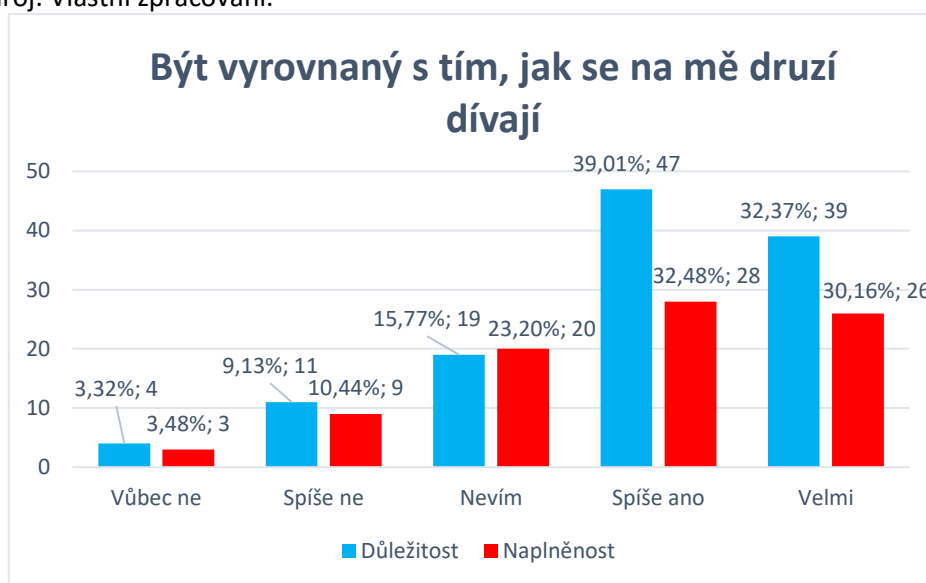
Být naplněn klidem nebyl vůbec důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Spíše položka nebyla důležitá pro 9 (7,47 %) respondentů. 21 (17,43 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. Pro 31 (25,73 %) respondentů byla položka spíše důležitá. Pro 58 (48,14 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotila u 89 respondentů. U 1 (1,12 %) respondenta nebyla položka naplněna vůbec. U 9 (10,08 %) respondentů položka nebyla spíše naplněna. 16 (17,92 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka naplněna. Pro 32 (35,84 %) respondentů byla položka spíše naplněna. Pro 31 (34,72 %) respondentů položka byla velmi naplněna.

Tabulka 28 – Otázka č. 33 Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	3,32 %	3	3,48 %
Spíše ne	11	9,13 %	9	10,44 %
Nevím	19	15,77 %	20	23,20 %
Spíše ano	47	39,01 %	28	32,48 %
Velmi	39	32,37 %	26	30,16 %
Počet respondentů	120	100 %	86	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 28 – Otázka č. 33 Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají

Komentář k tabulce a grafu

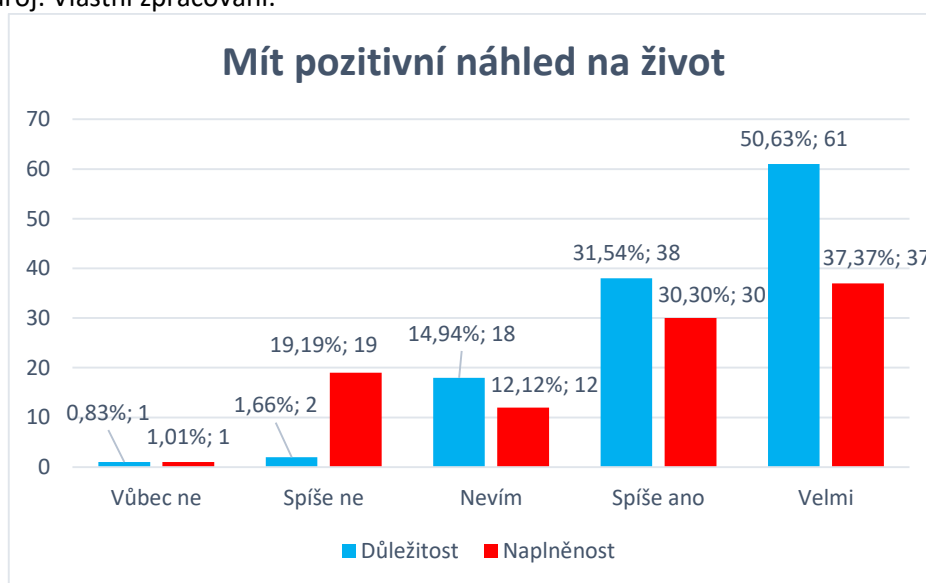
Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají, nebylo vůbec důležité pro 4 (3,32 %) respondentů. Pro 11 (9,13 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 19 (15,77 %) respondentů nevědělo, jestli je tato položka pro ně důležitá. 47 (39,01 %) respondentů bralo položku jako spíše důležitou a pro 39 (32,37 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotilo u 86 respondentů. Z toho 3 (3,48 %) respondenti neměli položku vůbec nenaplněnou. Pro 9 (10,44 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 20 (23,20 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 28 (32,48 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 26 (30,16 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 29 – Otázka č. 34 Mít pozitivní náhled na život

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	1	1,01 %
Spíše ne	2	1,66 %	19	19,19 %
Nevím	18	14,94 %	12	12,12 %
Spíše ano	38	31,54 %	30	30,30 %
Velmi	61	50,63 %	37	37,37 %
Počet respondentů	120	100 %	99	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 29 – Otázka č. 34 Mít pozitivní náhled na život

Komentář k tabulce a grafu

Mít pozitivní náhled na život nebylo vůbec důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Pro 2 (1,66 %) respondenty tato položka nebyla spíše důležitá. 18 (14,94 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 38 (31,54 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 61 (50,63 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

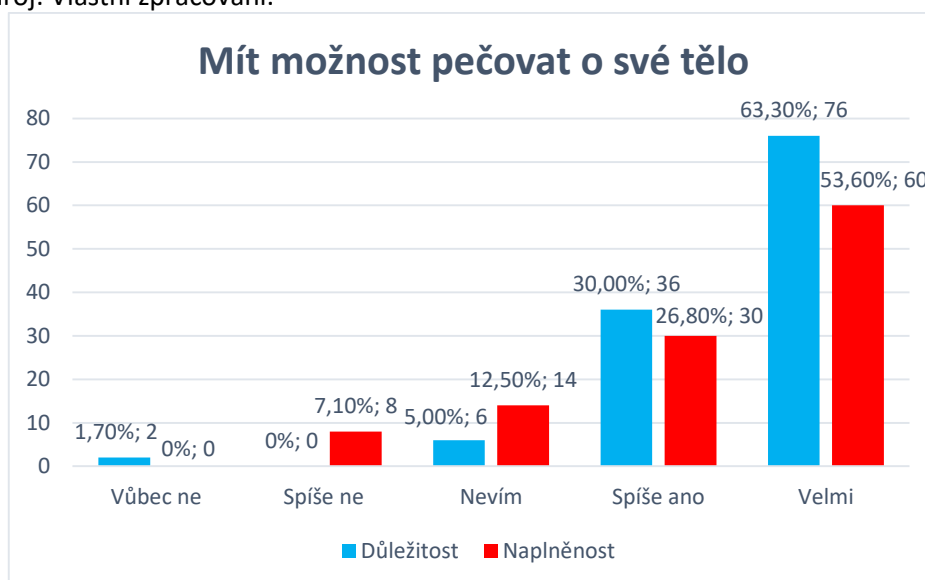
Naplněnost položky se hodnotilo u 99 respondentů. Z toho 1 (1,01 %) respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 19 (19,19 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 12 (12,12 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 30 (30,30 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 37 (37,37 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Doména 5 – Autonomie

Tabulka 30 – Otázka č. 1 Mít možnost pečovat o své tělo

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,70 %	0	0 %
Spíše ne	0	0 %	8	7,10 %
Nevím	6	5,00 %	14	12,50 %
Spíše ano	36	30,00 %	30	26,80 %
Velmi	76	63,30 %	60	53,60 %
Počet respondentů	120	100 %	112	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 30 – Otázka č. 1 Mít možnost pečovat o své tělo

Komentář k tabulce a grafu

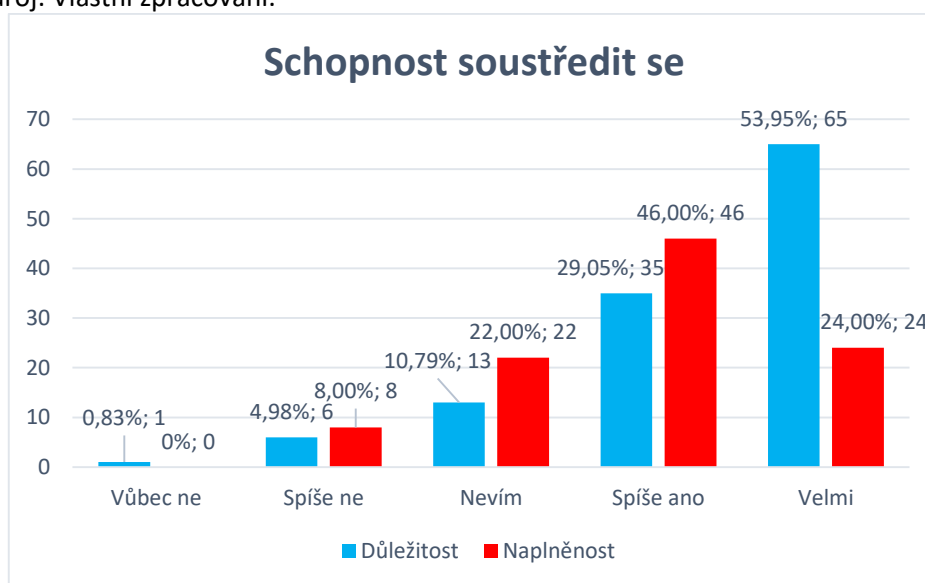
Na otázku mít možnost pečovat o své tělo a její důležitosti odpověděli 2 (1,70 %) respondenti vůbec ne. Odpověď spíše ne nevyužil žádný respondent. Odpověď nevím byla vhodná pro 6 (5,00 %) respondentů. Spíše ano odpovědělo 36 (30,00 %) respondentů. Odpověď jako velmi důležité mít možnost pečovat o své tělo bylo pro 76 (63,30 %) respondentů.

Naplněnost otázku možnost pečovat o své tělo za poslední týden se hodnotilo u 112 respondentů. Z toho žádný respondent neuvedl odpověď vůbec ne. 8 (7,10 %) respondentů se ztotožnilo s odpovědí spíše ne. 14 (12,50 %) respondentů nevědělo. 30 respondentů odpovědělo spíše ano. S odpovědí velmi se ztotožnilo 60 (53,60 %) respondentů, kteří udali, že měli možnost z poslední týden pečovat o své tělo.

Tabulka 31 – Otázka č. 3 Schopnost soustředit se

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	0	0 %
Spíše ne	6	4,98 %	8	8,00 %
Nevím	13	10,79 %	22	22,00 %
Spíše ano	35	29,05 %	46	46,00 %
Velmi	65	53,95 %	24	24,00 %
Počet respondentů	120	100 %	100	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 31 – Otázka č. 3 Schopnost soustředit se

Komentář k tabulce a grafu

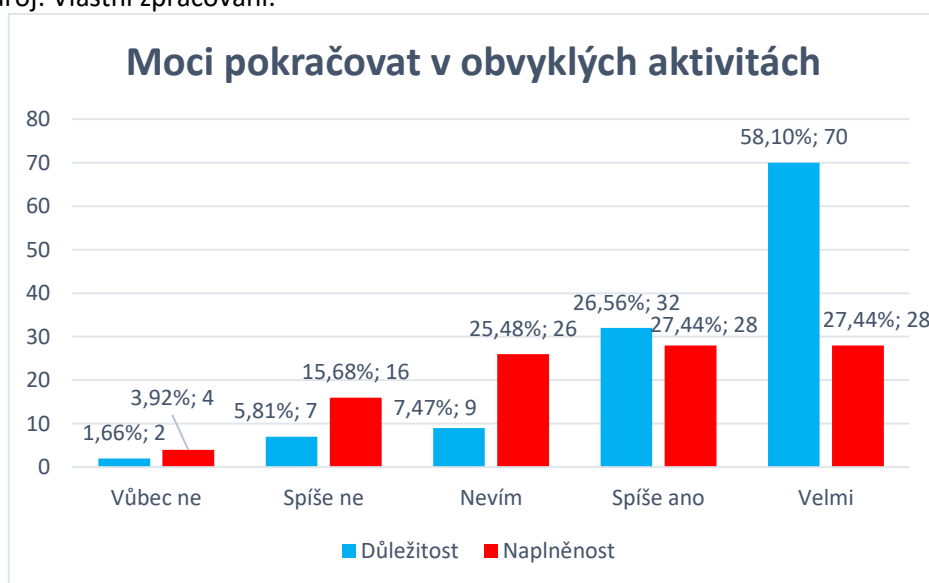
Na otázku je pro mě důležité schopnost soustředit se odpověděl 1 (0,83 %) respondent, že to pro něj nebylo vůbec důležité. Pro 6 (4,98 %) respondentů to bylo spíše nedůležité. S odpovědí nevím se ztotožnilo 13 (10,79 %) respondentů. Pro 35 (29,05 %) respondentů bylo spíše důležité schopnost soustředit se. Za velmi důležitou schopnost soustředit se to považovalo 65 (53,95 %) respondentů.

Na otázku naplněnost položky soustředit se odpovídalo 100 respondentů. Žádný respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 8 (8,00 %) respondentů byla položka spíše nenaplněna. 22 (22,00 %) respondentů uvedlo odpověď nevím. S odpovědí spíše ano se ztotožnilo 46 (46,00 %) respondentů. Pro 24 (24,00 %) respondentů byla schopnost soustředit se za poslední týden naplněna velmi.

Tabulka 32 – Otázka č. 15 Moci pokračovat v obvyklých aktivitách

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	4	3,92 %
Spíše ne	7	5,81 %	16	15,68 %
Nevím	9	7,47 %	26	25,48 %
Spíše ano	32	26,56 %	28	27,44 %
Velmi	70	58,10 %	28	27,44 %
Počet respondentů	120	100 %	102	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 32 – Otázka č. 15 Moci pokračovat v obvyklých aktivitách

Komentář k tabulce a grafu

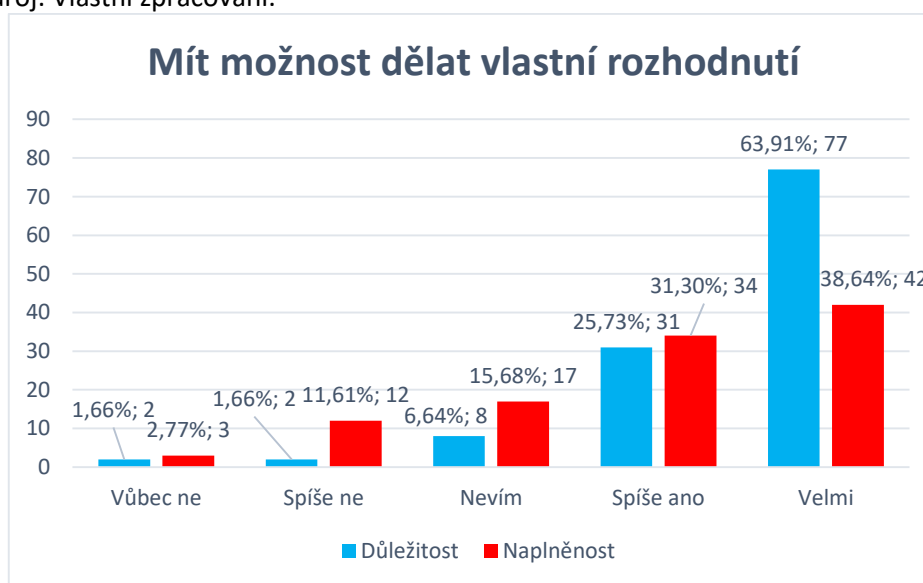
Moci pokračovat v obvyklých aktivitách nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Pro 7 (5,81 %) respondentů tato položka byla spíše nedůležitá. 9 (7,47 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Za spíše důležitou tuto položku považovalo 32 (26,56 %) respondentů a za velmi důležitou ji považovalo 70 (58,10 %) respondentů.

Naplněnost položky moci pokračovat v obvyklých aktivitách bylo hodnoceno u 102 respondentů, z toho nebyla tato položka naplněná vůbec u 4 (3,92 %) respondentů. Pro 16 (15,68 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 26 (25,48 %) respondentů nevědělo, jestli tuto položku mají naplněnou. 28 (27,44 %) respondentů se ztotožnilo s názorem spíše naplněná a 28 (27,44 %) respondentů s názorem velmi naplněná.

Tabulka 33 – Otázka č. 17 Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	3	2,77 %
Spíše ne	2	1,66 %	12	11,61 %
Nevím	8	6,64 %	17	15,68 %
Spíše ano	31	25,73 %	34	31,30 %
Velmi	77	63,91 %	42	38,64 %
Počet respondentů	120	100 %	108	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 33 – Otázka č. 33 Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí

Komentář k tabulce a grafu

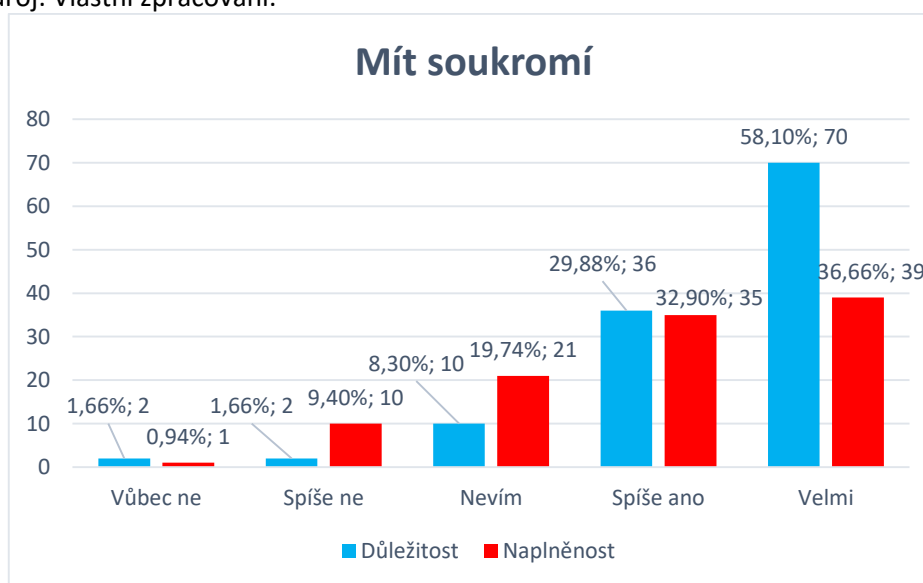
Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Také pro 2 (1,66 %) respondenty tato položka byla spíše nedůležitá. 8 (6,64 %) respondentů nevědělo, jestli je tato položka pro ně důležitá. Pro 31 (25,73 %) respondentů tato položka byla spíše důležitá a pro 77 (63,91 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

Naplněnost položky mít možnost dělat vlastní rozhodnutí se hodnotilo u 108 respondentů. U 3 (2,77 %) respondentů tato položka nebyla naplněná vůbec. Pro 12 (11,61 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 17 (15,68 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 34 (31,30 %) respondentů byla tato položka spíše naplněna a pro 42 (38,64 %) respondentů byla tato položka velmi naplněna.

Tabulka 34 – Otázka č. 18 Mít soukromí

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,66 %	1	0,94 %
Spíše ne	2	1,66 %	10	9,40 %
Nevím	10	8,30 %	21	19,74 %
Spíše ano	36	29,88 %	35	32,90 %
Velmi	70	58,10 %	39	36,66 %
Počet respondentů	120	100 %	106	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 34 – Otázka č. 18 Mít soukromí

Komentář k tabulce a grafu

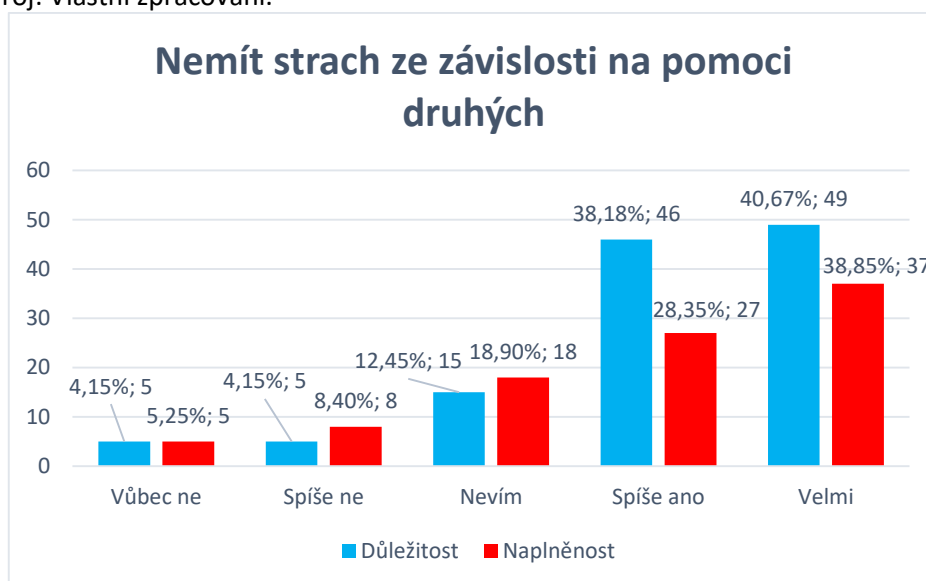
Mít soukromí nebylo vůbec důležité pro 2 (1,66 %) respondenty. Také pro 2 (1,66 %) respondenty tato položka nebyla spíše důležitá. 10 (8,30 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 36 (29,88 %) respondentů byla položka spíše důležitá a pro 70 (58,10 %) respondentů byla velmi důležitá.

Naplněnost položky u potřeby mít soukromí se hodnotilo u 106 respondentů. Vůbec nenaplněno to bylo pro 1 (0,94 %) respondenta. 10 (9,40 %) respondentů tuto položku nemělo spíše naplněnou. 21 (19,74 %) respondentů nevědělo, jestli je právě u nich položka naplněná. Pro 35 (32,90 %) respondentů byla spíše položka naplněna a pro 39 (36,66 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Tabulka 35 – Otázka č. 30 Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	4,15 %	5	5,25 %
Spíše ne	5	4,15 %	8	8,40 %
Nevím	15	12,45 %	18	18,90 %
Spíše ano	46	38,18 %	27	28,35 %
Velmi	49	40,67 %	37	38,85 %
Počet respondentů	120	100 %	95	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 35 – Otázka č. 30 Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých

Komentář k tabulce a grafu

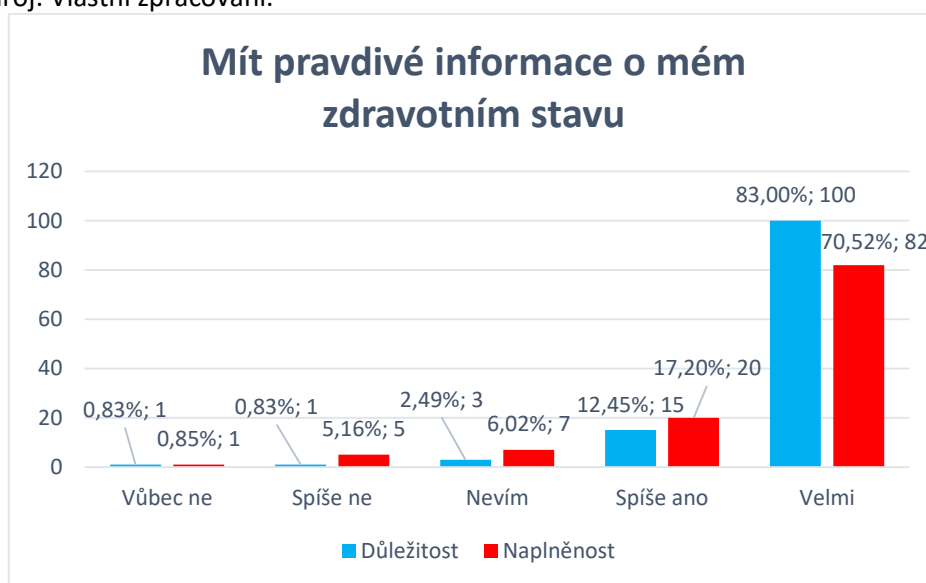
Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých nebylo vůbec důležité pro 5 (4,15 %) respondentů. Pro 5 (4,15 %) respondentů to také nebylo spíše důležité. 15 (12,45 %) respondentů nevědělo, zda je pro ně tato položka důležitá. Pro 46 (38,18 %) respondentů tato položka byla spíše důležitá. Pro 49 (40,67 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotila u 95 respondentů. Pro 5 (5,25 %) respondentů tato položka nebyla vůbec naplněná. Pro 8 (8,40 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněná. 18 (18,90 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich tato položka naplněná. Pro 27 (28,35 %) respondentů byla tato položka spíše naplněná a pro 37 (38,85 %) respondentů tato položka byla velmi naplněná.

Tabulka 36 – Otázka č. 35 Mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,83 %	1	0,85 %
Spíše ne	1	0,83 %	5	5,16 %
Nevím	3	2,49 %	7	6,02 %
Spíše ano	15	12,45 %	20	17,20 %
Velmi	100	83,00 %	82	70,52 %
Počet respondentů	120	100 %	115	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 36 – Otázka č. 35 Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu

Komentář k tabulce a grafu

Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu nebylo vůbec důležité pro 1 (0,83 %) respondenta. Pro 1 (0,83 %) respondenta tato položka nebyla spíše důležitá. 3 (2,49 %) respondenti nevěděli, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 15 (12,45 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 100 (83,00 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

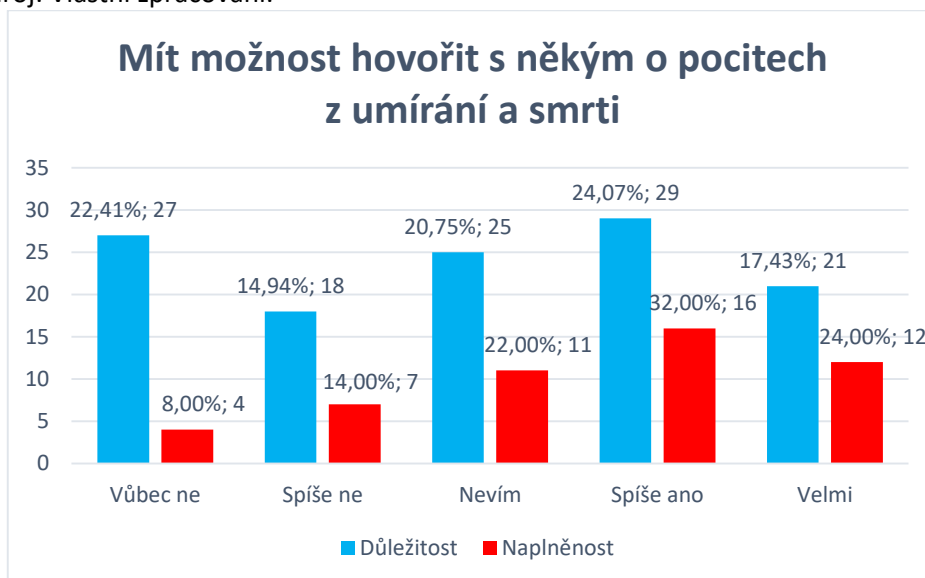
Naplněnost položky se hodnotilo u 115 respondentů. Z toho 1 (0,85 %) respondent neměl položku vůbec nenaplněnou. Pro 5 (5,16 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 7 (6,02 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 20 (17,20 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 82 (70,52 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Doména 6 – Možnost sdílení emocí

Tabulka 37 – Otázka č. 24 Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	27	22,41 %	4	8,00 %
Spíše ne	18	14,94 %	7	14,00 %
Nevím	25	20,75 %	11	22,00 %
Spíše ano	29	24,07 %	16	32,00 %
Velmi	21	17,43 %	12	24,00 %
Počet respondentů	120	100 %	50	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 37 – Otázka č. 24 Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti

Komentář k tabulce a grafu

Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti nebylo vůbec důležité pro 27 (22,41 %) respondentů. Pro 18 (14,94 %) respondentů tato položka spíše nebyla důležitá. 25 (20,75 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. Pro 29 (24,07 %) respondentů byla tato položka spíše důležitá a pro 21 (17,43 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá-

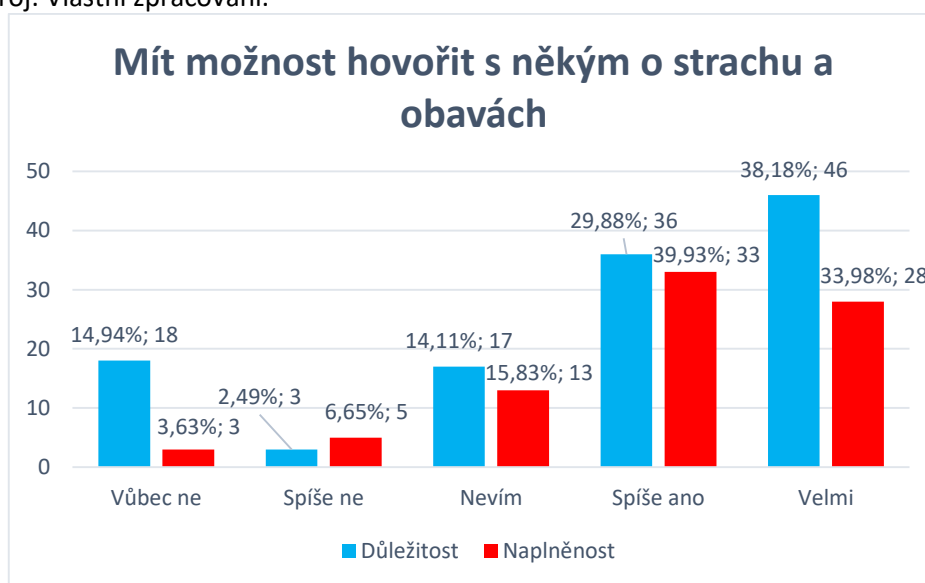
Naplněnost položky se hodnotilo u 50 respondentů. Pro 4 (8,00 %) respondenty tato položka nebyla vůbec naplněna. Pro 7 (14,00 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna. 11 (22,00 %) respondentů nevědělo, jestli je tato položka u nich naplněna.

Pro 16 (32,00 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna a pro 12 (24,00 %) respondentů byla velmi naplněna.

Tabulka 38 – Otázka č. 25 Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	18	14,94 %	3	3,63 %
Spíše ne	3	2,49 %	5	6,65 %
Nevím	17	14,11 %	13	15,83 %
Spíše ano	36	29,88 %	33	39,93 %
Velmi	46	38,18 %	28	33,98 %
Počet respondentů	120	100 %	82	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 38 – Otázka č. 25 Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Komentář k tabulce a grafu

Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách nebylo vůbec důležité pro 18 (14,94 %) respondentů. Pro 3 (2,49 %) respondenty tato položka byla spíše důležitá. 17 (14,11 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. U 36 (29,88 %) respondentů tato položka byla spíše důležitá a u 46 (38,18 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

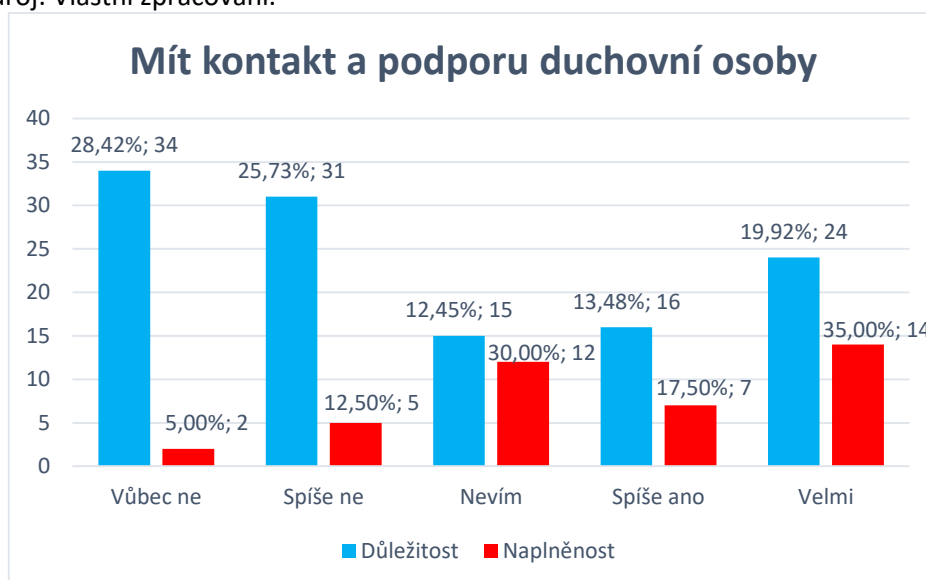
Naplněnost položky se hodnotilo u 82 respondentů. Z toho 3 (3,63 %) respondenti neměli naplněnou položku vůbec. Pro 5 (6,65 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 13 (15,83 %) respondentů nevědělo, jestli je u nich položka naplněna. Pro 33 (39,93 %) respondentů byla položka spíše naplněna a pro 28 (33,98 %) respondentů byla položka velmi naplněna.

Doména 7 – Religiózní potřeby

Tabulka 39 – Otázka č. 26 Mít kontakt a podporu duchovní osoby

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	34	28,42 %	2	5,00 %
Spíše ne	31	25,73 %	5	12,50 %
Nevím	15	12,45 %	12	30,00 %
Spíše ano	16	13,48 %	7	17,50 %
Velmi	24	19,92 %	14	35,00 %
Počet respondentů	120	100 %	40	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 39 – Otázka č. 26 Mít kontakt a podporu duchovní osoby

Komentář k tabulce a grafu

Mít kontakt a podporu duchovní osoby nebylo vůbec důležité pro 34 (28,42 %) respondentů. Pro 31 (25,73 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 15 (12,45 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka důležitá. 16 (13,48 %) respondentů se ztotožnilo s tvrzením, že je pro ně tato položka spíše důležitá a pro 24 (19,92 %) respondentů byla položka velmi důležitá.

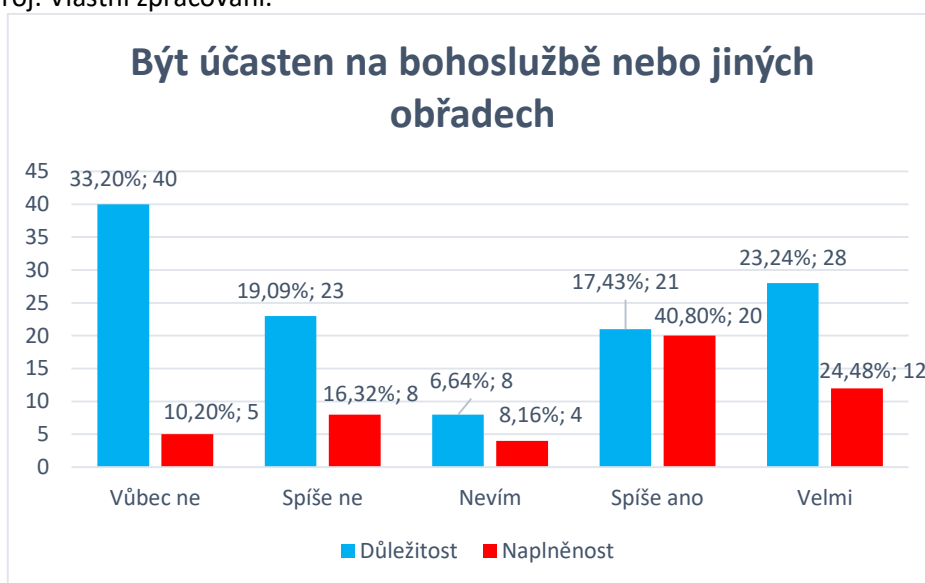
Naplněnost položky se hodnotilo u 40 respondentů. Pro 2 (5,00 %) respondenty nebyla položka naplněna vůbec. 5 (12,50 %) respondentů položku považovalo spíše za nenaplněnou. 12 (30,00 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně tato položka naplněna.

Pro 7 (17,50 %) respondentů tato položka byla spíše naplněna. Pro 14 (35,00 %) respondentů tato položka byla velmi naplněna.

Tabulka 40 – Otázka č. 27 Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech

	Je to pro mě důležité?		Naplněnost položky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	40	33,20 %	5	10,20 %
Spíše ne	23	19,09 %	8	16,32 %
Nevím	8	6,64 %	4	8,16 %
Spíše ano	21	17,43 %	20	40,80 %
Velmi	28	23,24 %	12	24,48 %
Počet respondentů	120	100 %	49	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování.



Graf 40 – Otázka č. 27 Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech.

Komentář k tabulce a grafu

Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech nebylo vůbec důležité pro 40 (33,20 %) respondentů. Pro 23 (19,09 %) respondentů tato položka nebyla spíše důležitá. 8 (6,64 %) respondentů nevědělo, jestli je pro ně položka důležitá. Pro 21 (17,43 %) respondentů tato položka byla spíše důležitá. Pro 28 (23,24 %) respondentů tato položka byla velmi důležitá.

Naplněnost položky se hodnotila u 49 respondentů. Z toho 5 (10,20 %) respondentů nemělo vůbec naplněnou položku. Pro 8 (16,32 %) respondentů tato položka nebyla spíše naplněna. 4 (8,16 %) respondentů nevědělo, jestli mají položku naplněnou. 20 (40,80 %) respondentů tuto položku měli spíše naplněnou. 12 (24,48 %) respondentů tato položka byla velmi naplněna.

7 DISKUZE

Poslední část práce se zabývá analýzou výsledků výzkumu. Všechny dotazníky byly seskupeny, pečlivě prozkoumány a jejich data byla vyhodnocena do speciálního záznamového archu pro badatelku výzkumu, z důvodu zpřehlednění výsledků výzkumu. Výzkumu se celkem zúčastnilo 120 respondentů (100 %), při vyhodnocování naplněnosti položky byl počet respondentů vždy jiný.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má aplikovaná chemoterapie na kvalitu života pacientů. Podle Dehkordi, Heydarnejad, Fatehi (2009), je kvalita života těžko posuzovatelná a spíše se hodnotí kvalita při již vzniklém nádorovém onemocnění. Tato studie byla posuzována u 200 pacientů s nádorovým onemocněním v nemocnici v Teheránu. Účastníci studie vyplňovali dotazník. V této studii se posuzovalo, zda demografické údaje mají vliv na kvalitu života pacienta po chemoterapii. Výzkum zjistil, že demografická data nemají žádný vliv na vznik nádorového onemocnění. Respondenti v této studii odpovídali na 53 otázek, které byly uspořádány do pěti domén: fyzické, role, kognitivní, emoční a sociální fungování. Z výsledků výzkumu se okázalo, že u pacientů přetrvávají fyzické příznaky, jako je bolest a únava, dále pak psychosociální příznaky a účinky systémové chemoterapie na lidský organismus.

V porovnání s výzkumem této bakalářské práce, se demografická data nehodnotila. Celkový počet respondentů se měnil a maximálně dosahoval 120. Hodnotil se celkový počet čtyřiceti otázek z dotazníku, které byly rozděleny v sedmi doménách s podobnými názvy, jako ve výzkumu s kterým je tato práce srovnávána. Na otázku bolesti odpovídalo 96 % respondentů, z toho netrpělo bolestí za poslední týden pouze 36 % respondentů. Na otázku únavy odpovídalo 87 % respondentů a z toho netrpělo únavou vůbec 18 % respondentů. Výsledky z výzkumu z nemocnice v Teheránu ukázalo, že strach z budoucnosti má 29 % respondentů, uvažování o jejich nemoci a následcích mělo 26,5 % respondentů. V našem výzkumu strach z budoucnosti (ze závislosti na druhých) mělo 5,25 % respondentů, 6,00 % nebylo vyrovnáno s nemocí a 2,02 % nebylo vyrovnáno se změnami v jejich těle.

V porovnání s výzkumem, který se prováděl na Univerzitě Tomáše Bati v roce 2016 s názvem Kvalita života onkologicky nemocných (Grmelová, 2016) uváděli respondenti taktéž jako u našeho výzkumu únavu, apatii k všedním denním aktivitám, nebo řešení problémů.

Dílčí cíl č. 1

Dílčím cílem číslem jedna bylo zjistit, zda jsou uspokojeny všechny potřeby pacientů. Výsledkem výzkumu bylo, že všechny potřeby byly pro pacienty důležité a tím i naplněné. V důležitosti položky a s největší poměrovým zastoupením byly potřeby biologické, které měli průměrovou hodnotu důležitosti 54,98 % z celkového počtu 120 odpovídajících respondentů. V těsném závěsu potřeby psychické s průměrovou hodnotou 53,71 % z toho odpovídajících respondentů. Potřeby sociální s průměrovou hodnotou 47,77 % z toho odpovídajících respondentů. Potřeby spirituální se umístili na čtvrté pozici s průměrovou hodnotou 21,58 % odpovídajících respondentů.

Naplněnost položek pořadí potřeb změnila a potřeby byly uspokojeny u různého počtu respondentů. Největší průměrové zastoupení měli potřeby sociální s 47,36 % z toho odpovídajících respondentů. Dále následovaly potřeby psychické s 38,21 % z toho odpovídajících respondentů. Překvapivě biologické potřeby zaujmulý třetí místo v těsném závěsu za sociálními potřebami s 37,60 % z toho odpovídajících respondentů. Spirituální potřeby měli průměrové zastoupení a tím i naplněnost potřeb za poslední týden 29,74 % odpovídajících respondentů. Tímto se **potvrdila hypotéza č. 1**, která předpokládala, že nejmenší procentuální zastoupení bude u spirituálních potřeb.

Dílčí cíl č. 2

Dílčím cílem číslo dvě bylo zjistit, zda jsou upřednostněny biologické potřeby před psychickými potřebami. Výsledkem výzkumu bylo, že oboje dvoje potřeby byly naplněny a pacienti tak nestrádali v žádné oblasti. Důležitost biologických potřeb při vyplňování dotazníků a tudíž osobního sběru dat se zdála jako nejdůležitější. Průměrové hodnoty v důležitosti a počtu osob bylo 66 (54,98 %) respondentů. 3 (2,62 %) respondenti tuto položku nepovažovali za vůbec důležitou. Naplněnost biologických potřeb bylo celkem 39 respondentů (37,60 %) z toho u 3 (2,69 %) respondentů biologické položky nebyly naplněny vůbec. Průměrové hodnoty v důležitosti psychických potřeb byly pro 65 respondentů (53,71 %) důležité. Pro 3 respondenty (1,85 %) se zdály psychické potřeby nedůležité. Naplněnost psychických položek za poslední týden bylo u 39 respondentů, tedy u 38,21 %. Pro 2 respondenty (2,18 %) položky nebyly naplněny vůbec. Hypotéza číslo dvě předpokládala, že biologické potřeby jsou v pozadí za psychickými **se potvrdila**.

Dílčí cíl č. 3

Dílčím cílem číslo tři bylo zjistit, zda sociální potřeby jsou lépe uspokojeny než spirituální. Průměrové hodnocení sociálních potřeb a jejich důležitost bylo důležité pro 58 respondentů (48,77 %). 6 respondentů (4,80 %) nepovažovalo sociální potřeby za důležité. Naplněnost sociálních potřeb za posledních týden bylo průměrně pro 48 respondentů (47,36 %). 2 respondenti (2,02 %) nepovažovali sociální potřeby za naplněné. Hodnocení spirituálních potřeb a jejich důležitost bylo hodnoceno u 26 (21,58 %) respondentů. 37 (30,81 %) odpovídajícím respondentům nepřišli spirituální potřeby vůbec důležité. Naplněnost spirituálních potřeb bylo v průměru u 13 respondentů (29,74 %) z toho 4 respondenti (7,62 %) neměli tuto položku vůbec naplněnou. Hypotéza číslo tři předpokládala, že jsou sociální potřeby uspokojeny alespoň u 30% respondentů **se potvrdila** a překročila náš předpoklad o 17,36 % .

7.1 Doporučení pro praxi

Respondenti z našeho výzkumu v Klinickém onkologickém centru KNTB, a.s. si velice pochvalují péči a jsou spokojeni s chováním lékařů a ošetřujícího personálu. Tímto bychom chtěli poděkovat personálu onkologického centra, za to, že ošetřují pacienty s respektem a úctou. 77 respondentů odpovědělo, že je pro ně důležité být ošetřován s respektem a úctou a celých 77 jich bylo takto ošetřeno. Zde bychom ale doporučili, aby se ošetřující personál více věnoval potřebě bolesti, protože být bez bolesti je největší přání, jaké existuje u onkologických pacientů. Nemít problémy se spánkem považovalo za důležité 70 respondentů, z toho 25 respondentů mělo položku velmi naplněnou. Jako návrh pro praxi doporučujeme, lepší uspořádání pacientů na pokoji. Dodržení nočního klidu na oddělení a využití pomůcek k tlumení světla, například paravany, nebo zástěny. Další návrh pro management zdravotnického zařízení a zvýšení kvality ošetrovatelské péče o pacienty, zařadit do anamnézy kolonku, zda-li pacient chrápe. Tohle by mohla být možnost, jak zjednodušit administrativní práci všeobecných sester a dalšího zdravotnického personálu, při sestavování pacientů na pokoji. Také bychom doporučily zdravotnickému personálu, pokud to stav pacienta dovolí, aktivizovat pacienty a vyplnit jejich volný čas. Dobré je, spolu zapojení rodiny do aktivizačního procesu ve formě rehabilitačního cvičení. Menší výprava mobilního, nebo méně mobilního pacienta do místního bufetu nemocnice, kde si může sám koupit případnou pochutinu je vhodné pro rodinu, tak nemocného samotného. Také možnost knihovničky na oddělení, nebo pracovní pozici aktivizační pracovník.

Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci je jedna z největších úskalí onkologického onemocnění, na které jsme při sběru dat přišli. Doporučení pro praxi je zřízení internetového portálu, nebo skupinového sezení, kde by byli pacienti řazeni do skupin podle druhu onemocnění a použité léčby. Lékař spolu s psychologem by mohli vést sezení a společně s pacienty rozebírat jednotlivá onemocnění a hovořit o úskalí nemoci.

Být vyrovnaný s nemocí je další klíčová položka, s kterou se v největším případě dle respondentů „ani vyrovnat nelze“. Navrhovali bychom jako doporučení pro praxi povinnou návštěvu psychologa. Psycholog by mohl být první člověk, který může podchytit rozvíjející se psychické onemocnění v začátcích. Spolu s pacientem může pracovat na lepší vyrovnanosti s nemocí a zvýšit odolnost a připravenost na změnu zdravotního stavu pacienta. Doporučovali bychom také jednu účast rodinných příslušníků, kteří s onkologicky nemoc-

ným tráví většinu volného času a další psychický vývoj jedince mohou do jisté míry ovlivnit.

Být vyrovnaný se změnami v mém těle je další klíčová položka. Vyrovnání se s nemocí je individuální. V dnešní době dobře funguje systém získávání paruk a protéz. Doporučovali bychom jako návrh pro praxi kurzy pro sebevědomé muže a ženy. Vyškolený personál by spolu s psychologem učil nemocné nestydět se za svůj zdravotní stav a být co v největší možné míře být vyrovnaný se svým tělem a pohledy druhých.

Doporučujeme udělat dlouhodobý průzkum s více respondenty v klinickém onkologickém centru. Pacienti by se mohli více vyjádřit, co jim od odborníků chybí, jaké služby by využili. Průzkum objasní problémové oblasti a může tím ovlivnit kvalitu poskytované péče.

ZÁVĚR

Jedním z důvodů, proč jsme si vybrali toto téma, byla autorčina pracovní zkušenost na onkologickém oddělení. Zajímal nás obraz prožívání nemoci u onkologického pacienta a jejich pocity. Tento jeden velký cíl a očekávání se nám splnil, protože při rozdávání dotazníků a osobním sběru informací měla autorka práce, ten tolik potřebný čas a chuť si s respondenty povídat. Vyhodnocení dotazníků bylo individuální podle nálady respondenta a chuti mluvit o svém onemocnění. Při každém vyhodnocování dotazníku jsme se dozvěděli spoustu informací z respondentova života a sblížili jsme se s pocity prožívání nemoci. Setkání s odlišnými lidmi, odlišnými názory a odlišným prožíváním onemocnění. Osobní sběr dotazníků nás velmi obohatil k získání informací ze života respondenta, který často bývá všeobecným sestřám uzavřen právě z důvodu časové tísně při výkonu povolání. Termín kvalita a hlavně kvalita života je v dnešní době jedním z často využívaných termínů. Kvalitu poskytované péče a její zvyšování chtějí dosáhnout všechna zdravotnická zařízení. Chtějí kvalitu postupně zvyšovat, co nejlépe s nejmenší finanční ztrátou a vynaloženým úsilím. Zvyšováním kvality lidské péče by měl chtít dosáhnout každý zdravotnický pracovník, který dokončí vzdělávací proces a nastoupí do praxe. V dnešní době se kvalita poskytované lidské péče ve zdravotnictví přehlíží. Ve zdravotnictví se začínají pohybovat jedinci, kteří chtějí budoucí zdravotnictví změnit a doufají v lepší zítřky. Teď už jenom můžeme doufat, že nám – čerstvě dostudovaným všeobecným sestřám se podaří zvyšovat kvalitu poskytované péče a pohlížet na člověka jako holistickou bytost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Zdeněk, Jana KOPTÍKOVÁ a Jiří VORLÍČEK, 2003. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0677-6.
- [2] ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [3] BUŽGOVÁ, Radka, 2014. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči: Manuál pro uživatele české verze PNAP a rodinných příslušníků (FIN)*. Ostrava: Ostravská univerzita, 31 s. ISBN 978-80-7464-678-2. Dostupné také z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/manual-dotazniku.pdf>
- [4] BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- [5] DEHKORDI, Ali, M. Saeed HEYDARNEJAD a Daryoush FATEHI, 2009. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. In: *Oman Medical Journal* [online]. s. - [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.5001/omj.2009.40. ISSN 20705204. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251183/>
- [6] DIENSTBIER, Zdeněk, Evžen SKALA a Michaela FRIDRICOVÁ, 2014. *Co bychom měli vědět o rakovině: Obecné informace pro pacienty*. 2. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-0674-9.
- [7] FRIDRICOVÁ, Michaela, 2014. *Chemoterapie nádorových onemocnění: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-5965-3.
- [8] Charakteristika skupiny léčiv nazývaných cytostatika: pro veřejnost, 2017. www.cytostatika.cz [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.cytostatika.cz/index.php?pg=pro-verejnost-co-jsou-to-cytostatika-proc-je-nutne-vedet-jak-s-nimi-zachazet>
- [9] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [10] GRMELOVÁ, Lada, 2016. *Kvalita života onkologicky nemocných* [online]. Brno [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36975/grmelov%C3%A1_2016_dp.pdf

- f?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati, Zlín. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Zdeňka Vaňková.
- [11] KLENER, Pavel, 1999. *Chemoterapie: minimum pro praxi*. Praha: Triton. Levou zadní. ISBN 80-725-4028-9.
- [12] KLENER, Pavel, c2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2151-3.
- [13] KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.
- [14] KUBEŠOVÁ, Hana a Igor KISS, 2015. *Geriatrická onkologie*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3738-9.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4
- [16] MAŇÁSEK, Viktor, 2014. Paravazace cytostatik a preventivní opatření pomocí permanentních žilních vstupů: Brněnské onkologické dny 2014. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně: Pro odborníky* [online]. Brno [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pracovni-skupina-nutricni-pece-v-onkologii-pri-cos/paravazace-cytostatik-a-preventivni-opatreni-pomoci-permanentich-žilnich-vstupu/>
- [17] MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN, c2006. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0826157947. Dostupné také z: <http://www.loc.gov/catdir/toc/fy0608/2005051706.html>
- [18] MICHÁLEK, Pavel, 2017. Pacient vyžadující dlouhodobý žilní vstup - co s tím? In: *Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/CSARIM%202015/02michalek-2.pdf>
- [19] NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL, 2016. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3944-4.
- [20] OPATRNÁ, Marie, 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.
- [21] Port katetr, 2012. In: *Onkologie Plzeň: Onkologická a radioterapeutická klinika Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. Plzeň [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.onkologieplzen.eu/onkologie/showpage/port-katetr>

- [22] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [23] SÝKOROVÁ, Zuzana, 2015. PORT a PICC informace pro praktické lékaře: Brněnské onkologické dny 2015. In: *Moje Medicína: pro lékaře a odborný personál* [online]. Roche [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/praxe-v-primarni-peci/primarni-pece-o-onkologickeho-pacienta/port-a-picc-informace-pro-prakticke-lekare/#subtitlestab-976>
- [24] TOMÁŠEK, Jiří, 2015. *Onkologie: minimum pro praxi* [online]. Praha: Axonite CZ [cit. 2017-01-26]. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=BDEoCAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=to+m%C3%A1%C5%A1ek+onkologie&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- [25] TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [27] VOKURKA, Martin a Jan HUGO, c2007. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-123-3.
- [28] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- [29] Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupný z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57522&nr=95~2F2004&rp=15#local-content>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
aj.	A jiné
a.s.	Akciová společnost
BNP	Srdeční markery
cit.	Citováno
CNS	Centrální nervová soustava
CRP	C – reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
CŽK	Centrální žilní katetr
č.	Číslo
EKG	Elektrokardiograf
et. al	A kolektiv
GIT	Gastrointestinální trakt
HCT	Hydrocortison
i.d.	Intra dermálně
MR	Magnetická resonance
NOR	Národní onkologický registr
NT – proBNP – N	Srdeční markery
p.	Page – strana
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PICC	Periferně vložený centrální katetr
PNAP	Potřeby pacientů v paliativní péči - dotazník
PORT	Intravenózní port

PŽK	Periferní žilní katetr
RTG	Rentgen
s.	Strana
s.c.	Subkutánně
Sb.	Sbírka
ST –T úsek	Úsek srdeční akce
tzv.	Takzvaně
vyd.	Vydání

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Otázka č. 2 Být bez bolesti	42
Tabulka 2 – Otázka č. 4 Být bez únavy	44
Tabulka 3 – Otázka č. 5 Nemít problémy se spánkem	45
Tabulka 4 – Otázka č. 6 Nemít problémy s únikem moči	46
Tabulka 5 – Otázka č. 7 Nemít problémy s únikem stolice	48
Tabulka 6 – Otázka č. 8 Nebýt dušný	50
Tabulka 7 – Otázka č. 9 Nemít problém se zácpou	51
Tabulka 8 – Otázka č. 10 Nemít problém se zvracením	52
Tabulka 9 – Otázka č. 11 Nemít problém s kašlem	53
Tabulka 10 – Otázka č. 12 Nemít problém se svěděním	54
Tabulka 11 – Otázka č. 13 Nepociťovat brnění nebo znecitlivění	55
Tabulka 12 – Otázka č. 14 Netrpět pocením, návaly horka.....	56
Tabulka 13 – Otázka 19 Přítomnost někoho blízkého	57
Tabulka 14 – Otázka č. 22 Mít naplněný den nějakou aktivitou	59
Tabulka 15 – Otázka č. 23 Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	60
Tabulka 16 – Otázka č. 38 Mít přístup k jiným zdrojům informací	61
Tabulka 17 – Otázka č. 39 Být finančně zajištěný	62
Tabulka 18 – Otázka č. 40 Být v pěkném prostředí.....	63
Tabulka 19 – Otázka č. 16 Být ošetřován s respektem a úctou	64
Tabulka 20 – Otázka č. 20 Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří semnou.....	66
Tabulka 21 – Otázka č. 21 Cítit podporu od ošetřujícího personálu	68
Tabulka 22 – Otázka č.36 Mít informace o ošetřovatelské péči.....	69
Tabulka 23 – Otázka č. 37 Mít důvěru v ošetřovatelský personál.....	70
Tabulka 24 – Otázka č. 28 Mít pocit, že můj život měl smysl	71
Tabulka 25 – Otázka č. 29 Být vyrovnaný s nemocí	73
Tabulka 26 – Otázka č. 31 Být vyrovnaný se změnami v mém těle.....	74
Tabulka 27 – Otázka č. 32 Být naplněn klidem.....	75
Tabulka 28 – Otázka č. 33 Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	76
Tabulka 29 – Otázka č. 34 Mít pozitivní náhled na život.....	77
Tabulka 30 – Otázka č. 1 Mít možnost pečovat o své tělo	78
Tabulka 31 – Otázka č. 3 Schopnost soustředit se.....	79

Tabulka 32 – Otázka č. 15 Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	80
Tabulka 33 – Otázka č. 17 Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	81
Tabulka 34 – Otázka č. 18 Mít soukromí	82
Tabulka 35 – Otázka č. 30 Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	83
Tabulka 36 – Otázka č. 35 Mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu	84
Tabulka 37 – Otázka č. 24 Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	85
Tabulka 38 – Otázka č. 25 Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	87
Tabulka 39 – Otázka č. 26 Mít kontakt a podporu duchovní osoby	88
Tabulka 40 – Otázka č. 27 Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	90

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Otázka č. 2 Být bez bolesti	42
Graf 2 – Otázka č. 4 Být bez únavy	44
Graf 3 – Otázka č. 5 Nemít problémy se spánkem	45
Graf 4 – Otázka č. 6 Nemít problémy s únikem moči	46
Graf 5 – Otázka č. 7 Nemít problémy s únikem stolice.....	48
Graf 6 – Otázka č. 8 Nebýt dušný.....	50
Graf 7 – Otázka č. 9 Nemít problém se zácpou	51
Graf 8 – Otázka č. 10 Nemít problém se zvracením.....	52
Graf 9 – Otázka č. 11 Nemít problém s kašlem.....	53
Graf 10 – Otázka č. 12 Nemít problém se svěděním	54
Graf 11 – Otázka č. 13 Nepociťovat brnění nebo znecitlivění	55
Graf 12 – Otázka č. 14 Netrpět pocením, návaly horka	56
Graf 13 – Otázka č. 19 Přítomnost někoho blízkého	57
Graf 14 – Otázka č. 22 Mít naplněný den nějakou aktivitou	59
Graf 15 – Otázka č. 23 Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	60
Graf 16 – Otázka č. 38 Mít přístup k jiným zdrojům informacím.....	61
Graf 17 – Otázka č. 39 Být finančně zajištěný	62
Graf 18 – Otázka č. 40 Být v pěkném prostředí	63
Graf 19 – Otázka č. 16 Být ošetřen s respektem a úctou	64
Graf 20 – Otázka č. 20 Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří semnou.....	66
Graf 21 – Otázka č. 21 Cítit podporu od ošetřujícího personálu	68
Graf 22 – Otázka č. 36 Mít informace o ošetřovatelské péči	69
Graf 23 – Otázka č. 37 Mít důvěru v ošetřovatelský personál	70
Graf 24 – Otázka č. 28 Mít pocit, že můj život měl smysl	71
Graf 25 – Otázka č. 29 Být vyrovnaný s nemocí.....	73
Graf 26 – Otázka č. 31 Být vyrovnaný se změnami v mém těle	74
Graf 27 – Otázka č. 32 Být naplněn klidem	75
Graf 28 – Otázka č. 33 Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají.....	76
Graf 29 – Otázka č. 34 Mít pozitivní náhled na život.....	77
Graf 30 – Otázka č. 1 Mít možnost pečovat o své tělo.....	78
Graf 31 – Otázka č. 3 Schopnost soustředit se	79

Graf 32 – Otázka č. 15 Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	80
Graf 33 – Otázka č. 33 Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	81
Graf 34 – Otázka č. 18 Mít soukromí	82
Graf 35 – Otázka č. 30 Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	83
Graf 36 – Otázka č. 35 Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	84
Graf 37 – Otázka č. 24 Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	85
Graf 38 – Otázka č. 25 Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	87
Graf 39 – Otázka č. 26 Mít kontakt a podporu duchovní osoby	88
Graf 40 – Otázka č. 27 Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	90

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Souhrnný přehled sippingu.....	107
Příloha 2 – První pomoc při extravazaci (1/2).....	108
Příloha 3 – První pomoc při extravazaci (2/2).....	109
Příloha 4 – Standardizovaný dotazník PNAP.....	110
Příloha 5 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření.....	113

PŘÍLOHY:

Název přípravku	Složení	Charakteristika	Zvláště vhodný pro výživu	Dávkování*	Příchutě
Nutridrink Compact		Více výživy v menším objemu Ve 125 ml lahvičce je stejné množství energie a živin, jako ve 200 ml Nutridrinku	pacienti, kteří mohou optimální pouze malé porce a pro dlouhodobé užívání (např. nádorové onemocnění)	Káva, jahoda, vanilka, banán, mandarinka, lesní ovoce, neutrální	
Nutridrink		Když běžná strava nestačí Univerzální výživa	pacienti, kteří trpí nedostatečným příjmem energie a živin, nebo nedostatečným z různých příčin (nemoc, bolest, vyšší věk)	Čokoláda, jahoda, banán, vanilka	
Nutridrink Yogurt		Svěží chuť jogurtu Univerzální výživa	pacienti, kteří trpí suchostí v ústech, nebo u kterých došlo k oslabení chutnových vjemů	Malina, vanilka s citronem	
Nutridrink Multi fibre		Výživa s vlákninou Univerzální výživa	pacienti s onemocněním trávicího traktu, při zažívacích potížích , příjmech a/nebo zácpě a pro seniory	Jahoda, čokoláda, vanilka	
Nutridrink Juice style		Výživa bez tuku Příjemná chuť džusu	pacienti s onemocněním jater, žlučníku a slinivky břišní, kteří potřebují dietu bez tuku, nebo neliboují mléčnou chuť	Jablko, jahoda	
Nutridrink Creme		Výživa pro snadné polykání Křemenná konzistence	pacienti, kteří mají potíže s polykáním, při neurologických onemocněních, po operaci, v průběhu protinádorové léčby, pro seniory	Vanilka, čokoláda, banán, lesní ovoce	
Nutridrink Protein		Zaručený zdroj bílkovin 1 lahvička obsahuje stejné množství bílkovin jako 90 g libového masa	pacienti před operací a pro ztavení po operaci, po úrazech, při nádorových onemocněních a pro seniory	Lesní ovoce, čokoláda, vanilka	
Nutridrink Compact Protein		Zaručený zdroj bílkovin v menším objemu 1 lahvička o objemu 125 ml obsahuje stejné množství bílkovin jako 90 g libového masa	pacienti před operací a pro ztavení po operaci, po úrazech, při nádorových onemocněních a pro seniory	Jahoda, vanilka, banán, káva, broskve/mango, lesní ovoce	
Diasip		V harmonii s diabetem Obsahuje speciální bílkoviny, cukry a vlákninu pro diabetiky	pacienti s diabetem 1. a 2. typu a pro pacienti se sníženou glukózovou tolerancí	Jahoda, vanilka, cappuccino	
Cubitan		Výživa pro pacienty s proleženými Obsahuje zvýšené množství bílkovin a některých mikronutrientů pro pacienty s proleženými	pacienti s proleženými, senioři a pacienti dlouhodobě upoutaných na lůžko	Čokoláda, jahoda, vanilka	
Calogen		Energie na 1. místě 100% tuková emulze	pacienti, kde je příjem energie prioritou a u pacientů, kteří nejsou schopni užívat Nutridrink v potřebném množství	Neutrální	
FortiCare		Zaručený zdroj bílkovin a EPA** v menším objemu 1 lahvička o objemu 125 ml obsahuje stejné množství bílkovin jako 55 g libového masa a stejné množství EPA jako 1/2 sledě	pacienti při nádorovém onemocnění	Cappuccino, broskve a zázvor, pomeranč a citron	
PreOp		Optimální příprava před operací Sacharidový, sodníkový masový čirý nápoj. Bez laktózy. Bez vlákniny. S cukry a sladidly. Určeno k dietnímu postupu při přípravě na chirurgický výkon.	Optimální předoperační příprava pro každého pacienta před plánovaným chirurgickým zákrokem.	Citron	

Příloha 1 – Souhrnný přehled sippingu

Zdroj: *Udělam pro ni všechno.: Přehled enterální výživy*, Nutricia. Dostupné také z: www.nutridrink.cz

EXTRAVAZACE

PRVNÍ POMOC PŘI EXTRAVAZACI – OBECNÝ POSTUP

- Zastavit infuzi
- Vzít extravazační kit
- Nasadit sterilní rukavice
- Aspirovat pomalu 5 ml jednorázovou stříkačkou, jak nejvíce to jde

Netlačit na extravazační oblast!

- Vyjmout i.v. přístup
- **Pokud se vytvoří puchýř, aspirovat 1 ml stříkačkou („inzulinka“)**
- použít na každý nový pokus novou stříkačku
- Zvednout a zafixovat postiženou končetinu
- **Aplikovat specifické antidotum**
- Udělat záznam do dokumentace
- Informovat pacienta event. příbuzné
- Kontrola (*dráždivá cytostatika*) nebo konzultace chirurga do 72 hod. (*nekrotizující cytostatika*)

NEKROTIZUJÍCÍ CYTOSTATIKA vyžadující specifický postup

amsacrin
cisplatina > 0,4 mg/ml
dactinomycin
daunorubicin
doxorubicin
epirubicin
idarubicin
mitomycin C
mitoxantron

Postup:
lokálně
DMSO 99%
+ SUCHÝ
CHLAD

vinblastin
vincristin
vindesin
vinorelbin

Postup:
HYALURONIDÁZA s.c.
+ SUCHÉ TEPLO

paclitaxel

Postup:
HYALURONIDÁZA s.c.

oxaliplatin

Postup:
Žádné studené obklady!
SUCHÉ TEPLO

DRÁŽDIVÁ CYTOSTATIKA vyžadující specifický postup

daunorubicin lipos.
doxorubicin lipos.

Postup:
SUCHÝ
CHLAD

dacarbazin

**Pozor
na sluneční
světlo!**

cisplatina < 0,4 mg/ml

Postup:
DMSO 99%
lokálně
+ SUCHÝ
CHLAD

Příloha 2 – První pomoc při extravazaci (1/2)

Zdroj: ČADOVÁ, Lucie, *Extravazace: První pomoc při extravazaci - obecný postup*, Praha: Sandoz

SUCHÝ CHLAD

- Mechanismus účinku: vazokonstrikce, lokální ohraničení paravazátu, zároveň snižuje transport z místa paravazátu, což může být nežádoucí
- Použití např. Cold-Hot Pack nebo zabalený led
- Na začátku chladit nejméně 1 hodinu, pak pokračovat několikrát denně po 15 minutách
- **Pozor!** nikdy neaplikovat **mokré** studené ani teplé obklady

SUCHÉ TEPLLO

- Mechanismus účinku: vazodilatace a tím zlepšená distribuce a absorpce paravazátu
- Suché teplo má synergický účinek s hyaluronidázou
- Použití např. Cold-Hot Pack nebo termo láhev
- Aplikovat suché teplo 4x denně po 20 minutách

HYALURONIDÁZA

- Mechanismus účinku: enzymatická degradace kys. hyaluronové ve vazivu a zvýšení absorpce paravazátu
- Možné způsoby aplikace:
 - hyaluronidaza 150 IU (= 1 ml) s.c. aplikovat od periferie směrem ke středu postiženého místa, event. opakovat každých 24 hod.
 - hyaluronidaza 250 IU v 6 ml NaCl 0,9 % podat použitým i.v. vstupem nebo 250 IU rozdělit na 6 s.c. injekcí kolem postiženého místa
 - hyaluronidaza 1500 IU ve 2 ml aqua ad inj. aplikovat s.c. kolem postiženého místa
- Consensus: aplikovat až 1500 IU hyaluronidázy s.c. kolem postiženého místa v závislosti na rozsahu extravazace

DIMETHYLSULFOXID (DMSO) 99%

- Mechanismus účinku: vazodilatace, zvýšená permeabilita kůže urychluje distribuci paravazátu, protizánětlivý účinek
- Velmi účinný v kombinaci s intermitentním chlazením
- Možné způsoby aplikace:
 - DMSO 99% aplikovat lokálně 4 gtt/10 cm² každých 8 hod., nejméně 1 týden nebo do odeznění příznaků, bez tlaku rozetřít sterilním tamponem
 - DMSO 60% nakapat na sterilní gázu a přiložit na místo paravenózního úniku
- Consensus: aplikovat DMSO 99% každých 8 hodin (např. nakapaním na sterilní gázu) bez tlaku na postižené místo. Vždy nechat zaschnout na vzduchu, nezakrývat! Pokračovat minimálně po dobu 7 dnů

- Natriumbikarbonát ani kortikosteroidy se nedoporučují

Literatura:

I. Mader, P.R. Fürst-Weger, R. M. Mader, E.I. Semenitz, R. Terkola, S. M. Wassertheurer *Extravasation of Cytotoxic Agents – Compendium for Prevention and Management*, vyd. Springer-Verlag/Wien, 2003, ISBN 3-211-83859-7 ;
J. Vorlíček, J. Abrahámová, H. Vorlíčková a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, vyd. Grada Publishing, ISBN 80-247-1716-6

Připravila: Bc. Lucie Čadová, Onkologické a radioterapeutické oddělení, FN Plzeň



SANDOZ



Nagano III
U Nákladového nádraží 10
130 00 Praha 3

Příloha 3 – První pomoc při extravazaci (2/2)

Zdroj: ČADOVÁ, Lucie, *Extravazace: První pomoc při extravazaci - obecný postup*, Praha: Sandoz

Vážený pane/ paní,

dovolila bych si Vás poprosit o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Jmenuji se Eva Dobroslávková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vyplněním tohoto dotazníku se zúčastníte výzkumu v dotazníkovém šetření na téma Kvalita života pacienta po chemoterapii. Tento dotazník je anonymní a všechny údaje, které budou získány, jsou považovány za anonymní.

V prvním sloupci se Vás ptáme, na důležitost uvedené položky za **poslední týden**. Zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak moc jste v posledním týdnu považoval/a za důležité.

V druhém sloupci zjišťujeme, zda jste byli schopni položku po chemoterapii samostatně realizovat (měli jste sílu, chuť, odvahu). Pokud jste označili položku jako nedůležitou (tedy číslem 1,2,3) **druhý sloupec nevyplňujte**.

VZOR

Být bez bolesti.

Je to pro mě	důležité?			
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	velmi důležitá
1	2	3	4	5

Byla tato	položka		naplněna?	
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
1	2	3	4	5

Odpovězte prosím na každou z uvedených položek.

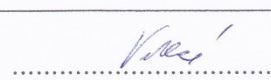
Děkuji.

Položka	Je to pro mě důležité?		Byla tato položka naplněna?	
	vůbec ne	velmi	vůbec ne	velmi
1. Mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
2. Být bez bolesti	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
3. Schopnost soustředit se	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
4. Být bez únavy	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
5. Nemít problém se spánkem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
6. Nemít problém s únikem moči	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
7. Nemít problém s únikem stolice	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
8. Nebýt dušný	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
9. Nemít problém se zácpou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
10. Nemít problém se zvracením	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
11. Nemít problém s kašlem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
12. Nemít problém se svěděním	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
13. Nepociťovat brnění nebo znecitlivění	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
14. Netrpět pocením, návaly horka	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
15. Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
16. Být ošetřován s respektem a úctou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
17. Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
18. Mít soukromí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
19. Přítomnost někoho blízkého	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
20. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
21. Cítit podporu od ošetřujícího personálu	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
22. Mít naplněný den nějakou aktivitou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5

Položka	Je to pro mě důležité?		Byla tato položka naplněna?	
	vůbec ne	velmi	vůbec ne	velmi
23. Mít příležitost hovořit s někým v podobně situaci	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
24. Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
25. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
26. Mít kontakt a podporu duchovní osoby	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
27. Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
28. Mít pocit, že můj život měl smysl	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
29. Být vyrovnaný s nemocí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
30. Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
31. Být vyrovnaný se změnami v mém těle	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
32. Být naplněn klidem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
33. Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
34. Mít pozitivní náhled na život	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
35. Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
36. Mít informace o ošetrovatelské péči	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
37. Mít důvěru v ošetrovatelský personál	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
38. Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV..)	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
39. Být finančně zajištěný	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
40. Být v pěkném prostředí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

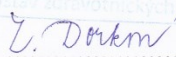
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Eva Dobroslávková		
Téma bakalářské práce	Kvalita života pacienta po chemoterapii		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová		
	 podpis		
Skupina respondentů	Onkologičtí pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Onkologie západ (21. pav)	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím	Ec. Bohumila Vojtová
Onkologie východ (21.pav)	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím	Ec. Bohumila Vojtová
Ambulantní část sever (21.pav)	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím	Ec. Bohumila Vojtová


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17-01-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (0)


.....
razítko a podpis zástupce zařízení