

Kvalita péče o onkologicky nemocné pacienty

Tomáš Havelka

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tomáš Havelka**
Osobní číslo: **H16073**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita péče o onkologicky nemocné pacienty**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání a prostudování odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality péče o onkologicky nemocné pacienty.
Nastavení metodiky kvantitativního výzkumu.
Realizace výzkumu vybranými technikami.
Realizace sběru dat.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka.** Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- LOJAN, Radoslav.** The art of being fully present to the dying patient in palliative care. Brno: Tribun EU, 2015. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0963-5.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Igor KISS.** Geriatrická onkologie. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3738-9.
- NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL.** Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3944-4.
- OPATRNÁ, Marie.** Etické problémy v onkologii. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4522-3.
- VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ.** Paliativní péče v onkologii. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 15.5.2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Onkologická onemocnění jsou známá už po celá staletí. To, že onkologických pacientů přibývá, je částečně způsobeno prohlubováním tohoto medicínského oboru a větší schopnosti rozpoznávání jednotlivých typů onemocnění. Nárůst je ovšem také patrný změnami ve způsobu života populace. I přes vzrůstající úspěšnost léčby je úmrtnost onkologicky nemocných pacientů stále vysoká. Tato bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu péče o onkologicky nemocné z hlediska zdravotnického personálu v hodnocení jednak možností samotné léčby, a také kvality podmínek ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních. Výstupem je vyhodnocení dotazníkového šetření rozděleného do několika okruhů, tvořících segmenty pro celkový závěr. Ten může následně posloužit jako podklad k dalšímu rozpracování pro konkrétní doporučení v jednotlivých oblastech.

Klíčová slova: onkologická onemocnění, pacient, zdravotnická zařízení, pečovatelská zařízení, kvalita péče

ABSTRACT

Cancer has been known for centuries. The fact that oncological patients are increasing is partly due to the deepening of this medical field and the greater ability to recognize individual types of diseases, but the increase is also evident by changes in the way of life of the population. Despite the increasing success of treatment, the mortality rate of cancer patients is still high. This bachelor thesis focuses on the quality of care for oncologically ill from the point of view of medical staff in evaluating both the possibilities of treatment itself and the quality of conditions in health and care facilities. The output is the evaluation of the questionnaire survey divided into several areas, forming segments for the overall conclusion. This can then serve as a basis for further elaboration for specific recommendations in individual areas.

Keywords: cancer, patient, health care facilities, care facilities, quality of care

Rád bych poděkoval PhDr. Mgr. Petru Snopkovi, PhD. za odborné vedení, ochotnou spolupráci, trpělivost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále mé poděkování patří všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumu. Děkuji také mé rodině a přítelkyni za podporu a obrovskou trpělivost během studia.

„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost“

Montaigne Michel de

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

Tomáš Havelka

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NEMOC	13
1.1 ETIOLOGIE NÁDORŮ	13
1.1.1 Vnější faktory.....	14
1.1.2 Genetické faktory	16
1.2 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ	17
2 LÉČBA	19
2.1 RADIOTERAPIE	19
2.2 CHEMOTERAPIE	20
2.3 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY	20
3 NUTRICE	22
3.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	22
3.2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	24
4 BOLEST	27
4.1 DĚLENÍ NÁDOROVÉ BOLESTI	27
4.2 VYŠETŘENÍ ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S BOLESTÍ	29
4.3 HODNOCENÍ INTENZITY BOLESTI	29
4.4 LÉČBA NÁDOROVÉ BOLESTI.....	30
4.4.1 Protinádorová (kauzální) léčba	30
4.4.2 Symptomatická léčba	30
4.4.3 Farmakoterapie nádorové bolesti	31
5 PALIATIVNÍ PÉČE	32
5.1 DEFINICE.....	32
5.2 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	33
5.3 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI.....	33
5.4 SYMPTOMY NEMOCI FYZICKÝCH A KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	35
5.5 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	36
5.6 RODINA A BLÍZKÉ OKOLÍ	36
6 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE	37
6.1 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA.....	37
6.2 PSYCHOLOGICKÉ POSOUZENÍ PRŮBĚHU NEMOCI NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉHO.....	37
6.3 EMOCIÁLNÍ STAV UMÍRAJÍCÍHO	39
6.3.1 Charakteristika emočních stavů	39
6.3.2 Péče v závěrečné fázi života.....	40

7	KVALITA PÉČE	42
7.1	SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V TERMINOLOGII ŘÍZENÍ KVALITY	42
7.2	HODNOCENÍ ÚROVNĚ POSKYTOVANÉ PÉČE Z POHLEDU PACIENTŮ	42
7.3	SYSTÉM ŘÍZENÍ KVALITY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	43
7.4	STANDARDIZACE VYBRANÝCH ASPEKTŮ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	43
7.5	AKREDITAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICKÝCH INSTITUCÍCH V ČR	43
II	PRAKTICKÁ ČÁST	45
8	VÝZKUM	46
8.1	VÝZKUMNÉ CÍLE	46
8.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
8.3	VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA SBĚRU DAT	46
8.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	47
9	VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	48
10	DISKUSE	70
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Onkologické nemoci jsou z laického pohledu vždy spojovány s nevléčitelností a následujícím úmrtím. Již samotné sdělení diagnózy je pro pacienta velkou zátěží, se kterou se musí v první fázi vyrovnat, jako se samotným faktem, a následně přistoupit na spolupráci s lékaři a zdravotnickým personálem. Druhou stranou je očekávání všemocnosti současné medicíny, která si za každých okolností dokáže poradit s každým onemocněním. Tento zkreslující pohled může být v reálné fázi léčby naopak přitěžující.

Ačkoliv léčba onkologických nemocí je stále úspěšnější, úmrtnost pacientů v tomto oboru je i tak v porovnání s jinými medicínskými obory vysoká. Právě proto je žádoucí mít vypracován systém péče o onkologicky nemocné jak ve stádiu léčebném, tak i terminálním, kdy jde především o důstojnost umírání.

Vývojem společnosti se postupně umírání člověka přesunulo z domácího prostředí do formy institucionalizovaného umírání, tedy ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních. Významným faktorem tohoto posunu je změna životního stylu rodin i jednotlivců, dalšími pak zvyšující se náročnost péče o pacienta z hlediska odbornosti a orientace v dané problematice. Proto je převažující procento úmrtí mimo domácí prostředí, ačkoliv ze statistického hlediska pacienti preferují právě možnost dožít doma.

Vzhledem ke zvyšujícímu se výskytu onkologických onemocnění a narůstajícímu počtu pacientů, kteří na následky nemoci umírají ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních, je třeba se také zaměřovat na kvalitu péče o onkologicky nemocné. Ta musí zahrnovat jak stránku medicínskou a ošetrovatelskou, tak ve významné míře i psychologický přístup k nemocnému a jeho rodině.

Tato bakalářská práce je zaměřena na stěžejní aspekty onkologické péče. Důležitá je znalost charakteristiky samotného onemocnění, a také dílčích možností léčby, které je v průběhu léčebného procesu možné aplikovat. Na základě svých odborných znalostí a zkušeností je musí umět zdravotnický personál správně využít s ohledem na individuální potřeby nemocného.

Bakalářská práce je strukturovaná do jednotlivých dílčích možností léčby a péče, v nichž se zabývá jednak samotným popisem, a dále pak specifikací léčebných a pečovatelských postupů. Jejím výstupem má být souhrn poznatků o poskytované péči o onkologicky nemocné a popis vývoje onkologického onemocnění z diagnostického a psychologického aspektu.

Teoretické znalosti získané při studiu jsou v této bakalářské práci vyváženy praktickými zkušenostmi z přímé péče o onkologicky nemocné pacienty. Nedílnou součástí je také odborná literatura věnující se této problematice. Hlavní pozornost je věnována vyhodnocení dotazníku orientovaného na dílčí kapitoly bakalářské práce. Cíle jsou rozděleny do jednotlivých výstupů zaměřených na orientaci respondentů ve znalosti onkologické problematiky, možnostech léčby, obeznámenosti respondentů se specifiky nutriční podpory, přístup respondentů k bolestivým stavům pacienta a znalost léčby, znalost zásad a možností paliativní péče ve vztahu k pacientům a rodině a znalost psychologických vlivů péče o onkologicky nemocné pacienty.

Jak už bylo v úvodu zmíněno, počet onkologicky nemocných pacientů v poměru na počet obyvatel má vzestupnou tendenci. Zároveň je to ale také dynamicky se rozvíjející medicínský obor, který disponuje možnostmi léčby umožňující zvyšující se léčitelnost, případně prodloužení délky dožití. Ani tak se ovšem nelze vyhnout vysoké míře úmrtnosti, a proto je neoddelitelnou součástí také péče o umírající. Je tedy nezbytné i této fázi nemoci věnovat velkou pozornost, jak po stránce odborného medicínského přístupu, tak ve vytváření podmínek pro důstojný odchod z tohoto světa na jednotlivých odděleních pečujících o onkologicky nemocné pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEMOC

Historii onkologických onemocnění lze rozdělit do dvou časových období. V první fázi šlo o poznávání nemoci. S rozvojem medicínských metod a následně také vývojem přístrojového vybavení se stále intenzivněji rozvíjí možnosti léčby. I přes tento pokrok jde o obor, kde dochází k velké úmrtnosti na následky zhoubných nádorů.

Tento medicínský obor se začal ještě rychleji rozvíjet během druhé světové války, kdy byla objevena první chemoterapeutika. Postupně byly zaváděny nové chirurgické postupy, začaly se využívat méně invazivní techniky, vývojem prošla radioterapie a stále více se rozvíjí chemoterapie. Došlo také k užívání hormonální léčby, cílené léčby a imunoterapie.

S rozvojem poznávání nemoci a vývojem možností léčby došlo ke zlepšení léčebných možností. A to také díky sledování nejčastěji diagnostikovaných nádorů a změnou životního stylu, při kterém se vylučují rizikové faktory v aspektu prevence zhoubných nádorů. Fatální závažnost diagnózy a její nejistý vývoj, který je mezi pacienty spojován s vysokou pravděpodobností úmrtí, si vyžaduje rovněž podporu a pomoc na psychologické úrovni. Ve vztahu k lékařům a zdravotnickému personálu je z důvodu náročnosti tohoto oboru nezbytné eliminovat syndrom vyhoření.

Onemocnění zhoubným nádorem je statisticky na druhém místě v nejčastějších příčinách smrti. Vlivem léčebných možností ale roste počet uzdravených nebo pacientů, u nichž se výrazně prodloužila doba přežití, a to lze rozhodně pokládat za pozitivní (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 15, 16).

1.1 Etiologie nádorů

Nejcharakterističtější vlastností maligních nádorů je jejich nekontrolovatelný růst, který nerespektuje výstavbový plán organismu. Tento plán začíná od jednotlivých buněk sdružujících se od funkčních uskupení, po tkáň synchronizovaně pracujících v rámci organismu. Správnou funkci jednotlivých buněk skrze celý výstavbový plán organismu dozoruje imunitní systém. Veškeré buňky našeho organismu podléhají neustále se opakující obnově, která nahrazuje poškozené a staré buňky buňkami novými (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2016, s. 12 - 17).

„Vznik maligního nádorového onemocnění je specifickou poruchou tkáňové homeostázy počínající na úrovni buněk maligně transformované tkáň, která v důsledku invazivního růstu,

selhání kontrolních imunitních mechanismů a tvorby distančně se šířících metastáz může vyvolat příznaky systémového kolapsu vedoucího ke smrti“ (Novotný, Vítek, Kleibl, a kol., 2016, s. 12 - 17).

Vznik maligního onemocnění má různorodé příčiny. Některé z nich jsou vnitřní, genetické, a některé souvisí s prostředím, světem okolo nás. Podle epidemiologických studií míra, kterou zevní příčiny přispívají k nádorovému onemocnění, není zanedbatelná, proto je nutné tyto příčiny brát vážně a v denním životě je co nejvíce eliminovat (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 33).

1.1.1 Vnější faktory

Tabák, kouření: způsobuje 90 % úmrtí na Ca plic u mužů a 75 - 80 % úmrtí u žen. Kouření má významný vliv i na Ca močového měchýře, ledvin, pankreatu a děložního čípku. Stejně tak jsou ohroženi i pasivní kuřáci (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 34).

Pohybová aktivita: studie prokazují, že fyzická aktivita snižuje riziko maligních onemocnění nezávisle na vývoji hmotnosti. Má se za to, že přiměřená fyzická aktivita stimuluje imunitní systém a lepší imunitní systém má za následek nižší výskyt nádorů. Podle studií aktivitu, která má potenciál snížit riziko, je třeba vykonávat denně 30 - 60 minut (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 35).

Výživové faktory: vysoký energetický příjem a nízký výdej způsobuje obezitu, ta způsobuje polymorbiditu a zvyšuje riziko nádorového onemocnění. Obezita zvyšuje riziko karcinomu tlustého střeva, prsu, děložního čípku, jícnu a žaludku (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 35).

Vláknina (ovoce, zelenina, obiloviny) má pravděpodobně ochranný vliv před maligními chorobami (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 36).

U živočišných tuků (kromě rybího) se má za to, že zvyšují riziko nádorového onemocnění, naopak u tuků rostlinného původu ukazují studie na snížení rizika nádoru prsu, střeva a prostaty. Nicméně tuky jsou velkým zdrojem energie, takže i rybí a rostlinné tuky ve vysokých dávkách mohou mít negativní dopad (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 37).

U řady vitamínů s antioxidačním účinkem (vitamín A, E, C) bylo prokázáno snížení rizika maligního onemocnění. K těmto studiím je třeba zdůraznit, že se jednalo o hodnocení příjmu

těchto látek pouze z přírodních zdrojů. Přínos doplňování vitamínů farmaceutickými preparáty nebyl prokázán (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 37 - 38).

Konzumace ovoce a zeleniny má důležitý preventivní vliv vůči malignitám různých lokalizací a to při dávce 400 g/d s druhovou rozmanitostí, při zahrnutí brambor je to 400 - 800g/d. Zvýšená konzumace snižuje riziko nádorových onemocnění úst, hltanu, hrtanu, jícnu, plic, žaludku, tlustého střeva, prsu, pankreatu a močového měchýře. Zvýšená konzumace ovoce a zeleniny je tedy jedním z hlavních doporučení při prevenci nádorového onemocnění (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 38).

Zvýšená konzumace masa, hlavně červeného (vepřové, hovězí, jehněčí...) zvyšuje riziko nádorů tlustého střeva. Naopak maso rybí snižuje riziko vzniku nádoru (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 38 - 39).

Plísňové sýry jsou specifickou problematikou. Je zde nutné rozlišit plíseň produkovanou úmyslně a plíseň nechtěnou. V případě výroby plísňových sýru se riziko kontroluje především používáním schválené kultury neschopné produkovat mykotoxiny. U plísní nechtěných je přítomnost karcinogenních mykotoxinů možná, ale vzácná (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 39).

Alkohol patří mezi značné etiologické faktory nádorových onemocnění. Alkohol je sám obecně klasifikován jako humánní karcinogen. Riziko se zvyšuje již při 10g etanolu (0,5l piva, 0,2 l vína nebo 40ml koncentrovaného alkoholu) denně. Jedná se hlavně o nádory úst, hltanu, hrtanu, jícnu, jater, tlustého střeva a prsu (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 39).

Během výroby se do potravin dostávají různé chemické látky (pesticidy, herbicidy). Zda tyto látky nějak přispívají k nádorovému bujení, není kvůli obtížné prokazatelnosti zcela jasné, ale z pokusů je zřejmé, že některé zemědělské chemické látky mají ve vysokých koncentracích mutagenní a karcinogenní účinek. Potraviny však mohou získat tyto účinky i nesprávným skladováním. To je věc prakticky závažnější. Při nesprávném skladování téměř všech typů zrní a luštěnin může dojít ke kontaminaci plísněmi (*Aspergillus flavus*, *Aspergillus parasiticus*) produkujícími aflatoxiny, které způsobují hepatocelulární karcinom. Plísně na kompotech, marmeládách a ovoci jsou tvořeny jinými druhy, které aflatoxin neprodukují, ale mohou produkovat kyselinu penicillovou a patulin, které karcinogenní jsou (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 40).

Příprava jídla může též přispívat ke karcinomu žaludku, jedná se zejména o grilování, smažení, zauzení. Stejně tak se zvyšuje riziko u potravin s vysokým obsahem soli, nebo konzervované maso a masné výrobky (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 34).

Lidský papilomavirus (HPV), který se u většiny lidí běžně vyskytuje, může u malé skupiny infikovaných osob způsobit vývoj karcinomu. Jedná se zejména o karcinomy děložního čípku, vulvy, vaginy, penisu a konečníku, ale během posledních let byla zjištěna možná spojitost s karcinomy hlavy a krku. Preventivní opatření v tomto případě může být očkování proti HPV za předpokladu, že nemocný ještě nebyl HPV exponován (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 43).

Mezi další viry a bakterie, které mohou způsobit maligní onemocnění, řadíme virus hepatitidy B. Ta má podle studií spojitost s karcinomem jater, *helicobacter pylori*, u kterého byl prokázán karcinogenní účinek, jenž se projevuje karcinomem žaludku (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 44).

Ionizující záření, nebo také rentgenové záření, má důležité postavení v diagnostice. Avšak ve vysokých dávkách může mít i negativní účinky. Srovnatelné riziko se vyskytuje jak v prenatálním věku, tak i po narození. V tomto věku jsou děti na ionizující záření vnímavější, než dospělí a zvyšuje se u nich riziko leukemie (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 45).

Ultrafialové záření, kterého producentem je sluneční záření, zvyšuje pravděpodobnost vzniku melanomů nebo kožních karcinomů. Příčinou je znečištěná atmosféra škodlivými plyny, hlavně freony. Proto je nutné, i do solárií, používat ochranné prostředky. Stejně tak jako u karcinomů v místech předchozí radioterapie je mnohaletý interval od zvýšeného slunění po vznik kožního nádoru (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 45).

1.1.2 Genetické faktory

Veškerá nádorová onemocnění jsou způsobena mutacemi DNA. Výše byly popsány faktory zevní. Tato kapitola se zabývá faktory dědičnými, které vytvářejí predispozici k určitým typům nádorů (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 47).

Jedná se o takzvaný familiární výskyt. Toto označení popisuje skutečnost, že určitý typ nádorového onemocnění se vyskytl vícekrát v rámci jedné rodiny. Tyto informace jednoduše zjistíme v rodinné anamnéze. Pokud je tento problém identifikován, můžeme dříve zahájit

aktivní preventivní kontroly. V některých rodinách může být výskyt negenetický, to znamená, že v rodinách se například „dědí“ špatný životní styl, kouření, abusus alkoholu nebo i životní prostředí, ve kterém žijí (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 47).

Geneticky podmíněné nádory s familiárním výskytem mají jednu společnou vlastnost. Tou je výskyt onemocnění v podstatně nižším věku, než je tak u nefamiliárních nádorových onemocnění. Kvůli této negativní vlastnosti je velice důležité se u mladších osob s nově vzniklým nádorovým onemocněním zajímat o podrobnou rodinnou anamnézu. Pokud je tato anamnéza na výskyt onkologického onemocnění pozitivní, měl by být nemocný odeslán do speciální genetické poradny, kde specialista potvrdí nebo vyvrátí geneticky kódovaný nádor. Následně nechá vyšetřit určité geny a jejich mutace. V případě prokázání nosičství genu, který zvyšuje pravděpodobnost onemocnění na určitý typ nádorového onemocnění, je možné pozvat rodinné příslušníky, hlavně sourozence a děti, k provedení genetického vyšetření, jehož cílem je prokázat nosičství rizikového genu. V případě pozitivního výsledku je zatím ještě zdravým rodinným příslušníkům nabídnuta speciální preventivní péče, lékařské vyšetření, případně i zákroky, které mají za cíl zamezit vzniku nádoru nebo jej časně diagnostikovat (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 47).

1.2 Epidemiologie nádorů

Jedná se o oddělený vědní obor, který se zabývá mapováním, sběrem a analýzou dat, které se týkají výskytu a úmrtnosti na jednotlivé choroby v populaci a jejich skupinách. Epidemiologie kromě výše uvedených dat porovnává časové a geografické rozdíly v daných parametrech, a tak pomáhá odhalit příčiny vlivů v dané oblasti nebo skupině. Epidemiologii můžeme dělit na deskriptivní a analytickou (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 23).

Deskriptivní epidemiologie: jedná se o sběr a popis dat týkajících se výskytu a úmrtnosti na jednotlivé onkologické choroby. Základní data jsou: incidence, prevalence a mortalita

- **Incidence** – je počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění během určitého období (1, 5, 10 let, apod.)
- **Prevalence** – celkový počet určitých maligních onemocnění k určitému datu, jedná se o součet všech nově diagnostikovaných i diagnostikovaných dříve, pokud jejich nositelé žijí k danému datu
- **Mortalita** – počet úmrtí na dané onemocnění během 1 kalendářního roku nebo během více let (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 23).

Všechna tato data se uvádějí buď v absolutních, nebo častěji v relativních číslech. Ta se uvádějí např. na 100 000 obyvatel, 100 000 mužů, či 100 000 žen apod. Důkladnější údaje se vztahují na geografickou oblast, věkovou kategorii nebo stádium nemoci (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 23).

Analytická epidemiologie: hledá a analyzuje příčinné souvislosti pro změny v incidenci, mortalitě a prevalenci. Sleduje odezvu preventivních změn nebo zvýšeného či sníženého výskytu karcinogenů, možné úspěchy či neúspěchy léčby (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 23).

Národní onkologický registr (NOR)

Zhoubné novotvary jsou v ČR celoplošně evidovány od konce padesátých let minulého století. Roku 1976 byl založen NOR, který sledoval všechna onemocnění zhoubnými novotvary prostřednictvím povinného hlášení (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 24).

Kvůli neustále se zvyšujícímu počtu maligních onemocnění se ve světě úměrně zvyšuje i potřeba tento problém sledovat a hodnotit. Data z tohoto registru jsou nepostradatelná pro optimalizaci a léčbu v dané oblasti. Také umožňují předpovídat počet lůžek, léků a financí potřebných pro léčbu (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 25).

2 LÉČBA

Obecným smyslem léčby je zamezení šíření choroby a její progresivní eliminace až do stavu před jejím započítím. Ne vždy je ovšem úplné vyléčení možné, případně mohou vznikat i jiné následky léčby. V případě onkologických onemocnění jde o zavádění léčebných metod na základě rozpoznání vlastností a kinetiky nádorových buněk. Velké přispění v léčbě má také rozvoj na úrovni zdravotnické techniky a léčebných přístrojů. Léčba se cílí na základě diagnostických metod dělících se na zobrazovací metody a biochemické vyšetření. Zásadní význam pro konečnou diagnózu má histopatologické vyšetření. Pro onkologickou léčbu jsou stěžejní následující terapeutické úkony (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 45 - 47).

2.1 Radioterapie

Při radioterapii je využíváno ionizujícího záření k léčbě nádorových onemocnění. Většina nádorových buněk je na radiaci citlivější, než buňky zdravé tkáně. Radioterapii rozdělujeme podle léčebného záměru na kurativní, paliativní, předoperační a intraoperační. Dále se dělí také podle polohy zdroje záření na zevní záření a brachyterapii (Tomášek a kol, 2015, s. 73).

- **Kurativní radioterapie** má za cíl aplikovat záření v maximální možné dávce ke zničení všech nádorových buněk, s přiměřenou mírou komplikací.
- **Paliativní radioterapie** mírní nebo odstraňuje symptomy generalizovaného nebo metastatického nádorového onemocnění, hlavně bolesti, a tím se zvýší kvalita života pacienta i jeho soběstačnost.
- **Předoperační – neoadjuvantní radioterapie** zmenšuje rozsah nádoru. Díky tomu je lepší přístup pro chirurgický zákrok. Operace se provádí nejčastěji po 6 - 8 týdnech. Pooperační radioterapie má za cíl ozářit zbytkové mikroskopické choroby nebo zbytky reziduálního nádoru.
- **Intraoperační radioterapie** používá jednorázově vysokou dávku záření přímo do nádoru v operačním poli. U nás se jako součást léčby rutinně nepoužívá.
- **Zevní radioterapie** ozařuje pacienta obvykle ve vzdálenosti 1 metru
- **Brachyterapie** je ozařování z blízka. Zářič je zaveden do těsné blízkosti, nebo je v kontaktu s nádorem. Tím se zvýší dávka záření bez většího ozáření zdravých orgánů a tkání (Tomášek a kol, 2015, s. 73 - 74).

2.2 Chemoterapie

V léčbě nádorových onemocnění se využívá řada postupů, které se navzájem kombinují, například s radioterapií a poté chirurgickým výkonem. Do základní farmakoterapeutické skupiny řadíme již dlouho používaná cytostatika. Novější skupinu představuje cílená protinádorová léčba. U nádorů závislých na hormonech lze využít hormonální léčbu. Další skupinou léčiv zaznamenávající v posledních letech rychlý rozvoj je imunoterapie.

Cytostatika jsou léčiva, která působí cytotoxicky, a jak již z názvu plyne, zastavují dělení buněk. Cytostatika působí především na rychle se tvořící tkáně, kromě nádorových buněk se nejrychleji obnovují buňky zažívacího traktu a krevtvorba, což s sebou nese i řadu nežádoucích účinků. Podávají se nejčastěji parenterálně, ale můžeme se i setkat s perorálním podáním. Dávkování se upravuje podle povrchu těla pacienta (mg/m^2). Jejich aplikace probíhá v sériích po takzvaných cyklech. Takovýmto způsobem aplikace je pacientovi umožněna doba na regeneraci, odeznění nežádoucích účinků a souvisí též s citlivostí nádorových buněk v dané fázi buněčného cyklu (Tomášek a kol, 2015, s. 81).

Seznam protinádorových farmakologických léčiv

- Alkylační cytostatika – cyklofodfamid, busulfan
- Antimetabolity – metotrexát, 6-merkaptopurin
- Protinádorová antibiotika – neomycin, doxorubicin
- Rostlinné alkaloidy – vinorelbin, etoposid
- Ostatní preparáty – cisplatina, karboplatina

2.3 Nežádoucí účinky

- Myelosuprese (útlum funkce kostní dřeně) je nejčastějším následkem cytostatické léčby. Závažnost závisí na druhu použitého cytostatika a stádiu léčby. Zvyšujícím se množstvím podaných cyklů se rezerva kostní dřeně vyčerpává. Nejzávažnější formou myelosuprese je febrilní neutropenie (Tomášek a kol, 2015, s. 86).
- Febrilní neutropenie je stav, kdy u pacienta s absolutní hodnotou neutrofilů menší než $0,5 \times 10^9$ (fyziologická hodnota $2-7 \times 10^9$) naměříme jednorázově teplotu $38,5^\circ\text{C}$ nebo 2x v rozmezí 12 hodin nad 38°C . Při vyšetření je nutné pátrat po infekcích a podrobněji vyšetřit pacienta (Tomášek a kol, 2015, s. 86 - 87).

- Nevolnost a zvracení závisí od dávky a druhu cytostatika. Tento druh nežádoucích účinků je nutno předvídat a podávat účinné léky preventivně. Pokud léky nepodáme a pacient bude mít dyspeptické potíže, je možné, že si vybuduje reflex, na jehož základě nevolnost a zvracení neustoupí i po podání antiemetických farmaceutických přípravků (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 141).

3 NUTRICE

Nádorové onemocnění je doprovázeno úbytkem hmotnosti (malnutrice). Malnutrice z celkového hlediska znamená špatný stav výživy. Je jí daleko jednodušší předcházet než léčit. Z tohoto důvodu je důležité vyhledat pacienty již v riziku malnutrice a hned v počátku poskytovat nutriční podporu (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 403).

Malnutrice je neúměrnost v příjmu a výdeji energie nebo nedostatečnost přísunu jen některé ze složek potravy. U onkologických pacientů se většinou setkáváme s kombinací více faktorů, jako jsou nemožnost nebo omezení příjmu potravy kvůli nádorovému onemocnění trávicího traktu, nechutenství, nesnášenlivost některých potravin, porucha vstřebávání způsobená léčbou, případně zvýšené energetické nároky na obnovu tkání postižených nemocí nebo léčbou. Nádorová anorexie, neboli chátrání organismu, je způsobená nádorem samotným a reakcí organismu na jeho výskyt. Proto je důležité podporovat nemocného ve výživě. V současné době máme mnoho preparátů k podpoře nebo k celkovému zajištění výživy, a to jak enterální tak parenterální. Farmaceutické metody přichází v úvahu teprve v okamžiku, kdy nejde využít nebo není pozitivní reakce na nutriční intervenci (Tomášek a kol, 2015, s. 96 - 97).

- **Nutriční intervence** je souhrn doporučení na základě nutriční rady pracoviště léčebné výživy. Ta vychází ze specifika konkrétního onemocnění pacienta, jeho stravovacích i sociálních návyků a rodinné anamnézy. Nutriční plán má za cíl nemocného motivovat k udržení hmotnosti a pestré stravě bohaté na vitamíny, eliminovat špatné návyky a vytvořit progresivní prostředí pro neinvazivní možnost léčení. V případech, v nichž již nejsme schopni nutriční potřebu nahradit pouze úpravou stravy, je vhodné užívání sippingových přípravků, případně zvolit optimální formu enterální výživy (Šachlová, 2014, s. 275 - 278).

3.1 Enterální výživa

Enterální výživa je méně radikální umělá výživová složka, z níž se ovšem vyjímají kuchyňsky upravené diety, a to i mixované tekuté a blanderizované. Spočívá v aplikaci výživových roztoků výhradně farmaceutického původu přímo do trávicího ústrojí. Obsahuje živiny v potřebných dávkách pro udržení životních funkcí, kromě toho zajišťuje náležitou úroveň pro střevní bariéru, preventivně působí jako obrana před bakteriální translokací, podporuje pro-

krvování splachnické oblasti, odpovídajícím způsobem vyživuje střevní buňky. Jde o cíle-
nou aplikaci do tenkého střeva v optimálních možnostech zavedení do první kličky jejunu.
Přípravky enterální výživy se dělí na polymerní a oligomerní (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013,
s. 42 - 43, 45).

- Polymerní přípravky neobsahují laktózu ani lepek a jen minimální množství cholesterolu. Používají se jak přímo do jejunálna, tak i do žaludku. Na trhu jsou k dispozici přípravky s obsahem vlákniny, která v počátečních fázích podávání výživy snižuje riziko průjmů a při dlouhodobém podávání působí preventivně proti zácpě.
- Oligomerní přípravky bývají až 3x nákladnější než polymerní, proto jsou určeny pro pacienty s malabsorpčními stavy (poruchy vstřebávání a zažívání) kam patří například dekompenzovaná celiakie nebo Crohnova choroba. Tyto přípravky je možno podávat do žaludku nebo přímo do jejunu. Nejsou příliš často používány. (Dastyh, 2012, s. 153)

V rozšířených variantách se dále využívají pro specifické aplikace.

- Sipping je tekutá výživa vyvinutá pro nemocné s vyšší potřebou energie nebo nedostatečným příjmem potravin. Na trhu je široký výběr příchutí s jasným energetickým a proteinovým obsahem. Tyto přípravky jsou rozděleny do více skupin dle aktuální potřeby (vysoký obsah bílkovin, s vlákninou nebo pro diabetiky). Je vhodné ho popíjet po doušcích mezi hlavními jídly. Vypití celého přípravku najedou se nedoporučuje, může způsobit dyspeptické potíže nebo průjem. Ve většině případů je sipping pacienty velmi dobře tolerován. Je ale důležité v začátcích nemocného dostatečně edukovat o popíjení v menších porcích, aby se dostatečně adaptoval na tento druh potravy (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 44).
- Výživa nasogastrickou sondou je indikována pro krátkodobé podávání enterální výživy u pacientů s nádory hlavy, krku a jícnu v pokročilém stádiu u kterých je perorální příjem omezen a není možné jej zabezpečit pomocí sippingu. Kvůli své šířce (5 – 7 mm) je sonda u pacientů hůře tolerována (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 44).
- Nasojejunální sonda - její výhodou je menší průměr (7 - 9 Ch), což umožňuje bezproblémové aplikování i během nočních hodin a využívá se taktéž v domácích podmínkách. Zavádí se pacientům při plné, případně doplňkové enterální výživě v časově omezeném úseku. Jde o pacienty s hrozící aspirací (Crohnova choroba, pankreatitida v akutní či chronické formě, předoperační příprava). Metoda zavádění je

buďto pod skiaskopickou kontrolou, či endoskopicky. V menším rozsahu se používá zaplávání sondy. Častá komplikace spočívá v ucpávání sondy, je tedy potřebné provádět její pravidelné proplachy (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 44).

- PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) - využívá se v předpokládaném dlouhodobém, případně trvalém, zavádění enterální výživy. Jde o punkční gastrostomii, nejčastěji ve formě PEG. Jejím zaváděním se reaguje na riziko vzniku špatné průchodnosti trávicí trubice v její horní části, jejíž příčinou může být ozáření tumoru hlavy a krku. V tomto případě je předpokládaná doba podávání enterální výživy delší než 6 týdnů. K zavedení se využívá metoda push či pull endoskopicky při punkci břišní stěny. Předpokladem jsou standardní koagulační parametry a zavádění v antibiotické cloně. Komplikací je ve velké míře infekce v místě vpichu, případně tvorba vředu pod diskem, až po burried bumper syndrom neboli syndrom zanořeného disku. Je tedy nutno funkčnost PEGu udržovat pravidelným zanořováním při náležité fixaci zařízení PEGu (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 44 - 45).
- PEJ (Perkutánní endoskopická jejunostomie) – užívá se v případech, kdy není možno podávat léky a potravu do žaludku. Jedná se o zavedení katétru přes břišní stěnu přímo do jejunální kličky. Provádí se u stavů, u kterých není možné provést zavedení PEG (karcinom žaludku, obstrukce vývodné části žaludku nebo jeho resekce). Za předpokladu funkčnosti tenkého střeva je možno přes PEJ podávat výživa. (Vojtová, 2011)
- Výživový knoflík (feeding button) je gastrostomickou metodou v úrovni kůže. U pacientů s enterální výživou indikovanou v domácích podmínkách v dlouhodobém až trvalém horizontu se zavádí kanálem po vyjmuté gastrostomické sondě. Podává se ve dvou formách. Buďto bolusově, přímo do žaludku, nebo kontinuálně do tenkého střeva. Při aplikaci se ve většině případů využívá peristaltické pumpy. V případě bolusových aplikací se jejich dávka odvíjí od snášenlivosti pacienta, a to obvykle v rozsahu 250 – 350 ml 5 – 8x denně. Při kontinuální metodě se jedná o 100 – 150 ml/h. Pokud se aplikuje v domácí péči, doporučuje se noční podávání s noční pauzou (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 45).

3.2 Parenterální výživa

Ve fázi, kdy pacient nereaguje pozitivně na nutriční intervenci ani na enterální výživu, přichází v úvahu doplňování potřebných živin parenterální výživou. Pro zavedení parenterální

výživy je třeba nejdříve vyhodnotit spotřebu energie a nezbytný mix makronutrientů. Nepochybné je také nastavení množství vody, iontů, stopových prvků a vitamínů. To se odvíjí od několika základních hodnot. Sleduje se klinický stav, předpokládaná délka trvání a forma, respektive cesta zavedení umělé výživy (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 46).

Forma podávání parenterální výživy se dělí na několik technik, odvíjejících se od místa aplikace a režimu podávání. Místo pro aplikaci je buďto centrální nebo periferní, režim se dělí na kontinuální nebo cyklický. Další oblastí dělení spočívá v systému připravování a podávání příslušných složek. Starším modelem je systém více lahví (postupným nasazováním dílčích složek), aktuálně převažuje systém vaků „all-in-one“, který je kompletní výživovou dávkou obsahující všechny potřebné složky. Kapacita jednoho vaku se pohybuje v rozsahu 1500 - 2500 ml (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 46).

- Periferní metodou podání je míněna aplikace eliminující kanylaci centrálního žilního systému, případně přichází v úvahu v situaci nemožnosti kanylace. Zavádí se do přístupné periferní žíly, jejíž prostřednictvím je dodávána infuze v odpovídajících hodnotách pro tuto výživovou techniku. Také z důvodu prevence možných komplikací se považuje za vhodné využívat relativně nižší osmolalitu podávané směsi, menší průsvit periferního katetru. Důležitá je přísná asepsa při zavádění a častější preventivní náhrada katetru. Je třeba sledovat a eliminovat nebezpečí přílišného tlaku na kanylovanou žílu převáživem pro zajištění dostatečného průtoku krve a vyvarování se případného rizika zánětu (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 46).
- Centrální žilní přístup se využívá při podávání výživových směsí s vyšší osmolalitou. Jedná se o zavedení kanyly s větším průsvitem a vyšším počtem lumen, do které může být na sobě nezávisle současně aplikováno několik infuzních směsí. Zavádí se punkčně, případně chirurgicky. Lokalizace je obecně určena, výběr pro konkrétního pacienta se odvíjí od známých rizik, případně individuálního zjištění špatného přístupu. Nejčastějším přístupovým bodem je v. subclavia, v. jugularis. Třetí možností je punkce v. femoralis. K té se ovšem přistupuje až v okamžiku, kdy nelze využít předchozí varianty. Alternativou centrálního žilního katétru je periferně zavedená centrální žilní kanyla (PICC), vhodná pro střednědobý venózní přístup (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 47).

- Speciální katétry jsou určeny pro dlouhodobou parenterální výživu, využitelné i domácích podmínkách aplikace. Jde o tunelizované žilní katétry, popřípadě implantační žilní porty. Umístování se provádí s ohledem na optimální přístup k péči o vstup samotným pacientem (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 47).

Využití jednotlivých technik není zcela zaměnitelné a v rozhodování pro konkrétní aplikaci je nutno vycházet z několika hledisek. Kromě už zmiňované osmolality směsi je třeba zohledňovat potřeby a komfort pacienta. V úvahu připadá kontraindikace: koaguace, anatomický přístup. V případě již existujícího centrálního vstupu lze zvážit možnost využití i pro periferní parenterální výživu. Je vhodné také zohlednit ekonomický aspekt, konkrétně cenový rozdíl mezi kanylou centrální a periferní (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 47).

U onkologických pacientů paliativně léčených je možné podávat parenterální výživu doma. Pacienti musí plnit tyto podmínky: předpokládaná doba života musí být v rozmezí 2-3 měsíců, nejsou schopni dostatečného příjmu potravy enterální cestou a nesmí být přítomny vzdálené metastázy v životně důležitých orgánech (mozek, játra, plíce). Musí být zajištěn cévní přístup. Měli by být v dobrém klinickém stavu a dostatečně poučení. Vhodně indikovaná parenterální výživa může zvýšit kvalitu života nemocného. (Meisnerová, 2017, s. 26)

Z hlediska životnosti a funkčnosti je nezbytná správná péče o katétr, od té se také odvíjí kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Při převazech se postupuje přísně aseptickými postupy. Správné proplachování zajišťuje odpovídající průchodnost katétru. Obecně by se mělo dbát na pravidla vyvarování se nadbytečných přístupů a manipulací se systémem (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 47).

Zavádění parenterální výživy může s sebou přinést komplikace. Ty se rozdělují do dvou fází podle úkonu, při kterém vznikají. Jde o nežádoucí metabolické reakce a komplikace v místě venózního přístupu. Při zabezpečování venózního přístupu se můžou vyskytnout komplikace časně, reagující na zavedení, a pozdní. Ty mohou vznikat nevhodným místem zavedení, popřípadě nesprávnou ošetrovatelskou péčí. Prevencí časných komplikací je pečlivá příprava před výkonem a znalost správných postupů. K metabolickým komplikacím se řadí nedostatečnost směsi parenterální výživy, k níž dochází deficitem minerálů a mikronutrientů, a přichází v úvahu již bezprostředně po zahájení výživy. Mezi další komplikace se řadí hyperalimentace. Pozdější nástup můžou mít orgánové komplikace. Tím jsou míněny hepatopatie v řádu měsíců až let a taktéž s odstupem času se projevující kostní nemoci (Sziátyi, Těšínský a kol, 2013, s. 49 - 50).

4 BOLEST

Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) je bolest definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní. (Hakl a kol, 2013, s. 14)

Bolest patří mezi nejobávanější symptomy nádorového onemocnění. Při stanovení diagnózy udává bolest až 30 % pacientů, v průběhu léčby 60 %, v pokročilých a terminálních stádiích pak 80 - 90 % pacientů. Přibližně 10 % nemocných v remisi trpí chronickou bolestí, jako následek předešlé onkologické léčby. Intenzita a charakter bolesti závisí na druhu nádoru a jeho metastazování. Bolest spojená s nádory se nejčastěji objevuje při nádorovém onemocnění kostí, pankreatu, žaludku a jícnu. U nádorů kůže nebo leukémií je bolest spíše vzácnější. Zvládání a léčba bolesti souvisí s adaptací nemocného na vlastní onemocnění a úspěšností protinádorové léčby. Celkový prožitek, včetně intenzity bolesti, negativně ovlivňuje maladaptace, frustrace, úzkost, strach a únava. Léčba bolesti se tedy neskládá pouze z analgetické složky. Komplexní léčebný přístup, který vnímá i další hlediska života nemocného, je tedy nezbytný. V současné době umí medicína zmírnit bolest na snesitelnou míru u všech onkologických pacientů, přitom u většiny z nich může být dosaženo zmírnění bolesti neinvazivním podáváním analgetik, a to bez výraznějšího ovlivnění psychického stavu (Tomášek a kol, 2015, s. 106).

4.1 Dělení nádorové bolesti

Nádorová bolest je společné označení mnoha bolestivých stavů, které se vyskytují u onkologických pacientů. Mohou se lišit vztahem k nádorovému onemocnění a vyvolávajícím mechanismem. Pacienti mohou trpět několika odlišnými typy bolesti zároveň. Každý z těchto typů může vyžadovat odlišnou léčebnou intervenci.

Dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění.

- Bolest vyvolaná nádorem – zde jde o přímou souvislost se samotným nádorovým onemocněním. Tu mohou vyvolávat kostní metastázy, prorůstání nádoru do měkkých tkání nebo mozkové metastázy s intrakraniální hypertenzí
- Bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou – tuto bolest vyvolává proces samotné léčby, respektive úkony spojené s diagnostikou onemocnění a následnými léčebnými postupy. Jako příklad lze uvést bolestivé diagnostické procedury (punkce,

trepanobiopsie, pooperační bolesti), neuropatie po chemoterapii (cisplatina, vinkristin, taxol), chronické bolesti po onkologických operacích (postmastektomický syndrom), bolesti po radioterapii (postradiační dermatitida, neuropatie)

- Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním – bolestivé stavy mohou být vyvolány i bez přímé souvislosti, jejich původ zpravidla vychází z psychosomatického stavu pacienta v reakci psychických a emociálních složek na tělesný stav. Do této skupiny patří postherpetická neuralgie, migréna, muskuloskeletální bolesti při degenerativních změnách kloubů a páteře (Tomášek a kol, 2015, s. 106).

Dělení bolesti podle patofyziologického mechanismu

- Nociceptorová somatická – bolest vyvolaná drážděním nociceptorů (nervových zakončení) při místním poškození tkání. Je většinou dobře lokalizovaná v místě poškození. Původ bolesti je například v prorůstání nádoru do svalů a kůže nebo v případě kostních metastáz.
- Nociceptorová viscerální – bolest vyvolaná drážděním nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve. Bolest je obvykle neostře lokalizovaná až přenesená (pacient udává bolest v jiném místě povrchu těla). Je reakcí na nádorové postižení pankreatu, střev, jater a močového měchýře.
- Neuropatická bolest – vzniká následkem poškození struktur centrálního nebo periferního nervového systému. Nemocní udávají pálivou, brnivou, nebo elektrizující bolest bez objektivního poškození dané tkáně. Často současně nacházíme i další senzomotorické poruchy. Jedná se například o neuropatii po chemoterapii, plexopatii po radioterapii nebo poškození nervových plexů přímou nádorovou infiltrací.
- Smíšená bolest – bolest má příznaky současně nociceptorové a neuropatické bolesti. Tento typ bolesti se vyskytuje při nádoru v oblasti malé pánve, prorůstajícího do kostí a svalů pánevní stěny, jenž současně ničí nervové pleteně (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 190).

Průlomová bolest

Intenzita bolesti u pacientů s nádorovým onemocněním během dne výrazně kolísá. Kromě trvalé (stabilní) bolesti může docházet k akceleraci. Někdy nečekaně, jindy při určitých činnostech a pohybech (kašel, chůze, převaz chronických ran). Toto zhoršení intenzity bolesti se nazývá průlomová nebo epizodická bolest, kterou definuje přechodné zhoršení bolesti u pacienta, který má nastavenou základní a stabilní léčbu základní bolesti. Průlomovou bolestí

trpí dle různých průzkumů 40 – 70 % onkologicky nemocných. Trvání epizody průlomové bolesti trvá většinou 30 – 60 minut. Léčebný plán musí být vždy individuální s ohledem na pacienta, onemocnění, snášenlivost léků, délka trvání bolesti a její frekvence (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 207).

4.2 Vyšetření onkologického pacienta s bolestí

Základem vyšetření a předpokladem úspěšné léčby bolesti je objasnění její příčiny. Je tedy důležité zhodnotit bolestivý stav ve vztahu s nádorovým onemocněním a mechanismus bolesti. Ke správnému vyšetření bolesti je důležitá podrobná anamnéza, klinické, případně laboratorní, vyšetření. Nezbytná jsou též vyšetření elektrofyziologická a zobrazovací.

Individuální hodnocení pacienta má několik na sobě relativně nezávislých segmentů.

- Hodnocení z hlediska časového horizontu (bolest trvalá, intermitentní, proměnlivá s výkyvy intenzity)
- Hodnocení z hlediska psychického a psychosociálního distresu (pocit úzkosti, deprese, delirantní stavy)
- Hodnocení sociálního a rodinného prostředí (sociální začlenění, celková schopnost socializace, rodinné zázemí, zvyklosti v rodinném prostředí)

Při odebrání anamnézy se budeme též zajímat o farmakologickou anamnézu, abúzus alkoholu, drog a lékové závislosti (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 192).

4.3 Hodnocení intenzity bolesti

Intenzita bolesti je hlavním faktorem, ovlivňujícím jak kvalitu života pacienta, tak i jeho nejbližších. Silnou bolest je nutné považovat za naléhavý klinický stav, který vyžaduje bezodkladné řešení. Bolest je do jisté míry subjektivní pocit, proto je důležité s pacientovým hodnocením bolesti a jeho pocity dostatečně pracovat. Zachytit a kvalifikovat nemocným udávanou intenzitu bolesti je v zásadě složitý proces, neboť jak klinická praxe ukazuje, někteří pacienti velmi obtížně rozeznávají intenzitu bolesti a stres způsobený bolestí. Hodnocení je také obtížné u pacientů se ztíženou nebo nemožnou verbální komunikací (malé děti, dementní nebo delirantní syndrom). V těchto případech se hodnocení neobejde bez následného pečlivého pozorování projevů bolesti a bolestivého chování.

Existuje širší spektrum metod měření a sledování bolesti. Dostupné prostředky lze rozdělit na jednoduché a vícerozměrné. Přes nepochybný přínos těchto nástrojů zatím neexistuje jednotná a standardizovaná metodologie hodnocení nádorové bolesti, která by zohlednila všechny klinické aspekty (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 193).

4.4 Léčba nádorové bolesti

Jedná se o součást komplexní nádorové léčby. Bolest je značným problémem a omezením onkologicky nemocných pacientů, která výrazně zhoršuje kvalitu jejich života. Pro léčbu bolesti jsou často užívána analgetika v kombinaci s koanalgetiky nebo opioidy. Anodyna jsou při léčbě bolesti v generalizovaném stádiu onkologického onemocnění využívány s dobrým efektem a snášenlivostí. Cílem léčby je analgetika, koanalgetika a opioidy dávkovat tak, aby bylo dosaženo dostatečné úlevy od bolesti při minimálním výskytu nežádoucích účinků. Léčbu lze rozdělit na kauzální a symptomatickou (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 103).

4.4.1 Protinádorová (kauzální) léčba

Zakládá se na použití postupů protinádorové léčby. Jejím cílem je zmenšení nebo odstranění nádoru (chirurgie, chemoterapie, hormonální léčba, radioterapie) či snížení jeho aktivity (paliativní radioterapie, biologická léčba). Z hlediska léčby bolesti má v praxi nejlepší úspěch chirurgické řešení (odstranění nádorů, stabilizace patologických fraktur a páteře) a radioterapie - ozáření kostních metastáz (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 199).

4.4.2 Symptomatická léčba

Tato léčba ovlivňuje vznik, vedení a další vnímání bolestivého stimulu na periferní a centrální úrovni nervového systému. Na léčbu nádoru nemají tyto postupy žádný vliv. Základem pro léčbu nádorové bolesti je farmakoterapie. Je známa celá řada doporučení, jak farmakologicky léčit nádorovou bolest. Základní principy a postupy jsou stejné jako u chronické nenádorové bolesti. Specifikem nádorové bolesti je život ohrožující onkologické onemocnění, které má vliv na vnímání a zvládání bolesti nemocným. Nezanedbatelnou skutečností je také špatná prognóza a další tělesné symptomy způsobené onemocněním (kachexie, nevolnost, zvracení, dušnost) (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 199).

4.4.3 Farmakoterapie nádorové bolesti

Základem pro volbu analgetik je intenzita, místo a charakter bolesti. Pro léčbu mírné bolesti se používají neopioidní analgetika (paracetamol, metamizol, diklofenac..), k léčbě středně silné bolesti slabé opioidy v kombinaci s neopioidními analgetiky (dihydrokodein, tramadol + neopioidní analgetika) a k léčbě silné bolesti jsou indikovány silné opioidy, někdy v kombinaci s neopioidními analgetiky (morfin, fentanyl, oxykodon, buprenorfin). Pro dosažení optimálního léčebného efektu jsou často vkládána do kombinace analgetik i koanalgetika (gabapentin, kortikoidy, bifosfonáty, antidepresiva, anxiolytika) (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 201).

Opioidy je možné podávat perorálně ve formě tablet nebo sirupu, transdermálně pomocí náplastí, sublingválně při průlomové bolesti (rychlý nástup účinku), subkutánně nebo intravenózně. U podkožního a intravenózního podávání lze aplikovat léky bolusově nebo kontinuálně pomocí lineárních dávkovačů a pump (Vokurka, Tesařová a kol, 2018, s. 105).

5 PALIATIVNÍ PÉČE

Rozvoj léčebných možností a prodloužení života nemocných si vyžádal vznik nového zdravotnického oboru označovaného jako paliativní péče. Jeho počátky jsou spojovány s druhou polovinou 20. století a kromě již zmiňovaného vývoje medicíny také zahrnuje a zohledňuje změny ve společensko-sociálních standardech, kdy samotná rodina pozbývala schopnosti a možnosti se o nemocného postarat v domácím prostředí. Pro vznik specializované paliativní péče také mluvila skutečnost, že se zvyšovaly odborné nároky na ty, kteří péči o nemocného zajišťovali. Za vůbec první moderní zařízení poskytující paliativní péči lze označit Hospic sv. Kryštofa v roce 1967 v Anglii (Bužgová, 2015, s. 15).

K nejvýznamnějšímu rozvoji paliativní hospicové péče na území České republiky došlo po roce 1989. Díky znalostem ze zemí kde již byla paliativní péče na dobré úrovni bylo vybudováno několik nestátních hospiců. Roku 1955 byl otevřen první hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V roce 1992 bylo v TRN v Babicích nad Svitavou otevřeno první zařízení paliativní péče. V současnosti je paliativní péče dostupná a na vysoké úrovni, ale neustále se potýká s finančními problémy (Vaňásek, 2013, s. 8 – 10).

5.1 Definice

Obecně je paliativní péče definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ Charakteristika tedy odkazuje na primární podstatu upřednostňování potřeb samotného nemocného a udržení kvality života ve stádiu reálné nevléčitelnosti jeho onemocnění. Nicméně to nepopírá aplikování farmaceutické léčby pro stabilizaci a kompenzaci nemoci. Tuto možnost je ale nutno nejdříve pečlivě vyhodnotit s ohledem nejen na stadium nemoci, ale také na celkový stav nemocného (Bužgová, 2015, s. 16).

Pro pacienty s onkologickými a chronickými chorobami sice léčba není ale dnešní úroveň medicíny některé patofyziologické mechanismy onemocnění umí modifikovat, a tak prodloužit délku života i mírnit symptomy nemoci. Po určitém období však stejně většinou dochází k progresi, a tak i k nemožnosti ovlivnění dalšího průběhu nemoci (Opartná, 2017).

Zajištění kvality paliativní péče má být postaveno na šesti základních hodnotách

- Orientovaná na pacienta (založena na pacientových přáních a cílech)
- Prospěšná (pravděpodobně pomůže pacientovi)
- Bezpečná (neškodí pacientovi, nesouvisí s urychlením smrti)
- Včasná (zahájena ve vhodný čas, nepříliš brzo ani příliš pozdě)
- Spolehlivá (byly použity všechny možnosti, které mohou přinést prospěch)
- Efektivní (neplýtvá prostředky, zdroji ani časem)

5.2 Dělení paliativní péče

V zásadě lze paliativní péči s ohledem na komplexnost a cílenost dělit na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče – využívá poznatky klinické praxe při pokročilém onemocnění. Vychází z:

- Rozpoznání, sledování a ovlivňování segmentů kvality života pacienta
- Léčby symptomů
- Respektu k pacientově autonomii
- Efektivnosti komunikačního prostředí

Specializovaná paliativní péče – odborná aktivní interdisciplinární péče

- Poskytuje tým odborníků
- Aplikuje se u nemocných s nemožností využití obecné paliativní péče
- Využívá mobilní paliativní péči, hospic, ambulance paliativní medicíny, konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, poradny a jiná odborná pracoviště specializované paliativní péče

Paliativní péče se v České republice týká dle odhadů 60 - 70 000 nemocných v různé pokročilosti, až po konečné stádium nevléčitelných nemocí. Specializované paliativní péči se v České republice věnuje zákon č.372/2011 Sb. (Bužgová, 2015, s. 18).

5.3 Paliativní péče v nemocnici

Ačkoliv dle statistik je přáním převážného počtu pacientů zemřít v domácím prostředí, ve skutečnosti jsou údaje opačné. Důvodem je také to, že náročnost specializované paliativní péče vyžaduje vysokou odbornou úroveň personálu, který ji poskytuje. K této disproporci

přispívá také fakt, že možnost dlouhodobé péče o svoje blízké je v současném poměru společensko-sociálních aspektů značně omezena. Proto se v rámci možností umožňuje přítomnost rodiny a blízkých na odděleních paliativní péče. Pozitivním nemedicínským prvkem je také činnost dobrovolníků (Bužgová, 2015, s. 24).

Přijetí nemocného pro paliativní péči v nemocnici má hodnotící kritéria jednak ve sféře medicínské, tak také v možnostech rodinného zázemí pro případnou domácí péči.

Primární kritéria pro přijetí:

- Prognóza úmrtí pacienta v horizontu 12 měsíců
- Předchozí hospitalizace s podobnými obtížemi ve frekvenci víc než 1x v posledním čtvrt roku
- Výrazné zhoršení symptomů tělesných i psychických, vyvolaných častěji, než jednou za 24 hodin
- Nezbytnost péče na komplexní bázi (závislost na přístrojích zajišťujících životní funkce)
- Snížení funkčnosti
- Špatná tolerance stravy, úbytek tělesné hmoty

Sekundární kritéria pro přijetí:

- Přímé převzetí z předchozí hospitalizace v zařízení pro péči o dlouhodobě nemocné
- Na kurativní léčbu nereagující onkologický pacient s metastázemi
- Nezbytnost kyslíkové podpory i při péči v domácích podmínkách
- Čekatel na přijetí do paliativní péče nebo hospice
- Indikace k zavedení nasogastrické sondy, tracheostomie, k dialýze, kardiostimulátoru

Mimo zmiňovaná kritéria je vhodné zohlednit i další individuální aspekty pacienta.

- Možná perspektiva kurativní léčby a následné reverzibility, v konkrétním případě je ovšem pacient vystaven výrazné zátěži léčené nemoci
- Jiné přidružené negativní vlivy vycházející z aktuálního zdravotního stavu (kardiální nebo renální selhání)
- Terminální stav pacienta bez pravděpodobné prognózy zlepšení, u něhož je paliativní péče primárním cílem léčby (Bužgová, 2015, s. 24).

V této fázi péče je vhodné nastavit indikaci po dohodě s pacientem a jeho rodinou, se stanoviskem lékaře specialisty. V dané situaci může nezdědka docházet k rozporu mezi medicínským přístupem a pohledem pacienta, rodiny a blízkých. K rozdílným názorům může docházet i v odborném týmu. Zohledňována by měla být především komunikace s nemocným, rozhodnost při odstoupení od neefektivní léčby.

V zásadě je nutné se vyvarovat nepodložených intervencí a zbytečných následných hospitalizací. To s sebou nese jak dopad v ekonomických aspektech, tak zhoršení kvality života pacienta i jeho okolí.

Úroveň hospicové péče v České republice stále ještě nedosahuje úrovně obecného rozvoje a možností zdravotnických zařízení v akutní i následné péči. Proto i přes přání nemocných je nemocniční prostředí stále nejvíce místem úmrtí.

Současně s obecnou paliativní péčí je nezbytné se zaměřit na specializované paliativní programy a jejich další vývoj. I s ohledem na nutnost paliativní péče v nemocnicích je nutné dbát na ustavování konziliárních týmů, popřípadě vyčleňování samostatných oddělení (Bužgová, 2015, s. 24 - 35).

5.4 Symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí

Medicínské postupy je nezbytné přizpůsobovat subjektivním pocitům stavu pacienta. V tomto smyslu je potřeba u pacientů v pokročilém stupni nádorového onemocnění sledovat:

- Projevy časté únavy a slabosti
- Zejména u mladších pacientů do 65 let zvýšený výskyt bolesti
- Dušnost, zvracení, nevolnost se úměrně zhoršují se zhoršováním stavu
- Snižující se schopnost vykonávání denních aktivit a narůstající nezbytnost asistence v běžných denních činnostech

Důležité pro pozitivní přijímání paliativní péče je také vysoká úroveň empatického přístupu zdravotnického personálu, který hodnotící symptomy sleduje a vyhodnocuje. Pro pacienty to v tomto směru představuje významnou emociální podporu a možnou eliminaci základních průvodních stavů úzkosti a deprese. Zdravotnický personál by měl být v této fázi důležitým prostředníkem mezi pacientem a lékařem v tom smyslu, že ze zjištěných symptomů dokáže přesně popsat stav pacienta, pro něhož samotného by byl problém se ke svému stavu vyjádřit jak po stránce formulace, tak z respektu k lékaři (Bužgová, 2015, s. 53).

5.5 Komunikace v paliativní péči

Velká část pacientů (Ať už s onkologickým, chronickým či smrtelným onemocněním) prožívá nemoc individuálně. Mnoho z nich by rádo vyprávělo o svém životě, trápení ale i štěstí. V nemocničním či sociálním zařízení nebo na oddělení následné péče se o tyto informace dělí s ošetrovatelským personálem. Proto je důležité naslouchat a zachycovat důležité poznatky o tom, co je pro ně důležité, čeho si cení a co má v jejich životě smysl či naopak. Důležitým prvkem komunikace v paliativní péči je um povzbuzení k vyprávění a naslouchání. Při správné komunikaci je možno pomoci všem kteří se na ní podílí lépe prožít fáze vyrovnání se s nemocí a umíráním (WittenbergLyles, 2013, s. 44).

5.6 Rodina a blízké okolí

Nedílnou součástí paliativní péče je také důsledná informovanost rodiny a blízkého okolí pacienta tak, aby pacientovi nejbližší byli srozuměni se stavem pacienta a výhledy dalšího vývoje v následných fázích onemocnění. Proto je důležité se v dostatečné míře věnovat i této stránce (Bužgová, 2015, s. 113).

Poskytování takových informací se v některých aspektech liší v závislosti na tom, zda je nemocný v domácí nebo ústavní péči. V domácí péči je důležité klást vyšší důraz na odborné dovednosti a sledování stavu pacienta, v ústavní péči je to srozumění s diagnózou a plánovanými postupy (Bužgová, 2015, s. 115).

Za důležité se pokládá:

- Dostatek informací
- Ujistění, že pacient nemá velké potíže
- Praktické dovednosti
- Emocionální podpora rodiny

Pro okolí pacienta je důležité umět předvídat další fáze nemoci a znát reálné možnosti, respektive nemožnosti progresivní léčby. V zásadě jde o ujistění, že jejich blízký příliš netrpí. Podstatné je také seznámení se symptomy a jejich závažností ve vztahu k nemoci. Pro zdravotnický personál je neopomíjitelné také sledování stavu rodinných příslušníků v závislosti na průběhu choroby u nemocného. Jde o individuální přístup v každém jednotlivém případě (Matějovská Kubušová & Kiss, 2015, s. 345).

6 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE

Také onkologická onemocnění vyžadují od zdravotnického personálu kromě medikační a ošetrovatelské péče i zdravý psychologický přístup k pacientům. Uklidnění a psychická vyrovnanost je přínosná během celé léčby až do pokročilého stádia nemoci, kdy pacient dochází do fáze usmíření a přijetí smrti. Zvláště v těchto případech jde o značné emoční vypětí nejen u pacienta, ale i u zdravotnického personálu, u něhož je nezbytné vytvářet podmínky eliminující syndrom vyhoření. Důležitým faktorem je schopnost každého jednotlivce v ošetřujícím týmu nepřenášet své záporné emoce a stavy na nemocného. Jde ovšem o na tolik závažný aspekt, s nímž se musí každý jednat individuálně (Vorlíček, Abrahámková, Vorlíčková a kol, 2012, s. 436).

6.1 Průběh onemocnění z psychologického hlediska

Zlomovým okamžikem pro každého pacienta je sdělení závažné diagnózy. V této fázi může nemocný dočasně ignorovat fatální stav včetně dalších důsledků a následků. Psychická bariéra mu umožňuje chování zdravého člověka v plné kondici. Další reakcí na situaci je rozhodnutí navštěvovat jiné odborníky v naději zjištění příznivější diagnózy. V jistém časovém horizontu se nicméně dostává do fáze sebelítosti a zloby charakterizované fází „Proč právě já?“ Od tohoto okamžiku je ať už přímá, či nepřímá psychická podpora, nezbytná. Ošetřující personál musí umět vnímat negativní, až zlostné, stavy, přecházející až v agresi jako neosobní, ale průvodní jev.

Teprve následnou fází je plné uvědomění si svého stavu, v němž se v konečném stádiu začíná nemocný vyrovnávat se svým životem, s okolím, a hledá také duchovní oporu. Snaží se vymezit čas i pro materiální zajištění rodiny po své smrti.

Po plném uvědomění si všech faktorů plynoucích z nevrátelného stavu se dostaví silná psychická bolest, apatie, včetně nezájmu o kontakt s okolím. Obecně je tato fáze označována jako stav silného smutku, která musí být plně respektována až do okamžiku plné akceptace a zklidnění (Dostálová, 2016, s. 49).

6.2 Psychologické posouzení průběhu nemoci nevyлéčitelně nemocného

Průběh nemoci se dá rozdělit do šesti identifikovaných fází, při jejichž znalosti se může také zdravotnický personál orientovat v aktuálním stavu pacienta a předvídatelnosti ve střednědobém horizontu.

Jde o:

- Zjištění nemoci: ačkoliv mnozí nemocní už tuší budoucí negativní vývoj, setkání s realitou v podobě sdělení podložené diagnózy je charakterizováno jako období šoku. To může trvat v řádu několika dní a jedná se o hledání odpovědi na fatální otázku konce života.
- Popření a stažení se do izolace: v této fázi je markantní rozdíl mezi předcházejícím a aktuálním stavem pacienta. V případě že přijde sdělení diagnózy v okamžiku, kdy nemocný nepocítuje žádné, nebo minimum průvodních obtíží, se tito brání přijetí sdělené diagnózy před samým sebou i před okolím. Převažuje naděje, že diagnóza je mylná a následná vyšetření je vyvrátí. Případně se diagnózu rozhodne ověřit u jiného lékaře (Bužgová, 2015, s. 56). Toto stádium je shodné jak u zcela informovaných nemocných, tak u těch, kteří k tomu došli vlastní úvahou. Tento stav může trvat přibližně 2 týdny (Kübler-Ross, 2015, s. 51-63).
- Období zloby, hněvu či agrese: hostilní a agresivní povaha je zaměřena vůči okolí, nicméně nemusí být personifikována. Terčem se může stát kdokoli, kdo se vyskytne v blízkém komunikačním okolí. Může mít podobu závisti k jiným zdravým lidem a nemocní se staví do apriorní opozice čehokoliv, ať už reálné, či vjemové. Z hlediska zdravotnického personálu je důležité takové projevy si nezosobňovat, nevztahovat sám na sebe. Je třeba to vnímat jako prožívanou životní krizi pacienta.
- Období smlouvání: v tomto období si nemocný staví časové mety, kterých by se chtěl ještě dožít a prožít je a očekává ujištění od lékaře, že jde o reálné očekávání. Tato rovina se pokládá za racionální. V iracionální úrovni přichází regrese do dětství, hledání domnělých vin, sebeobviňování. Odčinění domnělých špatných skutků staví jako protiváhu možnosti uzdravení. Jde tedy o frázi „pokud se uzdravím, pokusím se vše napravit“. Existenci nemoci chápe jako jho, kterým se má vykoupit ze svých provinění. Častá jsou hledání alternativních způsobů léčby a konvertování k náboženství.
- Deprese: do stádia deprese přechází iracionální podoba pocitů provinění z období pocitů smlouvání. Ta se postupně mění v plné uvědomění si ztráty všeho, co v dosavadním životě mohl prožívat. Ani v této fázi umírání by člověk neměl zůstat bez opory svých nejbližších. Účast, respektive podpora, lze vyjadřovat ve větší míře non-verbální cestou. Primárně jde o nebránění se projevu smutku. Umírající tak vnímá, že i jeho okolí si je plně vědomo jeho stavu.

- Akceptace skutečnosti: jde o poslední stádium průběhu nevléčitelné nemoci, kdy nemocný si přizná pravý stav věcí a směřuje se s ním. V této fázi již nemocný působí zjevným dojmem vyrovnání, zklidnění a usmíření. Zcela racionálně je schopen uvažovat o urovnání si posledních záležitostí svého života.

Rozdělení stádií průběhu nevléčitelné nemoci je obecné, jejich průběh, intenzita a délka trvání je zcela individuální (Bužgová, 2015, s. 56).

6.3 Emocionální stav umírajícího

Důležitým průvodním jevem nemoci jsou obavy a strach. To se odráží v myšlenkových pochodech emoční oblasti a v nastavení hodnot. V emočním aspektu se stav umírajícího promítá na jeho okolí a obráceně. Jde tedy o provázanou formu emočního sdílení, v němž by ovšem měl být upřednostňován nemocný. Vždy je to ale provázeno myšlenkou, respektive nadějí v radikální zlom a změnu k lepšímu (Dostálová, 2016, s. 70)

6.3.1 Charakteristika emočních stavů

- Obavy a strach: jde o skupinu negativních emocí charakterizujících stav umírání. Podoby strachu lze cíleně specifikovat a dají se označit jako:
 - Strach z bolesti
 - Strach z opuštění
 - Strach ze změny vzezření
 - Strach ze selhání
 - Strach ze ztráty samostatnosti
 - Strach o rodinu
 - Strach z nedokončení práce či životního díla (Bužgová, 2015, s. 52)
- Pocit viny: bilancování dosavadního života se překlání do negativního hodnocení toho, čeho se nezdařilo dosáhnout, špatných rozhodnutí a špatných kroků, špatného zvládnutí důležitých kroků. Pro nemocného je důležité mít možnost svůj pocit viny někomu sdělit. Je vždy vhodné přistupovat k nemocnému opačnou cestou, tedy výzvou, zda si nechce o něčem důležitém promluvit (Bužgová, 2015, s. 66).
- Pocit bolesti: samotná bolest je ve své intenzitě často odrazem strachu nemocného z utrpení. Strach u bolesti zkresluje reálné hodnocení skutečného stavu. Přijetí utrpení a bolesti může přispět ke zmírnění skutečného stavu a pro zdravotnický personál

je bezvýhradně nezpochybňovat pacientem sdělované potíže. Jde o natolik subjektivní stav, že ho nemůže kdokoliv hodnotit či zpochybňovat, včetně lékařů či zdravotnického personálu (Bužgová, 2015, s. 66).

- Pocity zlosti: samotná nemoc je pro pacienta souhrnem hned několika výrazných psychologických faktorů, s nimiž se musí v relativně krátké době vyrovnat. Průvodními jevy jsou také zlost, vztek a agrese. Z pocitu neovlivnitelnosti situace vlastními silami dochází také k výrazné frustraci. Vymezení délky života, respektive dožití, staví nemocného do mezní situace, na kterou reaguje výrazně emocionálně (Bužgová, 2015, s. 66).

6.3.2 Péče v závěrečné fázi života

Důstojnost

- Výrazným faktorem psychologického stavu těžce nemocného pacienta je také jeho důstojnost. Pocit ztráty důstojnosti je provázen dojmem zhoršené kvality života, na nějž navazuje touha zemřít. Ztráta nebo naopak zlepšení pocitu důstojnosti je úzce spojen s kvalitou poskytované péče a chováním zdravotnického personálu. Odvíjí se to také od stavu společnosti, v níž nemocní umírají, převážně v podmínkách zdravotnického zařízení. Z toho také vyplývá obava ze ztráty důstojnosti ve smyslu ztráty vlastní autonomie a osobního prostoru. Ať už jde o umírání v rodině nebo ve zdravotnickém zařízení, dostavuje se u nemocného pocit, že je pro své ošetřovatele přítěží. Proto je nutno péči poskytovat s respektem a v co největší míře umožnit nabytí jeho vlastního pocitu důstojnosti (Kisvetrová, 2018, s. 36 - 54).

Úzkost

- Samotná smrt je provázená úzkostí, mezi jejíž příznaky patří například bránění se nejistotě, beznaděj z neznáma, obavy z fyzických změn a sílení strachu ze samotného procesu umírání. Projevy úzkosti spojují podvědomé a vědomé prvky. Ty viditelně ovlivňují charakterové struktury a vytváří psychologickou ochranu. Přesná definice tohoto stavu však není v odborné veřejnosti dostatečně specifikována v potřebné shodě (Kisvetrová, 2018, s. 55 - 70).
- Přesto úzkost ze smrti má svoje důsledky v adaptivních a maladaptivních projevech.
- Adaptivní projevy jsou:

- Obrana nebo zintenzivnění kulturního přesvědčení – povědomí smrti zvyšuje u nemocného důraz na své kulturní přesvědčení
- Smysl pro věrnost v partnerských vztazích – má se za to, že v důsledku úzkosti ze smrti umírající klade vyšší důraz na partnerský vztah, jehož důvěrnost může být naopak tlumícím prvkem úzkosti ze smrti
- Ovlivnění citových reakcí – citové reakce v návaznosti na úzkost ze smrti lze rozdělit odlišně u mužů a žen, a to především v mladším věku. Zatímco muži nejsou ochotni na venek připustit svůj stav, u žen jsou to naopak projevy soucitu a péče, obě tyto pozice vychází z obecně vnímané role ženy a muže ve společnosti (Kisvetrová, 2018, s. 70).
- Maladaptivní projevy – Úzkost ze smrti může u pacienta navodit psychosomatické problémy, kterými může být špatný příjem stravy či tendence k sebepoškozování. U jednotlivců dochází i k rozpolcení osobnosti, odmítání vztahů s okolím a vyhýbání se sexuální intimitám. Může se objevovat i snaha smrt urychlit. To vše také vychází z ať už domnělé nebo faktické ztráty důstojnosti (Kisvetrová, 2018, s. 71).

Důstojné umírání

- Ne vždy je možné vytvořit dostatečné podmínky pro důstojné umírání. V zásadě by mělo jít o uznání lidské hodnoty pacienta. Samotná důstojná smrt je pak dělena do pěti kategorií.
 1. Smrt bez utrpení – snížení fyzických a duševních symptomů na minimální úroveň
 2. Smrt s redukcí lékařských zákroků – nezatěžování nadbytečnými invazivními vyšetřeními
 3. Smrt s pocitem bezpečí – poskytnout umírajícímu prostředí, v němž se cítí bezpečně, není pro něj negativní a vyvarovat ho samoty
 4. Smrt s ohledem na autonomii – ohleduplná péče až do posledních okamžiků lidského života s respektem k jedinečnosti pacienta
 5. Smrt se smířením – možností rozloučení se svými blízkými dochází ke smíření se se smrtí (Lojan, 2015, s. 111 - 114).

7 KVALITA PÉČE

Hodnocení kvality zdravotní péče se mění v závislosti na vývoji medicínského a ošetrovatelského oboru, měnících se potřeb pacientů a v neposlední řadě také na zákonných norem vztahujících se k poskytování zdravotní péče.

Zájmem zdravotnických a pečovatelských zařízení je zvyšování odbornosti personálu a vybavenosti a dostupnosti technického vybavení pro péče na aktuální úrovni. Ve vztahu k pacientům pak vytvářet podmínky pro plnohodnotný pobyt v zařízení. To vše je třeba aplikovat a podřizovat právnímu rámci (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 77).

7.1 Systém zdravotní péče v terminologii řízení kvality

- Management kvality – systematické hodnocení výkonu péče, výsledkem je zkvalitnění péče jako komplexu jednotlivých součástí
- Kvalita služby – sleduje naplňování určených a ujednaných kritérií
- Kvalita zdravotnictví a zdravotní péče – hodnocení výsledného celku v souhrnu poskytovaných služeb vztahujících se k samotné odborné péči, přístupu zaměstnanců a úrovně prostředí

Jednotlivé indikátory kvality ve svém souhrnu zajišťují standardy péče. Jde o souhrn dílčích hodnocených segmentů. Těmi jsou: dostupnost, přiměřenost, kontinuita, účinnost, vhodnost, efektivita, bezpečí, včasnost, respekt. Komplexní provázanost těchto částí by měla vést k nastavení úrovně kvality péče na konkrétním oddělení k naplnění stanovených požadavků a flexibilnímu zvyšování požadavků na zdravotní péči (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 78).

7.2 Hodnocení úrovně poskytované péče z pohledu pacientů

Kvalita poskytované péče se nevyhnutelně musí odvíjet od potřeb pacientů, proto je třeba průběžně vyhodnocovat a zohledňovat jejich požadavky a připomínky. Také přiměřené pohodlí a klid pacienta je nedílným předpokladem úspěšné léčby. Názory pacientů by se tedy měly sledovat od samotného přijetí do zdravotnického nebo pečovatelského zařízení po celou dobu až do skončení jeho pobytu. Vždy jde především o otázky, ke kterým je schopen se pacient subjektivně vyjádřit. Nejedná se tedy o vlastní hodnocení odborných postupů (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 80).

7.3 Systém řízení kvality zdravotnických služeb

K hodnocení systému kvality zdravotních služeb je vytvořeno několik modelů zaměřených na samostatná kritéria hodnocené oblasti. Jde o:

1. Systém řízení kvality (např. ISO)
2. Akreditační standardy (např. Standardy SAK ČR)
3. Proces tvorby národních standardů (např. ISQua)
4. Modely excellence – ocenění kvality (např. EFQM) (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 81)

7.4 Standardizace vybraných aspektů kvality zdravotní péče

Pro udržení kvality zdravotní péče v obecném rozsahu, jsou pro některé dílčí aspekty zpracovány jednotlivé projekty zaměřené na konkrétní problematiku. Ty kromě nastavení úrovně péče v jistém smyslu také zjednodušují práci ošetřujícího personálu.

Jde například o projekty:

- Šetření dekubitů, navazující na předchozí projekt sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni
- Sledování pádů a zranění u hospitalizovaných pacientů
- Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb, v návaznosti vydána Metodika hlášení a analýzy nežádoucích událostí v lůžkových zařízeních (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 82)

7.5 Akreditační proces ve zdravotnických institucích v ČR

Akreditací zdravotnických zařízení je nazýváno externí posouzení konkrétního zdravotnického zařízení na dobrovolné bázi. Z ní plynoucí závěry jsou důležitým ukazatelem poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Akreditační modely jsou dány principy Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a Světovou zdravotnickou organizací (WHO).

Na úrovni ČR byla v roce 1998 ustavena Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR). Ta kromě externího hodnocení zajišťuje také konzultační služby pro řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, věnuje se také vzdělávání a publikační činnosti.

Akreditační standardy vydávané SAK:

- Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení
- Akreditační standardy pro nemocnice
- Akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče

Další institucí oprávněnou k hodnocení zdravotní péče je Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví (ČSAZ). Ta pro definici hodnotících kritérií vydává Hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb lůžkové zdravotní péče a způsob jejich sledování (Zlámal, Vomáčka, Mikšová Zdenka a kol. , 2014, s. 87 - 89).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUM

V praktické části byl proveden výzkum dotazníkovou metodou, který si kladl za cíl zjistit obeznámenost zdravotnického personálu s péčí o onkologicky nemocné pacienty v různých stádiích nemoci. Dotazník byl mezi respondenty rozložen průřezově, bez ohledu na to, zda se přímo s touto problematikou setkávají, či nikoliv. Výsledkem je tedy obecná znalost problematiky ve specializovaných odděleních i v dalších zdravotnických oborech.

8.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat kvalitu péče o onkologicky nemocné pacienty ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních.

Dílčí cíle jsou rozděleny na:

- Orientaci zdravotnického personálu ve znalosti onkologické problematiky
- Znalosti zdravotnického personálu v možnostech léčby
- Obeznámenost zdravotnického personálu se specifiky nutriční podpory
- Přístup zdravotnického personálu k bolestivým stavům a znalost jejich léčby
- Znalost zásad a možností paliativní péče ve vztahu k pacientům a rodině
- Znalost psychologických aspektů péče o onkologicky nemocné

8.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s výzkumnými cíli, byly vymezeny výzkumné otázky:

- Jaká je orientace zdravotnického personálu ve znalosti onkologické problematiky?
- Zná zdravotnický personál možnosti léčby?
- Jaká je obeznámenost zdravotnického personálu se specifiky nutriční podpory?
- Jaký je přístup zdravotnického personálu k bolestivým stavům a možnostech jejich léčby?
- Jaká je znalost a možnosti paliativní péče ve vztahu k pacientům a rodině?
- Zná zdravotnický personál psychologické aspekty péče o onkologicky nemocné?

8.3 Výzkumná strategie a technika sběru dat

Předkládaný dotazník byl složen ze 30 otázek, které se dají shrnout do sedmi tematických okruhů zahrnujících orientaci ve znalosti onkologické problematiky (otázka 7 – 9), znalosti

možností léčby (otázka 10 – 11), obeznámenost se specifiky nutriční podpory (otázka 10 – 14), přístup k bolesti a její léčbě (otázka 15 – 20), znalost paliativní péče (otázka 21 – 25), orientace v psychologických aspektech onkologicky nemocných (otázka 26 – 27) a subjektivní hodnocení péče (otázka 27 – 30). Šetření se zúčastnilo 203 respondentů. Sběr dat byl proveden digitální formou, vyplněním dotazníku v elektronické podobě systémem Survio a následným procentuálním vyhodnocením jednotlivých odpovědí přiřazených ke každé otázce. Odpovědi byly vyhodnoceny také přepočtem na skutečný počet respondentů u každé uvedené možnosti. Byl prováděn plošně a jeho respondenty jsou jak pracovníci zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních, tak i zařízení následné péče a sociální péče. I v tomto směru jde tedy průřezový výzkum. Dotazník byl celkově zobrazen 315 uživatelů sociální sítě z okruhu zdravotnického personálu. 67 % respondentů vyplnění dotazníku trvalo 2 – 5 minut, 28 % 5-10 minut, 3 % 10 – 30 minut, jednomu uživateli 1 – 2 minuty, zbylé dotazníky po 1 % 30 – 60 minut a více než 60 minut. Zdroj návštěv byl pouze přímý odkaz.

8.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum nebyl cílený na konkrétní zdravotnické zařízení či respondenty v konkrétním zdravotnickém oboru. Netýkal se hodnocení péče ze strany pacientů. Získaná data slouží k posouzení úrovně odbornosti zdravotnického personálu v celém spektru zdravotnických oborů. Bez ohledu na to, zda se péčí o onkologické pacienty oslovených konkrétně dotýká. Do výzkumu nebyl také zahrnut lékařský personál.

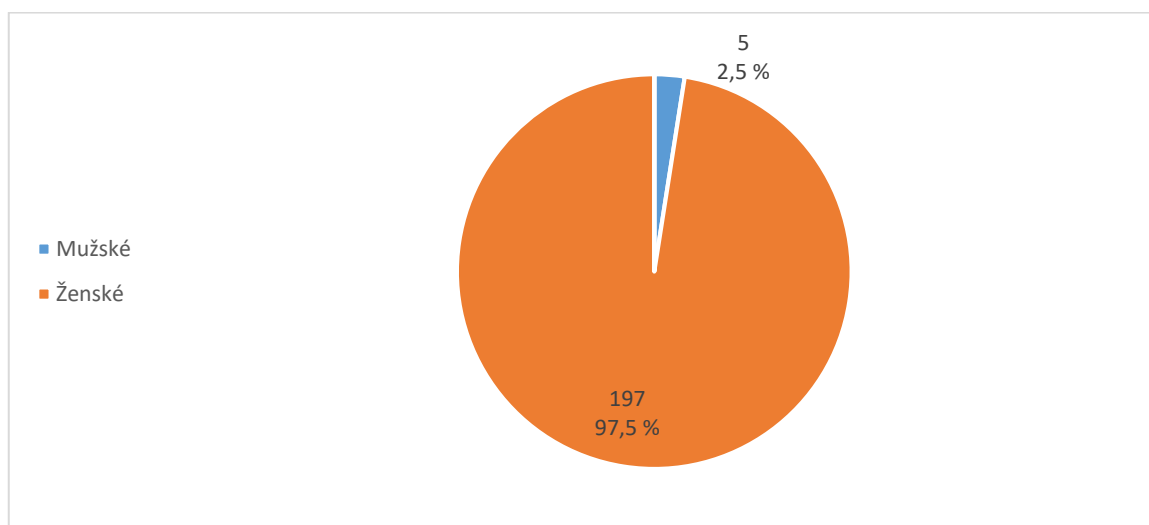
9 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

K výzkumu se vyjádřilo 203 respondentů, kteří vybírali vždy jednu z nabízených možností u položených otázek. Primárně byl dotazník určen pro zdravotnický personál na úrovni všeobecná a praktická sestra. Absolutní četnost prezentuje počet respondentů, u jednotlivých odpovědí, relativní četnost formuluje stejné informace v procentech. Výsledky výzkumu byly přehledně zobrazeny výšečovými grafy včetně absolutní a relativní četnosti. Jednotlivé grafy jsou doplněny komentářem.

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

Pohlaví respondenta	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mužské	5	2,5
Ženské	197	97,5
Celkem	203	100

Tabulka 1 Pohlaví respondenta



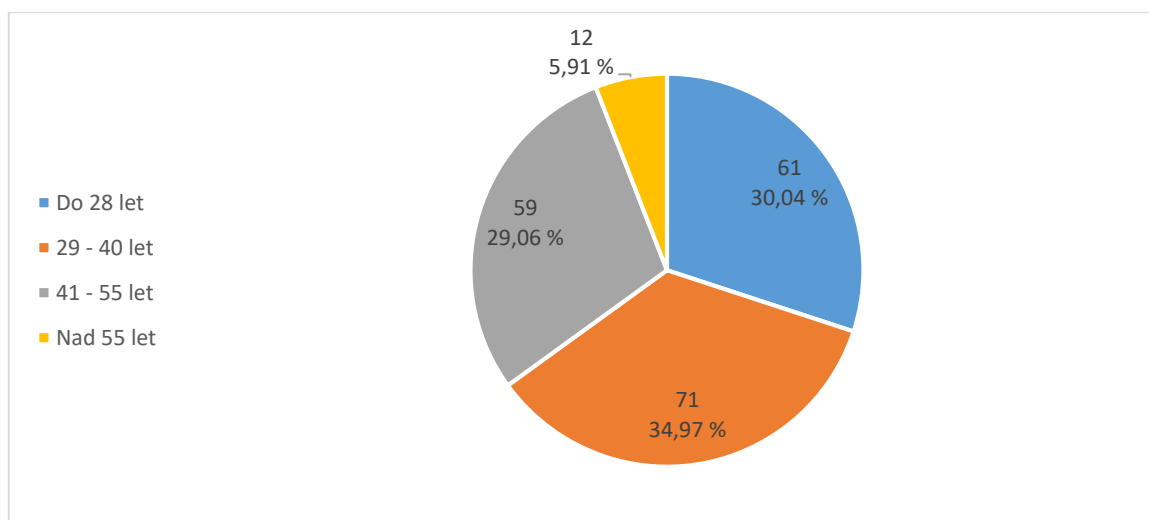
Graf 1 Pohlaví respondenta

Ze 203 dotázaných se do výzkumu zapojilo 197 žen a 5 mužů. Nevyjadřuje to přesný poměr zastoupení mužů a žen ve zdravotnictví, ale v hrubém obrysu naznačuje strukturu složení zdravotnického personálu.

Otázka č. 2: Věková skupina respondenta

Věková skupina respondenta	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 28 let	61	30,04
29 – 40 let	71	34,97
41 – 55 let	59	29,06
Nad 55 let	12	5,91
Celkem	203	100

Tabulka 2 Věková skupina respondenta



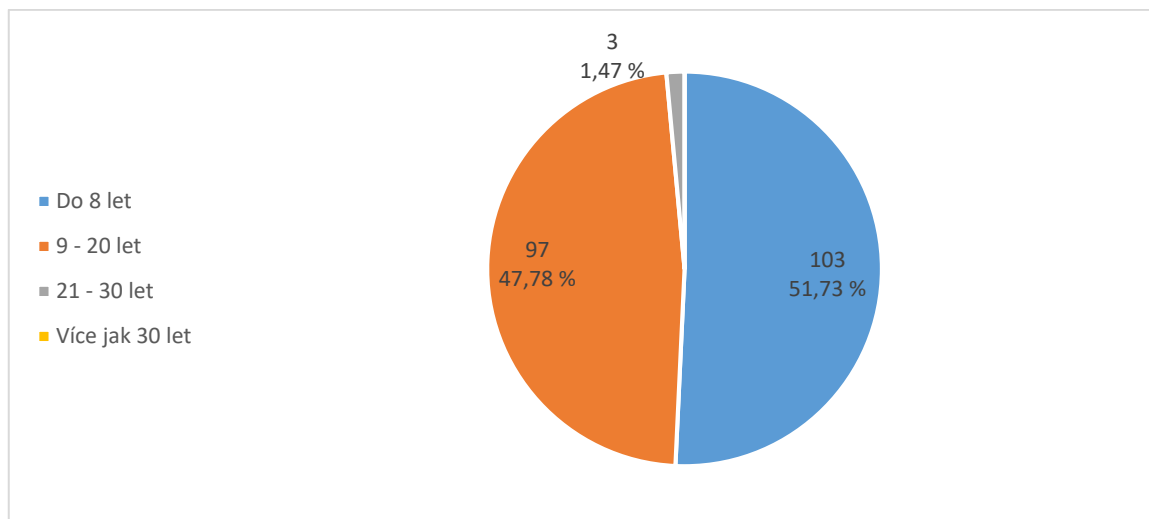
Graf 2 Věková skupina respondenta

Do výzkumu se zapojili respondenti všech věkových skupin obsažených v nabízených možnostech, z toho nejméně je to věková skupina *nad 55 let* (5,91 %). V ostatních věkových kategoriích je poměr zhruba stejný, z čehož nejčastěji je zastoupeno věkové rozpětí *29 – 40 let* (34,97 %). V kategorii *do 28 let* se výzkumu zúčastnilo 30,04 % respondentů. Zbýlých 29,06 % uvedlo svůj věk v rozmezí *41 – 55 let*.

Otázka č. 3: Délka profesní zdravotnické praxe

Délka profesní zdravotnické praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 8 let	103	51,73
29 - 40 let	97	47,78
41 – 55 let	3	1,47
Nad 55 let	0	0
Celkem	203	100

Tabulka 3 Délka profesní zdravotnické praxe



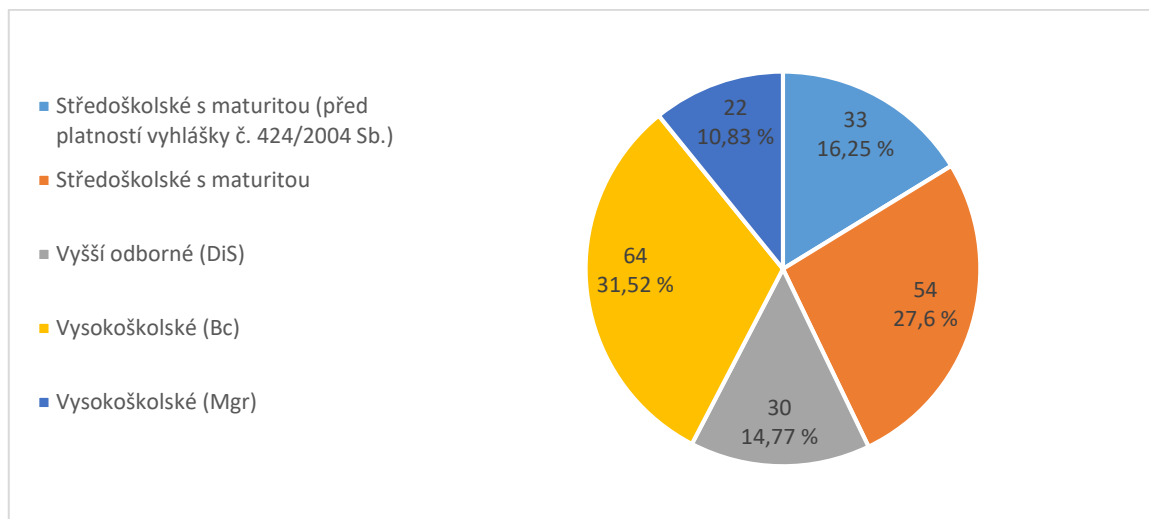
Graf 3 Délka profesní zdravotnické praxe

V délce praxe není vůbec zastoupena kategorie *více jak 30 let* a 3 respondenti (1,47 %) se zařadili do kategorie *21 – 30 let*. K otázkám ve výzkumu se tedy vyjadřovali respondenti s profesní praxí v rozsahu do 20 let, z toho *do 8 let* praxe 51,73 %, praxi *9 – 20* uvedlo 47,78 % respondentů.

Otázka č. 4: Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání

Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské s maturitou (před platností vyhlášky č. 424/2004 Sb.)	33	16,25
Středoškolské s maturitou	54	26,60
Vyšší odborné (DiS)	30	14,77
Vysokoškolské (Bc)	64	31,52
Vysokoškolské (Mgr)	22	10,83
Celkem	203	100

Tabulka 4 Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání



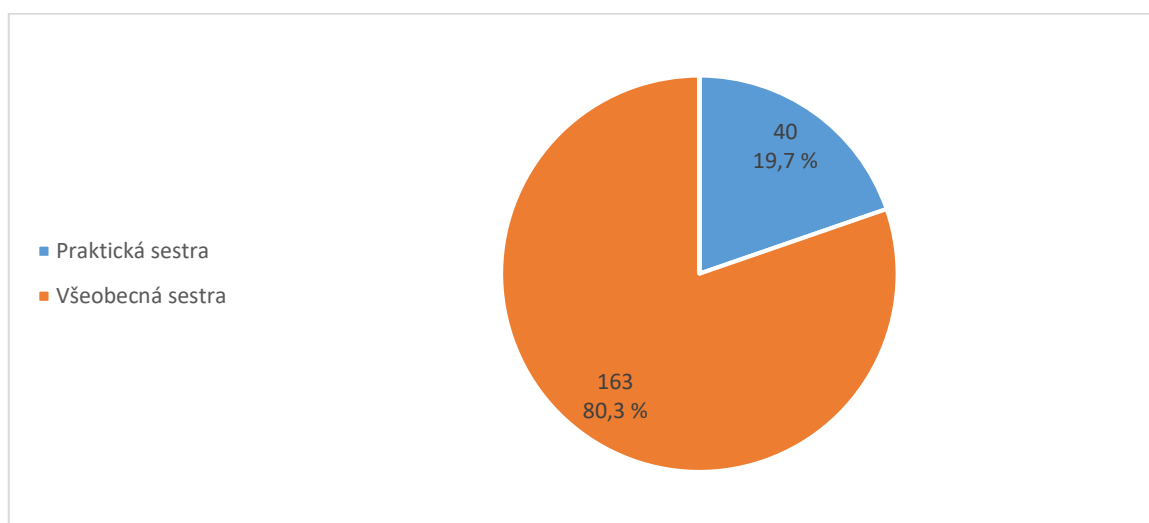
Graf 4 Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání

V otázce dosažené odbornosti jsou zastoupeny všechny nabízené možnosti. *Vysokoškolské vzdělání „Bc“* (31,50 %) a *středoškolské s maturitou* (27,6 %) přitom převyšují nad ostatními možnostmi ukončeného vzdělání. V sestupném pořadí respondenti uvádějí *středoškolské s maturitou (před platností vyhlášky č. 424/2004 Sb.)* (16,25 %), *vyšší odborné „DiS“* (14,77 %) a *vysokoškolské „Mgr“* (10,83 %).

Otázka č. 5: Profesní status

Profesní status	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Praktická sestra	40	19,7
Všeobecná sestra	163	80,3
Celkem	203	100

Tabulka 5 Profesní status



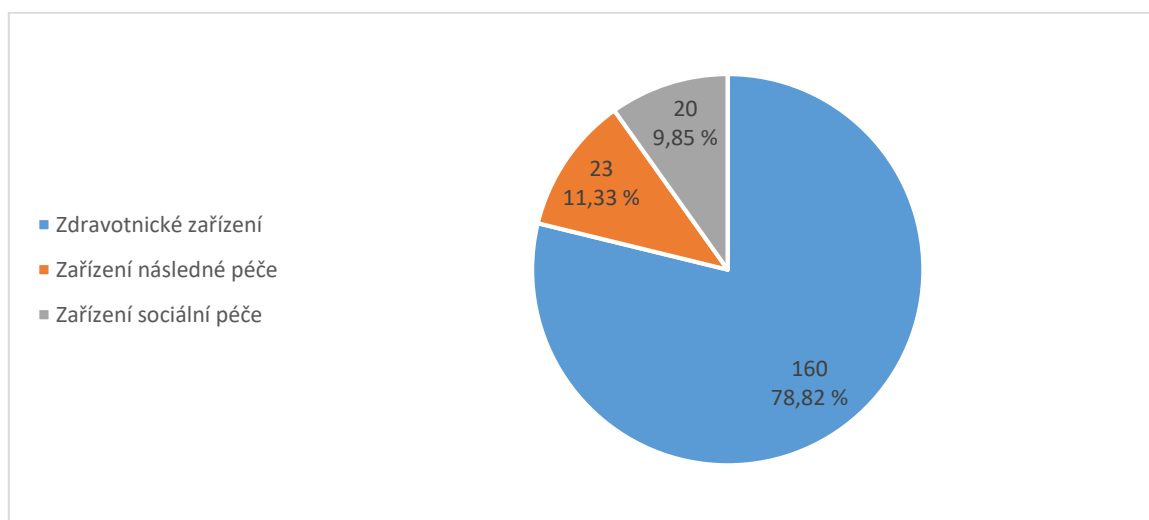
Graf 5 Profesní status

V otázce profesního statusu byla možnost výběru ze 2 variant. Z více jak $\frac{3}{4}$ (80,3 %) reagovaly *všeobecné sestry*. Zbytek respondentů je na úrovni *praktické sestry* (19,7 %).

Otázka č. 6: Pracoviště respondenta

Pracoviště respondenta	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotnické zařízení	160	78,82
Zařízení následné péče	23	11,33
Zařízení sociální péče	20	9,85
Celkem	203	100

Tabulka 6 Pracoviště respondenta



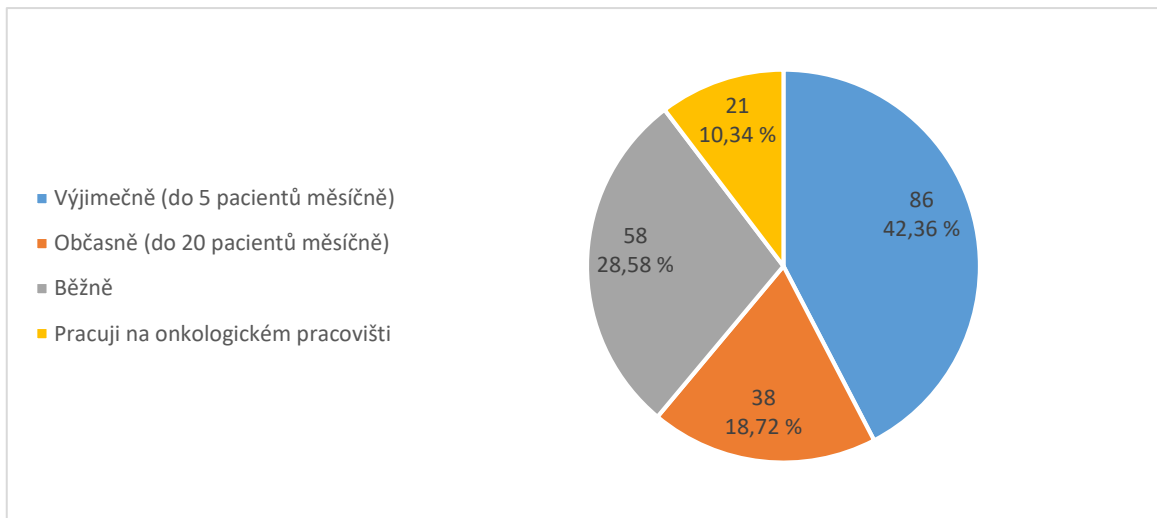
Graf 6 Pracoviště respondenta

Podle pracoviště uvedli respondenti průřezově všechna zařízení, která připadají v úvahu. V 78,82 % to však byla *zdravotnická zařízení*. Dále pak zařízení *následné péče* (11,33 %) a *zařízení sociální péče* (9,85 %).

Otázka č. 7: Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem

Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výjimečně (do 5 pacientů měsíčně)	86	42,36
Občasně (do 20 pacientů měsíčně)	38	18,72
Běžně	58	28,58
Pracuji na onkologickém pracovišti	21	10,34
Celkem	203	100

Tabulka 7 Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem



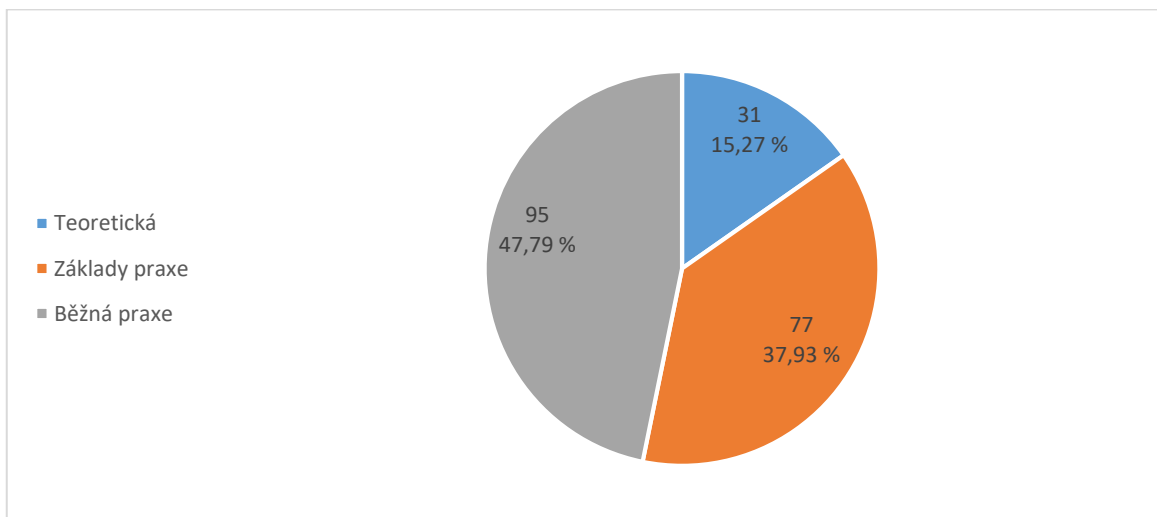
Graf 7 Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem

V četnosti kontaktu s onkologicky nemocnými pacienty nejvíce (42,36 %) respondentů zvolilo možnost *výjimečného kontaktu (do 5 pacientů měsíčně)*. Na onkologickém pracovišti pracuje 10,34 % z dotázaných. Zbylé 2 možnosti byly *běžně* (28,58 %) a *občasně* (18,72 %).

Otázka č. 8: Jaká je Vaše všeobecná obeznámenost s onkologickou problematikou?

Jaká je Vaše obeznámenost o onkologickou problematikou?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Teoretická	31	15,27
Základy praxe	77	37,93
Běžná praxe	95	47,79
Celkem	203	100

Tabulka 8 Jaká je Vaše obeznámenost o onkologickou problematikou?



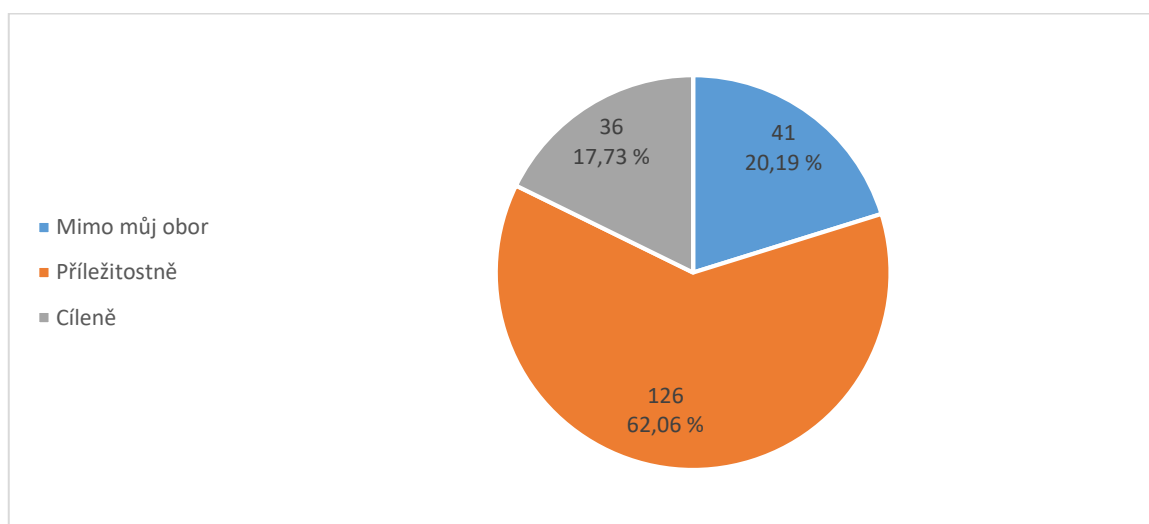
Graf 8 Jaká je Vaše všeobecná obeznámenost s onkologickou problematikou?

Na dotaz směřovaný k obeznámenosti s onkologickou problematikou uvedlo 47,79 % znalost *běžné praxe*. Naopak v nejméně případech ohodnotili svoji obeznámenost jako *teoretickou* (15,27 %), *základy praxe má* (37,93 %).

Otázka č. 9: Jak často se vzděláváte v onkologické problematice?

Jak často se vzděláváte v onkologické problematice?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mimo můj obor	41	20,19
Příležitostně	126	62,06
Cíleně	36	17,73
Celkem	203	100

Tabulka 9 Jak často se vzděláváte v onkologické problematice



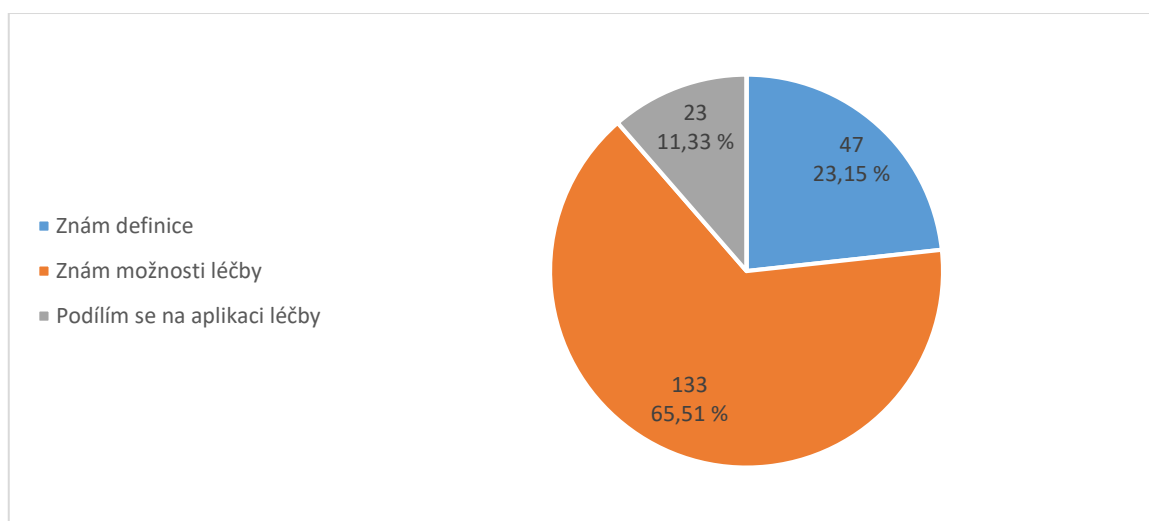
Graf 9 Jak často se vzděláváte v onkologické problematice?

V oblasti vzdělávání 62,06 % dotázaných uvedlo, že si své znalosti rozšiřuje *příležitostně*. Další dvě možnosti (*mimo můj obor* – 20,19 % a *cíleně* – 17,73 %) jsou uváděny zhruba ve stejném poměru.

Otázka č. 10: Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických nemocí (chemoterapie, radioterapie)?

Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických onemocnění (chemoterapie, radioterapie)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám definice	47	23,15
Znám možnosti léčby	133	65,51
Podílím se na aplikaci léčby	23	11,33
Celkem	203	100

Tabulka 10 Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických onemocnění (chemoterapie, radioterapie)



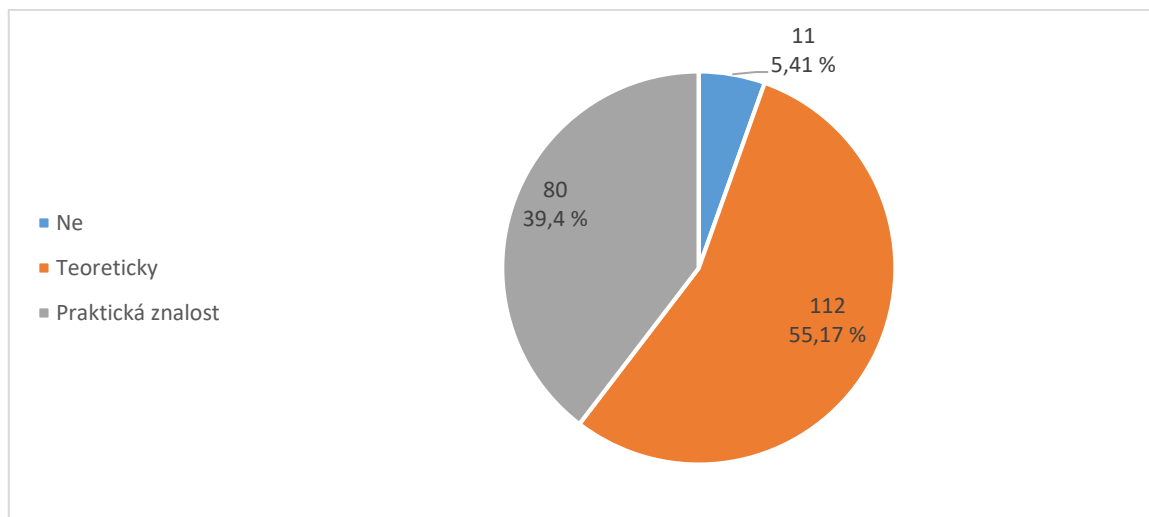
Graf 10 Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických nemocí (chemoterapie, radioterapie)?

Téměř 2/3 dotázaných (65,51 %) uvádí *znalost možností léčby*. 11,33 % respondentů *se na aplikaci léčby přímo podílí* a zbylých 23,15 % zvolilo možnost *znám definici*.

Otázka č. 11: Dokážete rozpoznat nežádoucí účinky spojené s léčbou?

Dokážete rozpoznat účinky spojené s léčbou?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	11	5,41
Teoreticky	112	55,17
Praktická zkušenost	80	39,40
Celkem	203	100

Tabulka 11 Dokážete rozpoznat účinky spojené s léčbou?



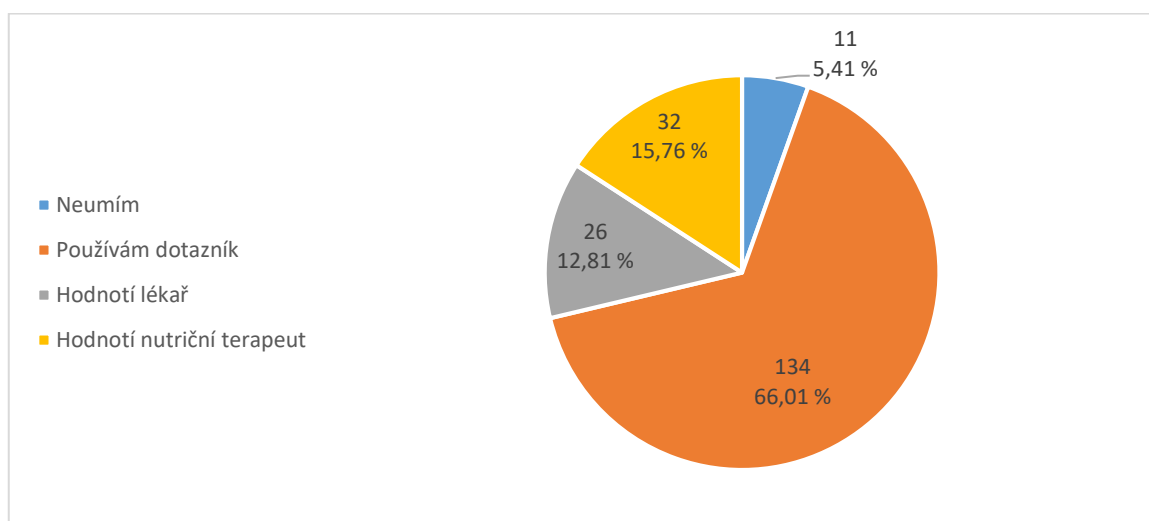
Graf 11 Dokážete rozpoznat nežádoucí účinky spojené s léčbou?

Ve více, než v nadpoloviční většině (55,17 %), jsou respondenti schopni teoreticky rozpoznat nežádoucí účinky léčby. Pouhých 5,41 % tuto schopnost nemá. Zbytek (39,4 %) uvádí praktickou zkušenost s rozpoznáváním vedlejších účinků.

Otázka č. 12: Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?

Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neumím	11	5,41
Používám dotazník	134	66,01
Hodnotí lékař	26	12,81
Hodnotí nutriční terapeut	32	15,76
Celkem	203	100

Tabulka 12 Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?



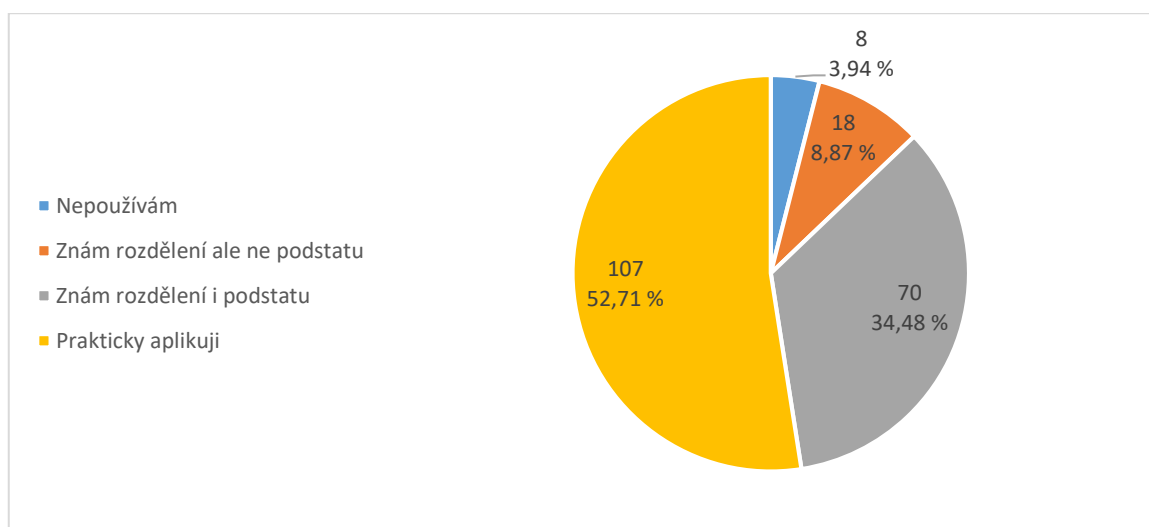
Graf 12 Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?

Při hodnocení nutričního stavu používá 66,01 % dotázaných nutriční dotazník. Téměř shodné procento uvedlo možnost *hodnocení lékařem* (12,81 %) a *nutričním terapeutem* (15,76 %). 5,41 % dotázaných nutriční stav zhodnotit *neumí*.

Otázka č. 13: Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?

Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nepoužívám	8	3,94
Znám rozdělení, ale ne podstatu	18	8,87
Znám rozdělení i podstatu	70	34,48
Prakticky aplikuji	107	52,71
Celkem	203	100

Tabulka 13 Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?



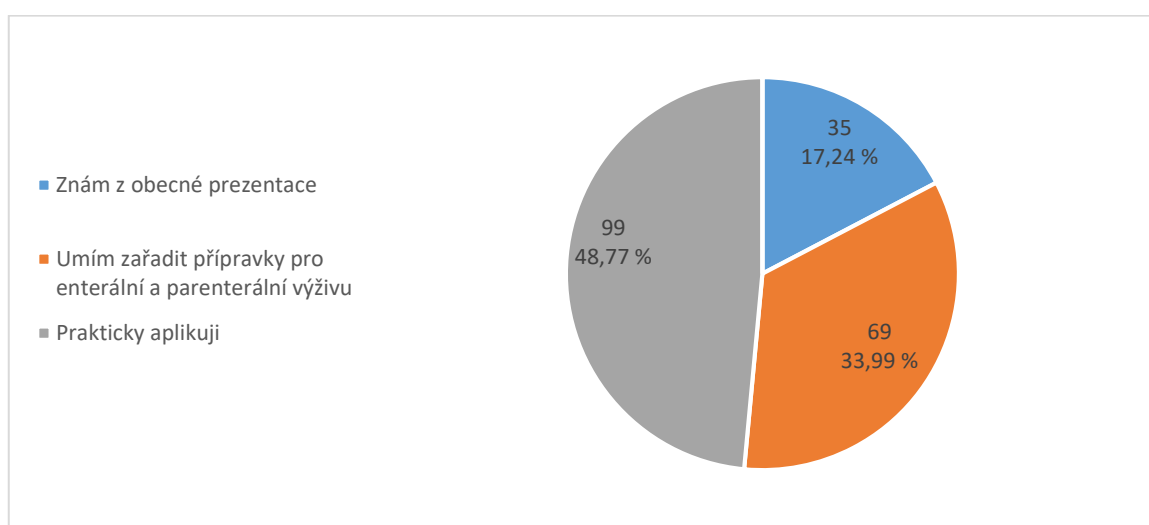
Graf 13 Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?

Nadpoloviční většina respondentů (52,71 %) *prakticky aplikuje* nutriční výživu. Naopak 8 (3,94 %) dotázaných nutriční výživu *nepoužívá*. Pro 34,48 % je *známé rozdělení i podstata*. 8,87 % odpovědí je uvedeno *znám rozdělení, ale ne podstatu*.

Otázka č. 14: Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ?

Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám z obecné prezentace	35	17,24
Umím zařadit přípravky pro enterální a parenterální výživu	69	33,99
Prakticky aplikuji	99	48,77
Celkem	203	100

Tabulka 14 Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ?



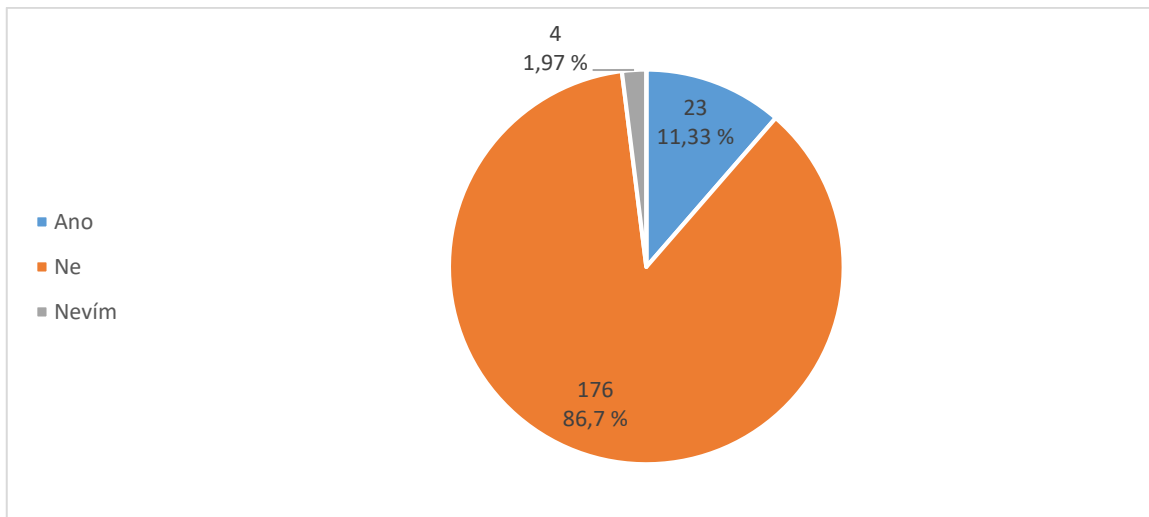
Graf 14 Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ

Téměř polovina dotázaných (48,77 %) *prakticky aplikuje* farmaceuticky připravené výživy. Naopak 17,24 % zná tyto přípravky pouze z *obecné prezentace*. Zbylých 33,99 % *umí zařadit přípravky pro enterální a parenterální výživu*.

Otázka č. 15: Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?

Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	23	11,33
Ne	176	86,70
Nevím	4	1,97
Celkem	203	100

Tabulka 15 Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?



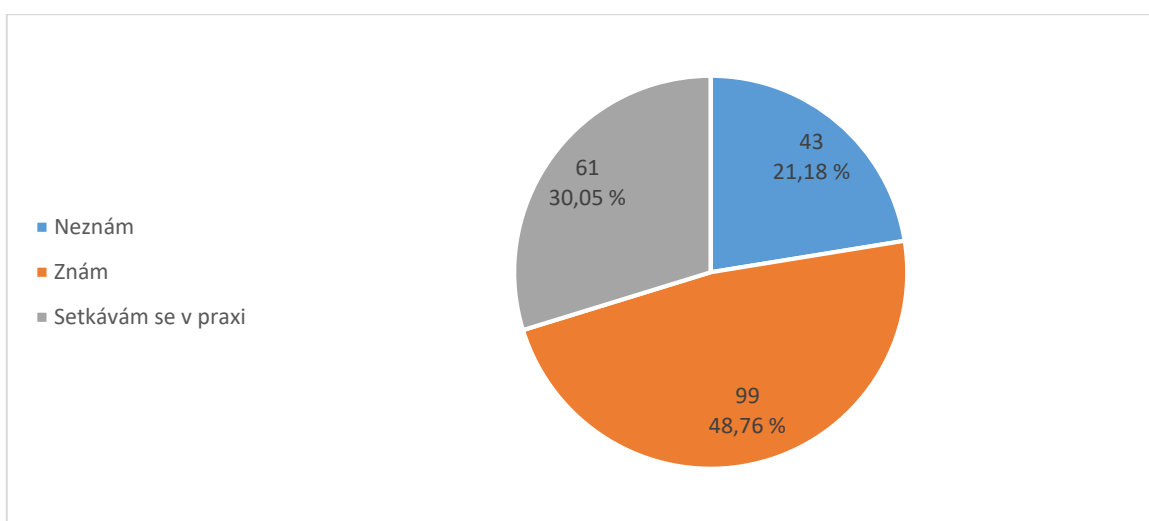
Graf 15 Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?

Na tuto kontrolní otázku 176 dotázaných (86,7 %) správně uvedlo, že bolest *není* vždy průvodním jevem onemocnění. 1,97 % respondentů na tuto otázku *nedokázalo odpovědět* oproti tomu 11,33 % uvedla nesprávnou odpověď *ano*.

Otázka č. 16: Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?

Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neznám	43	21,18
Znám	99	48,76
Setkávám se v praxi	61	30,05
Celkem	203	100

Tabulka 16 Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?



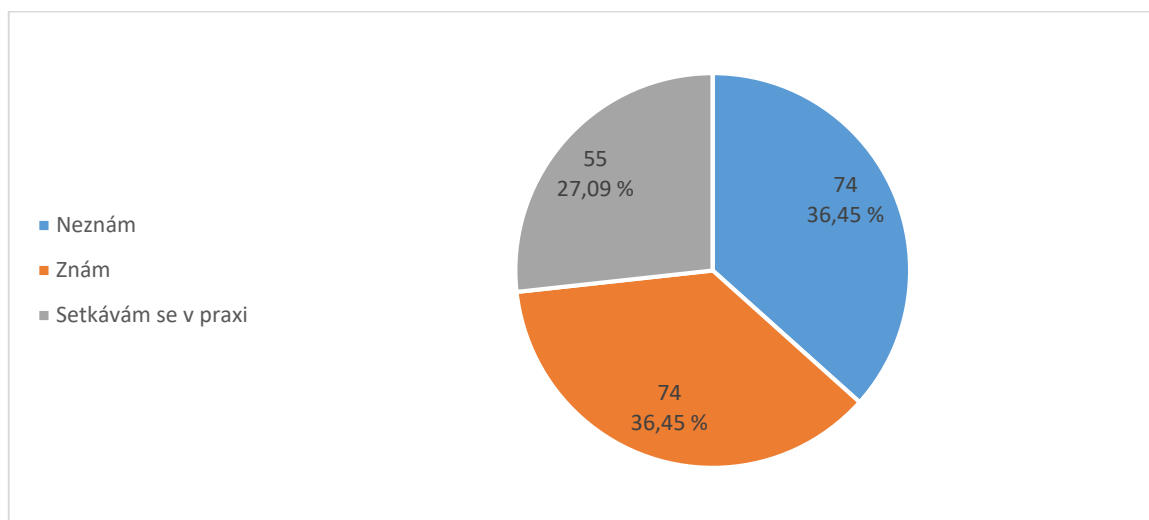
Graf 16 Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?

Patofyziologický mechanismus bolesti *umí popsat* 48,76 % dotázaných. Naopak 21,18 % respondentů tento způsob dělení bolesti *nezná*. Pro 30,05 % je znalost *praktická*.

Otázka č. 17: Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?

Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám	74	36,45
Neznám	74	36,45
Setkávám se v praxi	55	27,09
Celkem	203	100

Tabulka 17 Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?



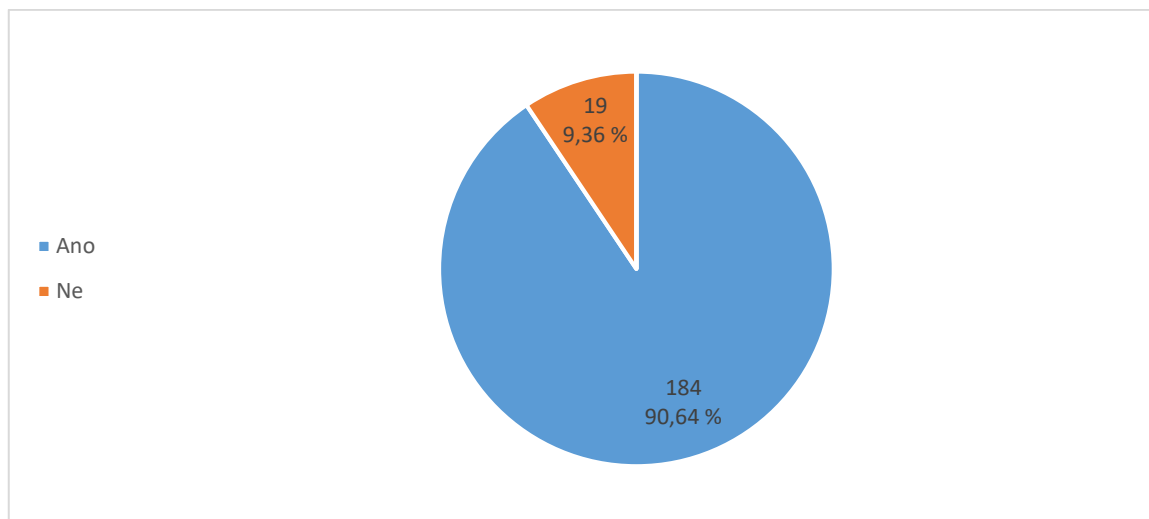
Graf 17 Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?

Odpovědi *znám* a *neznám* jsou procentuálně totožné (36,45 %). 27,09 % dotázaných se s tímto dělením *setkává v praxi*.

Otázka č. 18: Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?

Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	184	90,64
Ne	19	9,36
Celkem	203	100

Tabulka 18 Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?



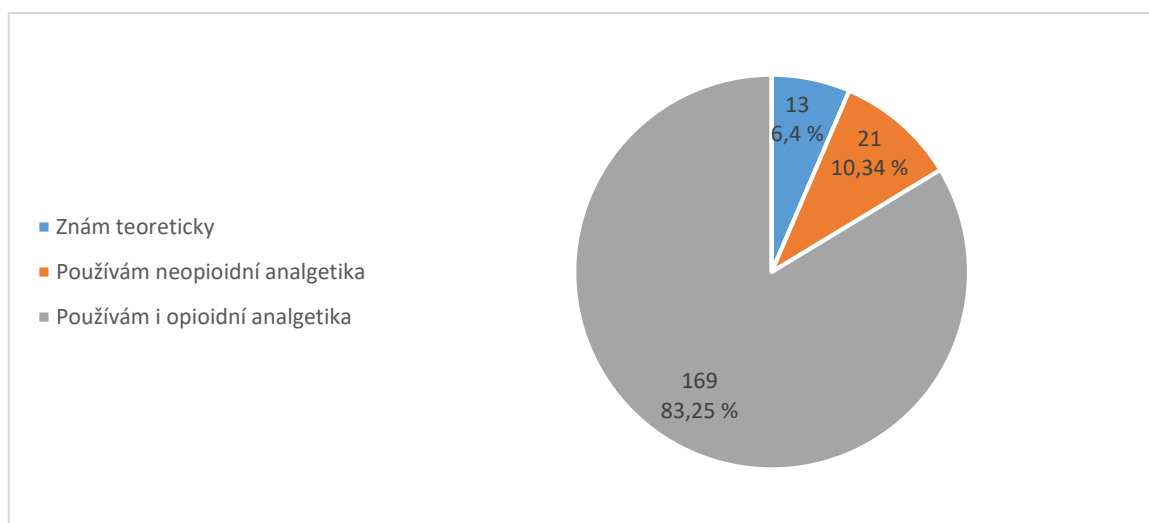
Graf 18 Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?

90,64 % dotázaných *využívá* v praxi hodnotící škály bolesti. Ostatní respondenti (9,36 %) zvolili v dotazníku možnost *ne*.

Otázka č. 19: Znáte a používáte opioidní a neopioidní analgetika k tišení bolesti?

Znáte a používáte opioidní a neopioidní analgetika k tišení bolesti?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám teoreticky	13	6,40
Používám neopioidní analgetika	21	10,34
Používám i opioidní analgetika	169	83,25
Celkem	203	100

Tabulka 19 Znáte a používáte opioidní a neopioidní analgetika k tišení bolesti?



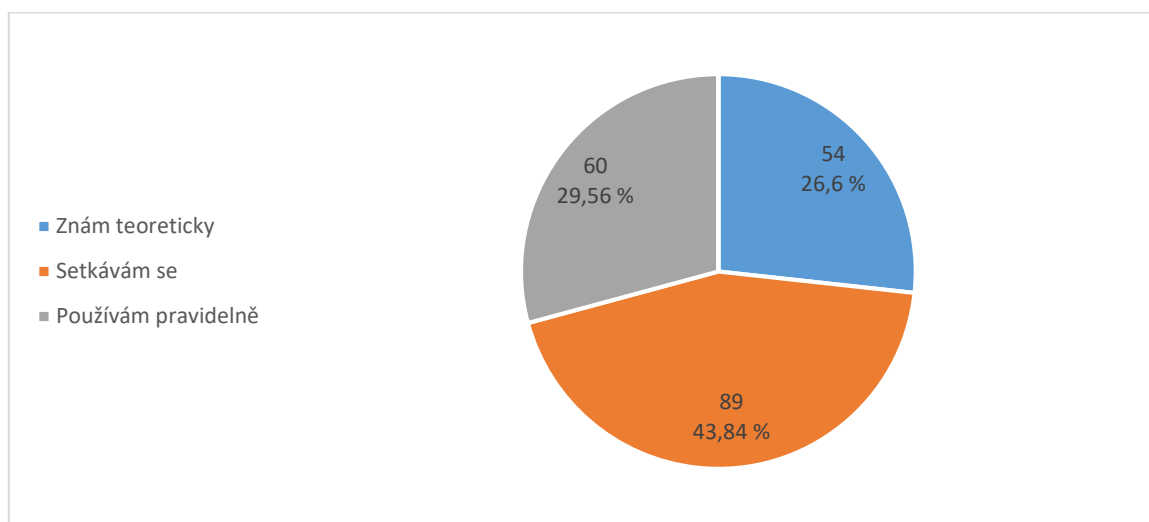
Graf 19 Znáte a používáte opioidní a neopioidní analgetika k tišení bolesti?

V případě tišení bolesti výrazná většina (83,25 %) respondentů uvádí *používání opioidních a neopioidních analgetik*. Pouhých 13 dotázaných (6,4 %) tyto možnosti tišení bolesti *zná pouze teoreticky*. Ve své praxi používá (10,34 %) respondentů pouze neopioidní analgetika.

Otázka č. 20: Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?

Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám teoreticky	54	26,60
Setkávám se	89	43,84
Používám pravidelně	60	29,56
Celkem	203	100

Tabulka 20 Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?



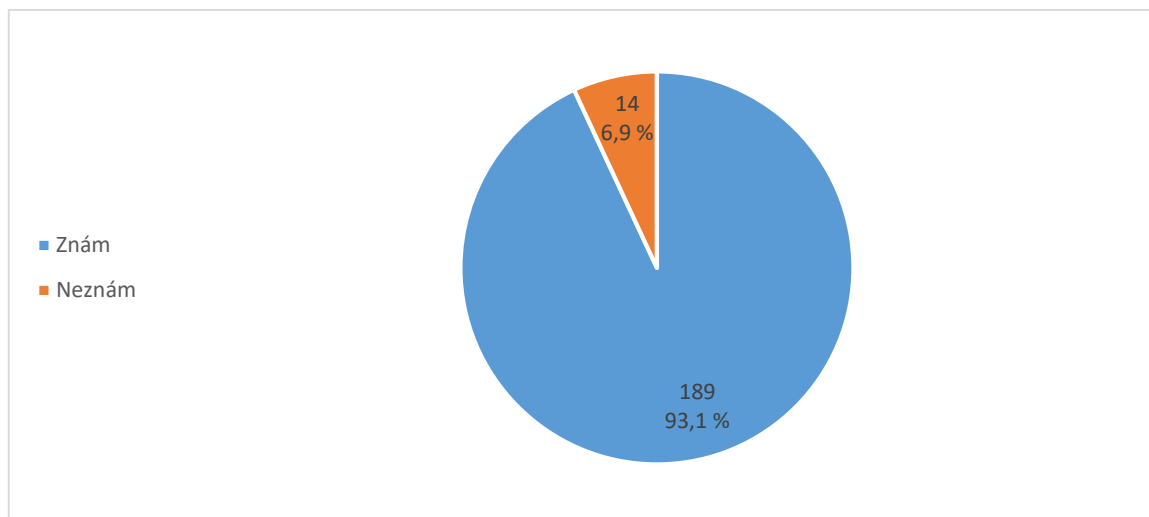
Graf 20 Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?

Nefarmakologickým způsobem tišení bolesti *se setkává* 43,84 % dotázaných. Dalších 29,56 % je *používá pravidelně*, ostatní pouze na *teoretické bázi* (26,6 %).

Otázka č. 21: Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?

Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Znám	189	93,10
Neznám	14	6,90
Celkem	203	100

Tabulka 21 Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?



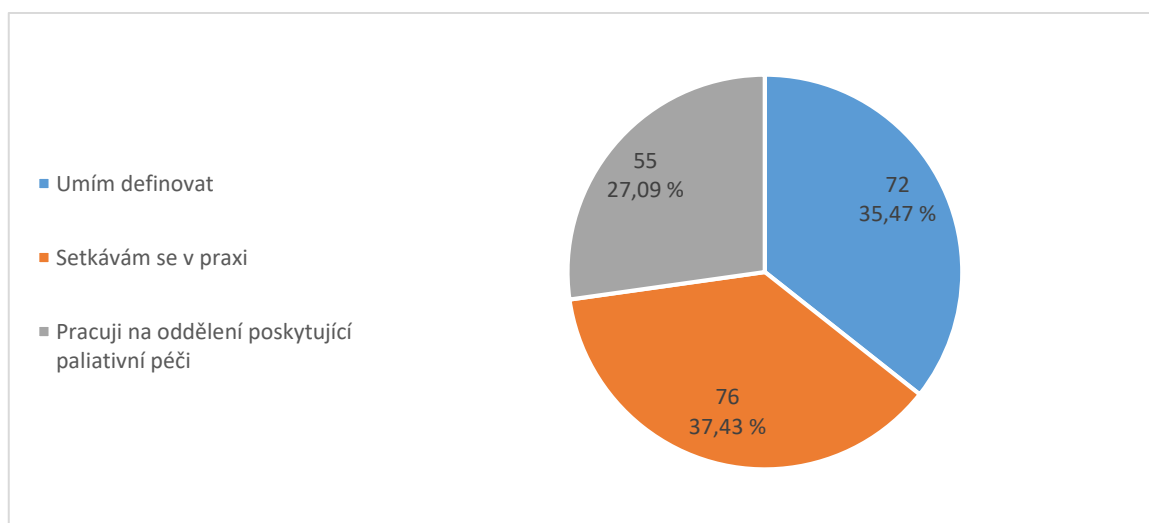
Graf 21 Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?

Pouhých 14 dotázaných (6,9 %) uvádí, že podstatu a rozsah paliativní péče *nezná*. Pro ostatní (93,1 %) je to pojem, se kterým se setkávají.

Otázka č. 22: Obecnou paliativní péči

Obecnou paliativní péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Umím definovat	72	35,47
Setkávám se v praxi	76	37,43
Pracuji na oddělení poskytující paliativní péči	55	27,09
Celkem	203	100

Tabulka 22 Obecnou paliativní péči



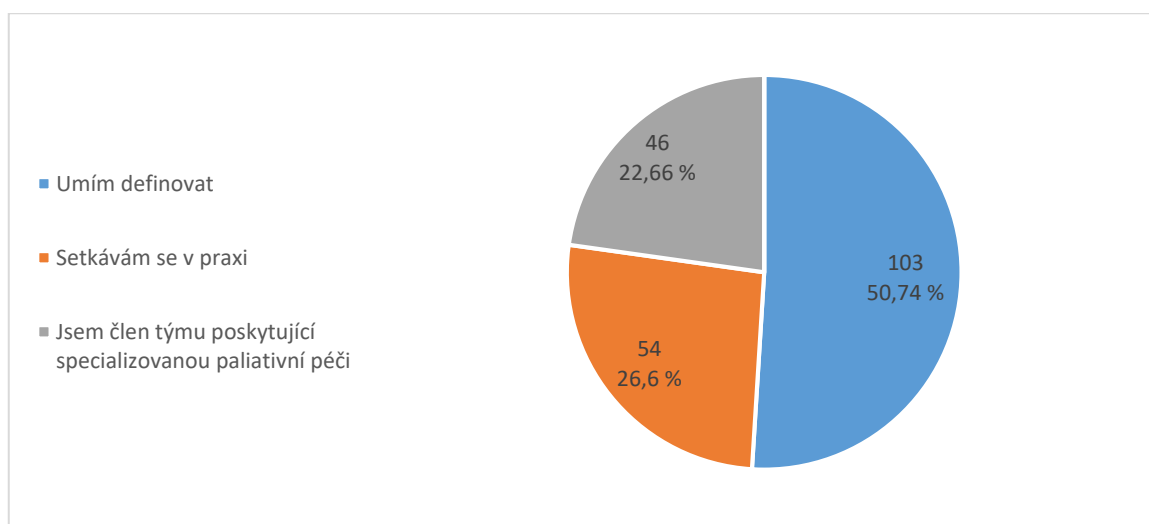
Graf 22 Obecnou paliativní péči

Na oddělení s paliativní péčí pracuje 55 dotázaných (27,09 %). Ostatní tuto péči buďto *umí definovat* (35,47 %) nebo se s ní alespoň částečně *v praxi setkávají* (27,09 %).

Otázka č. 23: Specializovanou paliativní péči

Specializovanou paliativní péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Umím definovat	103	50,74
Setkávám se v praxi	54	26,60
Pracuji na oddělení poskytující paliativní péči	46	22,66
Celkem	203	100

Tabulka 23 Specializovanou paliativní péči



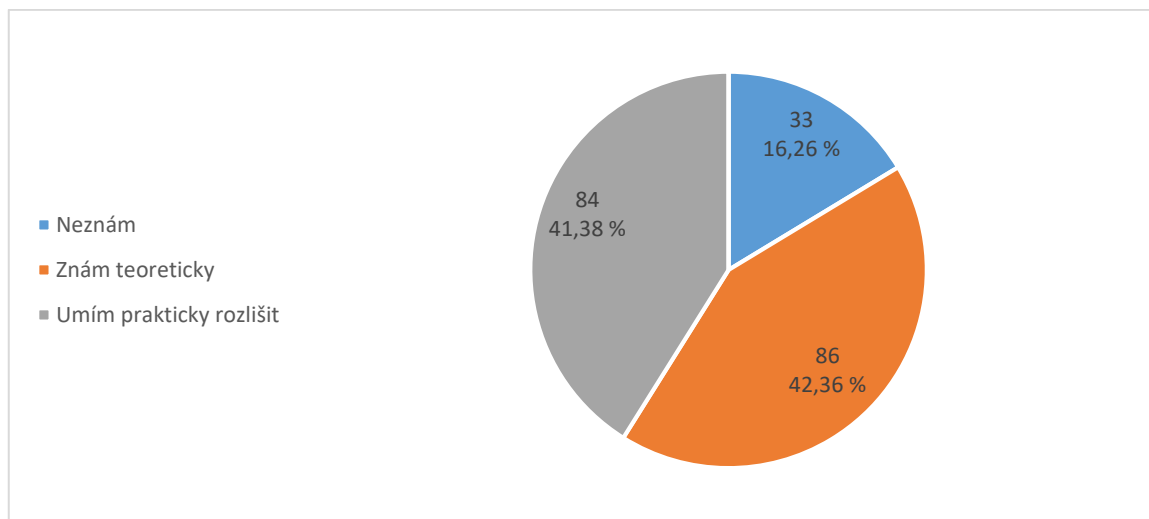
Graf 23 Specializovanou paliativní péči

V otázce specializované paliativní péče uvedlo 103 dotázaných (50,74 %), že ji *umí definovat*. Z celkového počtu respondentů je 22,66 % přímo *členem týmu poskytujícího specializovanou paliativní péči*. V praxi se se specializovanou paliativní péčí *setkává* 26,6 %.

Otázka č. 24: Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?

Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neznám	33	16,26
Znám teoreticky	86	42,36
Umím prakticky rozlišit	84	41,38
Celkem	203	100

Tabulka 24 Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?



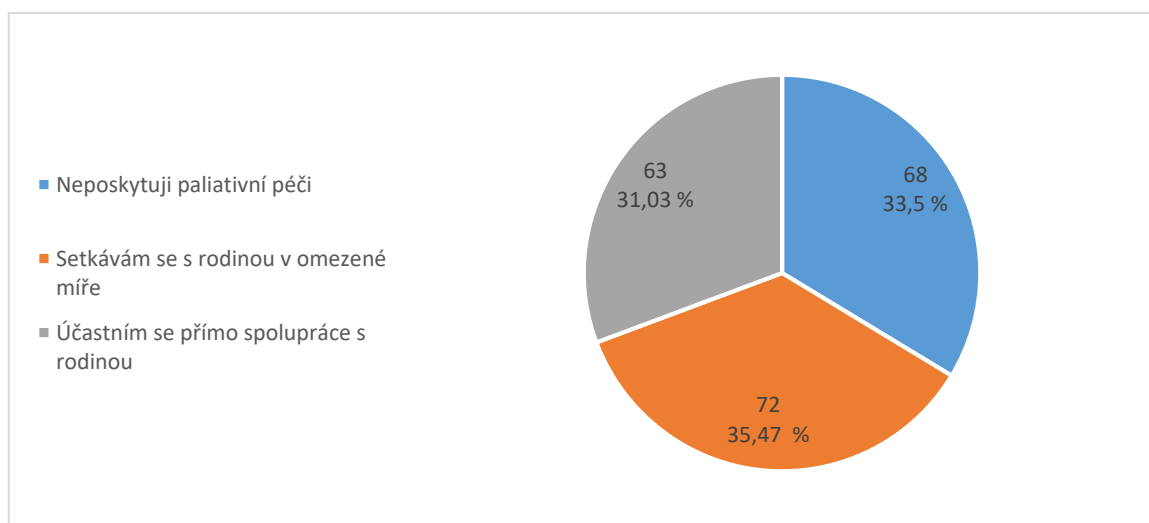
Graf 24 Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?

Pro oslovené není v 84 případech (41,38 %) problém rozlišit symptomy nemoci, 42,36 % pak uvádí *teoretickou znalost*. Pro ostatních 16,26 % je tato problematika *neznámá*.

Otázka č. 25: Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?

Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neposkytují paliativní péči	68	33,50
Setkávám se s rodinou v omezené míře	72	35,47
Účastním se přímo spolupráce s rodinou	63	31,03
Celkem	203	100

Tabulka 25 Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?



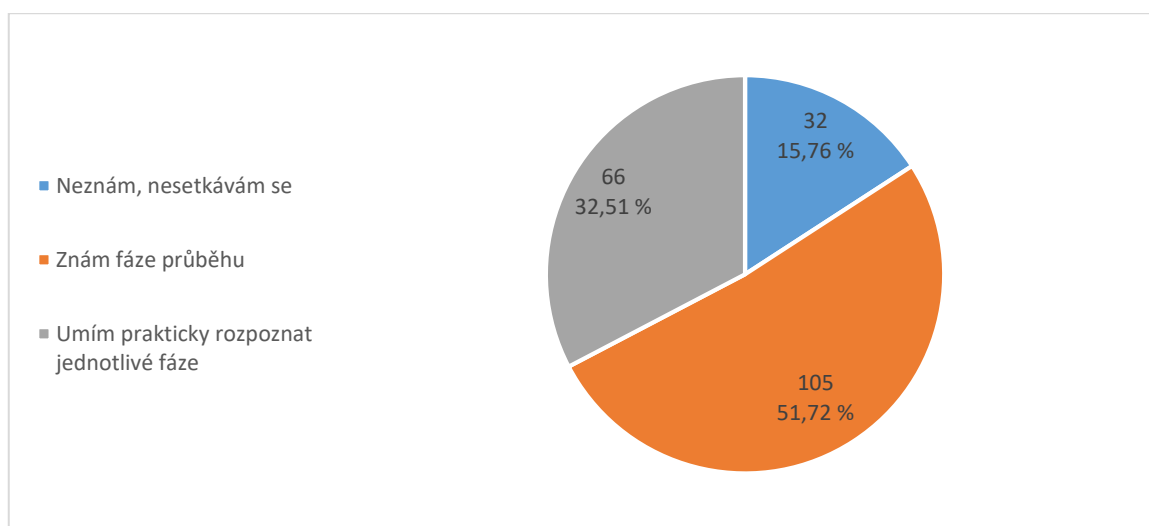
Graf 25 Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?

V téměř srovnatelném poměru zvolili dotázaní některou z možností spolupráce s rodinou v paliativní péči. Paliativní péči vůbec *neposkytuje* 33,5 %, při této péči se s rodinou *omezeně setkává* 35,47 % a *na přímé spolupráci se podílí* 31,03 %.

Otázka č. 26: Psychologické posouzení průběhu nemoci

Psychologické posouzení průběhu nemoci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neznám, nesetkávám se	32	15,76
Znám fáze průběhu	105	51,72
Umím prakticky rozpoznat jednotlivé fáze	66	32,51
Celkem	203	100

Tabulka 26 Psychologické posouzení průběhu nemoci



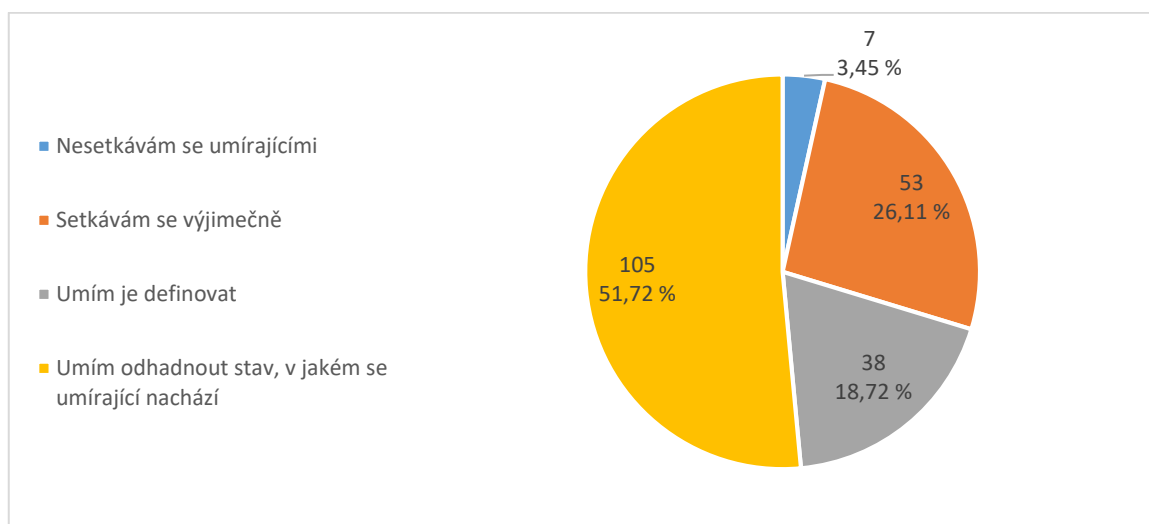
Graf 26 Psychologické posouzení průběhu nemoci

Nadpoloviční většina respondentů *zná fáze průběhu nemoci* (51,72 %). 32,51 % *umí rozpoznat jednotlivé fáze*. Ve zbylých procentech (15,76 %) pak uvádí, že se s touto problematikou *nesetkávají*.

Otázka č. 27: Znáte a umíte definovat emocionální stav umírajícího?

Znáte a umíte definovat emocionální stav umírajícího?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nesetkávám se umírajícími	7	3,45
Setkávám se výjimečně	53	26,11
Umím je definovat	38	18,72
Umím odhadnout stav, v jakém se umírající nachází	105	51,72
Celkem	203	100

Tabulka 27 Znáte a umíte definovat emocionální stav umírajícího?



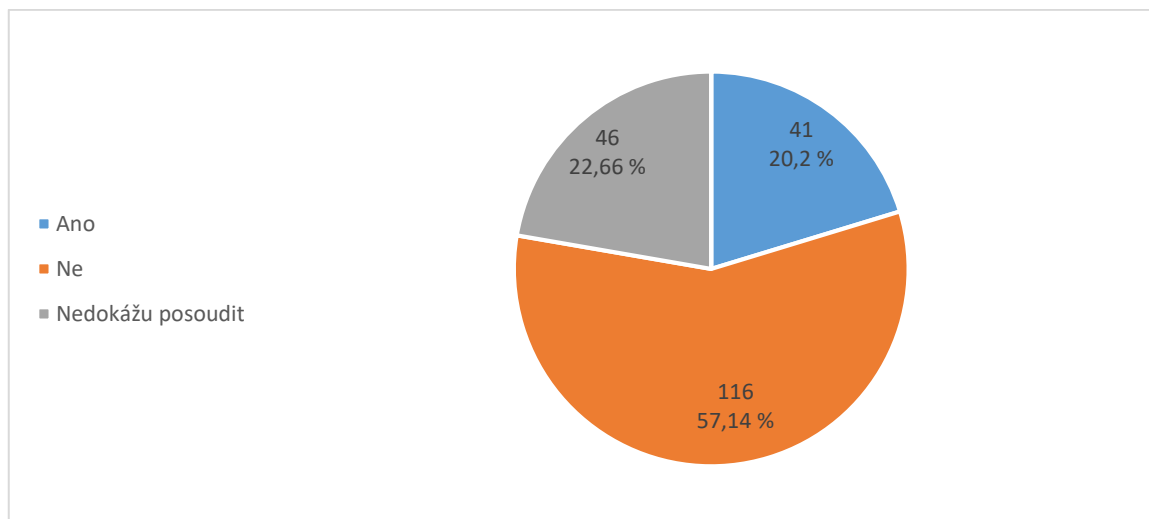
Graf 27 Znáte a umíte definovat emocionální stav umírajícího?

V této otázce pouze 7 dotazovaných (3,45 %) uvádí, že se s umírajícími *nesetkává*. Naopak nadpoloviční většina (51,72 %) *umí odhadnout stav*, v jakém se umírající nachází. Ostatní se pak setkávají s umíráním *výjimečně* (26,11 %) nebo emocionální stav *umí alespoň definovat* (18,72 %).

Otázka č. 28: Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?

Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	41	20,20
Ne	116	57,14
Nedokážu posoudit	46	22,66
Celkem	203	100

Tabulka 28 Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?



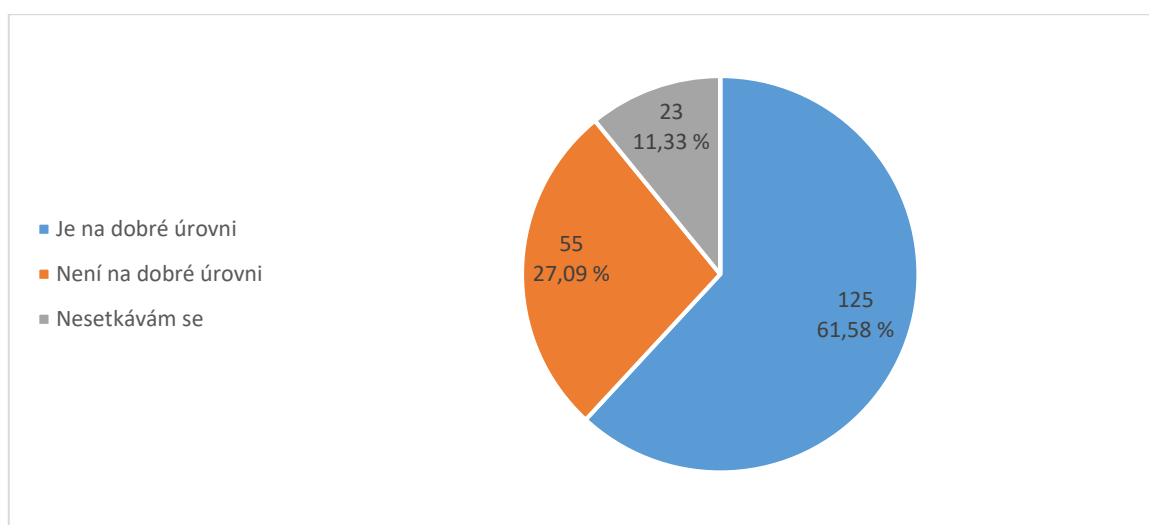
Graf 28 Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?

Celkem 116 oslovených (57,14 %) uvádí, že péči o umírající se nevěnuje dostatečná pozornost. Takto vysoké procento je do jisté míry překvapující. Kladnou odpověď *ano* zvolilo 20,2 %. Zbylých 22,66 % dotázaných *neumí* problematiku posoudit.

Otázka č. 29: Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti

Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Je na dobré úrovni	125	61,58
Není na dobré úrovni	55	27,09
Nesetkávám se	23	11,33
Celkem	203	100

Tabulka 29 Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti



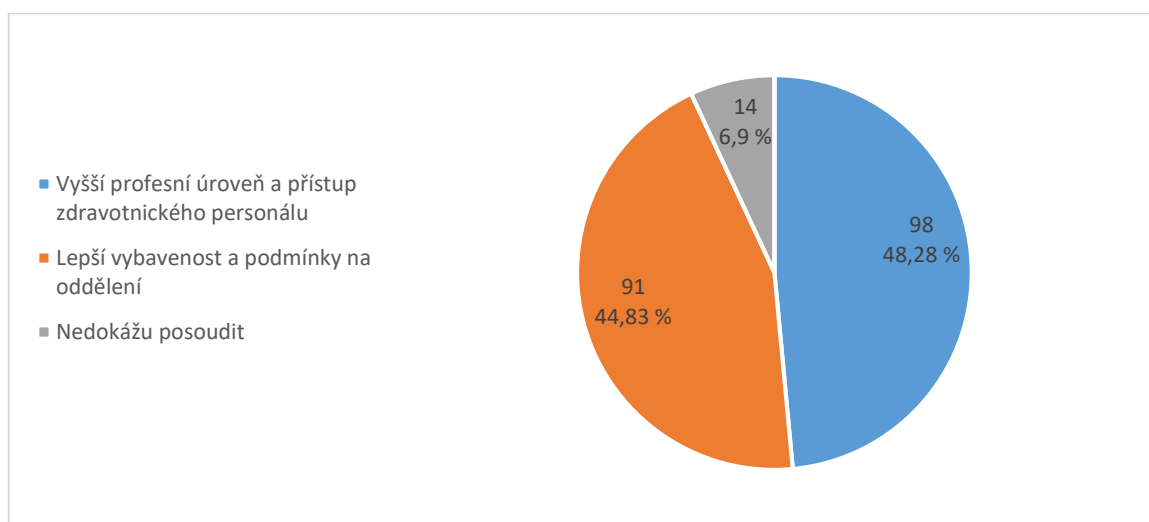
Graf 29 Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti

Oproti předchozí otázce naopak 125 dotázaných (61,58 %) uvádí, že na jeho pracovišti je k umírání důstojný přístup. Opačnou možnost zvolilo 27,09 % respondentů. 11,33 % respondentů zvolilo možnost *nesetkávám se*.

Otázka č. 30: Ke zlepšení úrovně může přispět

Ke zlepšení úrovně může přispět	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vyšší profesní úroveň a přístup zdravotnického personálu	98	48,28
Lepší vybavenost a podmínky na oddělení	91	44,83
Nedokážu posoudit	14	6,90
Celkem	203	100

Tabulka 30 Ke zlepšení úrovně může přispět



Graf 30 Ke zlepšení úrovně může přispět

Pomineme-li 14 odpovědí (6,9 %) s možností *nedokážu posoudit*, pak následující dvě možnosti ke zlepšení úrovně jsou procentuálně téměř srovnatelné. *Lepší vybavenost* 44,83 % a *vyšší profesní úroveň* 48,28 % respondentů.

10 DISKUSE

Cíl, který si tato bakalářská práce kladla, bylo zmapování kvality péče o onkologicky nemocné pacienty ve zdravotnických a pečovatelských zařízeních. Jde o souhrn poznatků získaných studiem zdrojů v odborné literatuře a vlastní praxí.

Ve smyslu hlavního cíle byla také koncipována praktická část s výzkumným dotazníkem. V něm byly otázky strukturovány do 6 okruhů, které jsou dílčími cíli. V následné diskuzi budou jednotlivé dílčí cíle posouzeny, případně i vzájemně porovnány.

První okruh otázek byl zaměřen na znalosti zdravotnického personálu onkologické problematiky. Je nutné předeslat, že respondenty, nejen v tomto případě, je zdravotnický personál průřezově z různých medicínských oborů. Zároveň také pracoviště respondentů jsou jak zdravotnická zařízení, tak též zařízení pečovatelská i sociální.

V porovnání četnosti kontaktu a vzdělávání v onkologické problematice je zřejmé, že 42,36 % se s onkologickými pacienty setkává spíše výjimečně. Při tom 20,19 % uvádí, že vzdělávání v onkologické problematice je mimo respondentův obor. Z toho tedy plyne, že rozšiřování znalostí o onkologických nemocech se věnují zdravotničtí pracovníci i mimo svůj praktický obor. Naopak cílené vzdělávání uvádí 17,73 % respondentů, přičemž 47,79 % uvádí, že zná onkologickou problematiku z běžné praxe. Tento fakt se dá interpretovat tak, že nové poznatky získávají přirozenou praxí. Jako teoretickou označilo obeznámenost s onkologickou praxí 15,27 %. Při zmiňované výjimečné četnosti kontaktu s onkologicky nemocným 42,36 % to tedy znamená, že téměř 1/3 dotázaných s onkologickou problematikou prakticky nepřichází do styku.

Další okruh otázek se zaměřil na znalosti zdravotnického personálu o možnostech léčby. V otázce znalostí jednotlivých druhů léčby uvádí 65,51 %, že možnosti léčby zná. Praktickou zkušenost má ale 39,4 % respondentů, což znamená že o možnostech léčby je obeznámeno více zdravotnického personálu, než těch, kteří se reálně podílí na léčbě. Ovšem zatím, co 23,15 % dokáže možnosti léčby alespoň definovat, 5,41 % nedokáže rozpoznat nežádoucí účinky spojené s léčbou, dalších 55,17 % je umí rozpoznat na teoretické rovině.

V okruhu otázek směřovaných na obeznámenost se specifiky nutriční podpory 3,94 % respondentů zvolilo možnost, že způsoby podávání nutriční výživy nepoužívá. To rámcově koresponduje také s otázkou nutričního stavu pacienta. Zde 5,41 % dotázaných odpovědělo, že tento stav zhodnotit neumí. 48,77 % respondentů uvádí, že se orientuje farmaceuticky

připravených výživ. Z toho plyne že 40,79 % dotázaných, kteří v prvním okruhu otázek uvedli obeznámenost s onkologickou problematikou v běžné praxi, zároveň prakticky aplikuje podávání nutriční výživy a orientuje se též v podávání farmaceuticky připravených výživ.

V otázce bolesti při onkologickém onemocnění 11,33 % respondentů odpovědělo, že bolest je vždy průvodním jevem onkologického onemocnění. Což je samozřejmě špatnou odpovědí. V otázce znalosti dělení bolesti však nezná tuto problematiku 36,45 %. Znamená to tedy, že i když vztah bolesti a onkologické nemoci respondenti umí specifikovat, v hlubší míře se v ní však neorientují. S bolestí způsobenou nádorovým onemocněním se v praxi setkává 27,09 %. Hodnotící škály bolesti však využívá 90,64 % dotázaných. Lze tedy konstatovat, že s bolestivými stavy u pacientů se v nějaké podobě setkává převážná většina dotázaných. K tomu se vztahuje také odpověď na otázku k používání opioidních a neopioindních analgetik. Tyto přípravky využívá 83,25 % dotázaných, pouze neopioindní analgetika dalších 10,34 %. K bolesti se vztahovala také otázka způsobu tlášení nefarmakologickým způsobem. V součtu odpovědí *setkávám se* (43,84 %) a *používám pravidelně* (29,56 %) docházíme ke zjištění, že používání analgetik je v procentuální převaze nad nefarmakologickými způsoby tlášení bolesti.

V okruhu otázek zaměřených na znalost paliativní péče 93,1 % respondentů uvedlo, že podstatu a rozsah paliativní péče zná. Ovšem v praxi se s ní setkává 37,43 % a přímo na oddělení pracuje 27,09 %. Dá se tak soudit, že i při znalosti paliativní péče ne každý zdravotnický pracovník ji umí i aplikovat. Pokud jde o specializovanou paliativní péči, zde přibývá v porovnání s předchozí otázkou větší procento odpovědí *umím definovat* (50,74 %). Přičemž proti 27,09 % respondentů poskytujících obecnou paliativní péči, specializovanou paliativní péči poskytuje péči 22,66 %. Na rozdílnost obecné a specializované paliativní péče poukazuje fakt, že ve stejně položených otázkách *umím definovat, setkávám se v praxi a pracuji na oddělení poskytující paliativní péči* vychází poměrně výrazně rozdílné procento odpovědí. 50,74 % odpovědí *umím definovat* v otázce specializované paliativní péče oproti 35,47 % v obecné paliativní péči znamená, že specializovaná paliativní péče je v běžné praxi aplikovaná užší skupinou zdravotnického personálu. Pokud jde o porovnání účasti na paliativní péči a spolupráce s rodinou, pak se dá říct, že *součet odpovědí setkávám se v praxi a pracuji na oddělení poskytující paliativní péči* je zhruba stejný, jako procento odpovědí *setkávám se s rodinou v omezené míře a účastním se přímo spolupráce s rodinou*.

V dílčím cíli zjišťování psychologických aspektů péče o onkologicky nemocné byly zařazeny dvě otázky. Na psychologické posouzení v průběhu nemoci navazovala znalost emocionálního stavu umírajícího. V součtu pozitivních odpovědí *znám fáze průběhu a umím prakticky rozpoznat jednotlivé fáze* (celkem 84,13 %) už menší část respondentů uvádí schopnost definovat emocionální stav a umění odhadnout stav v jakém se umírající nachází (70,44 %). Odpovědi *nesetkávám se s umírajícími a setkávám se výjimečně* (v součtu 29,56 %) je pak téměř dvojnásobná oproti odpovědi *neznám, nesetkávám se* v otázce psychologického posouzení v průběhu nemoci. Znamená to tedy, že vlastní definice emocionálního stavu umírajícího je pro respondenty obtížnější, než obecné posouzení průběhu nemoci.

ZÁVĚR

Onkologická onemocnění mají bohužel v poměru na počet obyvatel vzestupnou tendenci. Tím pádem také onkologické obory vyžadují další rozvoj na vědecké i ošetrovatelské úrovni. Bakalářská práce na téma Kvalita péče o onkologicky nemocné je souhrnem poznatků a praktických zkušeností v oblasti péče o onkologické pacienty bez ohledu na druh onkologického onemocnění. Teoretická část je věnována samotné nemoci, její léčbě, nutrici, bolesti, jako následku onkologického onemocnění, paliativní a psychologické péči. V závěru je pak zmíněn systém hodnocení kvality péče.

Praktická část pak navazuje na jednotlivé kapitoly teoretické části okruhy otázek ve zpracovaném dotazníku. Jeho respondenty jsou zdravotničtí pracovníci nejen v zařízení pečujících o onkologicky nemocné. Znamená to tedy, že se zjišťovala všeobecná obeznámenost s péčí o onkologicky nemocné, bez ohledu na zdravotnický obor. To se také odráží ve škále dat, kdy se dá všeobecně říct, že zdravotnický personál je v onkologické problematice v zásadě orientován, ale v části jen na teoretické bázi, případně se s touto problematikou vůbec neseťkává. Naopak u respondentů uvádějících praktické zkušenosti v péči o onkologicky nemocné se obeznámenost jeví na odpovídající úrovni pracovního zařazení. Procento odbornosti se přirozeně snižuje s užší specializací, kdy například v případě specializované paliativní péče se oproti obecné paliativní péči zvyšuje procento odpovědi *umím definovat* na úkor četnosti odpovědi *pracuji na oddělení poskytující specializovanou paliativní péči*. Znamená, že čím je specializace cílenější, tím se procentuálně snižuje počet zdravotnického personálu, který se v této problematice pohybuje, a naopak přibývá respondentů z obecnější znalostí bez praktické zkušenosti.

Součástí výzkumného dotazníku, která ovšem nebyla zařazena do dílčích cílů, neboť nezkoumala odbornost zdravotnického personálu, je vlastní hodnocení respondentů kvality péče a jejího případného zlepšení. V této části je výrazné dominantní hodnocení nedostatečné pozornosti péči o umírající. Oproti tomu stojí nadpoloviční většina hodnocení dobré úrovně důstojného přístupu k umírání. Dá se tedy z toho soudit, že ačkoliv většina onkologicky nemocných umírá ve zdravotnických zařízeních, nejsou tato dostatečně připravena. Zlepšení téměř ve shodném poměru vidí respondenti ve zvyšování profesní úrovně zdravotnického personálu a zlepšení vybavenosti a podmínek na oddělení

Na základě výstupů dotazníkového šetření by bylo vhodné zaměřit pozornost na vyšší obeznamenost s onkologickou problematikou také ve zdravotnických oborech, které přímo s onkologickou péčí nepřichází do styku. Průběžně též zkvalitňovat úroveň zdravotnického personálu přímo se podílejícího na péči o onkologicky nemocné. Souběžně s tím by mělo docházet k udržování, případně zvyšování, úrovně vybavenosti jednotlivých oddělení. Dalším faktorem by mělo být navyšování počtu lůžek ve specializovaných pečovatelských zařízeních, čímž by se kapacitně odlehčilo stávajícím zdravotnickým zařízením a zároveň by se zvýšil komfort hospitalizovaných pacientů.

Vůbec základním krokem nejen v onkologických onemocněních je osvěta a prevence v takovém rozsahu, aby se dařilo onemocněním eliminací rizikových faktorů v rámci možností předcházet. S tím je tedy spojena i proškolenost zdravotnického personálu mimo onkologické obory, aby dokázal první příznaky onkologického onemocnění rozpoznat a mohlo se začít se včasější, a tedy i potenciálně úspěšnější léčbou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- I. BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- II. DASTYCH, Milan. 2012, Enterální výživa v klinické praxi, Interní medicína pro praxi. *Interní medicína pro praxi*[online]. **2012**(14(4), 152-156 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <http://internimediceina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>
- III. DOSTÁLOVÁ, Olga. 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.
- IV. HAKL, Marek a KOL, 2013. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 237 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2902-5.
- V. KISVETROVÁ, Helena. 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-496-8.
- VI. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- VII. LOJAN, Radoslav. 2015. *The art of being fully present to the dying patient in palliative care*. Brno: Tribun EU, Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0963-5.
- VIII. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Igor KISS. 2015. *Geriatrická onkologie*. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3738-9.
- IX. MEISNEROVÁ, Eva. *Výživa a nádorové onemocnění. Onkologie 2017* [online]. 2017, **2017**(11(1), 24 - 28 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>
- X. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK, Zdeněk KLEIBL a kol. 2016. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3944.
- XI. OPATRNÁ, Marie. 2017. *Etické problémy v onkologii. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4522-3.
- XII. SZITÁYI, Peter, Pavel TĚŠÍNSKÝ a kol. 2013. *Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, ISBN 978-80-87023-22-8.

- XIII. ŠACHLOVÁ, Milana. 2014. Možnosti nutriční intervence při onkologické léčbě. *Onkologie* [online]. 2014, **2014**(8(6), 275-278 [cit. 2019-05-11]. ISSN 18024475. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2014/06/08.pdf>
- XIV. TOMÁŠEK, Jiří a kol. 2015. *Onkologie - minimum pro praxi*. Praha: Anoxite, ISBN 978-80-88046-01-1.
- XV. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. 2013. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, ISBN 978-80-7395-586-1.
- XVI. VOJTOVÁ, Markéta. 2011. Enterální výživa cestou výživných stomií. Postgraduální medicína [online] [cit. 2019-05-11], dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualnimedicina/enteralni-vyziva-cestou-vyzivnych-stomii-462096>
- XVII. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. 2018. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
- XVIII. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMKOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol. 2012. *Klinická onkologie pro sestry. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3742-3.
- XIX. WITTENBERG-LYLES, Elaine, 2013. *Communication in paliative nursing*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-979682-3.
- XX. ZLÁMAL, Jaroslav, Jaroslav VOMÁČKA, Zdeňka MIKŠOVÁ, Martin ŠAMAJ a Irena JEDLIČKOVÁ. 2014. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. Prostějov: Computer Media, ISBN 978-80-7402-157-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

°C	Stupeň Celsia
apod.	A podobně
Bc	Bakalář
Ca	Karcinom
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví
DiS	Diplomovaný specialista
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
EFQM	European Foundation for Quality Management
g	Gram
g/d	Gramů za den
HPV	Human papillomavirus
Ch	Charier
IASP	Mezinárodní společností pro studium bolesti
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
l	Litr
mg/m ²	Miligram na metr čtverečný
Mgr	Magistr
ml	Mililitr
ml/h	Mililitr za hodinu
mm	Milimetr
např.	Například

NOR	Národní onkologický registr
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PICC	Periferně implantovaný centrální katetr
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
Sb.	Sbírky
Sv.	Svatého
TRN	Oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí
v.	Žíla
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondenta.....	48
Graf 2 Věková skupina respondenta	49
Graf 3 Délka profesní zdravotnické praxe	50
Graf 4 Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání.....	51
Graf 5 Profesní status.....	52
Graf 6 Pracoviště respondenta	52
Graf 7 Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem.....	53
Graf 8 Jaká je Vaše všeobecná obeznámenost s onkologickou problematikou?	54
Graf 9 Jak často se vzděláváte v onkologické problematice?.....	54
Graf 10 Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických nemocí (chemoterapie, radioterapie)?	55
Graf 11 Dokážete rozpoznat nežádoucí účinky spojené s léčbou?	56
Graf 12 Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?	57
Graf 13 Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?	57
Graf 14 Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ	58
Graf 15 Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?	59
Graf 16 Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?.....	60
Graf 17 Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?	60
Graf 18 Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?	61
Graf 19 Znáte a používáte opioidní a neopoidní analgetika k tišení bolesti?	61
Graf 20 Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?	62
Graf 21 Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?	63
Graf 22 Obecnou paliativní péči	63
Graf 23 Specializovanou paliativní péči	64
Graf 24 Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?.....	65
Graf 25 Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?.....	65
Graf 26 Psychologické posouzení průběhu nemoci.....	66
Graf 27 Znáte a umíte definovat emociální stav umírajícího?.....	67
Graf 28 Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?	68
Graf 29 Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti	69
Graf 30 Ke zlepšení úrovně může přispět.....	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondenta	48
Tabulka 2 Věková skupina respondenta	49
Tabulka 3 Délka profesní zdravotnické praxe	49
Tabulka 4 Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání	50
Tabulka 5 Profesní status	51
Tabulka 6 Pracoviště respondenta	52
Tabulka 7 Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem	53
Tabulka 8 Jaká je Vaše obeznámenost o onkologickou problematikou?	53
Tabulka 9 Jak často se vzděláváte v onkologické problematice	54
Tabulka 10 Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických onemocnění (chemoterapie, radioterapie)	55
Tabulka 11 Dokážete rozpoznat účinky spojené s léčbou?	55
Tabulka 12 Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?	56
Tabulka 13 Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?	57
Tabulka 14 Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ?	58
Tabulka 15 Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?	58
Tabulka 16 Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?	59
Tabulka 17 Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?	60
Tabulka 18 Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?	60
Tabulka 19 Znáte a používáte opioidní a neopoidní analgetika k tišení bolesti?	61
Tabulka 20 Znáte způsoby tišení bolesti nefarmakologickým způsobem?	62
Tabulka 21 Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?	62
Tabulka 22 Obecnou paliativní péči	63
Tabulka 23 Specializovanou paliativní péči	64
Tabulka 24 Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?	64
Tabulka 25 Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?	65
Tabulka 26 Psychologické posouzení průběhu nemoci	66
Tabulka 27 Znáte a umíte definovat emocionální stav umírajícího?	67
Tabulka 28 Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?	67
Tabulka 29 Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti	68
Tabulka 30 Ke zlepšení úrovně může přispět	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník 1	82
----------------------------	----

Příloha 1 Dotazník 1

Vážení respondenti, jmenuji se Tomáš Havelka a jsem studentem 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral téma „Kvalita péče o onkologicky nemocné“. V této souvislosti Vás chci požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, z něhož budou čerpány poznatky pro praktickou část mé bakalářské práce. Tento dotazník je zcela anonymní a jeho výstupy budou sloužit výhradně k tomuto účelu.

U každé otázky vyberte vždy jednu z uvedených možností.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Pohlaví respondenta
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Věková skupina respondenta
 - a. Do 28 let
 - b. 29 – 40 let
 - c. 41 – 55 let
 - d. Nad 55 let
3. Délka profesní zdravotnické praxe
 - a. Do 8 let
 - b. 9 – 20 let
 - c. 21 – 30 let
 - d. Více jak 30 let
4. Dosažená odbornost podle nejvyššího ukončeného vzdělání
 - a. Středoškolské s maturitou (před platností vyhlášky č. 424/2004 Sb.)
 - b. Středoškolské s maturitou
 - c. Vyšší odborné (DiS)
 - d. Vysokoškolské (Bc)
 - e. Vysokoškolské (Mgr)
5. Profesní status
 - a. Praktická sestra
 - b. Všeobecná sestra
6. Pracoviště respondenta
 - a. Zdravotnické zařízení
 - b. Zařízení následné péče
 - c. Zařízení sociální péče
7. Četnost kontaktu respondenta s onkologicky nemocným pacientem
 - a. Výjimečně (do 5 pacientů měsíčně)
 - b. Občasně (do 20 pacientů měsíčně)
 - c. Běžně
 - d. Pracuji na onkologickém pracovišti
8. Jaká je Vaše všeobecná obeznámenost s onkologickou problematikou?
 - a. Teoretická

- b. Základy praxe
 - c. Běžná praxe
9. Jak často se vzděláváte v onkologické problematice?
- a. Mimo můj obor
 - b. Příležitostně
 - c. Cíleně
10. Jaké jsou Vaše znalosti v oblasti jednotlivých druhů léčby onkologických nemocí (chemoterapie, radioterapie)?
- a. Zním definice
 - b. Zním možnosti léčby
 - c. Podílím se na aplikaci léčby
11. Dokážete rozpoznat nežádoucí účinky spojené s léčbou?
- a. Ne
 - b. Teoreticky
 - c. Praktická znalost
12. Umíte zhodnotit nutriční stav pacienta?
- a. Neumím
 - b. Používám dotazník
 - c. Hodnotí lékař
 - d. Hodnotí nutriční terapeut
13. Znáte podstatu způsobů podávání nutriční výživy (enterální, parenterální)?
- a. Nepoužívám
 - b. Zním rozdělení ale ne podstatu
 - c. Zním rozdělení i podstatu
 - d. Prakticky aplikuji
14. Jak se orientujete v podávání farmaceuticky připravených výživ
- a. Zním z obecné prezentace
 - b. Umím zařadit přípravky pro enterální a parenterální výživu
 - c. Prakticky aplikuji
15. Je vždy bolest průvodním jevem onkologických onemocnění?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
16. Znáte dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu?
- a. Neznám
 - b. Zním
 - c. Setkávám se v praxi
17. Znáte dělení bolesti dle vztahu k nádorovému onemocnění?
- a. Neznám
 - b. Zním
 - c. Setkávám se v praxi
18. Využíváte hodnotící škály bolesti v praxi?
- a. Ano
 - b. Ne
19. Znáte a používáte opioidní a neopoidní analgetika k tišení bolesti?
- a. Zním teoreticky

- b. Používám neopioidní analgetika
 - c. Používám i opioidní analgetika
20. Znáte způsob tyšení bolesti nefarmakologickým způsobem?
- a. Zním teoreticky
 - b. Setkávám se
 - c. Používám pravidelně
21. Znáte podstatu a rozsah paliativní péče?
- a. Zním
 - b. Neznám
22. Obecnou paliativní péči
- a. Umím definovat
 - b. Setkávám se v praxi
 - c. Pracuji na oddělení poskytující paliativní péči
23. Specializovanou paliativní péči
- a. Umím definovat
 - b. Setkávám se v praxi
 - c. Jsem člen týmu poskytující specializovanou paliativní péči
24. Znáte symptomy nemoci fyzických a kognitivních funkcí?
- a. Neznám
 - b. Zním teoreticky
 - c. Umím prakticky rozlišit
25. Spolupracujete s rodinou v paliativní péči?
- a. Neposkytuji paliativní péči
 - b. Setkávám se s rodinou v omezené míře
 - c. Účastním se přímo spolupráce s rodinou
26. Psychologické posouzení průběhu nemoci
- a. Neznám, nesetkávám se
 - b. Zním fáze průběhu
 - c. Umím prakticky rozpoznat jednotlivé fáze
27. Znáte a umíte definovat emoční stav umírajícího?
- a. Nesetkávám se umírajícími
 - b. Setkávám se výjimečně
 - c. Umím je definovat
 - d. Umím odhadnout stav, v jakém se umírající nachází
28. Věnuje se péči o umírající ve zdravotnictví dostatečná pozornost?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nedokážu posoudit
29. Důstojný přístup k umírání na mém pracovišti
- a. Je na dobré úrovni
 - b. Není na dobré úrovni
 - c. Nesetkávám se
30. Ke zlepšení úrovně může přispět
- a. Vyšší profesní úroveň a přístup zdravotnického personálu
 - b. Lepší vybavenost a podmínky na oddělení
 - c. Nedokážu posoudit