

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Bakalářská práce

SYLVA RŮČKOVÁ, DiS.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Bronislava Kořístková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

v Praze dne 31. 5. 2011

.....

Abstrakt

RŮČKOVÁ, Sylva. Ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. stupeň kvalifikace bakalář. Vedoucí práce Mgr. Bronislava Kořístková. Praha, 2011 s. 69

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o pacienty s onkologickou diagnózou.

Teoretická část práce charakterizuje jak epidemiologii, etiologii tak patologii nádorů. Zabývá se klinickou klasifikací nádorů, diagnostikou, vyšetřovacími metodami. Důležitou složkou práce je kurativní protinádorová léčba, adjuvantní léčebné postupy, neoadjuvantní postupy, také zahrnuje nekurativní léčbu. Nezbytnou je podpůrná léčba a někdy bohužel i nevyhnutelnou součástí léčby bývá paliativní terapie. Hlavním těžištěm je praktická část. Jako metodu průzkumu jsme zvolili dotazník, jeho vyhodnocení má poskytnout odpovědi na předem stanovené problémové oblasti. Vzorek respondentů tvořili oslovení pacienti Onkologického oddělení Nemocnice ve Vsetíně. Zjistili jsme průzkumem a odpovědí na otázky, jak je to s informovaností pacientů o skutečné diagnóze onemocnění o vnímání okolí jejich nemoci, také další nezbytné informace. Tyto zjištěné informace byly a budou použity pro další praxi všech zdravotnických pracovníků, kteří pečují o onkologicky nemocné. Zjistili jsme, že pacienty a jejich rodiny je nezbytné edukovat o celé řadě informací jak aktuálních, tak potencionálních.

Klíčová slova: Celkové vyšetření. Onkologická diagnóza. Patologie nádorů. Protinádorová léčba.

Abstrakt

RŮČKOVÁ, Sylva. Nursing care of oncology patients. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. stupeň kvalifikace bakalář. Vedoucí práce Mgr. Bronislava Kořístková. Praha, 2011 s. 69

The main topic of this Bachelor work/ thesis is nursing care for patients diagnosed with oncology.

The theory part of the work features epidemiology, etiology and pathology of tumours. It concerns clinical classifying of tumours, the diagnostics and different methods of examinations. An important part of this work is curative anti-tumour treatment, non curative treatment and also adjuvant and non adjuvant medical treatment. Included is also supportive therapy and in some cases unfortunately necessary - palliative medicine. The main section is however a practical part. As a method for the research we have chosen a questionnaire. Its results have given answers to several questions from a selection of problem areas. The group of the respondents were from the Oncology ward in Vsetin. With thanks to the patient's answers, the research has provided us with an insight into the quality and amount of information given to the patient with regards to the actual diagnosis of their illness. The research has also provided valuable information regarding the response and reactions of the patients acquaintances. These facts are already used by medical personnel who take care of patients with oncology diagnosis in their practices. We have discovered that for the patients and their families, is necessary that they are kept informed and educated about current facts and potential issues. The research will therefore remain to be an important source of information for the future.

Key words: Antitumour treatment. Carcinology diagnosis. General assessment. Pathology tumours.

Předmluva

Nádory jsou jedním z největších současných zdravotních problémů. Jsou na druhém místě jako příčina smrti a patří také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity. Pozornost zdravotníků se zaměřuje na rozvíjení účinných preventivních metod a včasnému odhalení nádorových onemocnění, zároveň také zkvalitnění stávajících způsobů protinádorové léčby a ošetrovatelské péči o nemocné. Na naplnění těchto úkolů se podílejí všichni zdravotničtí pracovníci, lékaři, sestry a pomocný zdravotnický personál.

Téma, které jsem si zvolila je ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných, tato problematika mě zajímá vzhledem k tomu, že onkologie je neustále ve fázi rozvoje a poznávání dosud nepoznaného. Cílem této práce je vysvětlení základních pojmů onkologie pro zdravotnické pracovníky i širokou veřejnost samotných nemocných, tak jejich rodinných příslušníků. Metodu průzkumu jsem vybrala, abych mohla odpovědět na otázky, jak samotných nemocných, tak pracovníků, kteří o ně pečují.

Ze zkušeností víme, že se za poslední roky s tímto tématem setkáváme čím dál častěji. Jak v odborné literatuře, odborných článcích na internetu, kongresech, také v ambulancích, ale i v médiích a na různých akcích jak preventivních, nebo věnovaných už nemocným pacientům.

V posledních desetiletích se této problematice věnuje mnoho autorů, proto bylo možné čerpat z více zdrojů převážně knižních, ale i z odborných časopisů, nebo internetu.

Děkuji primáři MUDr. Zdeňkovi Janáčkovi a celému kolektivu zdravotních sester Onkologického oddělení Nemocnice ve Vsetíně za ochotnou spolupráci, zapůjčení odborné literatury a cenné rady.

Děkuji konzultantce Mgr. Bronislavě Kořístkové za cenné rady při psaní bakalářské práce a odborné vedení.

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST

1	Epidemiologie, etiologie a patologie nádorů.....	11
1.1	Maligní nádory	12
1.2	Klinická klasifikace zhoubných nádorů.....	14
2	Diagnostika nádorových chorob.....	17
2.1	Celkové vyšetření	18
2.1.1	Laboratorní vyšetření	18
2.1.2	Hematologické vyšetření	19
2.1.3	Biologické vyšetření.....	19
2.2	Mikroskopické vyšetření biologického materiálu.....	20
2.3	Endoskopické vyšetření	21
2.4	Zobrazovací technika vyšetření.....	22
3	Obecné principy léčby a její plánování	25
3.1	Interdisciplinární léčebné postupy	26
3.2	Dělení léčby dle cíle	27
3.3	Hodnocení výsledků léčby	29
3.4	Sledování po léčbě.....	30
3.5	Další faktory ovlivňující účinnost proti nádorové léčby	31

PRAKTICKÁ ČÁST

4	Empirický průzkum	34
4.1	Průzkumný problém, průzkumné cíle, hypotetická tvrzení	34
4.2	Metodika průzkumu	34
4.3	Časový program sběru dat.....	35
4.4	Analýza výsledků průzkumu	36
4.5	Interpretace výsledků průzkumu	63
4.6	Diskuse.....	63
4.7	Doporučení pro praxi	64
	Závěr	66
	Seznam použité literatury	68

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tab. 1:	Porovnání respondentů dle pohlaví v počtech osob a v procentech	37
Tab. 2:	Porovnání respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech.....	38
Tab. 3:	Porovnání respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech.....	39
Tab. 4:	Porovnání ženských respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech.....	39
Tab. 5:	Porovnání úrovně vzdělání respondentů v počtech osob a v procentech.....	41
Tab. 6:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	43
Tab. 7:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	45
Tab. 8:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	47
Tab. 9:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	49
Tab. 10:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	51
Tab. 11:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	53
Tab. 12:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	55
Tab. 13:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	57
Tab. 14:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	59
Tab. 15:	Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech.....	61

Graf 1:	Procentuální porovnání respondentů dle pohlaví.....	37
Graf 2:	Procentuální porovnání respondentů dle věkových skupin	38
Graf 3:	Procentuální porovnání respondentů dle věkových skupin	39
Graf 4:	Procentuální porovnání respondentek dle věkových skupin	40
Graf 5:	Procentuální porovnání úrovně vzdělání respondentů	41
Graf 6:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	43
Graf 7:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	45
Graf 8:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	47
Graf 9:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	49
Graf 10:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	51
Graf 11:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	53
Graf 12:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	55
Graf 13:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	57
Graf 14:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	59
Graf 15:	Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku.....	61

Úvod

“Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.” (indické přísloví)

Zhoubná nádorová onemocnění jsou jednou z civilizačních chorob, které se staly během posledních desetiletí vážným celospolečenským problémem. I řada vyspělých států vyvíjí značné úsilí a vynakládá mnoho finančních prostředků na zvládnutí této nemoci. V České republice jim onemocní asi každý čtvrtý člověk populace. Na nádorové onemocnění jako příčinu smrti umírá každý pátý člověk v České republice.

Komplexní léčba zhoubného nádorového onemocnění znamená použití všech vhodných léčebných způsobů k jeho zvládnutí. Tyto léčebné způsoby se užívají v různém sledu a celkový léčebný plán je vypracován individuálně se zřetelem k primární lokalizaci, histologické skladbě a stádiu pokročilosti nádoru. Dále pak s přihlédnutím k celkovému stavu a věku nemocného a s uvážením dostupnosti léčebných prostředků. Komplexní léčba se při dnešním stavu vědy neobejde bez týmové spolupráce skupiny odborníků. Komplexní léčba je však pojem příliš úzký a přerůstá do pojmu komplexní péče, protože nezbytnou součástí k úspěšné léčbě patří i preventivní složka. Jako je vyhledávání, včasné podchycení a diagnostikování zhoubných nádorů, stejně jako i další sledování po skončené léčbě.

Nemocní s nádorovým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické a sociální problémy. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu a nastínit problematiku onkologického onemocnění z několika pohledů. Péče o onkologicky nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci. S těmito nemocnými se setkáváme jak na specializovaných onkologických odděleních, ale prakticky na všech nemocničních odděleních.

Mimořádně důležitou roli hraje spolupráce s rodinnou a přáteli nemocného.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Epidemiologie, etiologie a patologie nádorů

Epidemiologie zhoubných nádorů je vědní obor, který se zabývá výskytem zhoubných nádorů u jedince a v populacích. Cílem jeho zkoumání jsou vnější a vnitřní faktory, které se podílejí na vzniku, rozvoji, průběhu a rozšíření zhoubných nádorů v lidské populaci.

Maligní nádory lze považovat za nepřátele každého jedince a tedy zároveň za nepřátele organizací. Proto je důležité pro správné počínání každého z nás, ale i pro správné organizační kroky zdravotnického personálu, mít informace o počtu osob postižených zhoubným nádorem.

Epidemiologie je vědním oborem medicíny, který studuje nemoci ne z hlediska jedince, ale z hlediska celé populace. Úkolem epidemiologie je nejen mapovat výskyt nemocí, ale také analyzovat možné souvislosti vzniku těchto chorob se způsobem výživy, kontaktu s různými toxickými látkami, druhem práce apod. Epidemiologie, podobně jako každý vědní obor, má svoje specifické a přesně definované pojmy (Adam aj., 2006).

Incidence nádorové nemoci – počet všech nově diagnostikovaných chorob, které vznikly během jednoho roku, obvykle přepočtených na 100 000 osob.

Prevalence nádorové nemoci – počet osob žijících s určitou nádorovou nemocí ke konkrétnímu datu v roce. Vztah mezi incidencí a prevalencí je dán průměrných přežitím od data stanovení diagnózy. V případě maligní nemoci, s níž lidé žijí déle než rok.

Úmrtnost (mortalita) na maligní nemoci – vyjadřuje počty zemřelých opět na 100 000 obyvatel za rok. Pokud se počty zemřelých rozdělí dle příčin úmrtí, tak dostáváme tzv. specifickou mortalitu, která se udává také v přepočtu na 100 000 obyvatel. V případě nevléčitelných nádorů se mortalita rovná jejich incidenci. Daří-li se maligní nádor u části nemocných vyléčit, hodnota mortality je menší než hodnota incidence (Vorlíček aj., 2006).

Maligní choroby nejsou nijak vzácné. V průběhu života postihne maligní nemoc každého třetího obyvatele naší republiky. Každý čtvrtý obyvateľ České republiky

zemře na zhoubné onemocnění. Americká onkologická společnost udává, že u mužů je doživotní riziko u malignity 44,70 % a úmrtí na malignitu 23,61 %. U žen je doživotní riziko vzniku malignity 38% a úmrtí na malignitu 25% (Adam aj., 2006).

Na průměrném ročním přírůstku u obou pohlaví se nejvíce podílejí maligní nádory vylučovacích cest, kolorekta, kůže, prostaty, prsu a plic (ženy) a melanom. Ve shodě s většinou evropské populace meziročně klesá v ČR incidence karcinomů žaludku a narůstá karcinomů kolorekta (Klener, 2002).

Etiologie (příčiny vzniku nemocí) nádorů. Příčina vzniku zhoubných nádorů zůstává většinou hypotetická nebo dokonce neznámá, je v současné době známá celá řada faktorů, které se na vzniku zhoubných nádorů podílejí nebo ho dokonce způsobují. Látky, které takto působí, nazýváme **karcinogeny**, proces, který vede ke vzniku nádoru, nazýváme **karcinogenezu**. Obecně lze tyto vlivy rozdělit do dvou velkých skupin.

Mezi vnitřní příčiny patří dědičnost, vlivy rasové, pohlavní, hormonální, genetické a imunologické. K zevním vlivy fyzikální, chemické a biologické (Vorlíček aj., 2006).

Patologie nádorů, zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné masy nádoru, která napadá a ničí normální zdravou tkáň. Nádory rozdělujeme na benigní a maligní (Vorlíček aj., 2006).

Benigní nádory, mají ohraničený růstový potenciál, zůstávají na místě svého vzniku, jsou lépe opouzďeny, nemetastazují a snadno se proto určí hranice jejich odstranění. Obvykle nemají negativní účinek na organismus (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rakovina>, 2011).

1.1 Maligní nádory

Rostou zpravidla rychle, šíří se infiltrativně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska - **metastázy**. Pokud se včas nevyлéčí, způsobují smrt organismu.

Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby:

- a) **růst expanzivní** – charakteristický mechanickým útlakem okolí a pokračující atrofii okolních tkání. Roste tak většina nádorů benigních a různě dlouho tak některé nádory maligní,
- b) **růst infiltrativní** – při němž nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení,
- c) **růst invazivní** (agresivní, destruktivní) – je typickým vrůstáním nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny. Jde o typický růst zhoubného nádoru (Vorlíček aj., 2006).

Šíření nádoru v organismu, je možné třemi způsoby:

- a) **pokračujícím místním růstem** – který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla (šíření per continuitatem), případně šířením v tělních dutinách nebo jinými performovanými prostory (metastázy porogenní), kde volný pohyb buněk nemá anatomických překážek, například šíření buněk karcinomu vaječníku v břišní dutině,
- b) **metastazováním lymfatickými cestami** tzn. zakládání vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest, které však nakonec ústí do krevního systému, takže šíření lymfatickými cestami může přejít v šíření maligních buněk krevní cestou,
- c) **metastazováním krevními cestami** (metastázy hematogenní), známe více než 250 různých druhů nádorů, každý s charakteristickou symptomatologií a specifickým léčebným postupem (Vorlíček aj., 2006).

Typy nádorů

Mezenchymové nádory benigní – třídíme je na nádory vycházející z kolagenního vaziva (fibrom), z hlenového pojiva (myxom), z tukové tkáně (lipom), z chrupavky (chondrom), ze zbytků chorda dorzalis (chordom), ze synovie (synovialom), z cévy (angiom), z příčně pruhovaného svalstva (rabdomyom).

Mezenchymové nádory maligní – třídíme podobně. Obecně je nazýváme **sarkomy** s vhodnými přídatky vyjadřující bližší charakteristiku (chondrosarkom, fibrosarkom).

Epitelové nádory benigní se dělí na dvě varianty. **Papilom** z povrchového epitelu a **adenom** za žlázoového epitelu.

Epitelové nádory maligní se nazývají **karcinomy**. Rozlišuje se řada variant podle stupně zralosti, to znamená podle stupně napodobení struktury původního orgánu. Vycházející z epitelů entodermálního, mezodermálního a ektodermálního původu.

Neuroektodermové nádory lze rozdělit na **nádory CNS** a nádory **periferní nervové soustavy**. Z periferních ektodermových nádorů se obvykle vyčleňuje nádor z melanocytů, který tvoří melaninový pigment. Benigní variantou je **pigmentový névus**, zhoubnou variantou **maligní melanom**.

Leukémie to jsou nádory z krvetvorné tkáně kostní dřeně. Podle buněk, ze kterých vycházejí, je dělíme na myeloidní a lymfatické, podle průběhu na akutní a chronické.

Lymfomy jsou nádory lymfatické tkáně, základní rozdělení je na Hodgkinův lymfom a neHodgkinův lymfom. Klasifikace lymfomů se v posledních letech velmi měnila, od roku 2000 by se však měla používat již podle klasifikace podle Světové zdravotnické organizace (WHO).

Nádory smíšené, germinální a teratom. Toto je skupina nádorů, jejichž parenchym je složen z dvou nebo více druhů tkání.

Choriokarcinom geneticky přísluší plodu, nikoli nositelce, protože vzniká v embryonální části placenty.

Mezoteliom je odvozen z tkání, které vystýlá v časném období vývoje celomovou dutinu, jež dává vznik pleurální a peritoneální dutině (Vorlíčková aj.,2006).

1.2 Klinická klasifikace zhoubných nádorů

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury (buněčného typu), biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění.

Tento TNM je používán téměř pro všechny nádory. Neplatí však pro krevní choroby, které mají svoje specifické klasifikace.

Účelem tohoto systému je:

1. pomáhat při plánování léčby,
2. umožnit stanovení prognózy onemocnění,

3. pomáhat při vyhodnocování výsledku léčby,
4. usnadnit výměnu informací o výsledku a způsobu léčení mezi pracovišti,
5. pomáhat při výzkumu zhoubných nádorů (Adam aj., 2003).

Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií:

T - rozsah primárního nádoru,

N- stav regionálních mízních uzlin a v některých případech i uzlin juxtaregionálních,

M - přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz (Vorlíček aj, 2006).

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikace stanovit, to znamená, že nebyla provedena předepsaná vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbolu X.

Možná hodnocení jsou: T0, T1, T2, T3, T4, TX

N0, N1, N2, N3, N4, NX

M0, M1, MX

Všeobecná pravidla klasifikace

1. Všechny případy musí být histologicky ověřeny, neověřené případy se ve výkazech uvádějí odděleně.

2. Pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace:

- *Předléčebná klinická klasifikace, označená TNM* – je stanovena na základě klinického, RTG, endoskopického nebo jiného vyšetření ještě před rozhodnutím o výsledné léčbě. Pro některé lokalizace nádoru může být navíc použito informací získaných při chirurgickém diagnostickém výkonu před provedením definitivního chirurgického zákroku. Pro každý jednotlivý nádor jsou však tato pravidla upřesněna a při klasifikaci jednotlivých nádorů je nutno vždy přihlídnout k přesnému znění TNM klasifikace pro konkrétní

nádor. Nutné podrobnosti lze nalézt ve speciální publikaci nazvané TNM klasifikace.

- *Pooperační histopatologická klasifikace, označení jako pTNM* - vychází z předléčebné klinické klasifikace, jež je po provedeném definitivním chirurgickém zákroku doplněna či pozměněna na základě peroperačně získaných poznatků a výsledků histopatologického vyšetření léčebně resekováného operačního preparátu.

3. Jednou stanovené kategorie TNM musí zůstat nezměněny.

4. Při vyšetřování onkologického nemocného může být použito nejrůznějších vyšetření, je však nutno odlišovat zásadní vyšetření od doplňujících. Proto jsou pro každou lokalizaci nádoru určeny minimální požadavky na provedená vyšetření.

5. Pro stanovení TNM kategorií mohou být jednotlivé případy onemocnění tříděny do klinických stádií.

6. Na vyhodnocování výsledku léčby je nejdůležitější předléčebná klinická klasifikace TNM.

7. Jsou-li pochybnosti o správném určení kterékoliv kategorie u daného případu zhoubného nádoru, pak platí zásada, že se použije nižší, méně pokročilé hodnocení. Totéž platí i pro třídění na stadia (Vorlíček aj., 2006).

Popsaný systém TNM klasifikace má pochopitelně i své nedostatky, klasifikace je statická a nevěnuje si biologických vlastností zhoubného nádoru, případně o nich podává informace jen nepřímo.

Klasifikace rovněž nehodnotí vztah mezi nádorem a hostitelem, stejně jako nebere zřetel na celkový stav nemocného. Klinická klasifikace se musí přesně vést v dokumentaci (Vorlíček aj., 2006).

2 Diagnostika nádorových chorob

Včasná diagnóza zhoubných nádorů je obtížná ze dvou důvodů:

1. Na začátku onemocnění nemá nemocný zpravidla žádné obtíže, které by ho nutily vyhledat lékařské vyšetření.

2. Zhoubné onemocnění na začátku většinou nevyvolává laboratorní změny, podle kterých by se dalo určit. Stále ještě neznáme specifický test na zjištění nádorových onemocnění. Zhoubné onemocnění v pokročilém stadiu diagnostikujeme zpravidla bez problémů, jeho ovlivnění v této době je však velmi obtížné a většinou neúspěšné. Včasná diagnóza je pro vyléčení zhoubného nádoru nejdůležitější.

Diagnostické metody v onkologii pomáhají v:

1. určení diagnózy
2. určení stadia onemocnění (staging), to znamená zjištění rozsahu nádoru,
3. zhodnocení úspěšnosti léčby,
4. sledování nemocného a zjištění případného relapsu onemocnění,
5. plánování radioterapie,
6. zjištění komplikací onemocnění nebo jeho léčby,
7. intervenčních léčebných zákrocích, jako je například intraarteriální regionální chemoterapie (Petruželka, 2003).

Anamnéza

Má velký význam pro včasné zjištění nádoru. K anamnéze musíme přistupovat velice citlivě a přitom důsledně, někteří nemocní ze strachu z nádorového onemocnění zlehčují nebo dokonce zatajují svoje obtíže. Jsou některá varovná znamení, která mohou, ale nemusí, patřit k prvním příznakům nádorového onemocnění:

1. nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin, hlavně z rodidel, konečníku a močového měchýře,

2. zduření nebo zatvrdnutí prsu, mokvání nebo deformace prsní bradavky, vtahování kůže prsu, výtok z bradavky,
3. nehojící se rána nebo vřed na kůži a sliznicích,
4. zduření nebo zatvrdnutí v kůži nebo pod kůží, zduření žláz na krku, podpaží nebo v tříslech,
5. změny bradavic nebo mateřských znamének,
6. přetrvávající obtíže polykací, žaludeční nebo střevní,
7. přetrvávající dráždivý kašel, krvavá expektorace, trvajícím chrapot.

2.1 Celkové vyšetření

Při vyhledávání časných stádií zhoubných nádorů musí lékař podrobně vyšetřit nemocného, zvláště pak se zaměřuje na:

1. krk a dutinu ústní,
2. prsy u žen,
3. kůži a lymfatické uzliny po celém těle,
4. digitální vyšetření konečníku a prostaty.

Dále je nutno provést gynekologické vyšetření a odebrání nátěru na cytologii, odebrání stolice na okultní krvácení, RTG srdce a plic, krevní obraz a vyšetření moče.

2.1.1 Laboratorní vyšetření

Má velký význam v diagnostice maligních nádorů, pro stanovení rozsahu choroby

a zhodnocení celkového stavu nemocného. Laboratorní vyšetření umožňují:

1. vyhledávat nepoznané nádory v populaci (screening),
2. upřesňovat diagnózu a rozsah choroby,
3. sledovat nežádoucí účinky a výsledky léčby.

Sběr a odesílání vzorků znamená získat požadované množství tkáně nebo tekutin pro laboratorní vyšetření a v některých případech by sestry měly být schopné určit, kdy je nutné provést mikrobiologické vyšetření a v případě potřeby provést odběr

vzorků. Při odběru vzorku musí sestra vysvětlit výkon s pacientem a zajistit soukromí při provádění výkonu. Odebrané vzorky vložit do správně označených nádob, žádanka musí obsahovat všechny důležité informace a neprodleně vše odeslat do laboratoře.

2.1.2 Hematologické vyšetření

Poruchy v krevním obraze jsou způsobeny, pokud vlastním nádorovým onemocněním nebo vznikají jako vedlejší projevy onkologické léčby. Nejčastěji vyšetřujeme počet erytrocytů a leukocytů, trombocytů, hematokrit, množství hemoglobinu, buněčnost kostní dřeně, charakter krvetvorby, zastoupení jednotlivých buněčných linií. O stavu bílých krvinek v periférní krvi se informujeme vyšetřením diferenčního obrazu, počtu a morfologie leukocytů. K nespecifickému vyšetření patří vyšetření rychlosti sedimentace červených krvinek. Zrychlenou sedimentaci nacházíme u řady maligních nádorů, ale na druhé straně mohou být hodnoty sedimentace ve fyziologických mezích až u 10% pokročilých nádorů.

2.1.3 Biologické vyšetření

Specifický test pro rozpoznání zhoubného onemocnění zatím neexistuje. Někdy však můžeme využít biochemické vyšetření k upřesnění diagnózy a často sledovat průběh léčby včetně jejich nežádoucích účinků.

Onkofekální produkty jsou biologické materiály, které prokazujeme imunologickými metodami a které se nacházejí v embryonální, fetální, placentární a především v nádorové tkáni a zpravidla chybí ve tkáni normální (Vorlíčková aj., 2006).

Mnoho onkofetálních antigenů (markerů) je umístěno na membráně nádorových buněk. Mezi onkofetální antigeny řadíme především karcinoembryonální antigen (CEA) a alfa 1 fetoprotein (AFT).

Karcinoembryonální antigen se objevuje u řady nádorových onemocnění, nejčastěji gastrointestinálního traktu a prsů. Objevuje se ale i u některých onemocnění nenádorových (záněty střev, pankreatu, jaterní cirhózy).

Choriový gonadotropin (hCG) přispívá k včasnému zjištění choriokarcinomu a podle jeho poklesu posuzujeme úspěšnost léčby. Může se vyskytnout také u některých testikulárních nádorů, kde umožní zpřesnění diagnostiky hlavně u smíšených forem a slouží k monitorování léčby.

Stanovení **5-HIOK** (5-hydroxyindoloctové kyseliny) v moči provádíme při podezření na karcinom.

Stanovení **alfa 1 fetoprotein** se používá k odhalení primárních nádorů jater (hematoblastom, hepatocelulární karcinom). Existují i další ontofetální antigeny, jako například fetální neproblastický antigen vyskytující se u neproblastomu nebo fetální pankreatický antigen při adenokarcinomu pankreatu.

Téměř všechny uvedené markery maligních chorob se zvyšují až při pokročilejším nádorovém onemocnění, počínající stadia těchto chorob se nedají pomocí markerů zjistit. Jejich význam je hlavně pro sledování průběhu maligních chorob. Onkomarkery je nutno stanovit vždy před operací a pak je pravidelně vyšetřovat při kontrolách, pokud byly zvýšené před operací. Opakovaný vzestup může znamenat recidivu nemoci.

Výjimkou tohoto pravidla jsou jeden až dva markery. **Prostatický specifický antigen (PSA)** je velmi vhodným markerem pro včasný záchyt karcinomu prostaty a je doporučován i pro screeningová vyšetření. Onkomarker Ca 125 se typicky zvyšuje o karcinomu vaječníku. Klinické studie vyhodnocující jeho použití k časně detekci u ohrožených pacientek.

Při vyhledání nádorů zažívacího traktu je důležité vyšetření stolice a **okultní krvácení**. Používá se jako nespecifický screeningový test, při pozitivním nálezu je nutné podrobné vyšetření GIT. Také průkaz krve v moči může být známkou nádorového bujení v ledvinách nebo močových cestách. U endokrinních nádorů zjišťujeme často zvýšené hladiny hormonů, a to již ve stadiu, které se nemusí projevovat klinicky. Laboratorním vyšetřením můžeme také sledovat úspěšnost a komplikace terapie (Vorlíčková aj., 2006).

2.2 Mikroskopické vyšetření biologického materiálu

Cytologické vyšetření

Vyšetřují se buňky z pochvy a děložního čípku, ze spůta, z trávicího ústrojí, z výpotků v dutině pohrudniční, z tekutiny v dutině břišní. Dále vyšetřujeme sternální punktát z lopaty kosti kyčelní a mozkomíšní mok získaný lumbální punkcí. Získaný materiál se nanese na podložní sklíčko a dále se fixuje a barví.

Při **punkční aspirační cytologii** získáváme materiál jehlou zavedenou do vyšetřované tkáně. Speciálními jehlami (např. Silvermanovou) lze získat malé množství tkáně, hovoříme zde o **punkční biopsii**. Povinností sestry je odeslat odebraný materiál na vyšetření při dodržení požadavků cytologické laboratoře a přesně a podrobně vyplnit průvodní lístek, který se k materiálu přikládá (Vorlíčková aj., 2006).

Odběr materiálu na histologické vyšetření

Odebírá se buď část podezřelého nádoru, nebo při menší velikosti celý útvar. Materiál může být zpracován rychlým způsobem (zmrazením), takže výsledek vyšetření máme během několika minut po excizi. Jde o rychlé intraoperační histologické vyšetření, které může být cennou informací pro operátora, ale není tak spolehlivé jako histologické vyšetření z parafinových řezů. Toto podrobné vyšetření provádíme v každém případě.

Povinností sestry při odběru histologického materiálu je připravit nemocného na výkon, případně na celkovou anestezii, při malých výkonech je nutné dodržovat sterilitu jako při velkých operacích. Na histologické vyšetření posíláme celý excitovaný materiál, správně označený a s podrobně vyplněným průvodním lístkem. Po celkové anestezii nemocného sledujeme až do probuzení, je nutné kontrolovat, zda operované místo nekrvácí (Vorlíčková aj., 2006).

2.3 Endoskopické vyšetření

Jde o přímé vyšetření dutých systémů těla pomocí speciální techniky. Rozvoj endoskopických metod znamená velký přínos v diagnostice zhoubných nádorů, zvláště jejich časných stadií. K vyšetřování se používají buď pevné kovové tubusy, nebo ohebné konduktory – fibroskopy s vláknovou optikou. Při endoskopii můžeme získat materiál na vyšetření, hlavně cytologické. Někdy je možné provést i menší operační výkon, například excise papilomu v zažívacím traktu a podobně. Je možné fotografické dokumentování nálezů. Endoskopie slouží nejen jako cenná diagnostická metoda, ale také ji využíváme ke zjištění efektu prováděné léčby.

Mezi hlavní endoskopické vyšetření patří:

- laryngoskopie (vyšetření hrtanu),
- bronchoskopie (vyšetření průduškového stromu),

- ezofagoskopie (vyšetření jícnu),
- gastroduodenoskopie (vyšetření žaludku a dvanáctníku),
- ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie),
- rektoskopie (vyšetření konečníku),
- kolonoskopie (vyšetření tlustého střeva),
- laparoskopie (vyšetření dutiny břišní),
- cystoskopie (vyšetření močového měchýře) a mnoho dalších.

Všechny tyto vyšetřovací metody slouží k přímému pozorování uvedených oblastí. Můžeme pozorovat změnu povrchu sliznice, změny pohyblivosti stěny orgánu.

2.4 Zobrazovací technika vyšetření

Má pro diagnostiku nádorů velký význam. Můžeme prokázat přítomnost nádoru, jeho uložení, velikost, rozšíření do okolí, dále krevní zásobení nádoru, postižení lymfatického systému, atd.

Rentgenové vyšetření má také velký význam pro plánování léčby zářením.

Klasický rentgenový snímek

Základním zůstává **nativní vyšetření rentgenem**. Prosté snímky se uplatňují zejména v diagnostice kostních nádorů, nádorů plic a mediastina. Podrobnější vyšetření skýtá tzv. prostá tomografie (vrstvé snímky), která je postupně nahrazována počítačovou tomografií (computerová tomografie – CT, viz níže).

Mezi speciální RTG vyšetření patří diagnostické RTG postupy používající kontrastní látky, podávané v průběhu vyšetření – ať přirozenými cestami (vyšetření jícnu, žaludku, tenkého či tlustého střeva, znázornění plicních bronchů, či močového měchýře, žlučníku, atd.) nebo vstříknutím do cévního řečiště (veno- či angiografie) anebo do mízního systému (znázornění mízních cest a uzlin – lymfografie).

Počítačová tomografie

Značný pokrok v radiodiagnostice znamená použití CT, která umožňuje zobrazení anatomických struktur v různých vrstvách. Rentgenolog snímá sérii tenkých

transverzálních řezů hlavy nebo těla, které se potom počítačově zpracují. K vyšetření je nutné velmi specializované vybavení a lékař i radiologický asistent musí být speciálně vyškolení. CT využívá počítačově digitální zobrazování, stejně jako ultrasonografie a magnetická rezonance.

Magnetická rezonance

Při MR se využívá kombinace silného magnetického pole, radiových vln a počítačového zpracování k vytváření průřezových obrazů tělesných struktur. Tato oblast diagnostiky se velmi rychle rozvíjí. Využitím MR lze nejen orograficky zobrazit tělesné vrstvy, ale nahlédnout i do jejich biochemické struktury. Každý bod obrazu je definován nakupením atomových jader. Výhodou metody je i to, že se nepoužívá ionizační záření. MR již dnes překonává možnosti ostatních zobrazovacích metod, nejlépe ze všech metod zobrazuje rozsah infiltrace maligní choroby, a proto v zahraničí je považován MR obraz za základ plánování radioterapie. V ČR je dostupnost této metody zatím stále omezená. Důvodem jsou vysoké pořizovací i provozní náklady a doba vyšetření dlouhá, řádově desítky minut až hodinu.

Ultrazvuk (sonografie)

Jde o akustické vlnění s vysokým kmitočtem, takže je lidský zvukový orgán nevnímá. Principem je zachycení a grafické znázornění ultrazvukových rozdílů, vyplývající z rozdílné hustoty vyšetřovaných tkání. Jde o neinvazivní vyšetření, je nebolestivé a téměř vždy bezpečné. Ultrazvuk se používá k vyšetření téměř všech oblastí těla a nepředstavuje zátěž pro nemocného, a je rychlé a dostupné. Nahrazuje některá rentgenová vyšetření a pomáhá jak při stanovení onkologické diagnózy, tak při kontrole léčebných výsledků. Při kombinaci endoskopie se záznamem hovoříme o endosonografii (Vorlíček aj., 2006).

Radionuklidová diagnostika

Metodami nukleární medicíny můžeme sledovat:

1. funkci orgánů – funkční vyšetření,
2. zobrazení orgánů (tzv. scintigrafie, gamagrafie).

Vlastní princip zobrazení spočívá v tom, že orgán vychytá příslušné radiofarmakum, jehož záření se pak detekuje a převádí na grafický záznam.

Scintigrafie umožňuje získat informaci o tvaru, velikosti, uložení a popřípadě patologických změnách vyšetřovaného orgánu. Metodu lze použít pro vyhledávání, lokalizaci a diagnostiku nádorů. Zobrazovací metody můžeme využít při vyšetřování mozku, štítné žlázy, plic, jater, sleziny, pankreatu, ledvin, kostí, prsu.

Pozitronová emisní tomografie (PET)

Zcela novým přístupem k průkazu maligní tkáně je vyšetření s pomocí pozitronové emisní tomografie, zkratkou PET. Na rozdíl od jiných zobrazovacích metod, které umožňují pouze identifikace anatomických struktur, PET zhodnotí metabolickou aktivitu buněk, upozorní s vysokou přesností na funkční změny orgánů. Principem tohoto vyšetření je podání značené glukózy radionuklidem emitujícím pozitrony neboli kladné elektrody. Nádorové buňky mají obecnou vlastnost – rychlé vychytávání glukózy. Proto dojde k vychytání této radioaktivní látky v nádorech a jejich znázornění.

S pomocí vyšetření PET je sice velmi dobře možné získat informace, že je přítomna maligní tkáň, ale ne vždy musí být jasné, kde je přesně umístěna. Spojení PET a CT do jednoho přístroje a společné zobrazení tak umožní optimální lokalizaci místa, kde je nádorová tkáň s vyšším vychytáváním glukózy, ve srovnání se zdravými buňkami.

Příprava na PET vyšetření je specifická a pacient dostává ústní i písemné informace o přípravě a průběhu vyšetření. Pacient je po příchodu na vyšetření seznámen se základními pravidly pobytu na pracovišti nukleární medicíny, s výkony a procedurami. Sestra znovu dotazy zjistí, zda pacient rozumí všem informacím o vyšetření, dodržování hygienických opatření po vyšetření a jestli souhlasí s vyšetřením. U kojících žen poučí sestra o nutnosti odstříkávat mléko, kojení přerušit na 18 hodin a v den vyšetření omezit kontakt s kojencem (Vorlíčková aj., 2006).

3 Obecné principy léčby a její plánování

Léčení maligních chorob se zásadně liší od léčby jiných chorob tím, že pro pacienta znamená podstatně větší zátěž, neboť je zaměřena proti části člověka, proti jeho vlastním buňkám, které se transformovaly v buňky nádorové, a proto dochází skoro vždy při ničení těchto nádorových buněk i k ničení či poškozování některých fyziologicky zdravých buněk a tkání, a tedy k závažnějším nežádoucím účinkům. Vlivem léčby je dočasně a někdy i trvale zhoršována kvalita života pacienta. Tento fakt, zhoršení kvality života léčebným zásahem, je nutno mít vždy na paměti při plánování léčby (Adam aj., 2006).

Význam stanovení přesné diagnózy

Přesná diagnóza nemoci v sobě obsahuje dvě až tři informace:

- informaci o typu nádoru a o tkáni, ze které vznikl (histologická klasifikace nádoru),
- informaci o stupni jeho malignity,
- informaci o rozsahu postižení těla nemocného člověka.

Pro stanovení léčebného plánu potřebujeme přesné informace o nádorové chorobě, jinak řečeno, potřebujeme vědět co nejvíce o tomto nepříteli.

Pro plánování obrany je potřeba:

Identifikovat, odkud nepřítel přichází – získat histologickou diagnózu, a tak i první informaci o agresivitě nepřítele. Znalost histologické diagnózy přináší základní informace o vlastnostech zjištěného nádoru a možné účinnosti jednotlivých způsobů léčby.

Zjistí, kde všude se nepřítel nachází, stanovit klinické stadium choroby, toto je další základní informace, bez které se neobejde žádný plán na obranu či útok a stejně tak se bez této informace neobejde žádný léčebný plán. S tímto cílem se provádějí nejen zobrazovací vyšetření, ale tento cíl musí mít na zřeteli chirurg, který nesmí opomenout provést odběry pro patologicko-anatomický *staging*, včetně dostatečného počtu lymfatických uzlin, do nichž přitéká lymfa z orgánu postiženého nádorem.

Je nutné získat informace o výzbroji nepřítele, to znamená v případě nádoru o stupni malignity nemoci, tento úkol je obtížný. U četných solidních nádorů nám tuto informaci přináší histologický *grading*. U některých krevních chorob podobnou informaci přinášejí prognostické indexy či komplikovaná laboratorní vyšetření (cytogenetické vyšetření maligních buněk).

Informace o stupni vyzbrojení, agresivitě nepřítele a jeho rozložení – o stupni malignity (*grading* a prognostické indexy) a o klinickém stadiu jsou zásadní pro vytvoření definitivního plánu léčby. Léčba jednotlivých nádorů se liší dle rozsahu postižení a přesné stanovení rozsahu nemoci (klinického stadia) umožňuje zvolit optimální léčbu podle rozsahu nádoru (ani ne moc ani ne málo). Stanovení rozsahu nemoci a klinického stadia má svoje pravidla, která vznikla na základě mnohaletého úsilí společnosti nazvané *American Point Committee on Cancer* a společnosti *Union Internationale Contre le Cancor*.

Na základě této kvalitativní a kvantitativní popisné informace o rozsahu nemoci jsou pak definována obvykle 4 klinická stadia nemoci s případnou další subklasifikací. Teprve až když máme histologicky ověřenou diagnózu, známe histologický *grading* a klinické stadium dle TNM klasifikace, je možno rozhodovat o léčbě (Adam aj., 2006).

3.1 Interdisciplinární léčebné postupy

Onkologická léčba má v podstatě čtyři oblasti:

- operační léčbu,
- radiační léčbu,
- medikamentózní léčbu,
- podpůrnou léčbu.

U většiny nádorů jsou postupně použity všechny dostupné léčebné možnosti, neboli léčba je interdisciplinární.

Obecně je považováno za vhodné, aby se na plánování léčby konkrétního pacienta podíleli přímo odborníci z výše uvedených oborů, to proto, že každý z nich zná nejlépe možnosti a hranice svého oboru, takže vzájemná domluva těchto zástupců jednotlivých oborů může zaručit optimální léčbu.

3.2 Dělení léčby dle cíle

Protinádorová léčba

Využívá jednotlivých léčebných oblastí (chirurgie, radioterapie a medikamentózní léčby a v budoucnu snad i genové terapie) k maximální redukci, popřípadě odstranění všech nádorových buněk. **Cílem protinádorové léčby je tedy smrt nádorových buněk.**

Kurativní protinádorová léčba

Klade si cíl nejvyšší – vyléčení nemocného, totální odstranění nemoci. Léčbu s tímto cílem provádíme v případě, že charakter a rozsah nádoru a celkový stav nemocného dávají předpoklad pro úplné odstranění nádoru z organismu (vyléčení). Kurativní léčebné postupy kombinují často různé oblasti.

Cíl kurativní léčby (uzdravení) převáží i poměrně výrazné zhoršení kvality života vlivem léčby. Intenzivní léčebné postupy proto jsou možné jen při současné intenzivní léčbě podpůrné. Kurativní léčbou se u solidních nádorů většinou rozumí léčba operační, případně doplněná dalšími postupy.

Samostatná chemoterapie může být podána s kurativním cílem u poměrně omezeného počtu níže uvedených jednotek:

- akutní leukémie,
- některé maligní nehodgkinské lymfomy a Hodgkinův lymfogramulom,
- nádory varlat,
- trofoblastický karcinom u ženy,
- některé solidní nádory u dětí.

Adjuvantní léčebné postupy

Chemoterapie nebo radioterapie jsou nejčastěji používány u těch nádorů, u nichž na základě znalosti jejich biologie předpokládáme, že při klinicky lokalizovaném a operací odstranitelném stadiu jsou již přítomny mikro metastázy. Tyto nejsou běžnými zobrazovacími metodami rozpoznatelné, ale zvyšují riziko vytvoření vzdálených metastáz a generalizaci nemoci (Klener, 2010).

Adjuvantní léčba je podávána s kurativním cílem, neboť může teoreticky tyto mikro metastázy zničit. Tím se prodlouží jednak procento tří, nebo pětiletého bezpříznakového přežití a také počet vyléčených pacientů.

Adjuvantní léčba může mít však také nežádoucí účinky, mimo jiné indukci sekundárních malignit, které vznikají obvykle 7-15 let po léčbě primárního nádoru. Standardně je spojená se zhoršením kvality života.

Teoretickým předpokladem podání adjuvantní chemoterapie jsou informace o přínosu či ne přínosu adjuvantní léčby, získané z klinických studií testujících adjuvantní léčbu u dané histologické diagnózy a klinického stadia.

Neoadjuvantní postupy

Předoperační neoadjuvantní léčba se podává s cílem zmenšit primární nádor (*downstaging*) a také s cílem zničit mikrometastázy. Tento postup může zlepšit proveditelnost operačního výkonu a vést k zachování funkce orgánu či tkáně. Neoadjuvantní léčba je však spojena s rizikem její neúčinnosti a zbytečného oddálení operačního výkonu.

Neoadjuvantní léčba v žádném případě nepředstavuje standardní postup pro všechny nádory. Je používána jen v těch indikacích, v nichž je klinickými studii prokázán její přínos.

Nekurativní léčba

Klade si za cíl také zabít nádorové buňky, nedělá si však ambice na vyhubení všech nádorových buněk.

Nekurativní protinádorovou léčbu volíme tam, kde dostupnými prostředky nejsme schopni dosáhnout vyléčení. Důvodem může být charakter a stupeň pokročilosti nádoru či nemoci, jeho přirozená rezistence na léčbu, ale také např. celkový stav pacienta, jeho ostatní závažná onemocnění, která znemožňují podání agresivní, potenciaálně kurativní terapie.

Přínos nekurativní léčby záleží na typu maligního onemocnění a jeho biologických vlastnostech, stejně jako na biologických vlastnostech jeho nositele. Někdy může vést k roky trvající remisi a velmi podstatně prodloužit život nemocného, i

když jej nevyлéčí, jindy může dosáhnout prodloužení řádově pouze o týdny či vůbec žádné.

Mezi kurativní a nekurativní léčbou je kontinuální přechod, neexistuje přesná hranice, stejně tak jako neumíme zatím přesně předpovědět výsledek jednotlivých metod léčby a konkrétní osoby. Základním principem je zvážit na pomyslných vahách vždy přínos léčby a její nežádoucí účinky. Přibližné informace o výsledcích nekurativně plánované léčby lze získat z výsledků klinických studií (Vorlíček, 2000).

Podpůrná léčba

Podpůrná (synonymem symptomatická) léčba usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů a také jejich blízkých v celém průběhu onkologického onemocnění, aniž by si za cíl dávala smrt nádorových buněk.

Podpůrná léčba je tedy zaměřena na mírnění obtíží vyvolaných přímo nádorem (například bolest, dušnost) a protinádorovou léčbu (mukozitida po chemoterapii nebo radioterapii, infekční komplikace při chemoterapii, anémie, trombocytopenie). Součástí podpůrné péče je rovněž snaha o zmírnění psychosociálních a duševních obtíží, které u pacienta a jeho blízkých nádorové onemocnění a jeho léčba vyvolávají (Klener, 2010).

Paliativní léčba

V dřívější literatuře lze často najít rozdělení cílů protinádorové léčby na kurativní a místo termínu nekurativní léčba je používán termín paliativní. Dřívější odborná literatura totiž používala termíny nekurativní a paliativní jako synonyma.

V posledních letech se vyčlenil obor nazvaný „paliativní medicína“. Z tohoto důvodu považujeme za vhodné přestat používat termín „paliativní“ ve smyslu nekurativní protinádorové léčby, neboť potom by mezi oborem „paliativní medicína“ a oborem „onkologie“ bylo rovnítko, což není žádoucí.

Termín paliativní léčba by se měl tedy používat pro komplexní podpůrnou léčbu nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života (Marková, 2010).

3.3 Hodnocení výsledku léčby

Uzdravení

Pod pojmem uzdravení se rozumí normální průběh dalšího života až do jeho přirozeného konce, nezávisle na proběhlé nemoci. Tato definice však není pro maligní choroby použitelná pro vyhodnocování účinku léčby. Počty pozdních recidiv se s přibývajícím časem od ukončení léčby zmenšují, ale nezmizí. Například po kurativní operaci karcinomu prsu může vzniknout metastáza po 15 i více letech.

Bezpríznakové přežití (*disease free survival*)

Vyjadřuje, kolik procent pacientů žije po určité době (3, 5, 10 let) od ukončení léčby bez známek onemocnění.

Celkové přežití (*overall survival*)

Vyjadřuje, kolik procent pacientů ještě žije po určité době od zahájení léčby ať s příznaky nemoci, nebo bez nich po 3,5 či 10 letech.

Remise

Znamená vymizení (kompletní) příznaků nemoci při klinickém a běžně dostupném laboratorním vyšetření. Remisi lze dělit na kompletní – nemoc není vůbec běžnými postupy detekovatelná, nebo parciální – velikost nádoru se zmenšila o 50%. To je obecná definice, pro každou nemoc jsou pak tyto pojmy definovány podrobně.

Relaps a progresse

Relapsem či recidivou, nebo progresí se nazývají nově objevené příznaky nemoci u člověka v remisi (Adam aj., 2006).

3.4 Sledování po léčbě

Cílem sledování pacienta po ukončení léčby onkologického onemocnění je jednak časné rozpoznání recidivy původního onemocnění a jednak časná detekce dalších nádorů.

Z tohoto důvodu je nutné pro každého pacienta zvolit vhodný harmonogram kontrolních vyšetření. Úloha lékaře, specialisty, který pacienta dále sleduje po ukončení léčby, je však širší. Měl by pacientovi pomáhat překonávat problémy psychosociálního a profesionálního znovu začlenění do společnosti a také mu pomáhat zvládat dlouhodobé či trvalé nežádoucí účinky prodělané léčby.

Pomáhat by měla hlavně rodina pacienta (pokud je funkční), ale také zdravotní sestry, sociální pracovnice a patientské svépomocné skupiny. Pacient by měl získat vhodné protézy, paruky, spotřební materiál pro ošetřování stomií a jiné pomůcky. Pacientovi pomůže také případné získání průkazu zdravotně postižené osoby, pokud splňuje podmínky pro jejich obdržení.

Hlavním úkolem lékaře, který pacienta dlouhodobě sleduje, je nepromeškat okamžik, kdy by bylo vhodné obnovit léčbu pro recidivu nemoci, nebo včas diagnostikovat jiný, později vzniklý nádor. Nesmí se zapomínat na to, že pravděpodobnost vzniku jiného nádoru je vyšší než u stejně starých osob bez prodělané onkologické léčby. Například pacient s mnohočetným myelomem se může po léčbě dostat do kompletní remise a zemřít na pozdě rozpoznaný karcinom tlustého střeva.

Intenzita a rozsah pravidelných kontrol po ukončení léčby se u jednotlivých nádorů liší. Důvodem jsou rozdílné biologické vlastnosti nádorů a jejich léčitelnosti. Vzhledem k tomu, že léčitelnost recidiv se zlepšuje, zintenzivňuje se tak postupně i doporučení pro standardní sledování po léčbě. Pro sledování nemocných po kurativní léčbě jednotlivých nádorů byla publikována doporučená schémata, která uvádí například kniha Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob (Petruželka, 2003).

3.5 Další faktory ovlivňující účinnost protinádorové léčby

Fyzická zdatnost a efekt chemoterapie spolu souvisí. S klesající fyzickou zdatností se zmenšuje i přínos chemoterapie. Proto k fyzické zdatnosti přihlížíme především u málo chemosenzitivních chorob (například nemalobuněčný karcinom plic),

kdy obecně chemoterapie jen málo prodlužuje medián přežití a při snížení fyzické zdatnosti dále klesá pravděpodobnost úspěchu léčby.

Ve věkové skupině nad 70 let nejde rozhodovat o indikaci léčby jen dle věku, ale je nutné přihlídnout k validovaným možnostem stratifikace nemocných.

Mezi vysoce rizikové pacienty se počítají nemocní s četnými dalšími nemocemi a s typickými geriatrickými syndromy (inkontinence, časté pády, slabost, omezení kognitivních funkcí). Nemocní by se měli léčit spíše symptomaticky než protinádorově.

Sleduje-li léčba kurativní cíl, nebo alespoň nekurativní cíl s možností dosažení kompletní remise nemoci, snažíme se obvykle podat neredukovanou léčbu.

Pokud však přikročíme k neredukované léčbě, je zásadním požadavkem pečlivě monitorovat účinek léčby. Doporučuje se po 6 týdnech, nejpozději po 2 měsících zhodnotit léčebnou odpověď. Pokud se během léčby (chemoterapie) zmenšily symptomy, zlepšila fyzická zdatnost a zmenšila nádorová masa, pak je oprávněné v chemoterapii pokračovat. Pokud však po 2 měsících léčby není patrný přínos chemoterapie, měla by být ukončena (Adam aj., 2006).

Spolurozhodování pacienta o léčbě

Pacient má právo spolurozhodovat o léčbě a být plně informován o jejím efektu i nežádoucích účincích, pokud má o tyto informace zájem. Každý člověk ví, že jednou musí umřít, a chce zemřít důstojně. Jenže pod pojmem důstojně si každý představuje něco jiného. Někdo si pod tímto pojmem představuje nevzdávat se, nepolevovat v protinádorové léčbě, i když pravděpodobnost jejího efektu je minimální. Jiný člověk zase preferuje klid a pouze symptomatickou léčbu. Přání informovaného pacienta musí lékař respektovat.

Přeje-li si to pacient, tak lékař musí vystupovat v roli dominantní osoby, které pacient důvěřuje, a lékař musí na sebe převzít rozhodování za pacienta. Na druhé straně však musí lékař také umět vystupovat v roli rovnocenného partnera pacienta a rozhodnutí nechat na informovaném pacientovi, preferuje-li pacient tento způsob komunikace.

Pacient by měl být informován o skromných a omezených možnostech paliativní chemoterapie u některých typů nádorů (karcinom pankreatu, metastatický

karcinom tlustého střeva). Je pochopitelné, že pacientova volba, zda chce či nechce chemoterapii, bude záviset na informaci, kterou od lékaře dostane. Pacient možná odmítne chemoterapii, pokud jej budeme pravidelně informovat o tom, že paliativní chemoterapie mu život prodlouží maximálně o týdny a že snad dočasně zmenší jeho potíže. Naopak bude chemoterapií nadšen, pokud mu přislíbíme zásadní obrat k lepšímu jak v kvalitě zbývajících života, tak v jeho délce (Adam aj., 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Empirický průzkum

4.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle, hypotetická tvrzení

Cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života onkologicky nemocných pacientů.

Průzkumné cíle:

Cíl 1. Zjistit, zda by nemocní chtěli vědět o průběhu léčby a nežádoucích účincích.

Cíl 2. Zjistit, zda by nemocní chtěli vědět pravdivé informace o svém onemocnění.

Cíl 3. Zjistit, zda nemocní využili pomoci psychologa.

Hypotetická tvrzení:

Hypotetické tvrzení 1. Předpokládáme, že rodina podporuje nemocného v jeho onemocnění.

Hypotetické tvrzení 2. Předpokládáme, že při léčbě dostali pacienti informace o nežádoucích účincích léčby a tyto informace dostali od lékaře.

Hypotetické tvrzení 3. Předpokládáme, že by většina nemocných chtěla vědět pravdivé informace o svém onemocnění.

Hypotetické tvrzení 4. Domníváme se, že více nemocných využilo pomoc psychologa.

4.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získávání informací jsme zvolili dotazník.

Dotazník je nestandardizovaný, anonymní a obsahuje celkem 13 položek. Pro jednodušší zpracování je použito uzavřených otázek, jedna otázka je otevřená pro

vyjádření jiného názoru. Dotazovaní pouze zaškrtaávají správné odpovědi a u některé otázky je možno označit více možností.

Pro získání informací jsem použila dotazník, ve kterém jsou otázky na respondenty kladeny tak, abych se dozvěděla, jak nemocní vnímají své onemocnění, zda jim pomáhá zvládnout tuto náročnou životní situaci rodina a jestli by např. chtěli vědět, jaká je jejich diagnóza.

Dotazník obsahuje v první řadě oslovení respondentů, požádání o vyplnění a upozornění na anonymitu, a že získané výsledky nebudou nikde zneužity. Dále obsahuje pokyny o vyplnění a poděkování.

První část dotazníku otázky č. 1, 2, 3 jsou demografické, informují o pohlaví respondentů, věku a vzdělání. Věk respondentů je rozdělen do čtyř kategorií.

Třetí, nejdůležitější část dotazníku, obsahuje celkem 10 otázek. K prvnímu hypotetickému tvrzení se vztahovaly otázky č. 5 a 6. Druhé hypotetické tvrzení jsem ověřila otázkami č. 8, 9 a 10. Hypotetické tvrzení třetí je ověřeno položkami č. 11 a 12. Poslední hypotetické tvrzení bude ověřeno za pomoci otázky č. 13. Dotazník je konstruován stručně a jasně a jeho podoba v jaké bude předložen respondentům, je obsažena v příloze č. 1.

Dotazníky budou nabídnuty pacientům onkologického oddělení Nemocnice s poliklinikou ve Vsetíně, kde je budou vyplňovat pod laskavým vedením sester. Předpokládaný počet respondentů je 50, protože dotazníky rozdávaly samy sestry, návratnost dotazníku byla 100 %.

4.3 Časový program sběru dat

Časový program jsme sestavili v rozmezí pěti měsíců. Začali jsme v měsíci říjnu, kdy probíhal sběr dat a literárních zdrojů. V listopadu jsme sestavili hypotézy a jasné cíle a podle toho jsme stanovili dotazník s 13 položkami. Prosinec jsem věnovala psaní teoretické části a v rámci získání praktických zkušeností jsem absolvovala praxi na Onkologickém oddělení Nemocnice s poliklinikou ve Vsetíně. Prosinec a leden byl věnován sběru dat a informací pomocí dotazníků, které jsem rozdávala jak sama, tak s laskavou pomocí sester na onkologickém oddělení. V únoru jsem zpracovala vyplněné dotazníky.

4.4 Analýza výsledků průzkumu

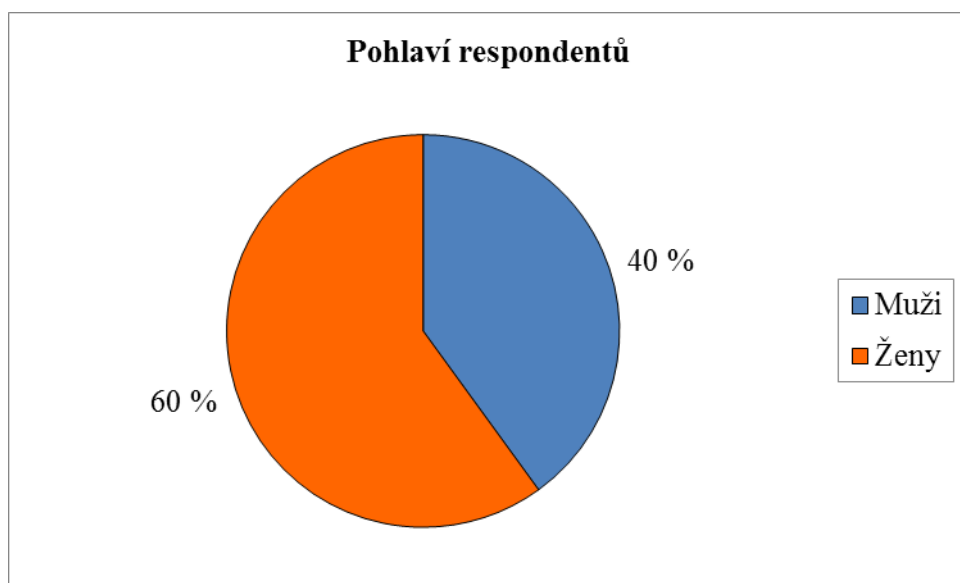
Po shromáždění všech vyplněných dotazníků, začínáme s jejich vyhodnocováním. Při vyhodnocování vypočítáme aritmetický průměr a výsledky vyhodnotíme absolutním číslem a relativním vyjádřením v procentech. Jako doplňující prostředek používáme grafy. Kromě toho, že dotazníkem ověřujeme stanovené problémové oblasti, zjišťujeme, jaké léčbě se nemocní podrobili během nemoci, zde nemocní mohli uvést několik druhů léčebných postupů.

Výsledky průzkumu pomůžou ke každodenní práci, při školení zdravotnických pracovníků, kde tyto důležité zjištění napomůžou jak samotným nemocným, jejich rodinám a všem zdravotnickým pracovníkům, kteří o ně pečují.

1) POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Tab. 1: Porovnání respondentů dle pohlaví v počtech osob a v procentech

Pohlaví	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Muži	20	40
Ženy	30	60
Celkem	50	100



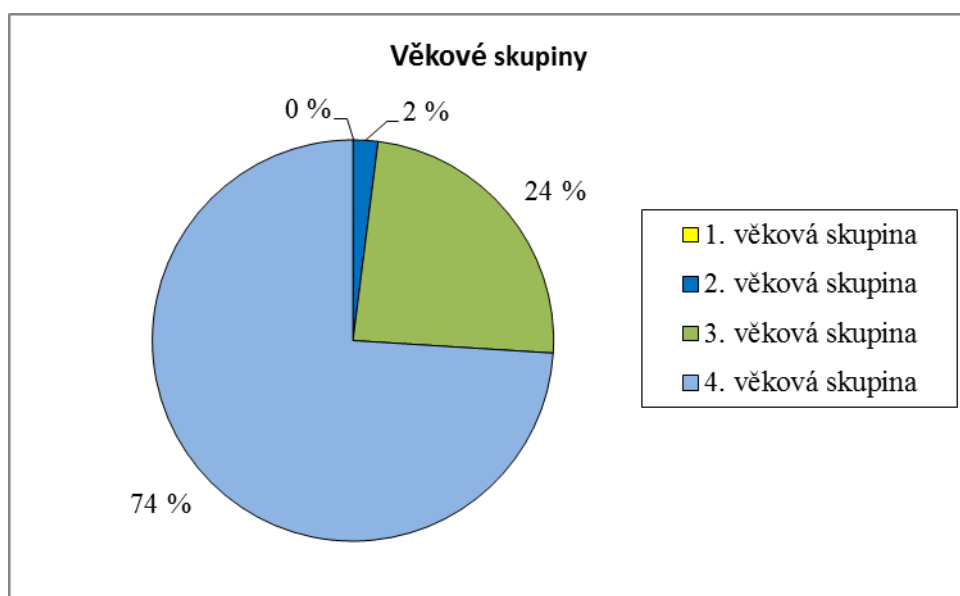
Graf 1: Procentuální porovnání respondentů dle pohlaví

Dotazník vyplňovalo celkem 50 respondentů, z toho 20 mužů (40 %) a 30 žen (60 %).

2) VĚK RESPONDENTŮ

Tab. 2: Porovnání respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech

Věková skupina	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
1.	0	0
2.	1	2
3.	12	24
4.	37	74
Celkem	50	100

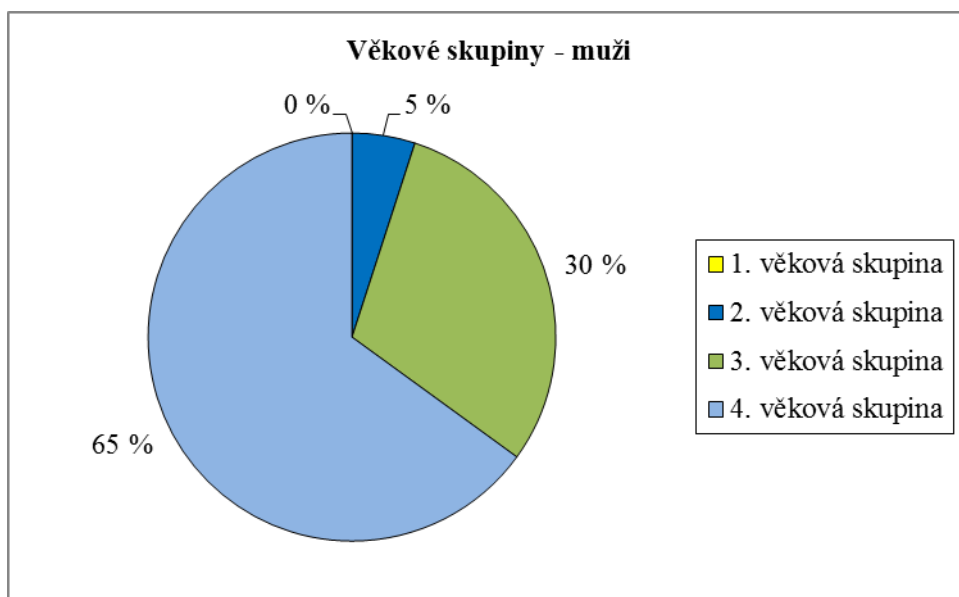


Graf 2: Procentuální porovnání respondentů dle věkových skupin

První věková skupina (20-30 let) nebyla zastoupena žádným respondentem, tedy zastoupení bylo 0 %. Ve druhé věkové skupině (31-40 let) byl jeden respondent, tedy zastoupení bylo 2 %. Třetí věková skupina (41-50 let) zahrnovala 12 respondentů, tedy zastoupení bylo 24 % a poslední čtvrtá věková skupina (51 a více let) zaujímala celkem 37 dotazovaných, tedy zastoupení činilo 74 %, z toho 13 bylo mužů.

Tab. 3: Porovnání respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech

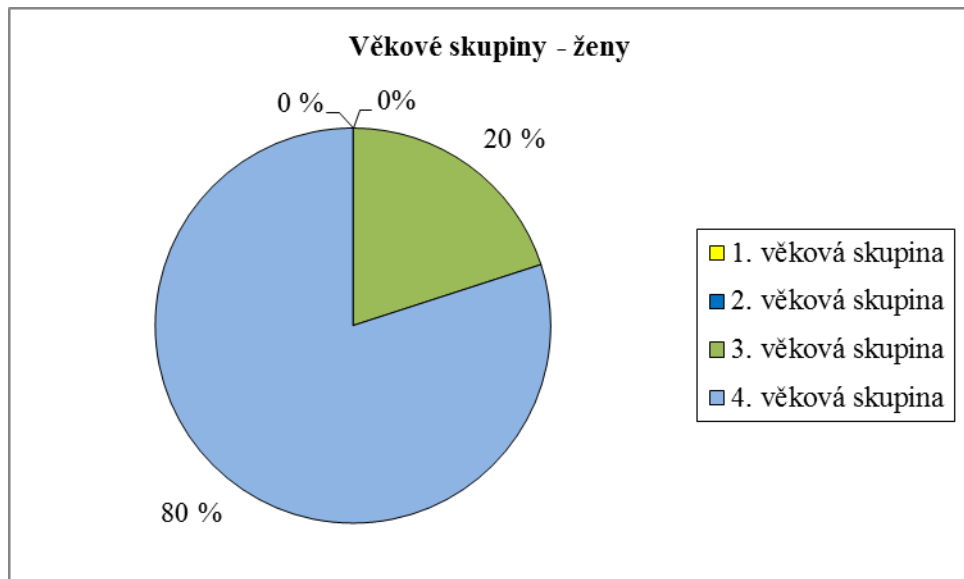
Věková skupina	Počet respondentů - muži (osoby)	Počet respondentů - muži (%)
1.	0	0
2.	1	5
3.	6	30
4.	13	65
Celkem	20	100



Graf 3: Procentuální porovnání respondentů dle věkových skupin

Tab. 4: Porovnání ženských respondentů dle věkové skupiny v počtech osob a v procentech

Věková skupina	Počet respondentů - ženy (osoby)	Počet respondentů - ženy (%)
1.	0	0
2.	0	0
3.	6	20
4.	24	80
Celkem	30	100



Graf 4: Procentuální porovnání respondentek dle věkových skupin

Zastoupení v jednotlivých věkových skupinách dle pohlaví bylo následující:

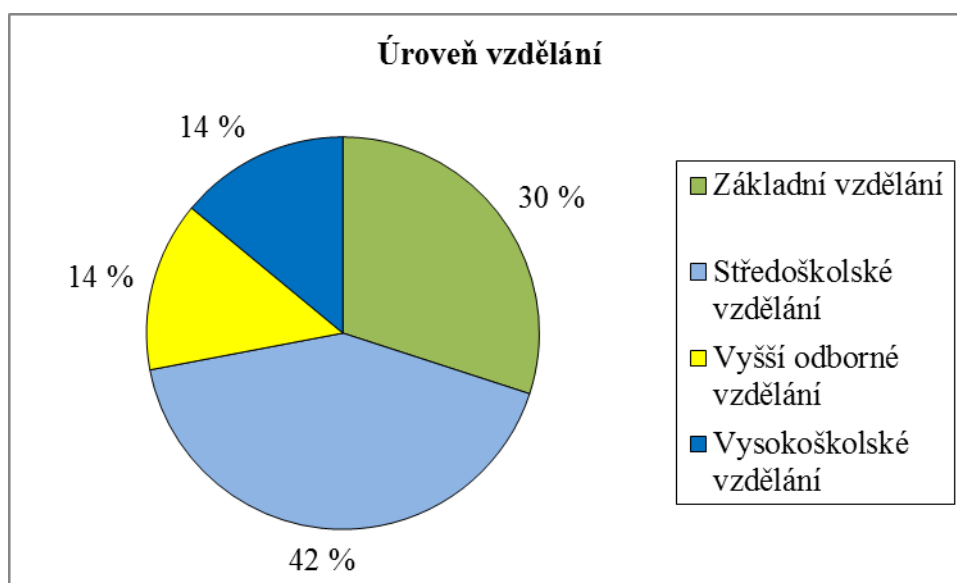
Muži: 1 respondent byl z 2. věkové skupiny (5 %), 6 respondentů bylo ze 3. věk. skupiny (30 %) a 13 respondentů bylo ze 4. věk. skupiny (65 %). Z první věkové skupiny nebyl žádný respondent (0 %). Celkem bylo tedy zastoupení 20 respondentů.

Ženy: z 1 a 2 věkové skupiny nevyplňovala dotazník žádná respondentka (0 %), z 3. věk. skupiny to bylo 6 respondentek (20 %). Ze 4. věk. skupiny vyplnilo dotazník 24 respondentek (80 %). Celkem tedy bylo zastoupení 30 respondentek.

3) DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ

Tab. 5: Porovnání úrovně vzdělání respondentů v počtech osob a v procentech

Úroveň vzdělání	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Základní vzdělání	15	30
Středoškolské vzdělání	21	42
Vyšší odborné vzdělání	7	14
Vysokoškolské vzdělání	7	14
Celkem	50	100



Graf 5: Procentuální porovnání úrovně vzdělání respondentů

Základní vzdělání mělo celkem 15 respondentů, tedy 30 % z celkového počtu respondentů.

Středoškolské vzdělání mělo celkem 21 dotazovaných, tedy 42 % z celkového počtu respondentů.

Vyšší odborné vzdělání absolvovalo celkem 7 respondentů, tedy 14 % z celkového počtu respondentů.

Vysokoškolským vzděláním disponovalo celkem 7 respondentů, tedy 14 % z celkového počtu respondentů.

Z 15 respondentů s úrovní základního vzdělání byli 2 respondenti z 3. věkové skupiny (13 %) a 13 respondentů ze 4. věkové skupiny (87 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 20 respondentů s úrovní středoškolského vzdělání Středoškolské vzdělání se jednalo o 5 respondentů z 3. věkové skupiny (24 %) a 16 respondentů ze 4. věkové skupiny (76 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 7 respondentů s úrovní vyššího odborného vzdělání byl jeden respondent z 2. věkové skupiny (14 %), 2 respondenti ze 3. věkové skupiny (29 %) a 4 dotazovaní ze 4. věkové skupiny (57 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

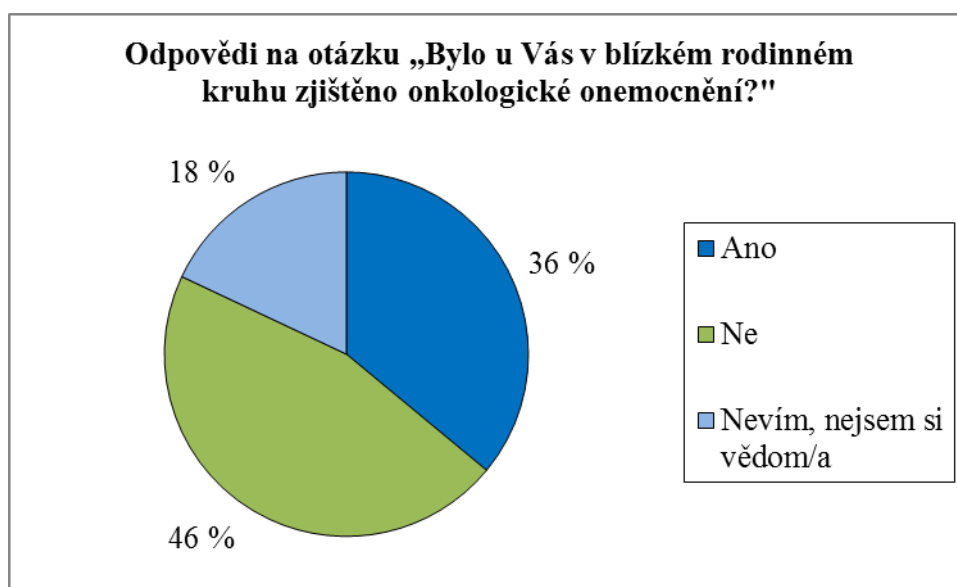
Ze 7 respondentů s úrovní vysokoškolského vzdělání pocházeli 3 respondenti z 3. věkové skupiny (43 %) a 4 respondenti ze 4. věkové skupiny (57 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

4) OTÁZKA „BYLO U VÁS V BLÍZKÉM RODINNÉM KRUHU ZJIŠTĚNO ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Bylo u Vás v blízkém rodinném kruhu zjištěno onkologické onemocnění?“

Tab. 6: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	18	36
Ne	23	46
Nevím, nejsem si vědom/a	9	18
Celkem	50	100



Graf 6: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „ANO“ na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 18 respondentů, což činí 36 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NE“ na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 23 respondentů, tedy 46 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NEVÍM, NEJSEM SI VĚDOM/A“ na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 9 respondentů, čili 18 % z celkového počtu dotazovaných.

Z 18 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině „**ANO**“, patřilo 5 respondentů do 3. věkové skupiny (28 %) a 13 respondentů do 4. věkové skupiny (72 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 23 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině „**NE**“, patřili 4 respondenti do 3. věkové skupiny (17 %) a 19 respondentů patřilo do 4. věkové skupiny (83 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

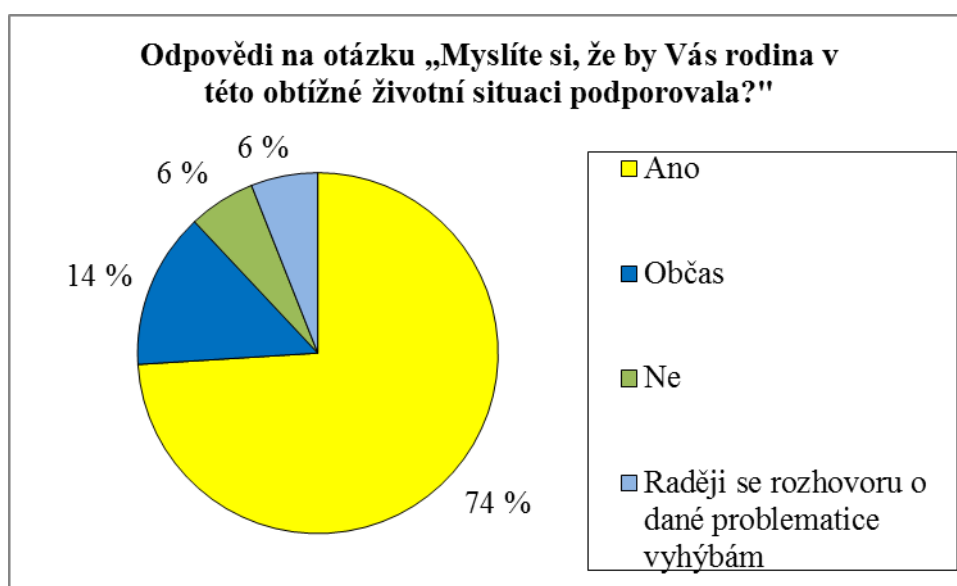
Z 9 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se výskytu onkologického onemocnění v rodině „**NEVÍM, NEJSEM SI VĚDOM/A**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (11 %), 5 respondentů patřilo do 3. věkové skupiny (56 %) a 3 respondenti spadali do 4. věkové skupiny. 1. věková skupina nebyla zastoupena.

5) OTÁZKA „MYSLÍTE SI, ŽE BY VÁS RODINA V TÉTO OBTÍŽNÉ ŽIVOTNÍ SITUACI PODPOROVALA?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Myslíte si, že by Vás rodina v této obtížné životní situaci podporovala?“

Tab. 7: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	37	74
Občas	7	14
Ne	3	6
Raději se rozhovoru o dané problematice vyhýbám	3	6
Celkem	50	100



Graf 7: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „ANO“ na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta zvolilo celkem 37 respondentů, což činí 74 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „OBČAS“ na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta zvolilo celkem 7 respondentů, tedy 14 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NE“ na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta zvolilo celkem 7 respondentů, tedy 14 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**RADĚJI SE ROZHOVORU O DANÉ PROBLEMATICE VYHÝBÁM**“ na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta zvolili celkem 3 respondenti, čili 7 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 37 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta „ANO“, patřilo 9 respondentů do 3. věkové skupiny (24 %) a 28 respondentů patřilo do 4. věkové skupiny (76 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 7 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta „OBČAS“, patřili 2 respondenti do 3. věkové skupiny (29 %) a 5 respondentů patřilo do 4. věkové skupiny (71 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 3 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta „NE“, patřil 1 respondent do 3. věkové skupiny (33 %) a 2 respondenti patřilo do 4. věkové skupiny (67 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 3 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpory rodiny při výskytu onkologického onemocnění u respondenta „**RADĚJI SE ROZHOVORU O DANÉ PROBLEMATICE VYHÝBÁM**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (33 %) a 2 respondenti patřilo do 4. věkové skupiny (67 %). 1. a 3. věková skupina nebyla zastoupena.

6) OTÁZKA „JAKÝM ZPŮSOBEM BY VÁS VAŠE OKOLÍ PODPORovalo?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Jakým způsobem by Vás Vaše okolí podporovalo?“

Tab. 8: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Vyslechnou si mě	32	64
Pomáhají hledat různé způsoby léčby	13	26
Jinak	5	10
Celkem	50	100



Graf 8: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „**VYSLECHNOU SI MĚ**“ na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 32 respondentů, což činí 64 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**POMÁHAJÍ HLEDAT RŮZNÉ ZPŮSOBY LÉČBY**“ na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 13 respondentů, tedy 26 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**JINAK**“ na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo celkem 5 respondentů, čili 10 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 32 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo „**VYSLECHNOU SI MĚ**“, patřilo 9 respondentů do 3. věkové skupiny (28 %) a 23 respondentů do 4. věkové skupiny (72 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 13 respondentů, kteří na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo „**POMÁHAJÍ HLEDAT RŮZNÉ ZPŮSOBY LÉČBY**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (8 %), 3 respondenti patřili do 3. věkové skupiny (23 %) a 9 respondentů patřilo do 4. věkové skupiny (69 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

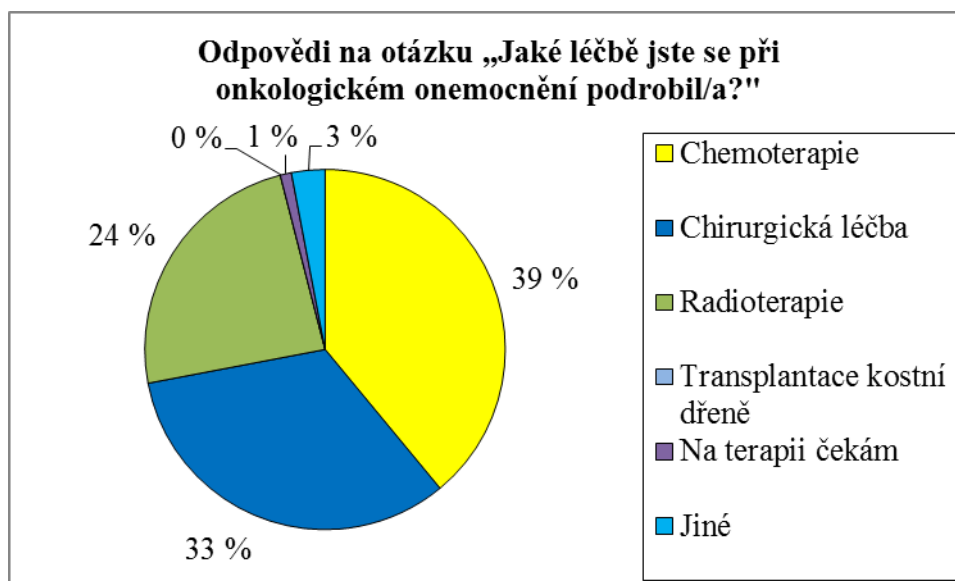
Z 5 respondentů, na položenou otázku týkající se podpory okolí při výskytu onkologického onemocnění v rodině zvolilo „**JINAK**“, patřil 1 respondent do 3. věkové skupiny (20 %) a 4 respondenti spadali do 4. věkové skupiny (80 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

7) OTÁZKA „JAKÉ LÉČBĚ JSTE SE PŘI ONKOLOGICKÉM ONEMOCNĚNÍ PODROBIL/A?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Jaké léčbě jste se při onkologickém onemocnění podrobil/a?“

Tab. 9: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Chemoterapie	42	39 %
Chirurgická léčba	37	33 %
Radioterapie	26	24 %
Transplantace kostní dřeně	0	0 %
Na terapii čekám	1	1 %
Jiné	3	3 %
Celkem	109	100 %



Graf 9: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „**CHEMOTERAPIE**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění zvolilo celkem 42 respondentů, což činí 39 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**CHIRURGICKÁ LÉČBA**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění zvolilo celkem 37 respondentů, tedy 33 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**RADIOTERAPIE**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění zvolilo celkem 26 respondentů, čili 24 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění nezvolil žádný dotazovaný, čili 0 %.

Odpověď „**NA TERAPII ČEKÁM**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění zvolil 1 respondent, čili 1 %.

Odpověď „**JINÉ**“ na položenou otázku týkající se typu léčby při výskytu onkologického onemocnění zvolili 3 respondenti, což činí 3 % z celkového počtu dotazovaných.

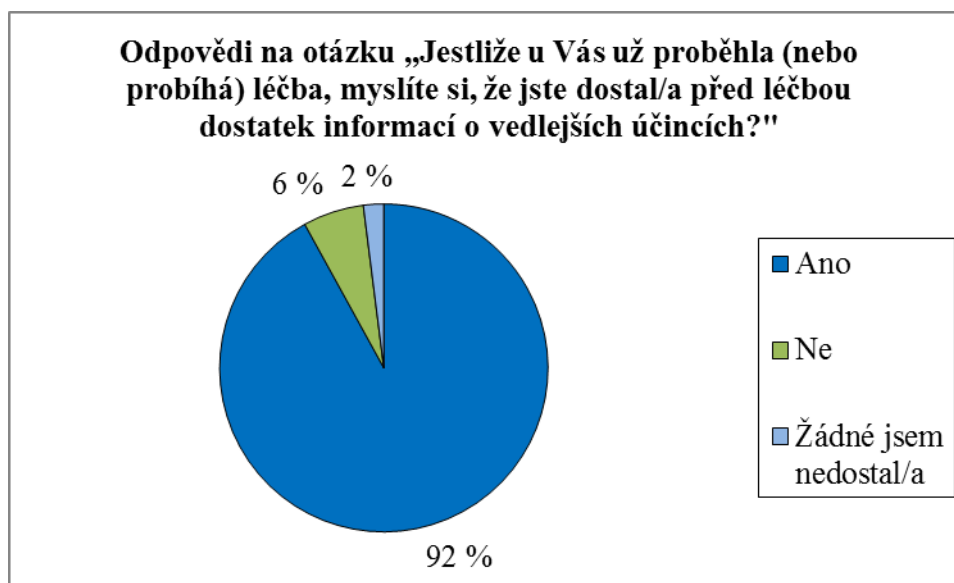
U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí, jelikož lze při léčbě onkologického onemocnění využít více metod léčby zároveň.

8) OTÁZKA „JESTLIŽE U VÁS UŽ PROBĚHLA (NEBO PROBÍHÁ) LÉČBA, MYSLÍTE SI, ŽE JSTE DOSTAL/A PŘED LÉČBOU DOSTATEK INFORMACÍ O VEDLEJŠÍCH ÚČINCÍCH?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Jestliže u Vás už proběhla (nebo probíhá) léčba, myslíte si, že jste dostal/a před léčbou dostatek informací o vedlejších účincích?“

Tab. 10: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	46	92 %
Ne	3	6 %
Žádné jsem nedostal/a	1	2 %
Celkem	50	100 %



Graf 10: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „**ANO**“ na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby zvolilo celkem 46 respondentů, což činí 92 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**NE**“ na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby zvolili celkem 3 respondenti, tedy 6 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**ŽÁDNÉ JSEM NEDOSTAL/A**“ na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby zvolil pouze 1 respondent, čili 2 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 46 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby „**ANO**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (2 %), 12 dotazovaných do 3. věkové skupiny (26 %) a 33 respondentů do 4. věkové skupiny (72 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 3 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby „**NE**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (33 %), 1 respondent patřil do 3. věkové skupiny (33 %) a 1 respondent patřil do 4. věkové skupiny (33 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

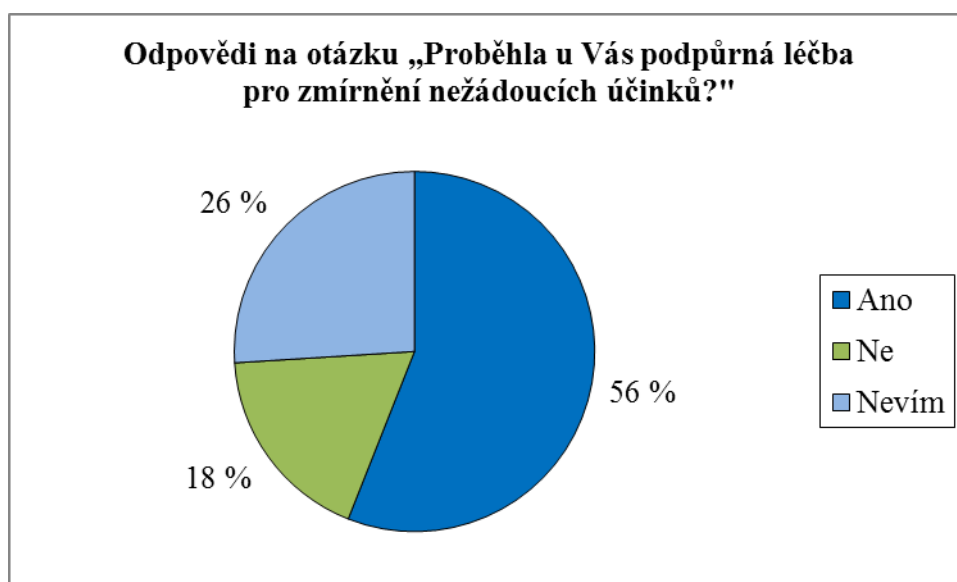
Jediný respondent, který odpověděl na položenou otázku týkající se informovanosti o vedlejších účincích léčby „**ŽÁDNÉ JSEM NEDOSTAL/A**“ byl ze 4. věkové skupiny (100 %). Ostatní věkové skupiny nebyly zastoupeny.

9) OTÁZKA „PROBĚHLA U VÁS PODPŮRNÁ LÉČBA PRO ZMÍRNĚNÍ NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Proběhla u Vás podpůrná léčba pro zmírnění nežádoucích účinků?“

Tab. 11: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	28	56 %
Ne	9	18 %
Nevím	13	26 %
Celkem	50	100 %



Graf 11: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „ANO“ na položenou otázku týkající se podpůrné léčby informovanosti zvolilo celkem 28 respondentů, což činí 56 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NE“ na položenou otázku týkající se podpůrné léčby informovanosti zvolilo celkem 9 respondentů, tedy 18 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NEVÍM“ na položenou otázku týkající se podpůrné léčby informovanosti zvolilo celkem 13 respondentů, čili 26 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 28 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpůrné léčby „ANO“, patřilo 10 respondentů do 3. věkové skupiny (36 %) a 18 respondentů do 4. věkové skupiny (64 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 9 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpůrné léčby „NE“, patřili všichni dotazovaní do 4. věkové skupiny. Ostatní věkové skupiny nebyly zastoupeny.

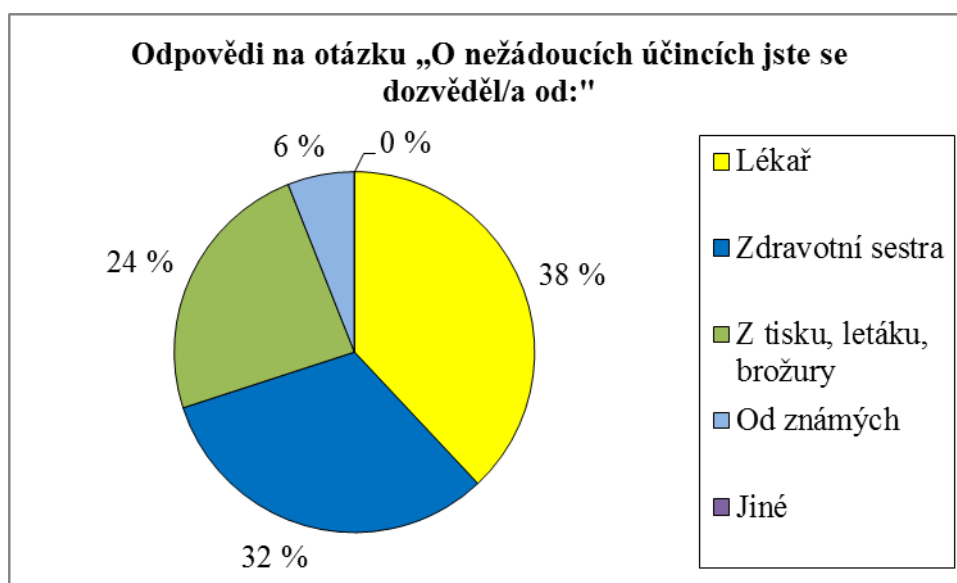
Ze 13 respondentů kteří odpověděli na položenou otázku týkající se podpůrné léčby „NEVÍM“, byl 1 dotazovaný ze 2. věkové skupiny (23 %), ze 3. věkové skupiny to byli 3 dotazovaní (23 %) a 7 respondentů bylo ze 4. věkové skupiny (54 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

10) OTÁZKA „O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH JSTE SE DOZVĚDĚL/A OD:“

Respondenti byli tázáni na otázku: „O nežádoucích účincích jste se dozvěděl/a od:“

Tab. 12: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Lékař	36	38 %
Zdravotní sestra	31	32 %
Z tisku, letáku, brožury	23	24 %
Od známých	6	6 %
Jiné	0	0 %
Celkem	96	100 %



Graf 12: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „**LÉKAŘ**“ na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby zvolilo celkem 36 respondentů, což činí 38 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**ZDRAVOTNÍ SESTRA**“ na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby zvolilo celkem 31 respondentů, tedy 32 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**Z TISKU, LETÁKU, BROŽURY**“ na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby zvolilo celkem 23 respondentů, čili 24 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**OD ZNÁMÝCH**“ na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby zvolilo celkem 6 respondentů, čili 6 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**JINÉ**“ na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby neoznačil žádný respondent z celkového počtu dotazovaných.

Ze 36 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby „**LÉKAŘ**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (3 %), 8 dotazovaných do 3. věkové skupiny (22 %) a 27 respondentů do 4. věkové skupiny (75 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 31 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby „**ZDRAVOTNÍ SESTRA**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (3 %), 8 respondentů patřilo do 3. věkové skupiny (26 %) a 22 respondentů patřilo do 4. věkové skupiny (71 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

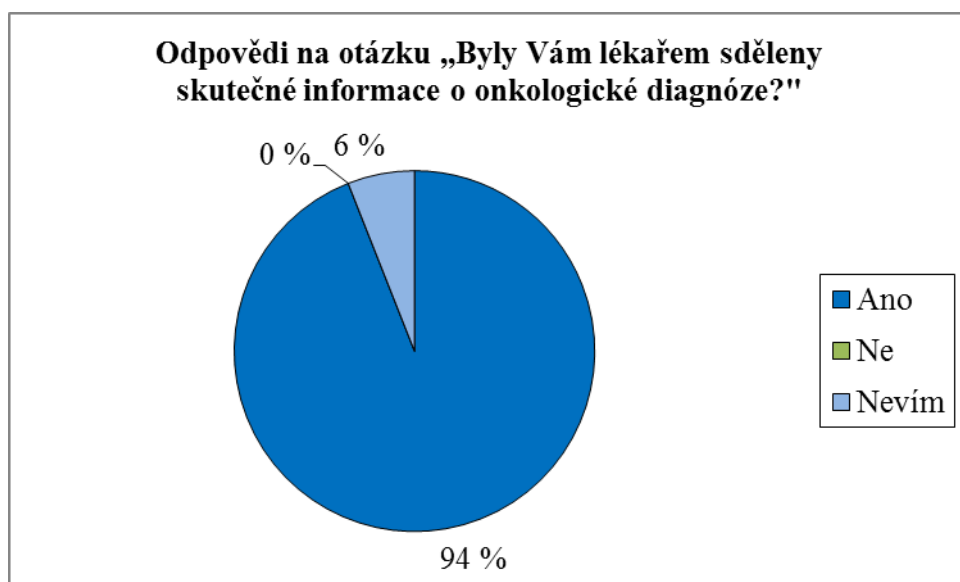
Ze 23 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se zdroje informovanosti o nežádoucích účincích léčby „**Z TISKU, LETÁKU, BROŽURY**“, bylo 6 dotazovaných ze 3. věkové skupiny (26 %) a 17 respondentů ze 4. věkové skupiny (74 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

11) OTÁZKA „BYLY VÁM LÉKAŘEM SDĚLENY SKUTEČNÉ INFORMACE O ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZE?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Byly Vám lékařem sděleny skutečné informace o onkologické diagnóze?“

Tab. 13: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	47	94%
Ne	0	0%
Nevím	3	6%
Celkem	50	100%



Graf 13: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „ANO“ na položenou otázku týkající se sdělení skutečných informací o onkologické diagnóze zvolilo celkem 47 respondentů, což činí 94 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NE“ na položenou otázku týkající se sdělení skutečných informací o onkologické diagnóze nezvolil žádný respondent, tedy 0 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NEVÍM“ na položenou otázku týkající se podpůrné léčby informovanosti zvolilo celkem 13 respondentů, čili 26 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 47 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se sdělení skutečných informací o onkologické diagnóze „ANO“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (2 %), 13 respondentů patřilo do 3. věkové skupiny (28 %) a 33 respondentů do 4. věkové skupiny (70 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 3 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se sdělení skutečných informací o onkologické diagnóze „NEVÍM“, patřil 1 respondent do 3. věkové skupiny (33 %) a 2 respondenti do 4. věkové skupiny (67 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

12) OTÁZKA „KDYBY JSTE SI MOHLI VYBRAT, CHTĚLI BY JSTE VĚDĚT, ŽE JSTE NEMOCNÍ?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Kdyby jste si mohli vybrat, chtěli by jste vědět, že jste nemocní?“

Tab. 14: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	32	64 %
Ne	9	18 %
Nevím	9	18 %
Celkem	50	100 %



Graf 14: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „ANO“ na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní zvolilo celkem 32 respondentů, což činí 64 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NE“ na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní zvolilo 9 respondentů, tedy 18 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „NEVÍM“ na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní zvolilo celkem 9 respondentů, čili 18 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 32 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní „**ANO**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (3 %), 8 respondentů patřilo do 3. věkové skupiny (25 %) a 23 respondentů do 4. věkové skupiny (72 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 9 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní „**NE**“, patřil 1 respondent do 3. věkové skupiny (11 %) a 8 respondentů do 4. věkové skupiny (89 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Z 9 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku zda by jste chtěli vědět, že jste nemocní „**NEVÍM**“, patřili 4 respondenti do 3. věkové skupiny (44 %) a 5 respondentů do 4. věkové skupiny (56 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

13) OTÁZKA „VYUŽIL/A JSTE POMOC PSYCHOLOGA?“

Respondenti byli tázáni na otázku: „Využil/a jste pomoc psychologa?“

Tab. 15: Porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku v počtech osob a v procentech

Odpověď	Počet respondentů (osoby)	Počet respondentů (%)
Ano	2	4 %
Ne	47	94 %
Částečně	1	2 %
Celkem	50	100 %



Graf 15: Procentuální porovnání odpovědí respondentů na položenou otázku

Odpověď „**ANO**“ týkající se psychologické pomoci zvolili celkem 2 respondenti, což činí 4 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**NE**“ týkající se psychologické pomoci zvolilo 47 respondentů, tedy 94 % z celkového počtu dotazovaných.

Odpověď „**ČÁSTEČNĚ**“ týkající se psychologické pomoci zvolil pouze 1 respondent, čili 2 % z celkového počtu dotazovaných.

Ze 2 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se psychologické pomoci „**ANO**“, patřil 1 respondent do 3. věkové skupiny (50 %) a 1 respondentů do 4. věkové skupiny (50 %). 1. a 2. věková skupina nebyla zastoupena.

Ze 47 respondentů, kteří odpověděli na položenou otázku týkající se psychologické pomoci „**NE**“, patřil 1 respondent do 2. věkové skupiny (2 %), 12 respondentů do 3. věkové skupiny (26 %) a 34 dotazovaných patřilo do 4. věkové skupiny (72 %). 1. věková skupina nebyla zastoupena.

Jeden respondent, který odpověděl na položenou otázku týkající se psychologické pomoci „**ČÁSTEČNĚ**“, patřil do 3. věkové skupiny (100 %).

4.5 Interpretace výsledků průzkumu

První tři otázky jsou demografické. První položka určuje pohlaví respondentů, kdy více nemocných bylo žen. Druhá otázka nám potvrdila, že nejvíce nemocných bylo ve věkové kategorii od 51 let a více let. Třetí otázka se zabývala vzděláním dotazovaných, největší skupina dotazovaných měla středoškolské vzdělání.

Hypotetické tvrzení 1 zde předpokládáme, že rodina podporuje nemocného v jeho onemocnění, **se potvrdilo**. Tato otázka byla ověřována položkami č. 5 a 6.

Na základě **Hypotetického tvrzení 2** kde předpokládáme, že při léčbě dostali pacienti informace o nežádoucích účincích léčby a tyto informace dostali od lékaře. K tomuto tvrzení se vztahovaly otázky č. 8, 9 a 10, hypotetické tvrzení **se nám potvrdilo**, že nemocní dostali informace o nežádoucích účincích léčby a to nejvíce od lékaře.

Hypotetické tvrzení 3, ve které předpokládáme, že by většina nemocných chtěla vědět pravdivé informace o svém onemocnění, **se nám potvrdilo**. K tomuto hypotetickému tvrzení se vztahovaly otázky č. 11 a 12, většina nemocných by si přála znát pravdivé informace o svém onemocnění a ty jim byly také sděleny.

Hypotetický předpoklad 4 kde se domníváme se, že více nemocných využilo pomoci psychologa, **se nám nepotvrdilo**, protože jen dva respondenti odpověděli, že využili pomoc psychologa. Toto hypotetické tvrzení bylo ověřené otázkou č. 13.

4.6 Diskuse

Ve své práci jsem se zaměřila na život onkologicky nemocných. Jak prožívají své onemocnění a jak snáší náročnou léčbu, ať už fyzicky nebo psychicky. Zajímalo mě, jaké jsou využívány možnosti léčby, jaké se vyskytují nežádoucí účinky a jak jsou v nemocnicích zajišťovány psychické potřeby nemocných.

Výsledky našeho průzkumu jsme se snažili porovnat s jinými autory, ale na podobné téma jsme žádnou práci nenašli.

V prvním hypotetickém tvrzení, ve kterém jsem předpokládala, že rodina podporuje nemocného, mě překvapilo, že 37 respondentů podporuje nemocného v této

životní situaci. A vlastně jen 3 dotazované nepodporuje rodina vůbec a 7 respondentů podporuje rodina občas. Odpověď, že se raději dané problematice hovoru nemocní vyhýbají, zvolili jen 3 dotazovaní.

Ve druhém hypotetickém tvrzení, kde jsem se domnívala, že dotazovaní dostali před léčbou informace o nežádoucích účincích léčby a tyto informace jim podal lékař. Mě překvapila ta odpověď, že hodně respondentů označilo odpověď, že dostali informace o vedlejších účincích léčby od zdravotní sestry. Bylo celkem 26 respondentů, kterým podal informace lékař, ale setra podala informace 22 nemocným.

Ve třetím hypotetickém tvrzení, kde jsem předpokládala, že by chtěli nemocní znát pravdu, nebo skutečné informace a jejich onemocnění, jsem zjistila, že 47 dotazovaným byly sděleny pravdivé informace o jejich zdravotním stavu. Ale jen 32 respondentů by chtělo tuto skutečnou pravdu znát, překvapila mě skutečnost, že celkem 9 dotazovaných odpovědělo, že by nechtěli znát pravdivé informace a dalších 9 dotazovaných neví, zda by chtěli tyto informace dostat.

Ve čtvrtém hypotetickém tvrzení, kde jsem zjišťovala, zda nemocní využili pomoci psychologa. Mě překvapila skutečnost, že využili pomoci psychologa jen 2 respondenti, jeden odpověděl, že částečně. Ale celkem 47 dotazovaných nevyužilo pomoci psychologa vůbec, tato skutečnost mě překvapila.

To co pacienty ke zkušenosti a setkání s nimi a poznání problému nejvíce trápí, bych řekla, že je samotná náročná léčba, nejistý výsledek léčení. A taky vzdálená specializovaná centra pro onkologické pacienty, problémy s dojížděním na léčbu, nebo nutnost hospitalizace v souvislosti s léčbou.

4.7 Doporučení pro praxi

Ze zjištěných výsledků, díky dotazníkovému systému bylo zjištěno, že problematika onkologicky nemocných je velmi aktuální a myslím si, že co se týká informovanosti má stále ještě své „rezervy“.

Všeobecná zdravotní sestra, která pracuje s onkologickými pacienty, by měla znát tuto problematiku. Ale ne jen sestry na specializovaných jednotkách a odděleních, ale taky sestry na interních, chirurgických aj. odděleních menších nemocnic, protože na těchto odděleních se s těmito pacienty setkávají denně. Tyto znalosti a dovednosti, pomůžou pacientovi i sestře lépe zvládnout péči o nemocného, vysvětlit účel léčby,

postup vyšetření a samotné onemocnění. Proto zde je nutnost vzdělávat sestry jak v oblasti nových metod v péči o nemocné, komunikaci, psychologii a etice.

Navrhovala bych, aby se v onkologii začalo více času a prostoru věnovat v médiích a časopisech. To, že se všude objevují různé letáčky a celoplošné akce, zabývající se prevencí onkologických onemocnění je dobré, ale nikdo nemyslí na ty nemocné, kteří už s nádorovým onemocněním bojují. Odborné časopisy se sice touto problematikou zabývají, ale obyčejné veřejnosti se tato literatura nedostane do rukou. Proto bych navrhovala, aby sestry a lékaři pořádali semináře, přednášky, besedy a jiné akce věnované onkologicky nemocným a jejich rodinám.

Na co by neměly sestry zapomínat je komunikace s pacienty, vlídný a trpělivý přístup k pacientům a jejich rodinám.

Závěr

Cílem mojí bakalářské práce bylo nastínit problematiku onkologického onemocnění a léčby. Jak ji pacienti vnímají, jak z psychologického hlediska, tak z hlediska fyziologického neboť tato léčba je doprovázena celou řadou nežádoucích účinků. Chtěla jsem se dozvědět, jak podporují rodiny nemocné při tomto onemocnění, a zda by chtěli vědět pravdivé informace o své diagnóze.

V teoretické části jsem nastínila problematiku onkologie. Druhy nádorů, klasifikaci, vyšetřovací metody a způsob léčby. Dále jsem se v teoretické části zaměřila na psychologickou problematiku onkologicky nemocných.

Praktickou část této práce jsem zpravovala pomocí průzkumu u onkologicky léčených pacientů. Průzkum jsem prováděla pomocí dotazníků u nemocných léčených v Onkologickém oddělení Nemocnice ve Vsetíně. Dotazník jsem rozdala celkem 50 respondentům, které jsem pro lepší přehlednost rozdělila do čtyř věkových skupin (20-30 let, 31-40let, 41-50let, 51 a více let).

V prvním hypotetickém tvrzení jsem předpokládala, že více nemocných podporuje rodina v jejich onemocnění. K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 5 a 6, hypotetické tvrzení se mi potvrdilo. Jelikož 37 dotazovaných odpovědělo, že je rodina podporuje.

Ve druhém hypotetickém tvrzení jsem se domnívala, že dotazovaní dostali před léčbou informace o nežádoucích účincích léčby a tyto informace jim podal lékař. Hypotetické tvrzení se mě opět potvrdilo. Také mě překvapila ta odpověď, že hodně respondentů označilo odpověď, že dostali informace o vedlejších účincích léčby od zdravotní sestry. Bylo to celkem 26 respondentů, kterým podal informace lékař, ale setra podala informace 22 nemocným.

Ve třetím hypotetickém tvrzení, kde jsem předpokládala, že by chtěli nemocní znát pravdu, nebo skutečné informace o jejich onemocnění, jsem zjistila, že 47 dotazovaným byly sděleny pravdivé informace o jejich zdravotním stavu. Ale jen 32 respondentů by chtělo tuto skutečnou pravdu opravdu znát, překvapila mě i ta skutečnost, že celkem 9 dotazovaných odpovědělo, že by nechtěli znát pravdivé informace a dalších 9 dotazovaných neví, zda by chtěli tyto informace dostat.

Ve čtvrtém hypotetickém tvrzení, kde jsem zjišťovala, zda nemocní využili pomoci psychologa. Jsem byla překvapena skutečností, že využili pomoci psychologa jen 2 respondenti, jeden odpověděl, že částečně. Ale celkem 47 dotazovaných nevyužilo pomoci psychologa vůbec. Tato skutečnost mě zaskočila a doufám, že se do budoucna tato situace změní.

Do doporučení pro praxi jsem začlenila hlavně nutnost vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie, komunikace a etiky a dalších odvětví.

Ve své praxi na Onkologickém oddělení nemocnice ve Vsetíně jsem se setkala s celou řadou lidí, kterým byla prvotně sdělena onkologická diagnóza nebo kteří chodili „na radu“ jak pomoci svým blízkým. Setkala jsem se také během své praxe se smutným koncem života se smrtí. Ale i to patří do života každého z nás. Jako ta opačná stránka radost z uzdravení.

Seznam použité literatury

Knížní zdroje:

ADAM, Zdeněk, et al. 2002. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 653 s. ISBN 80-7169-792-3.

ADAM, Zdeněk. 2003. VORLÍČEK, Jiří; KOPTÍKOVÁ, Jana. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6.

BAUER, Jan. 1994. *Onkologie praktického lékaře*. Praha: Anomal, 1994. 88 s. ISBN 80-901474-1-0.

KLENER, Pavel. 2002. *Klinická onkologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 749 s. ISBN 80-7262-151-3.

KLENER, Pavel. 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 232 s. ISBN 978-80-247-2808-7.

KLENER, Pavel. 2000. *Onkologie: Doporučené postupy onkologické péče*. Praha: Galén, 2000. 59 s. ISBN 80-7262-058-4.

MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

NOVOTNÝ, Jan; VÍTEK, Pavel; PETRUŽELKA, Luboš. 2005. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 2005. Praha: Triton, 2005. 374 s. ISBN 80-7254-736-4.

O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Z angl. orig. přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PETRUŽELKA, Luboš; KONOPÁSEK, Bohuslav. 2003. *Klinická onkologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.

VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda. et al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří. 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-761-678-5

VORLÍČEK, Jiří; VYZULA, Rostislav; ADAM, Zdeněk. 2000. *Praktická onkologie vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2000. 344 s. ISBN 80-7169-974-8.

Časopisecké zdroje:

Journal of clinical oncology. 2011. roč. 3, č. 3, s. 8-9 ISSN 1803-8506.

Klinická onkologie. 2011. roč. 24, č. 2, s. 4-6 ISSN 0862-495X.

The lancet oncology. 2011. roč. 10, č. 2, s. 22-24 ISSN 1213-9432.

Internetové zdroje:

BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 2011-05-03]. Dostupné z www: <http://jirben2.chytrak.cz/materialy/onko_JB.doc>.

Mlynář, Jaroslav. *Onkologická diagnóza* [online]. [cit. 2011-05-11]. Dostupné z www: <http://www.zdn.cz/archiv/postgradualni-medicina/>

Novotná, Pavla. *Informace pro praxi* [online]. [cit. 2011-04-02]. Dostupné z www: <http://www.linkos.cz/odbornici/onkologie/nop.php>

Klener, Pavel. *10 mezníků v rozvoji onkologie* [online]. [cit. 2011-03-26]. Dostupné z www: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=lnk15&issueNo=71>

Seznam příloh

Příloha A

.....I - III

Příloha A

Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Sylva Růčková, jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze, kde momentálně studuji závěrečný ročník. Dostal se Vám do rukou mnou vytvořený dotazník, proto Vás prosím o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní, ale pomůže mně ke zpracování méjí bakalářské práce, která se zpracovává v závěru studia. Nikde nevpisujte své jméno, jen prosím označte odpovědi, kterých může být v jedné otázce i několik a do kolonky jiné, napište odpověď vlastními slovy. Všechny údaje, které zde vyplníte, jsou jen pro potřebu vyhodnocení dotazníku. A nebudou jinak zneužity,

předem děkuji

Růčková Sylva.

1) Pohlaví respondentů

- a) muž
- b) žena

2) Věk dotazovaných

- a) 20-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 a více

3) Dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

4) Bylo u Vás v blízkém rodinném kruhu zjištěno onkologické onemocnění?

- a) ano

- b) ne
- c) nevím, nejsem si vědom/a

5) Myslíte si, že by Vás rodina v této obtížné životní situaci podporovala?

- a) ano
- b) občas
- d) ne
- c) raději se rozhovoru o dané problematice vyhýbám

Pokud jste v otázce č. 5 zvolili odpověď a, b nebo c, odpovězte na otázku č. 6, pokud jste zvolili odpověď d, přejděte k otázce č. 7.

6) Jakým způsobem by Vás Vaše okolí podporovalo?

- a) vyslechnou si mě
- b) pomáhají hledat různé způsoby léčby (bylinky, léčitele, kineziologie aj.)
- c) jinak

7) Jaké léčbě jste se při onkologickém onemocnění podrobil/a?

- a) chemoterapii
- b) chirurgické léčbě
- c) radioterapii
- d) transplantaci kostní dřeně
- e) na terapii čekám
- f) jiné

8) Jestliže u Vás už proběhla (nebo probíhá) léčba, myslíte si, že jste dostal/a před léčbou dostatek informací o vedlejších účincích?

- a) ano
- b) ne
- c) žádné jsem nedostal/a

9) Proběhla u Vás podpůrná léčba pro zmírnění nežádoucích účinků?

- a) ano
- b) ne

c) nevím

10) O nežádoucích účincích jste se dozvěděl/a od:

a) lékaře

b) zdravotní sestry

c) z tisku, letáků, brožury

d) od známých

e) jiné

11) Byly Vám lékařem sděleny skutečné informace o onkologické diagnóze?

a) ano

b) ne

c) nevím

12) Kdyby jste si mohli vybrat, chtěli by jste vědět, že jste nemocní?

a) ano

b) ne

c) nevím

13) Využil/a jste pomoc psychologa?

a) ano

b) ne

c) částečně