

# **Informovanost pacientů s Hodgkinovým lymfomem o nežádoucích účincích léčby**

Petra Blažková

---

**Bakalářská práce**  
2020



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Blažková**  
Osobní číslo: **H160463**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Informovanost pacientů s Hodgkinovým lymfomem o nežádoucích účincích léčby**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti nežádoucích účinků léčby a řešení jejich vzniku.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumného šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- JANÍKOVÁ, A. a M. DOUBEK. Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve? Pomocník pro pacienty nejen s leukémií či lymfomem. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2694-9.
- MARCUS, R., J. W. SWEETENHAM a M. E. WILLIAMS. Lymphoma: pathology, diagnosis, and treatment. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. ISBN 9781107010598.
- NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a Z. KLEIBL. Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5103-3.
- ROHOŇ, P. Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8.
- VOKURKA, S. Postižení dutiny ústní a trávicího traktu onkologických pacientů. Praha: Current Media, 2016. Medicus. ISBN 978-80-88129-13-4.
- VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ, I. OTRADOVCOVÁ a L. KUBÁTOVÁ. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **11. října 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2020**

L.S.

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

## 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<sup>1)</sup>;
- 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<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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<sup>3)</sup> 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 4. 5. 2020

<sup>1)</sup> 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

<sup>(1)</sup> Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 nahlášení 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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se věnuje problematice informovanosti pacientů s Hodgkinovým lymfomem o nežádoucích účincích léčby. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána podstata nemoci Hodgkinova lymfomu, informovanost onkologického pacienta a režimová opatření v době onkologické léčby. V praktické části byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda technikou dotazníku. Výzkum byl určen pouze pro pacienty s diagnózou Hodgkinova lymfomu.

Klíčová slova: Hodgkinův lymfom, nežádoucí účinky, informovanost, komunikace, režimová opatření.

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the issue of information of patients with Hodgkin's lymphoma about the side effects of treatment. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part describes the nature of Hodgkin's lymphoma disease, information of the cancer patient and regimen measures during oncological treatment. In the practical part, quantitative research method was chosen using the questionnaire technique. Research was only for patients with diagnoses of Hodgkin's lymphoma.

Keywords: Hodgkin's lymphoma, side effects, information, communication, regime measures

**Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Kalovi, CSc. za vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady, vstřícnost, ochotu i trpělivost.

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

**OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 HODGKINŮV LYMFOM</b> .....	<b>12</b>
1.1 Etiologie.....	13
1.2 Klinický obraz.....	13
1.3 Diagnostika a staging.....	14
1.4 Léčba.....	16
1.4.1 Chemoterapeutické režimy .....	18
1.4.2 Léčba relapsu u HL .....	21
1.4.3 Prognóza .....	21
1.5 Nežádoucí účinky léčby.....	21
1.5.1 Chemoterapie a její nežádoucí účinky .....	22
1.5.2 Radioterapie a její nežádoucí účinky .....	24
1.5.3 Pozdní nežádoucí účinky .....	24
<b>2 PODÁVÁNÍ INFORMACÍ ONKOLOGICKÉMU PACIENTOVI</b> .....	<b>26</b>
2.1 Informovaný souhlas.....	26
2.1.1 Kdo poskytuje informace.....	27
2.1.2 Rozsah informační povinnosti .....	28
2.1.3 Doba stanovená k informování pacienta.....	28
2.2 Komunikace ve zdravotnictví .....	28
2.2.1 Základní formy komunikace.....	30
2.2.2 Komunikace s onkologickým pacientem.....	32
<b>3 DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO PACIENTY S HODGKINOVÝM LYMFOMEM</b> .....	<b>35</b>
3.1 Režimová doporučení pro příjem stravy u pacientů .....	35
3.1.1 Při nevolnosti a zvracení.....	37
3.1.2 Při mukozitidě.....	37
3.1.3 Při průjmu .....	38
3.1.4 Při zácpě.....	38
3.2 Režimová doporučení při oslabené obranyschopnosti a infekci.....	38
3.3 Režimová doporučení u poškozené kůže a alopecii .....	39
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>



---

<b>4</b>	<b>VÝZKUM A JEHO METODIKA.....</b>	<b>42</b>
4.1	Cíle výzkumu.....	42
4.2	Metodika výzkumu .....	42
4.2.1	Charakteristika respondentů .....	43
4.2.2	Organizace výzkumu .....	43
4.2.3	Interpretace výsledků výzkumu.....	43
<b>5</b>	<b>ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>66</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

*„Jen ten zápas je ztracen, který je ztracen v naší mysli.“*  
Ota Pavel

Onkologická onemocnění téměř vždy změni každodenní život nemocného, neboť v brzké době podstoupí řadu náročných vyšetření včetně dlouhotrvající léčby. Onkologická léčba často přináší i mnoho negativních nežádoucích účinků, jež mohou ztížit postup naplánované léčby. Pro zmírnění této nelehké životní situace je důležitá i psychická podpora pacienta, kterou mu může poskytnout rodina, přátelé či psycholog.

Téma „Informovanost pacientů s Hodgkinovým lymfomem o nežádoucích účincích léčby“ jsem si vybrala z toho důvodu, že Hodgkinův lymfom je nádorové onemocnění lymfatických uzlin, jež převážně postihuje mladší populaci, také jsem se s touto diagnózou setkala ve svém okolí, což mě motivovalo k napsání této práce, neboť jsem si chtěla rozšířit informace o této problematice.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký je rozsah informovanosti u pacientů s Hodgkinovým lymfomem o vzniku nežádoucích účinků, které mohou nastat během onkologické léčby. Zajímalo mě, zda pacienti mají přehled o vzniku těchto komplikací, protože většina pacientů se těchto obtíží obává. Dále jsem chtěla zjistit rozsah informovanosti o režimových opatřeních, které by dle mého názoru měl znát každý onkologický pacient nejen s diagnózou Hodgkinova lymfomu, neboť tyto informace mnohdy pomohou ke zmírnění či odstranění nežádoucích účinků. Dále jsem se zabývala tím, od koho a kde tyto informace pacienti získali – zda více v soukromí či v přítomnosti cizí osoby. Také jsem chtěla zjistit, zda byly získané informace pro pacienty srozumitelné či je naopak znepokojily.

Teoretická část přináší základní informace o Hodgkinově lymfomu, nežádoucích účincích léčby a informování pacienta. V neposlední řadě jsou zmíněna i důležitá režimová opatření v průběhu onkologické léčby.

V praktické části mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu, techniku dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnili pouze pacienti s diagnózou Hodgkinova lymfomu ve věku od 18 let.

## **I TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HODGKINŮV LYMFOM

Hodgkinův lymfom neboli lymfogranulom je onemocnění, které se morfologií, léčebnou odpovědí a průběhem zřetelně odlišuje od jiných lymfomů především vyšší citlivostí na léčbu i vyšším počtem vyléčených osob, i přes rozsáhlé postižení těla. Podstata onemocnění jsou maligní Reedové-Sternbergovy buňky i Hodgkinovy buňky, které vznikají z postgerminálních B-lymfocytů, jenž unikly apoptóze. Tyto maligní buňky poté vytváří četné cytokiny, které působí proti imunitní reakci tak, že se kolem Reedové-Sternbergových buněk objevuje zánětlivý infiltrát, který kooperuje s maligními buňkami a zároveň jim poskytne podmínky k další proliferaci i diseminaci. Přítomností tohoto zánětlivého infiltrátu se Hodgkinův lymfom odlišuje od jiných lymfomů. Pro morfologické určení nemoci je podstatné rozeznání Reedové-Sternbergových buněk i Hodgkinových buněk. Proto se provádí histologické vyšetření většího objemu tkáně pro zastižení ložisek s typickými Hodgkinovými i Reedové-Sternbergovými buňkami, protože bez jejich detekce není možné určit diagnózu Hodgkinova lymfomu (Adam et al., 2010).

Podle Rohoně (2016) je Hodgkinův lymfom nádorové onemocnění, které vzniká klonální proliferací atypických buněk, tj. Hodgkinových i Reedových-Sternbergových (H-RS). Tyto buňky vznikly transformací z B-lymfocytů germinálního centra. Podstatou onemocnění je vyšší výskyt nenádorových buněk mikroprostředí než buněk nádorových. Pomocí komplexní cytokinové i receptorové signální sítě napomáhají H-RS buňky mikroprostředí tak, aby byl Hodgkinův lymfom podporován v růstu a zároveň bráněn před účinkem protinádorové imunity.

Podle Tomáška (2015) od roku 2008 se dle současné klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO) rozděluje Hodgkinův lymfom na 2 hlavní kategorie: 1. klasický Hodgkinův lymfom, 2. nodulární Hodgkinův lymfom s predominancí lymfocytů. Tyto kategorie se liší v histologickém obrazu, klinickém průběhu nemoci a částečně i v léčbě.

**Klasický Hodgkinův lymfom (KHL)** je onemocnění, které tvoří téměř 95 % případů. Dle histologického nálezu se rozlišují 4 subtypy nemoci: nodulární skleróza, smíšená buněčnost, subtyp bohatý na lymfocyty nebo subtyp s deplecí lymfocytů. Podstata klasického HL je přítomnost nádorových Hodgkinových i Reedové-Sternbergových buněk (Tomášek, 2015).

**Nodulární Hodgkinův lymfom s lymfocytární predominancí (NHLLP)** je onemocnění, které tvoří asi 5 % případů. Od klasického HL se liší absencí H-RS buněk (Tomášek, 2015).

Roční incidence Hodgkinova lymfomu je asi 3–4 nových případů na 100 000 obyvatel. Toto onemocnění bývá častější u mužů než žen. Existuje dvouvrcholový charakter křivky věkové incidence, který je typický pro tento lymfogranulom. První vrchol je tvořen pro nemocné ve věku od 20 do 40 let, druhý tvoří skupina seniorů od 60 do 68 let. Ve výskytu onemocnění jsou zaznamenány rozdíly napříč komunitami, socioekonomickými vrstvami, etniky i rasami (Indrák, 2014).

### 1.1 Etiologie

Vokurka a kol. (2018) uvádí, že etiologie lymfomu je nejasná, ale na vzniku nemoci se podílí infekce např. EB virus či přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* u lymfomu žaludku.

Janíková a kol. (2012) uvádí, že vznik lymfomu může vyvolat také působení několika faktorů zároveň. Jedná se o faktory genetické predispozice i faktory vnějšího prostředí, tj. životní styl, dietní návyky, infekce, expozice chemickým látkám či radiačnímu záření.

Výskyt Hodgkinova lymfomu je častější u lidí, kteří mají primární deficit imunity, sekundární imunodeficit vyvolaný podáváním imunosupresiv i u nemocných s HIV (Rohoň, 2016).

### 1.2 Klinický obraz

Prvním typickým nálezem jsou zvětšené nebolestivé uzliny. Uzliny mají tuhou konzistenci, které splývají v pakety. Kvůli své velikosti i lokalizaci mohou vyvolat symptomy, které vyplývají z útlaku některých orgánů či struktur (dyspnoe při kompresi trachey či bronchu, syndrom horní duté žíly aj.). U většiny nemocných se Hodgkinův lymfom projeví i celkovými příznaky. Objevují se zvýšené teploty až horečky, sporadicky se vyskytne horečka tzv. Pelova-Ebsteinova typu (cyklické epizody horeček, které trvají 1–2 týdny). Současně s nočním pocením a se sníženou hmotností (tj. více jak 10 % váhového úbytku za 6 měsíců) spadá horečka k tzv. B-symptomům. Častým projevem onemocnění je i slabost, únava nebo svědění kůže, které se vyskytuje téměř u 20 % nemocných. K méně častým symptomům patří i autoimunitní komplikace či infekty, které vychází z buněčného imunodeficitu pacienta a zároveň komplikují průběh nemoci (Indrák, 2014).

Faber et al. (2015) uvádí, že u fyzikálního vyšetření je typická zvětšená, nebolestivá uzlina nebo pakety uzlin často na krku, supraklavikulárně, nižší výskyt je v axilách či v tříselech. Méně častým nálezem jsou zvětšená játra či slezina. Během fyzikálního nálezu je u nemocných mnohdy bledost kůže i sliznic, která vznikla na podkladě anémie u chronických chorob nebo infiltrací kostní dřeně. Zřídka je patrný otok krku, který je součástí syndromu horní duté žíly při kompresi cévních struktur mediastinální masou. Pro určení klinického stádia Hodgkinova lymfomu se využívá Ann Arbor klasifikace (tabulka 2).

Hodgkinův lymfom bývá provázen mírnou či zvýšenou sedimentací erytrocytů, zvýšenou hodnotou CRP, mírnou leukocytózou s neutrofilii. Může se objevit zvýšený počet eozinofilů, také dochází ke vzestupu hodnoty fibrinogenu. Ve většině případů má 75 % jedinců postižené uzliny v krční oblasti, také mediastinum i oblast retroperitonea (Adam et al., 2010).

### 1.3 Diagnostika a staging

U diferenciální diagnózy je nutné vyloučit reaktivní lymfadenomegálii při nenádorových onemocněních (autoimunitní onemocnění nebo infekce), postižení uzliny nehodgkinským lymfomem (velkobuněčný B-lymfom bohatý na T-lymfocyty, anaplastický velkobuněčný lymfom či primárně mediastinální B-lymfom), ale i zvážit infiltraci uzliny solidním nádorem. Z infekcí jsou nejčastěji přítomny virózy (EBV, CMV), toxoplazmóza anebo tularémie (Faber et al., 2015).

Nejprve se pomocí osobní anamnézy zjišťují systémové symptomy (tj. B-symptomy, viz kapitola 1.2), které mnohdy odvracejí možnou diagnózu tohoto onemocnění. Analýzou anamnézy se objasní i přidružená onemocnění, což je důležité z hlediska možných pozdních nežádoucích účinků i pro stanovení vhodné léčby. Mnohokrát i díky farmakologické anamnéze se rozpoznají léky, které mohou ovlivňovat velikost uzlin. Součástí diagnózy je i fyzikální vyšetření, které napomáhá k výběru mízní uzliny, eventuálně jiné tkáně, k biopsii i histologickému vyšetření. Zvětšenou lymfatickou uzlinou rozumíme uzlinu, jejíž velikost je značně větší než 1,5 cm. Prostřednictvím World Health Organisation (WHO) či Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) stupnice se posuzuje celkový stav i kondice nemocného (tabulka 1). Taktéž stupnice stanovuje, zda je nemocný schopen léčby i do jaké intenzity (Móciková, 2010).

Tabulka 1 – WHO klasifikace hodnocení celkového stavu pacienta

Stupeň	Hodnocení
0	Bez symptomů (plně aktivní, schopen všech aktivit bez omezení)
1	Symptomy nemoci přítomny, chodící (fyzicky omezen v aktivitě, ale dochází ambulantně, schopen vykonávat lehčí práci nebo kancelářskou práci)
2	Symptomy přítomny, 50 % v posteli v průběhu dne (schopen ambulantně docházet a schopen sebeobsluhy, ale neschopen vykonávat žádnou pracovní aktivitu)
3	Symptomatický pacient víc než 50 % v posteli, ale není upoután na lůžko (schopen sebeobsluhy pouze částečně)
4	Upoután na lůžko (neschopen žádné sebeobsluhy)
5	Smrt

Zdroj: Móciková, 2010, s. 149

Indrák (2014) uvádí, že pro určení diagnózy Hodgkinova lymfomu je nezbytné histologické i imunohistochemické vyšetření tkáně, které se realizuje biopsií, popř. exstirpací z postiženého orgánu, především z lymfatické uzliny. Dle histologického obrazu získaného z lymfatické uzliny je rozeznáván lymfom na dvě podskupiny. První podskupinu z histologických subtypů představuje nodulární HL s predominancí lymfocytů, druhou podskupinou je klasický HL (viz kapitola 1).

Určení histologického typu obvykle bývá složitý postup, jenž vyžaduje specializované pracoviště s kombinací dalších metod vyšetření včetně světelné mikroskopie, eventuálně cytogenetického vyšetření. Pro přesnější stanovení rozsahu nemoci se často užívá zobrazovací metoda jako CT, PET i MR s vyšetřením kostní dřeně, nejčastěji trepanobiopsií včetně vyšetření periferní krve (Vorlíček, 2012).

Podle Bajčiové a kol. (2011) staging slouží pro správné určení rozsahu onemocnění, což je zásadní i pro adekvátní léčbu. Staging vychází ze systému Ann-Arbor.

U lymfomů se používá klasifikace tzv. „Ann Arbor“ (tabulka 2), která popisuje čtyři stádia (I.–IV.) dle lokalizace i rozsahu lymfomového postižení a dodatek (písmeno A či B ke stádiu) označuje, jestli u pacienta nejsou přítomny (A) či jsou přítomny (B) celkové příznaky – noční pocení, úbytek na váze, horečky. (Vokurka a kol. 2018).

Šmardová (2006) uvádí, že je podstatné zjistit, kde všude mohou být přítomny postižené mízní uzliny a zda jsou postižené uzliny jen na jedné nebo obou stranách bránice, případně zda jsou postižené i ostatní orgány mimo lymfatický systém, např. játra, kosti aj. Klinické

stádium I–IV určuje rozsah choroby a dodnes se považuje za základní dělení. Zjistilo se, že nemocní občas mají i jiné léčebné výsledky, i když je stejné klinické stádium, proto díky hledání nových faktorů v rámci jednoho klinického stádia lze lépe stanovit prognózu nemocného i přesnější typ chemoterapie, která pravděpodobně zajistí uzdravení.

Tabulka 2 – Klasifikace Ann Arbor – klinická stádia

Stadium	Rozsah postižení
<b>I.</b>	Jedna lokalizovaná oblast (uzliny, orgán).
<b>II.</b>	Dvě nebo více oblastí na stejné straně bránice.
<b>III.</b>	Postižené oblasti na obou stranách bránice.
<b>IV.</b>	Rozsáhlé postižení orgánů, jater, kostní dřeně atd.
<b>podstadium A</b>	Pacient se v noci nepotí, nemá horečky, nehubne.
<b>podstadium B</b>	Pacient se v noci potí nebo má horečky, výrazně hubne.

Zdroj: Vokurka a kol., 2018, s. 210

## 1.4 Léčba

Král (2014) uvádí, že dle GHSG (German Hodgkin Study Group) se dnešní léčebné postupy zakládají na příznivé či nepříznivé prognóze, ale i na rizikových faktorech. Dle výskytu rizikových faktorů jsou pacienti rozčleněni do skupin (tabulka 3).

**U časných stádií s příznivou prognózou** jsou zařazeni pacienti s klinickým stádiem I–II bez rizikových faktorů.

**U časných stádií s nepříznivou prognózou** jsou zařazeni pacienti s klinickým stádiem I–II s výskytem nejméně jednoho rizikového faktoru.



Tabulka 3 – Rozdělení klinických stádií I a II u HL podle GHSG

Časné stádium s příznivou prognózou	Stádium I a II bez jakéhokoliv rizikového faktoru
Časné stádium s nepříznivou prognózou	Stádium IA až IIA s jakýmkoliv rizikovým faktorem Stádium IIB alespoň s jedním RF: <b>a)</b> FW > 30 mm/hod s přítomností B příznaků nebo > 50 mm/hod bez přítomnosti B příznaků <b>b)</b> 3 nebo více postižených uzlinových areí

Zdroj: Král, 2014, s. 113

Podle Součka (2011) v roce 2010 byly uvedeny tři prognostické skupiny (tabulka 4).

**Počáteční stádium** je označováno i jako limitované stádium I–II bez přítomnosti prognostických faktorů. Typickým léčebným postupem je exstirpace postižených uzlin či radioterapie na postižené uzliny o dávce 20-30Gy.

**Intermediární stádium** je označováno i jako limitované stádium I–II s nepříznivými prognostickými faktory. Obvykle se podávají čtyři cykly chemoterapie. Do postižených oblastí uzlin se aplikuje i radioterapie. Patří sem pacienti s typickým mimouzlinovým postižením či objemnými uzlinovými masami v mediastinu (bulky disease).

**Pokročilé stádium** je označováno i jako extenzivní stádium III–IV. Léčí se pouze kombinovanou chemoterapií. Radioterapie je zvažována v případě reziduí.

Tabulka 4 – Prognostické skupiny

	GELA/EORT	GHSG	NCCN
<b>Prognostické faktory</b>	Velká mediastinální masa	Velká mediastinální masa lymfomu	Velká mediastinální masa lymfomu, průměr >10vm
	Věk 50 roků a více	Extranodální postižení	B-symptomy nebo sedimentace erytrocytů/h >50
	B-symptomy nebo sedimentace erytrocytů/h > 50		4 a více postižených míst
	4 a více postižených míst	3 a více postižených míst	

<b>Časné stádium s příznivou prognózou</b>	Stádium I a II bez jakéhokoliv rizikového faktoru	Stádium I a II bez jakéhokoliv rizikového faktoru	Žádné rizikové faktory
<b>Časné stádium s nepříznivou prognózou</b>	Stádium I a II s jakýmkoliv rizikovým faktorem	Stádium IA a IA s jakýmkoliv rizikovým faktorem, nebo stádium IIB s 3. či 4. rizikovým faktorem, ale bez 1. a 2. rizikového faktoru	Jakýkoliv rizikový faktor
<b>Pokročilé stádium</b>	Stádium III a IV	Stádium IIB s 1. nebo 2. rizikovým faktorem a dále klinická stádia III a IV	Stádium III a IV

Zdroj: Souček, 2011, s. 681

**Poznámka:** GELA (Groupe d'études des lymphomes de l'Adulte), EORTC (European organisation for Research and Treatment Cancer), GHSG (German Hodgkin's lymphoma study Group), NCCN (National Cancer Comprehensive Network), (Souček, 2011, str. 681).

#### 1.4.1 Chemoterapeutické režimy

Móciková (2014) uvádí jednotlivé chemoterapeutické režimy léčby Hodgkinova lymfomu.

**Režim MOPP** je prvním chemoterapeutickým režimem, který se používal u pokročilých stádií Hodgkinova lymfomu, který získal pouze 84% odpověď na léčbu. MOPP zahrnoval cytostatika (mechloreタミン, vinkristin, prokarbazin, prednison). Nežádoucím účinkem režimu byla dlouhodobá toxicita se ztrátou fertility a vznik sekundárního myelodysplastického syndromu.

**Režim ABVD**, který zahrnuje cytostatika (adriamycin, bleomycin, vinblastin, dakarbazin), je brán jako efektivnější než režim MOPP.

**Režim STANFORD V** zahrnuje cytostatika (vinblastin, doxorubicin, vinkristin, bleomycin, mustard, etoposid, prednison) s radioterapií o 36–44 Gy. Využíván hlavně u pokročilých stádií lymfomu.

**Režim eskalovaný BEACOPP** byl vyvinut německou skupinou neboli German Hodgkin Study Group (GHSG), který zahrnuje cytostatika (bleomycin, etoposid, doxorubicin, cyklofosamid, vinkristin, prokarbazin, prednison).

Tabulka 5 – Standardní chemoterapeutické režimy používané v primární léčbě HL

<b>Chemoterapeutický režim</b>	<b>Kombinovaná cytostatika</b>
<b>MOPP</b>	<b>Mustargen, Oncovin, Prokarbazin, Prednison</b>
<b>COPP</b>	<b>Cyklofosfamid, Oncovin, Prokarbazin, Prednison</b>
<b>ABVD</b>	<b>Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dakarbazin</b>
<b>MOPP/ABV (hybridní režim)</b>	<b>Mustargen, Oncovin, Prokarbazin, Prednison/Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin</b>
<b>COPP/ABV (hybridní režim)</b>	<b>Cyklofosfamid, Oncovin, Prokarbazin, Prednison/Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin</b>
<b>MOPP/ABVD (alternující režim)</b>	<b>Mustargen, Oncovin, Prokarbazin, Prednison/Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dakarbazin</b>
<b>COPP/ABVD (alternující režim)</b>	<b>Cyklofosfamid, Oncovin, Prokarbazin, Prednison/Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dakarbazin</b>

Zdroj: Indrák, 2014, s. 341

Mayer (2016) uvádí léčebné postupy u jednotlivých stádií v léčbě 1 linie u Hodgkinového lymfomu (HL):

#### a) Počáteční stádia HL

##### Popis skupiny

- I a II. stádium bez přítomnosti rizikových faktorů.

##### Léčebný postup

- Aplikují se dva cykly ABVD a radioterapie (RT) IF 20–30Gy.

#### b) Intermediární stádia HL

##### Popis skupiny

- IA, IB, IIA i stádium IIB, přítomnost rizikových faktorů (vysoká FW, postižení uzlin).

##### Léčebný postup

- Podle normy GHSG se mladším pacientům (tj. do 60 let věku) aplikují dva cykly chemoterapeutického režimu tzv. BEACOPP eskalovaný s radioterapií (RT) IF 30 Gy.

### c) Pokročilá stádia HL

#### Popis skupiny

- stádium III., IV. i IIB s přítomností rizikových faktorů (velký mediastinální tumor či extranodální postižení).

Pokročilá stádia HL u mladších pacientů (do 55–60 let věku – podle biologického stavu).

#### Léčebný postup

- Normou GHSG se podle studií aplikuje intenzifikovaná terapie o šesti cyklech chemoterapeutického režimu (tj. BEACOPP eskalovaný, popř. šest cyklů ABVD).
- **Indikace pro RT** – 30 Gy/15 frakcí/3 týdny na oblast rezidua je možný (podle výsledků po skončení CHT), nejčastěji navrhována u pacientů s PET pozitivním reziduem.
- u nemocných s vážnou komorbiditou (např. kardiální) se aplikuje chemoterapie o šesti až osmi cyklech chemoterapeutického režimu COPP společně s RT rezidua 30Gy/15 frakcí/3 týdny.
- RT se aplikuje po posledním cyklu chemoterapie za 4–6 týdnů, kdy dojde i k úpravě krevních elementů v krevním obraze.

Pokročilá stádia HL u starších pacientů (od 50–60 let věku – podle biologického stavu)

#### Nemocní s kurativním cílem

- aplikuje se chemoterapie (CHT) o šesti cyklech ABVD režimu, po ukončení terapie CHT se provádí PET
- je-li na PET zjištěn pozitivní reziduální tumor o velikosti 2,5 cm, tak se indikuje RT 30 Gy dle studie GHSG.

#### Nemocní s primárně paliativním cílem

- nemocní ve věku 60 a více let, kteří mají vážnou komorbiditu (např. kardiální), aplikuje se CHT o šesti až osmi cyklech COPP režimu včetně RT rezidua 30 Gy/15 frakcí/3 týdny.

### 1.4.2 Léčba relapsu u HL

Tabulka 6 – Relaps po terapii časných stádií HL

Časný relaps (do 12 měsíců)	Vysokodávkovaná léčba s ASCT
Pozdní relaps (déle než 12 měsíců) nebo relaps po samotné radioterapii	8x ABVD nebo 8x BEACOPP eskalovaný + RT

Zdroj: Mayer, 2016, s. 309

Tabulka 7 – Relaps po terapii intermediálních a pokročilých stádií

Časný relaps (do 12 měsíců)	Vysokodávkovaná léčba s ASCT (u pacientů do 60 let)
Pozdní relaps (déle než 12 měsíců)	Radioterapie na reziduální tumor
Další relaps	Alogenní transplantace

Zdroj: Mayer, 2016, s. 309

Mayer (2016) uvádí, že pacientům u prvního relapsu se aplikuje chemoterapeutický režim ASCT jako záchranná léčba. Pokud u pacientů po ASCT hrozí i nadále vysoké riziko relapsu HL, indikuje se konsolidační léčba brentuximad vedotin (BV).

BV je charakterizován jako konjugát monoklonální protilátky, který se podává v tří-týdenních cyklech v dávce 1,8 mg/kg (Doležalová, 2016).

Zároveň se BV aplikuje u pacientů, kteří jsou v relapsu po podání režimu ASCT, většinou se i zvažuje alogenní transplantace kmenových buněk. BV je indikován u nemocných, kterým nelze podat ASCT v druhé linii léčby nebo u nemocných s opakovaným relapsem HL či u pacientů, kterým nelze provést alogenní transplantaci (Mayer, 2016).

### 1.4.3 Prognóza

Šance na vyléčení u HL se odhaduje až na 85 % díky moderní radioterapii i chemoterapii. Uvádí se, že u příznivého časného stádia je pětileté celkové přežití více než 95 %. Rovněž u nepříznivého časného stádia se uvádí více než 90 %, u pokročilých stádií téměř 85–90 %. Riziko prvního relapsu po první linii léčby u časných stádií HL se odhaduje kolem 10–15 %, u pokročilých stádií se udává až 20–40 %, a to v 50 % do 12 měsíců po léčbě (Vydra a kol., 2019).

## 1.5 Nežádoucí účinky léčby

Většinou se během užívání cytostatik každý setká s konkrétním nežádoucím účinkem, protože cytostatika mají velké množství vedlejších účinků. Příčinou vzniku nežádoucích účinků protinádorové chemoterapie je aplikace cytostatik, které nerozpoznají nádorovou buňku od zdravé, normální buňky. Tudíž dochází k poškození rychle se dělící nádorové a nenádorové buňky v našem těle. Intenzita, množství i typ nežádoucích účinků

onkologické léčby závisí na druhu i množství užívaného cytostatika i na celkové reakci organismu. Typickými buňkami, které bývají často poškozeny cíleny, jsou zdravé buňky reprodukčních orgánů, sliznic trávicího traktu, vlasových váčků, ale také buňky ledvin, srdce, močového měchýře, plic i nervového systému a v neposlední řadě také krevní elementy (Kolářová a kol., 2019).

### **1.5.1 Chemoterapie a její nežádoucí účinky**

**Chemoterapie** je aplikace určitých léků označovaných jako produkty chemické syntézy. V onkologii chemoterapie znamená aplikování léků s cytotoxickým účinkem. Jedná se o deriváty látek získané z rostlin, plísní nebo o látky syntetického původu. Typickým cílem cytostatik je poškodit nádorovou DNA (Adam et al., 2011).

#### **Nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt**

Mezi běžně opakované nežádoucí účinky pro oblast zažívacího traktu patří nevolnost, zvracení i průjemové stavy. Před aplikací chemoterapie se nemocným podávají léky ze skupiny antiemetik či kortikoidů jako prevence vzniku zvracení i nevolnosti (Kolářová a kol., 2019).

Tyto komplikace jsou velmi nepříjemné, avšak neohrožují pacienta na životě, ale při opakovaném výskytu může pacient odmítnout další postup léčby. Tyto symptomy ovlivňují pacienta k příjmu tekutin i výživných látek, tudíž hrozí úbytek na váze, dehydratace i metabolický či minerální rozvrat (Karešová, 2011).

Kolářová a kol. (2019) dále uvádí, že suchost, pálení v ústech a bolestivé polykání jsou další symptomy, které vznikly na podkladě zánětu sliznice dutiny ústní, hltanu, jícnu a poruchy produkce slin. Pro zmírnění těchto příznaků se doporučuje pečlivá hygiena dutiny ústní (kapitola 3).

#### **Nežádoucí účinky na krvetvorbu**

Podle Kolářové a kol., (2019) je typickým vedlejším účinkem leukopenie, erytrocytopenie a trombocytopenie.

Leukopenie neboli pokles počtu bílých krvinek. Dochází k ní obvykle od 8–10 dní po aplikaci cytostatik, v ojedinělých případech se pokles bílých krvinek může vyskytnout i později. Pacient je náchylný k infekcím kvůli snížené obranyschopnosti organismu. Mnohdy infekce ohrožují pacienta na životě. U pacienta je nutné kontrolovat známky infekce (hlavně fyziologické funkce). Je-li u nemocného přítomná horečka, podává se

antibiotická léčba s hospitalizací pacienta. Dle ordinace lékaře jsou pacientům indikovány látky na povzbuzení tvorby leukocytů v kostní dřeni (tj. Zarzio).

Erytrocytopenie je pokles počtu červených krvinek. Objevují se závratě, únava, spavost, celková slabost organismu, malátnost, nevykonnost, dušnost až kolapsové stavy. Erytrocyty se dodávají transfuzí či růstovým faktorem (erythropoetin-Neorecormon), který podporuje tvorbu vlastních erytrocytů.

Trombocytopenie neboli pokles počtu krevních destiček. Dochází k němu obvykle od 10–15 dne po aplikaci cytostatik. Bývá provázena krvácením do močového měchýře, očních spojivek, z nosu, sliznic dutiny ústní i kůže (hematomy, petechie, sufuze).

#### **Nežádoucí účinky na kůži a vlasové folikuly**

Podle Chocenské a kol. (2009) alopecie neboli ztráta vlasů nastává kdekoli na těle včetně pokožky hlavy, obličeje, horních i dolních končetin a v neposlední řadě také v pubické oblasti. Alopecie či ochlupení zmizí během léčby úplně, postupně anebo v konkrétních místech. Alopecie je přechodná a po skončení léčby opět dorostou.

Vokurka a kol. (2018) uvádí, že kožní změny se mohou projevit hlavně erytémem, exantémem, exfoliací i deskvamací (suchou či vlhkou), erozí i exkoriací, ulcerací, pigmentací, ale kožní změny také zahrnují strie, teleangiektázii, fibrózu, infiltraci či atrofii kůže. Převážně jde o dočasné změny.

#### **Nežádoucí účinky na žilní systém v místě aplikace chemoterapie**

Podle Vokurky a kol. (2018) jsou flebitidy a extravazace cytostatik nejčastějším problémem. Extravazace cytostatik vyvolá zánět, fibrotizaci eventuálně i nekrózu tkáně v zasažené oblasti. Extravazace rizikových nekrotizujících cytostatik způsobí závažné následky, které se projeví otokem, bolestí i zarudnutím v postiženém místě. Může nastat nekróza kůže i podkoží s poškozením lokálních cév i nervů. Autoři uvedli cytostatika, která poškozují tkáň při extravazaci: jde např. o doxorubicin, vincristin, vinblastin, bleomycin, dacarbazin, etoposid, atd.

Karešová a kol. (2011) uvádí, že při dlouhodobém podávání cytostatické léčby se nemocným doporučuje implantabilní venózní port, který se zavádí do podklíčkové žíly, protože při opakované aplikaci chemoterapie dochází ke zmenšení průměru žil.

### **Nežádoucí účinky na pohlavní ústrojí a sexuální funkce**

Vlivem aplikace chemoterapie dochází u žen k poškození vaječníků i ke snížené tvorbě hormonů, což se projeví nepravidelností či zástavou menstruačního cyklu. V důsledku poškození vaječníků hrozí u žen dočasná či trvalá neplodnost (Karešová a kol., 2011).

Vokurka a kol. (2018) uvádí, že prevencí vzniku gonadotoxicity u žen je odebrání a uchování oocytů či přímo embrya před zahájením onkologické léčby.

Vlivem chemoterapie dochází u mužů k poškození funkce i sníženému počtu spermií, což způsobí také dočasnou či trvalou neplodnost (Kolářová a kol., 2019). Proto se u mužů doporučuje spermabanking (kryoprezervace spermatu), která zabrání riziku vývoje gonadotoxicity s poruchou plodnosti. Doporučená ochranná pauza před přirozeným oplodněním partnerky je 6 měsíců po ukončení léčby (Vokurka, 2018).

#### **1.5.2 Radioterapie a její nežádoucí účinky**

**Radioterapie** je neustále považována za první i zásadní léčebnou modalitu. V současné době je zřetelný nižší výskyt nežádoucích účinků radioterapie díky ozařovacím technikám, které jsou stále vylepšovány. Radioterapie jako adjuvantní léčba po aplikaci chemoterapie má obrovský vliv pro odstranění tzv. reziduálního tumoru, a to u pacientů s pokročilým stádiem HL (Indrák, 2014).

Karešová a kol. (2011) uvádí, že u radioterapie se rozeznávají celkové či místní, časné či pozdní nežádoucí účinky. K časným nežádoucím účinkům se řadí kožní reakce, poškození sliznic trávicího traktu, poškození krevetvorby.

#### **1.5.3 Pozdní nežádoucí účinky**

Dle Vokurky a kol. (2018) se mnohdy u pacientů vyléčených z nádorového onemocnění objeví i po letech pozdní následky onkologické léčby. Tudíž po skončení léčby je nezbytná dlouhodobá dispenzarizace. I přes úspěšnou léčbu Hodgkinova lymfomu hrozí ze sekundárních malignit vyšší riziko leukémií, lymfomů, nádorů plic, prsu či štítné žlázy.

### **Endokrinní dysfunkce**

Hypothyreóza – následkem dysfunkce je ozáření krku (lymfomy). U pacienta se provádí jedenkrát ročně nebo dle symptomů vyšetření hladiny TSH. Pokud se prokáže hypothyreóza, tak je nezbytná doživotní substituce hormonů štítné žlázy (Vokurka a kol. 2018).



**Kardiotoxicita**

Poškození srdce většinou nastává po překročení dávky cytostatika, kdy nejtěžší poškození vzniká u skupiny antracyklinů (např. bleomycin), tudíž se před aplikací první chemoterapie provede vyšetření srdeční funkce (EKG, ECHO) jako prevence srdeční poruchy (Karešová a kol., 2011).

Akutní kardiotoxicita následkem mediastinální radioterapie nebo chemoterapeutického režimu, jenž obsahuje antracykliny, je relativně vzácná. Následkem terapie může vzniknout ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie včetně akutního srdečního selhání (Marcus et al., 2014).

**Plicní toxicita**

Vlivem aplikace chemoterapie s bleomycinem může dojít k plicní fibróze, která se projeví kašlem, bolestmi na hrudi či dušností (Vokurka a kol. 2018).

**Nefrotoxicita a urotoxicita**

Vlivem aplikace cytostatik může dojít k přímému poškození ledvin, tudíž nedochází k odstraňování zplodin z organismu. Objevují se dysurické obtíže při poškození močového měchýře (hematurie, strangurie, nykturie). Podstatná je dostatečná hydratace během chemoterapie i po ní (Kolářová a kol., 2019).

## 2 PODÁVÁNÍ INFORMACÍ ONKOLOGICKÉMU PACIENTOVÍ

„Lékař informuje pacienta o jeho zdravotním stavu, diagnóze, prognóze a v neposlední řadě i léčbě. Informace, které pacient od lékaře obdrží, jsou rozhodující pro jeho psychickou pohodu, spokojenost, ale i délku léčby.“ (Ptáček a kol., 2011, s. 67).

Je-li pacient dostatečně informován, snižuje to riziko vzniku úzkosti i stresu. Rovněž dochází k lepší adaptaci na léčebný režim, pacient zná lépe svůj zdravotní stav, je spokojenější s péčí a v neposlední řadě požaduje méně léků a jeho hospitalizace je značně kratší než u nemocných, kteří neobdrželi dostatečné informace. Mnohdy lékaři neposkytují dostačující informace pacientům, což vede často k podání stížnosti na lékařskou péči. Sdělování eventuálně podávání informací je důležitou dovedností, kterou musí zvládat každý lékař (Ptáček a kol., 2011).

### Jak podávat informace

Ptáček a kol. (2011) uvedli 3 zásadní cíle v lékařské komunikaci při sdělování informací:

- snažit se porozumět nemocnému,
- redukovat úzkost a nejistotu u pacienta,
- snažit se o spolupráci s pacientem.

Pro splnění těchto cílů, je důležité zjistit, zda nemocný porozuměl problému. Lékař nejprve popíše, jaké informace dle doporučeného postupu podá pacientovi. Informace by měly obsahovat: např. výsledky vyšetření, testů, diagnózu, příčinu potíží eventuálně postup dalších zákroků, léčebný plán i režimová doporučení. Poté je nezbytné shrnutí, zda lékař chápe pacientův problém a zda pacient svému stavu rozumí (Ptáček a kol., 2011).

### 2.1 Informovaný souhlas

Pro sdělování informací je informovaný souhlas nezbytnou pomůckou a pokládá se za řádný projev vůle nemocného. Z faktického ani právního hlediska nelze bez informovaného souhlasu léčit nemocného (Haškovcová, 2007).

Těšinová a kol. (2019) také uvádí, že zdravotní péče musí být poskytována jednak *lege artis*, a pacient musí dát informovaný souhlas s péčí. Jedině tak zdravotní péče nebude protiprávním jednáním.

Dle § 31 zákona o zdravotních službách (tj. zákon č. 372/2011 Sb.) „je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit, aby pacient byl srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním

léčebném postupu a všech jeho změnách. Dále je povinen umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musejí být srozumitelně zodpovězeny.“ (Ptáček a kol., 2017, s. 51).

Podle Šnédara (2014) jsou pravdivé informace o zdravotním stavu i doporučených léčebných postupech jedním z práv pacientů, ke kterému náleží i právo na pokládání doplňujících dotazů ze strany pacienta, jenž musí obdržet kompletní i reálné odpovědi.

Šnédar (2014, s. 57) uvádí, že **pacient musí dostat informace o:**

1. Příčině i původu onemocnění, pokud jsou tyto informace sděleny, nutno doplnit údaje o stádiu nemoci i předpokládaném vývoji.
2. Významu, povaze, domnělých výhodách, důsledcích či komplikacích navrhovaných zdravotních služeb a samotných zdravotních výkonech.
3. Dalšíh eventualitách, tj. Poskytování zdravotních služeb včetně jejich vhodnosti, výhodách i rizicích pro nemocného.
4. Následující nezbytné léčbě.
5. Omezeních i opatřeníh ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.
6. Eventualitě (právu) vzdát se práva na podání informací o svém zdravotním stavu (tj. Nebýt informován).
7. Právu vzít jednou již daný souhlas (i nesouhlas) zpět, a to z libovolného důvodu nebo i bez uvedených důvodů.
8. Právu stanovit osobu, kterým budou podávány informace o jeho zdravotním stavu nebo tyto osoby úplně vyloučit.

### 2.1.1 Kdo poskytuje informace

Ptáček a kol. (2017, s. 52) uvádí, že „podle zákona č. 372/2011 Sb. informace o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informací týká. Ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána“.

Dle tohoto autora je ošetřující lékař odpovědný za kvalitní i nutný obsah informací, které se sdělují pacientovi. Informování nemocného je i úkolem zdravotnického personálu,

neboť se účastní jeho léčby a péče o něj. Zdravotničtí pracovníci sdělují informace dle svých stanovených kompetencí (Haškovcová, 2007).

### **2.1.2 Rozsah informační povinnosti**

Poučení v rámci informovaného souhlasu by nemělo být unavující, neboť pacienta je nutné důkladně informovat, jak stanoví Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Pacientovi je nutné sdělit všechny podstatné i rozhodné informace. Pokud pacientovi budou oznámeny kompletní i pravdivé informace, jak plyne z textu úmluvy, tak bude moci svobodně rozhodovat o svém příštím osudu. Při podávání informací je nezbytné zohlednit i pacientovo vzdělání, intelektuální úroveň včetně schopnosti zpracovat podané informace. Řádné informování je splněno tehdy, pokud pacient všemu porozuměl. Během komunikace není vhodné užívat odborná slova, protože brání v porozumění sdělované informace. Rovněž je důležité pacientovi objasnit otázky a poskytnout mu doplňující informace (Těšinová a kol., 2019).

### **2.1.3 Doba stanovená k informování pacienta**

Pacient musí obdržet informace „předem“, tj. dokud neposkytl vlastní souhlas, jak plyne z logiky věcí, ale i Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Dále se musí pacientovi poskytnout dostatečný prostor pro zvážení, zda se podrobí péči či ji odmítne (Těšinová a kol., 2019).

## **2.2 Komunikace ve zdravotnictví**

Podstatnou pomůckou pro lidské soužití je komunikace, která je naprostou nezbytností pro lékařské i psychologické obory. Podstatné informace se sdělují ústně, ale i neverbálně, např. gesty, postoji těla atp. (Angenendt a kol., 2010).

Při interakci s lidmi dochází ke komunikaci, kterou lze provádět pomocí gest, jiných neverbálních forem, písma, ale i pomocí sdělovacích prostředků. Pro ošetrovatelskou péči je komunikace nezbytnou součástí, neboť dovednost komunikovat přispívá k navázání kontaktu s pacientem i jeho zlepšování. Komunikace bývá označována jako vzájemná výměna informací, pokud probíhá mezi lidmi. Taková komunikace se označuje jako sociální (Zacharová, 2017).

Venglářová a Mahrová (2006) uvádí, že sociální komunikace je prostá konverzace s pacientem, jež má vybudovat vztah mezi pacientem a osobami, které ho ošetřují. Zároveň zdravotníkům ulehčí další komunikaci během ošetřování pacienta.

Podle Venglářové a Mahrové (2006) strukturu sociální komunikace tvoří:

- **Komunikátor** – dává informaci druhé osobě.
- **Komunikant** – osoba, které jsou informace sdělovány.
- **Komuniké** – obsahuje výklad zprávy, informací, názorů, myšlenek, potřeb, postojů, problémů či emocí.
- **Komunikační jazyk** – zprostředkovává přeno sdělení.
- **Komunikační kanál** – jedná se o způsob sdělování informací.

Zacharová (2016) popisuje několik podstatných úseků z oblasti sociální komunikace pro ošetrovatelskou praxi ve vztahu zdravotník a pacient. Jedná se o tyto úseky:

### **Potřeba informovanosti pacientů**

Většina pacientů nepožaduje žádné informace, postačí jim pouze pokyny od zdravotníků. Nejčastěji se jedná o seniory či pacienty s nižším vzděláním či s omezeným přehledem. Dále jsou pacienti, kteří chtějí velké množství informací o průběhu či závažnosti jejich nemoci. Jestliže se pacientovi nedostane odpovědi a neodváží se znovu zeptat, rozvine se úzkost, nejistota i nedůvěra vůči zdravotníkům, a tak dochází k obavám a jeho zdravotní stav se nelepší.

### **Prospěšnost a škodlivost podávaných informací**

V případě, že byl pacient řádně informován, nezpůsobí během léčebného procesu pochybení, rozezná zásadní pokyny od méně zásadních, rovněž spolupracuje a důvěřuje zdravotníkům. Informace, které jsou pro pacienta nebezpečné a mohou ho poškodit, se označují jako iatropatogenní. Iatropatogenie vznikne tehdy, pokud v rámci léčby a vlivem lékaře dojde k bio-psycho-sociálnímu poškození pacienta. Sororigenie je zase poškození pacienta sestrou. Pokud zdravotníci během sdělování informací dají najevo rozpaky nebo vysvětlují situaci příliš odlišně, může se pacient domnívat, že zdravotník usiluje o zamlčení nepříznivých informací. Zdravotníci tedy musí volit slova uvážlivě, opatrně či cílevědomě.

### **Poskytování pokynů a poučení o léčbě**

Když zdravotník poskytne informace pacientovi srozumitelně a jasně, ten mnohdy předpokládá, že všemu rozumí a zařídí se podle toho. Faktem zůstává, že pacienti chápou zkráceně všechny informace a doporučení nebo ne všemu porozumí. Tohle jsou nejčastější příčiny: inteligence i úroveň vzdělání nemocných, smyslové poruchy, špatná paměť, úzkost i deprese nebo nerozeznání příkazů, doporučení i dovolení.

## 2.2.1 Základní formy komunikace

### Verbální komunikace ve zdravotnictví

„Verbální komunikace je sdělování informace pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace.“ (Janáčková a Weiss, 2008 s. 15).

Zacharová (2017) uvádí určité zásady kvalitní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Jedná se o **individuální přístup**, jenž je důležitou zásadou pro zdařilou komunikaci, součástí je i zdůrazňování potřeby šetrného i ohleduplného přístupu a v neposlední řadě i zjištění, co by mohlo nemocnému pomoci či uškodit. Dále je nutná **úcta k pacientovi**, uznávat ho jako osobnost a za jakékoli situace ho respektovat. Během interakce je utvářen **pozitivní vztah ke klientovi**, kdy postoj sestry k nemocnému může být vyjádřen řečí, slovem, výrazem tváře, pohledem nebo pohybem těla, to vše má na pacienta psychologický vliv. V neposlední řadě je nezbytný i **slovní kontakt** ze strany sestry. Slova musí být volena s rozvahou, neboť sestra pomocí slov přemlouvá, inspiruje i podporuje pacienta.

Jiný autor uvádí, že pro efektivní komunikaci nestačí volit pouze správná slova, ale je nutné věnovat pozornost i dalším prvkům, tj. rychlosti řeči, hlasitosti, pomlčkám, výšce hlasu, slovní srozumitelnosti, délce projevu či intonaci. Pro zdařilou verbální komunikaci jsou rovněž nezbytná i stanovená kritéria. Jedná se o **stručnost**, neboť informace vypadá odborně, je nutné dát pacientovi prostor pro dotazy. Další kritérium je **zřetelnost**, kdy se sděluje pouze podstata věci. Brát v úvahu i **vhodné načasování** (dostatek času, nerušený prostor, soukromí) a v neposlední řadě je nutná také **adaptabilita** či **jednoduchost** (Venglářová a Mahrová, 2006).

Součástí verbální komunikace je rozhovor, který je definován jako „plánovaná komunikace nebo konverzace, která se uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu.“ (Zacharová, 2017, s. 36 In Kristová, 2004, s. 56).

Dle Zacharové (2016) se pomocí rozhovoru získají informace o postojích, názorech, životním stylu pacienta. Máme tak přehled o sociální situaci i emočních vazbách pacienta. Rozhovor plní uspokojí potřebu sociálního kontaktu, bezpečí i jistoty, pomůže upřesnit informace o subjektivních příznacích choroby a potížích nemocného eventuálně zajistí spolupráci s pacientem v léčebném i ošetrovatelském procesu.

Dle Zacharové (2016) se sestra může setkat v ošetrovatelské praxi s těmito rozhovory:

- **Rozhovor závislý na cíli** – např. Informační (slouží k získávání či sdělování informací), motivační, ventilační (slouží k uvolnění napětí), hodnotící (při vyhodnocování aktivity, samostatnosti, spolupráce), pervazivní.
- **Rozhovor dle počtu lidí** –např. Individuální nebo skupinový.
- **Rozhovor podle obsahového zaměření** – např. Diagnostický, terapeutický, edukační a informační.

Plevová (2019) uvádí, že v souvislosti s komunikací je ze strany zdravotnického personálu nutností zachovávat mlčenlivost. Zdravotnický personál je povinen respektovat mlčenlivost o faktech, které zjistil v rámci poskytování zdravotních služeb. Dle § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

### **Neverbální komunikace ve zdravotnictví**

Neverbální komunikaci lze vymezit jako řeč těla a patří do ní jakékoli projevy, které pacient vysílá. „Neverbální projevy v práci sestry mají svůj význam. Mohou ji pomoci ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní jednání a chování, ovlivňovat dojem, kterým působí na jiné, lépe pochopit prožívání, emocionální stavy a potřeby pacientů.“ (Zacharová, 2017, s. 105).

Druhy neverbální komunikace dle Plevové a kol. (2019):

- **haptika** – komunikace pomocí doteku,
- **kinetika** – komunikace pohybem,
- **mimika** – komunikace pomocí projevu obličeje,
- **gestika** – komunikace spojená s gesty,
- **vizika** – komunikace pohledem,
- **teritorialita** – komunikace spojená s prostorem,
- **posturika** – komunikace pomocí postoje, polohy či konfigurace těla,
- **proxemika** – komunikace na základě uchování určité vzdálenosti,
- **chronemika** – komunikace spojená s časem.

### 2.2.2 Komunikace s onkologickým pacientem

Zde chci uvést, jakým způsobem a za jakých podmínek by měl probíhat rozhovor při sdělování onkologické diagnózy pacientovi.

Rozhovor, během kterého se sdělují nepříznivé informace (diagnózy), by se měl vést v klidném prostředí, nemocnému by se měl nechat čas pro pochopení sdělené informace. Během prvního setkání by měl lékař oznámit pouze základní informace, které souvisí s onemocněním a léčbou. Lékař by neměl sdělovat informace prostřednictvím telefonního rozhovoru, protože tak může dojít k omylům či nedorozuměním. Pokud se u pacienta objeví hněv nebo pláč, tak zdravotnický personál by měl umožnit proběhnutí těchto negativních reakcí (Venglářová a Mahrová, 2006).

Jiný autor uvádí, že během rozhovoru je vhodné, aby účastníci seděli ve stejné úrovni a aby se udržoval oční kontakt s nemocným. Protože je pacient upoután na lůžku, je během sdělování informací přítomnost dalších pacientů nepřijatelná. Pokud se na sdělování diagnózy podílí víc než jeden lékař, měli by mít domluvený společný postup. Je nevhodné, aby diagnózu sdělovala pacientovi sestra, psycholog či jiný odborník (Obereignerů, 2009).

Pro pacienta je osobnost sestry velice důležitá, protože se na ni obrací s otázkami a má potřebu s ní mluvit o své situaci. Pokud mu sestra dovolí, aby ji sdělil své obavy, pomůže to zmírnit pacientovi napětí a dosáhnout pozitivnějšího pohledu na celou situaci (Zacharová, 2017).

Dle Adama a kol. (2019), napsal prof. Jiří Vorlíček společně s psychologkou PhDr. Olgou Rečnořikovou **desatero pro sdělení diagnózy**, které se užívá dodnes.

1. Informace o nemoci musí obdržet každý pacient s maligním onemocněním. Aby pacient vše správně pochopil, je vhodné mu během rozhovoru pokládat kontrolní otázky.
2. Sdělení diagnózy je kompetencí pouze lékaře. Zda budou při oznámení diagnózy přítomni i další členové rodiny včetně přátel, zdravotní sestry či psychologa, je v pravomoci lékaře. Jednorázový rozhovor není dostačující, proto je vhodné poskytovat informace o nemoci a terapii opakovaně. Pacienta je dobré poučit, aby si podstatné informace zapisoval, neboť si je pod tíhou nepříznivé situace nemusí zapamatovat (stres poškozují paměť).



3. Informace musí být podány nejprve pacientovi, jejich poskytnutí dalším členům rodiny nebo vyhrazeným lidem je možné pouze se souhlasem pacienta.
4. Během rozhovoru je vhodné vyvarovat se lékařské terminologii a cizím slovům, kterým pacient nemusí rozumět. Důležitá je stručnost.
5. Obeznámit pacienta s vyšetřovacími i léčebnými postupy před zahájením léčby.
6. Neslibovat vyléčení, pouze poukázat na možnosti léčby.
7. Udělat si čas pro vyslovené dotazy. Zodpovědět otázky pacienta i jeho blízkých.
8. Pokud je znám medián nebo průměr přežití nemocného s tímto typem onemocnění i klinickým stádiem, nelze z toho vyvozovat, jak na tuto nemoc bude reagovat organismus konkrétního pacienta. Proto je důležité poskytovat informace o prognóze uvážlivěji, a především na přímý dotaz ze strany pacienta.
9. Je dobré ubezpečit pacienta o připravenosti vést léčbu v průběhu jeho choroby a řešit jakékoli komplikace, které mu nemoc i léčba způsobí.
10. Nezbytné je pacienta povzbuzovat a zachovat jeho realistické naděje i předpoklady.

Podle Venglářové a Mahrové (2006) se zdravotnický personál při sdělování nepříznivých zpráv onkologickému pacientovi může setkat s jeho reakcemi na závažnou zprávu. Elisabeth Küber Rossová popsala pět fází, které nemocný po sdělení závažné zprávy může prožívat, dle toho je volen přiměřený způsob komunikace (viz tabulka 8).

Tabulka 8 – Fáze přijetí závažného onemocnění

Fáze	Projevy	Vhodné reakce
Šok, popření	Popírání existence onemocnění.	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného.
Hněv, vzpoura	Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů.	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat.
Vyjednávání, smlouvání s osudem	Hledání zázračných léků, slibování uzdravení.	Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě.
Smutek,	Obavy, vzdávání se, rezignace na	Naslouchání, podpora komunikace

deprese	léčbu.	s rodinou, hledání řešení.
Smíření	Vyrovňávání se, loučení s blízkými, pokora.	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky). Pomoc rodině!

Zdroj: Venglářová a Mahrová, 2006, str. 114

Fázemi, které popsala Elisabeth Küber Rosová mohou procházet i rodinní příslušníci, nejen pacient samotný. Fáze nemusí pokaždé probíhat v uvedeném pořadí. Některé fáze se mohou opětovně vracet, měnit anebo se prolínat, nemusí být ani stejně dlouhé. Některá fáze se nemusí ani objevit. U pacienta a rodinného příslušníka může nastat i časový posun v prožívání jednotlivých fází (Plevová, 2019).

### **3 DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO PACIENTY S HODGKINOVÝM LYMFOMEM**

Tato bakalářská práce je zaměřena na informovanost o nežádoucích účincích léčby (viz kapitola 1.5). Aby byla léčba úspěšně dokončena, měl by pacient obdržet informace o režimovém opatření, protože tyto informace pomohou pacientovi lépe zvládnout, zmírnit či odstranit nežádoucí účinky. V této kapitole jsem popsala opatření, která jsou pro pacienta s Hodgkinovým lymfomem nebo jinou onkologickou nemocí nejdůležitější. Jedná se o doporučení týkající se oslabené obranyschopnosti a infekce u pacienta, poškození kůže a alopecie a doporučení pro příjem stravy.

Janíková a kol. (2012) uvádí, že pokud si nemocní zachovají příjem stravy během onkologické léčby, lépe odolávají infekčním komplikacím, nehrozí velké riziko pooperačních potíží, nepociťují únavu i lépe snášejí nežádoucí účinky léčby. Jejich kvalita života je lepší než u nemocných se špatným příjmem potravy.

#### **3.1 Režimová doporučení pro příjem stravy u pacientů**

Podle Janíkové a kol. (2012) je pro zdravý organizmus nutností přijímat stravu, která obsahuje kvalitní bílkoviny, energii i vitaminy, neboť s nádorovým onemocněním mnohdy souvisí potíže s příjmem stravy i využitím živin z potravy. Pokud není příjem energie v potravě uspokojivý, dojde ke ztrátě tělesné hmotnosti, kdy v době vážné choroby je hubnutí doprovázeno ztrátou svalové hmoty, včetně tělesných bílkovin. Pokud úbytek hmotnosti pokračuje, hrozí podvýživa či malnutrice a může dojít až k celkovému oslabení organismu. Ideální strava musí zahrnovat potraviny z veškerých základních skupin. (viz tabulka 9).

Podle Vokurky et al. (2014) je u onkologického pacienta nutné zhodnotit stav výživy základními parametry, mezi které patří anamnéza pacienta, biochemické markery, dotazník pro nutriční screening, pokles hmotnosti nemocného a časový úsek v jakém k němu došlo včetně Body Mass Indexu (BMI), který je zásadním orientačním faktorem pro vymezení stavu výživy. BMI využíván pro klasifikaci podváhy, nadváhy nebo jiného stupně obezity. Výpočet BMI je dle vzorce:  $BMI = \text{tělesná váha v kilogramech} / \text{tělesná výška na druhou v metrech}$  (viz tabulka 10).

Tabulka 9 – Složení výživné stravy u onkologického pacienta

Skupina potravin	Jak často
Mléčné výrobky (tvaroh, jogurt, tvrdý sýr aj.)	denně
Maso (všechny druhy)	Denně (rybí maso 2-3x týdně)
Veje (různá úprava)	Průměrně 1-2 ks denně
Pečivo (podle stavu chrupu také celozrnné)	denně
Brambory, rýže nebo těstoviny	denně
Luštěniny (druh a množství podle snášenlivosti)	2x týdně
Zelenina (alespoň zčásti syrová)	denně
Ovoce (čerstvé)	denně

Zdroj: Janíková a kol., 2012, str. 63

Tabulka 10 – Klasifikace BMI dle WHO

Podváha	< 18,5
Optimální váha	18,5–24,9
Nadváha	25,0–29,9
Obezita	30 a více
Těžká obezita	40 a více

Zdroj: Vokurka et al., 2014, str. 122

Tomíšek (2018) uvádí, že k rozvoji malnutrice u nádorového onemocnění přispívají různé symptomy, které brání v příjmu potravy. Proto jsou u jednotlivých symptomů uvedeny návrhy a povinnosti sestry, které pomohou zmírnit následné obtíže.

### 3.1.1 Při nevolnosti a zvracení

Pacientovi je vhodné doporučit, aby neužíval nalačno léky, pokud nemusí. Je nutné, aby vynechal jídlo, a to těsně před chemoterapií a 1–2 hodiny po ní. Ráno před aplikací chemoterapie je vhodná pouze lehká strava, nikoli strava s vysokým obsahem bílkovin (Chocenská a kol., 2009).

Pacient by měl preferovat taková jídla, která jsou lehce stravitelná, nedráždivá a chladná. Dále se doporučuje jíst v menších porcích, častěji a jídlo nepatrně zapíjet vodou (tzn. po douškách), konzumovat jídlo vsedě a žvýkat žvýkačku po jídle. Ke zmírnění nevolnosti mohou přispět pozvolné hluboké dechy či svalové relaxační cviky, jemné masáže chodidel, aromaterapie (např. bazalka, fenykl, máta, heřmánek) i akupresura (Vokurka a kol. 2018).

Povinností sestry je sledovat u pacienta případnou nauzeu, zvracení a další obtíže. Důležité je kontrolovat četnost, charakter a příměsi zvracení včetně bolesti břicha, průjmů či horečky. Dále je nutné pátrat po možných známkách dehydratace a v neposlední řadě u nesoběstačných pacientů kontrolovat dutinu ústní a udržovat ji v čistotě. Dle ordinace lékaře podává antiemetika včetně dalších léků (Vokurka et al., 2005).

### 3.1.2 Při mukozitidě

Pacienta je nutné informovat o složení i konzistenci stravy. Je vhodné se přizpůsobit aktuálnímu stavu sliznic dutiny ústní (např. konzumovat jídla měkká, kašovitá, tekutá či chladné pokrmy). Pokud pacient má malnutrici či omezení perorálního příjmu, musí se obstarat doplňky stravy sippingem, PEG či parenterálně, NGS dle nutricionisty. Dalším opatřením při mukozitidě je pravidelné čištění zubních protéz či zubů měkkým zubním kartáčkem. Dále je důležité udržet vlhkost sliznic prostřednictvím kloktání či výplachy vodou, běžným fyziologickým roztokem (0,9 % NaCl) či jinými prostředky, které mají viskózní charakter ke kvalitnější přilnavosti na sliznici a působí analgeticky, přispívají k hojení a omezení plaku i infekce (např. Tantum Verde, Caphosol, Oralflux, Corsodyl, Enzymel aj.). K redukci bolesti u pokročilé mukozitidy se doporučuje chlazení sliznic studenou vodou, systémová analgetika (např. Tramadol, morfin, opiátové náplasti) či roztoky obsahující anestetika, např. lidocain (Vokurka a kol. 2018).

Podle Vokurky et al. (2005) je povinností sestry všimnout si defektů, aftů, odlupování sliznic, povlaků, krvácení či suchosti sliznic, zápachu či nadměrného slinění. U pacienta dále sledujeme vnímání chuti, problémy se žvýkáním či polykáním včetně bolesti v dutině ústní. Dle ordinace lékaře se podává analgetika nebo lokální anestetika (roztok, krém).

### 3.1.3 Při průjmu

Karešová a kol. (2011) uvádí, že pokud se u pacienta objeví průjem v důsledku aplikace chemoterapie či radioterapie, měl by konzumovat potraviny bohaté na draslík i sodík (vývary, kuřecí či rybí maso, aj.), bílé pečivo, mléčné výrobky, nenadýmavé a vyzrálé pečivo včetně vařené či dušené zeleniny a v neposlední řadě vypít alespoň 2,5–3 l tekutin (neperlivé nápoje, černý čaj, aj.).

Povinností sestry je sledovat přítomnost průjmu u nemocného (četnost stolic, množství, charakter, příměsí ve stolici), kontrolovat projevy dehydratace (žízeň, suché rty, turgor kůže, diurézu za 24 hodin či únavu), věnovat pozornost anální oblasti (ošetřovat ji vhodnými krémy, mastmi, obklady či dle ordinace lékaře aplikovat speciální přípravky) a v neposlední řadě podávat dle potřeby antidiarhoika (Vokurka et al., 2005).

### 3.1.4 Při zácpě

Zácpa se u pacientů s nádorovým onemocněním nejčastěji vyskytuje kvůli snížené tělesné aktivitě, bolesti při vyprazdňování, aplikace léků či úpravě jídelníčku. Aby odchod stolice byl pravidelný, je důležité vypít větší množství tekutin (2–2,5l denně) v podobě ovocných šťáv či kysaných mléčných výrobků, konzumovat stravu bohatou na vlákninu (celozrnné pečivo, ovoce se slupkou, ořechy aj.), vytvořit si rituály, kterými se vyprazdňování podpoří (Karešová a kol., 2011).

Dle Vokurky et al. (2005) je povinností sestry sledovat u nemocného projevy zácpy či problémů jako meteorismus, nauzea, bolesti, odchod stolice a její charakter. Dále je třeba navrhnout pacientovi nácvik defekačního reflexu a dle ordinace lékaře mu aplikovat mírná laxancia.

## 3.2 Režimová doporučení při oslabené obranyschopnosti a infekci

Podle Vokurky et al. (2005) je pro hematologicko-onkologické pacienty oslabení obranyschopnosti zásadním problémem, který je stěží patrný na první pohled. Vlivem snížené obranyschopnosti není pacient odolný ani chráněný proti infekci, která je vyvolaná mikroorganismy, jako jsou viry, bakterie, plísňe, kvasinky či paraziti. Proto by měl pacient s oslabenou imunitou obdržet informace týkající se pravidel ochrany před vznikem infekce v domácím prostředí.

Podle Vokurky a kol. (2018) je nutné, aby se pacient vyvaroval infekčně nemocným lidem (rýma, horečky, kašel), nenavštěvoval místa s velkou kumulací lidí (prostředky hromadné dopravy, divadla, obchodní domy i čekárny zdravotnických zařízení). Pacient by měl

dodržovat každodenní tělesnou hygienu, pečovat o dutinu ústní a chrup a dle pokynů lékaře užívat antimikrobiální léky.

Pokud je pacient hospitalizován povinností sestry je kontrolovat tělesnou teplotu, všimnout si obtíží, které ukazují na přítomnost infekce, jako jsou horečky, zimnice, kašel, průjem a bolest. Při vzniku těchto obtíží, je nezbytné neprodleně informovat lékaře. Pokud se jedná o infekci, je povinností sestry udělat odběr (např. sputum, stolici či výtěr z krku aj.) a poslat jej na mikrobiologické vyšetření či provést hemokultury. Není vhodné umisťovat pacienty do pokojů s velkým počtem nemocných (Vokurka et al., 2005).

Janíková a kol. (2012) uvádí, že u pacientů s lymfomem v době snížené obranyschopnosti je vhodná nízkomikrobiální strava, která zahrnuje pouze kvalitní potraviny, které nemají porušený obal. Vhodné potraviny jsou tepelně upravené, sterilizované, pasterizované, terminované, vakuované. Preferovat by se také měly potraviny s prodlouženou trvanlivostí.

### 3.3 Režimová doporučení u poškozené kůže a alopecii

Po aplikaci radioterapie jsou kožní reakce nejzřetelnější obvykle do 2.–3. dne. Pacientům se doporučuje, aby ozařovanou kůži příliš nemydli, ale udržovali ji v suchu, eventuálně na ni aplikovali zásypový pudr Aviril. Je vhodné, aby nosili volný, lehký a nedráždivý (bavlněný) oděv. Naopak je nevhodné, aby ozařovanou kůži vystavovali slunečnímu záření nebo vystavovali vodě z bazénů či vodních nádrží (Karešová a kol., 2011).

Povinností sestry u kožního poškození je sledovat lokalizaci, typ a rozsah poškození včetně známek infekce, bolesti či jiných obtíží. Dle ordinace lékaře aplikuje sestra léky, které pomohou pacientovi k úlevě (např. analgetika), rovněž opatří na poškozenou kůži léčivé obklady, masti, zásypy nebo speciální léčebné přípravky (Vokurka et al., 2005).

Tabulka 11 – Typy obkladů

Zásypy, pudry	Vysušují, odmašťují, redukují tření, prevence zapaření kůže. Nepoužívat do vlhkých míst – vznik mazlavé hmoty.
Tekuté zásypy, pudry	Rozdíl je ve vyšší přilnavosti oproti suchým přípravkům.
Oleje, krémy a masti	Povrch kůže zvláčňují, změkčují i promašťují. Neaplikovat na mokravé plochy.
Pasty	Slouží k ochraně kůže v okolí secernujících vředů včetně ran.

Zdroj: Vokurka a kol. 2018, str. 111

Pacienti by měli obdržet i informace, jak správně pečovat o vlasy i pokožku hlavy během onkologické léčby. Měli by používat dětský šampón, jemný kartáč, na spaní využít polštář s jemným povlečením. Dále by měli pro odstranění suché kůže a šupin provádět masáže pleše. Nezbytnou péčí o pleš je nanášení opalovacích krémů v době slunečného počasí včetně pokrývky hlavy i pro chladné období. U nových vlásků je vhodné umývat jenom 2x týdně, omezit zdlouhavé česání, spínání a neaplikovat žádné chemikálie (např. barvení) alespoň 1 rok po léčbě (Chocenská a kol., 2009).



## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM A JEHO METODIKA

### 4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit rozsah informovanosti u pacientů s Hodgkinovým lymfomem o vzniku nežádoucích účinků, které mohou nastat během onkologické léčby. Součástí výzkumu jsou i dílčí cíle.

#### **Dílčí cíle.**

##### **dílčí cíl č. 1:**

Zjistit od koho a kde získali respondenti nejvíce informací o nežádoucích účincích onkologické léčby.

##### **dílčí cíl č. 2:**

Zjistit, zda získané informace o nežádoucích účincích onkologické léčby jsou pro respondenty srozumitelné.

##### **dílčí cíl č. 3:**

Zjistit, zda respondenti jsou zneklidnění zdravotnickým personálem při podávání informací o nežádoucích účincích onkologické léčby.

##### **dílčí cíl č. 4:**

Zjistit rozsah informovanosti u pacientů s Hodgkinovým lymfomem o režimových opatřeních a jejich dodržování během onkologické léčby.

### 4.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci jsem si pro praktickou část zvolila kvantitativní metodu výzkumu technikou dotazníku (příloha 1). „Dotazník je nejrozšířenější výzkumnou technikou získávání dat. Je to technika nepřímého získávání empirických informací s použitím dopředu formulovaných otázek.“ (Plevová a kol., 2018, s. 229).

Samotný dotazník zahrnuje 22 otázek. Otázky byly směřovány hlavně na podávání informací pacientům, dále na nežádoucí účinky v době onkologické léčby a v neposlední řadě na režimová opatření. Respondenti odpovídali na otázky podle pokynů znázorněných v úvodní části dotazníku nebo u příslušné otázky. Dotazník byl zcela anonymní. První dvě otázky v dotazníku byly směřovány na demografické údaje o respondentech. Celkem 10 otázek bylo uzavřených s možností jedné odpovědi, pouze u otázek č. 12, 14, 21, 22 bylo možné označit více možných odpovědí. U dalších otázek mohli respondenti napsat svými slovy svůj názor nebo mínění o dané problematice, jednalo se o polootevřené otázky č. 7,

8, 13, 15, 20 a otevřenou otázku č. 19. Dotazníky byly respondentům vydány v tištěné podobě.

#### **4.2.1 Charakteristika respondentů**

Pro sběr dat jsem určila respondenty, kteří se momentálně léčí s Hodgkinovým lymfomem (různý subtyp lymfomu) nebo jsou nyní v remisi, která nepřekročila pátý rok vyléčení. Respondenti museli splňovat minimální věkovou hranici, tj. 18 let. Do výzkumu byli vybráni náhodně z různých věkových kategorií. Nejpočetnější věkovou skupinou byli respondenti ve věku 18–30 let.

#### **4.2.2 Organizace výzkumu**

Pro dotazníkové šetření a sběr dat jsem si zvolila Fakultní nemocnici Brno. Ovšem, aby mohl výzkum proběhnout, byla nutná žádost o sběr dat/poskytnutí informace pro studijní účely, kterou jsem si podala před zahájením dotazníkového šetření. Mé žádosti bylo vyhověno. Dotazníkové šetření a sběr dat probíhal od 02. 12. 2018 do 06. 03. 2019 na interní hematologické a onkologické klinice A i B včetně onkologického stacionáře. Dotazníky byly předány staničním sestram, které je dle mých instrukcí dále distribuovaly mezi respondenty s Hodgkinovým lymfomem. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, ale do sběru dat se zapojilo pouze 91 respondentů. Celkem jsem vyřadila 13 dotazníků, protože nebyly kompletně vyplněny. Konečný počet činí 78 dotazníků a sběru dat se zúčastnilo 49 žen a 29 mužů.

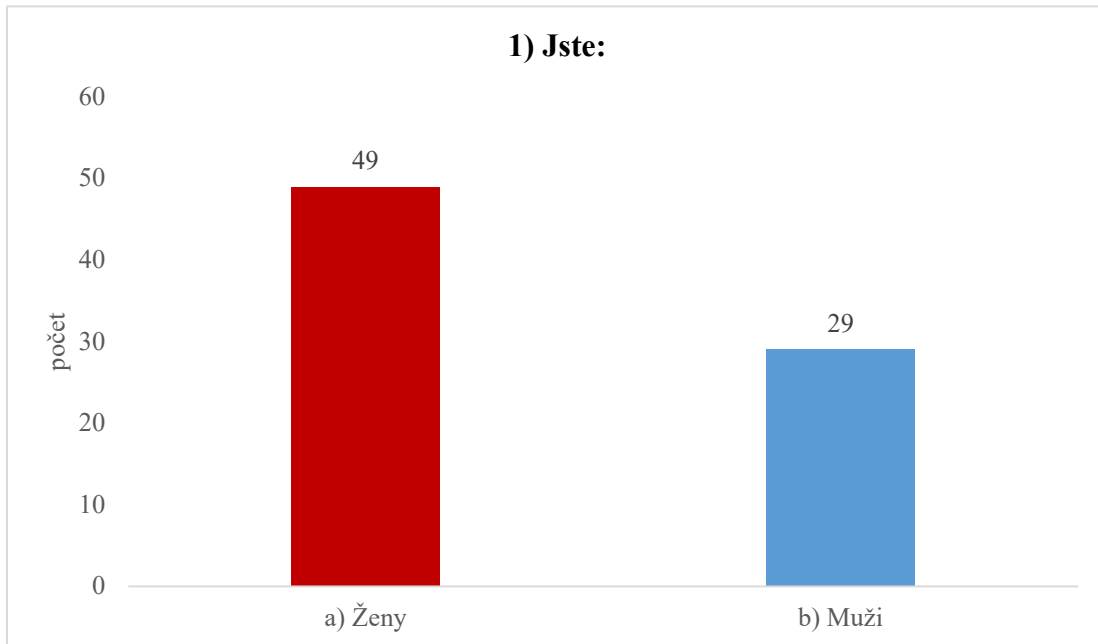
#### **4.2.3 Interpretace výsledků výzkumu**

Pro zpracování výsledků výzkumu a vyhotovení grafů jsem použila program Microsoft Excel. K vyhodnocení výsledků výzkumu jsem zvolila sloupcový graf společně se slovní interpretací, která zahrnuje absolutní i relativní četnost. Absolutní četnost uvádí celkový počet respondentů a relativní četnost procentuální podíl. Pouze u otázek, kde bylo možné označit více odpovědí zároveň, uvádí absolutní četnost celkový počet odpovědí a relativní četnost v procentech označuje vyjádření rovněž z celkového počtu odpovědí.

## 5 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

### Otázka č. 1: Jste:

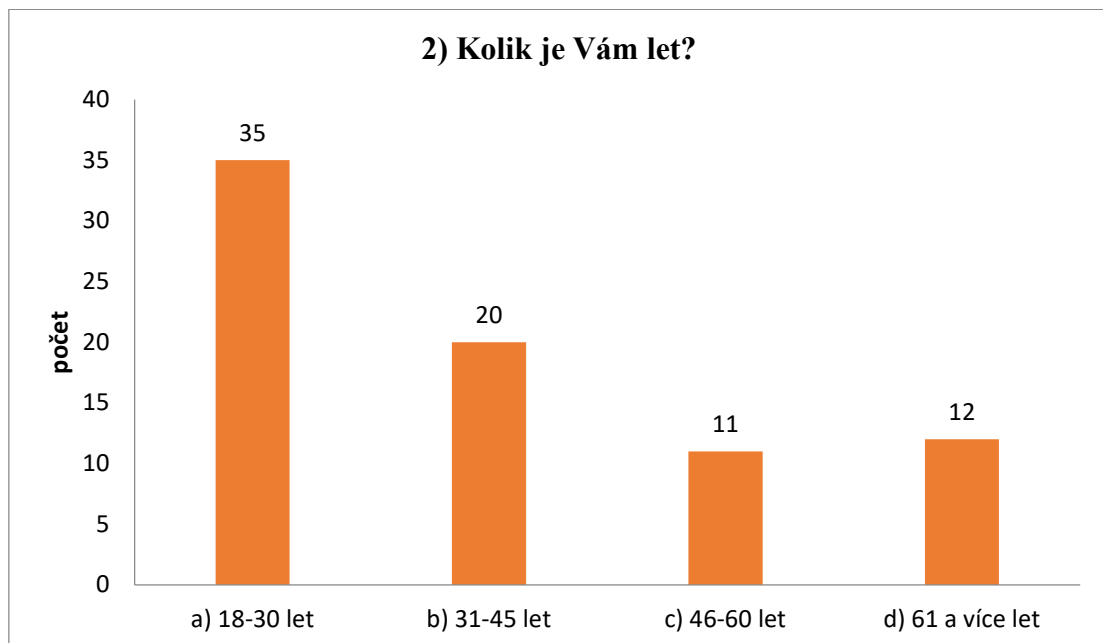
Graf 1 – Pohlaví



Touto otázkou jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 78 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 49 (63 %) žen a 29 (37 %) mužů. Mezi dotazovanými tedy převládá ženské pohlaví.

**Otázka č. 2: Kolik je Vám let?**

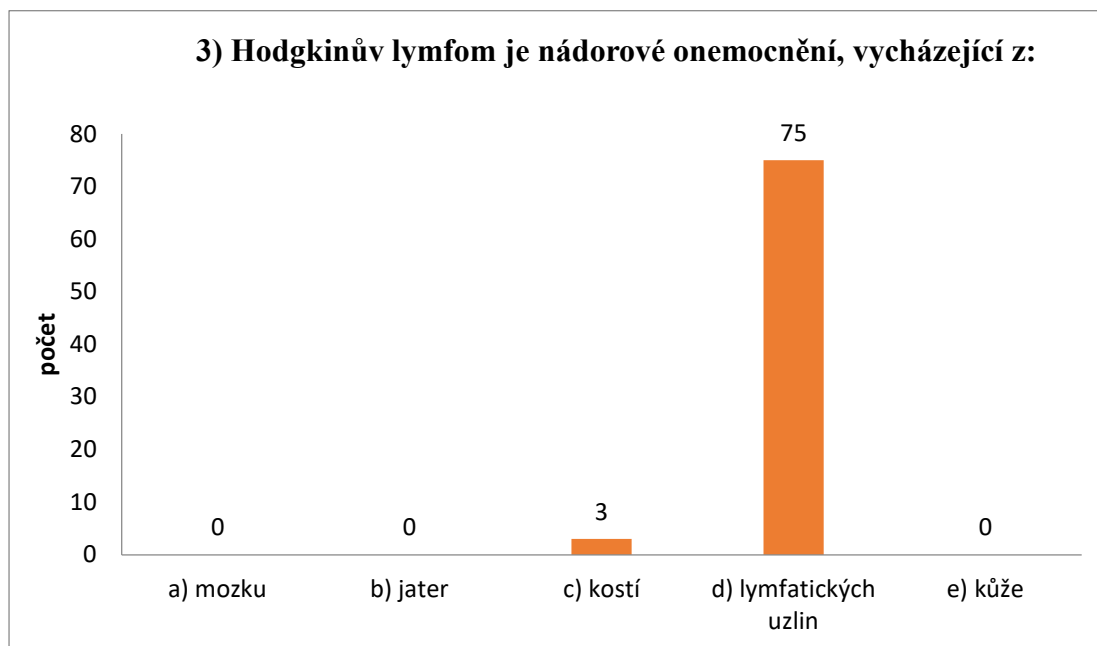
Graf 2 – Věk



Tato otázka zjišťovala věk jednotlivých respondentů. Do nejpočetnější kategorie ve věku 18–30let spadá celkem 35 (45 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti ve věku 31–45 let, výzkumu se jich účastnilo 20 (26 %). Respondentů ve věku 61 a více let se zapojilo 12 (15 %). Nejméně zastoupená je věková kategorie od 46–60 let, počet respondentů v tomto věkovém rozmezí činí 11 (14 %).

**Otázka č. 3: Hodgkinův lymfom je nádorové onemocnění vycházející z?**

Graf 3 – Hodgkinův lymfom



Touto otázkou jsem zjišťovala, zda respondenti mají povědomí, odkud pochází Hodgkinův lymfom v počátku onemocnění. Celkem 75 (96 %) respondentů správně uvedlo, že Hodgkinův lymfom pochází z lymfatických uzlin. Pouze 3 (4 %) respondenti uvedli, že Hodgkinův lymfom pochází z kostí. Žádný z respondentů nezvolil možnost, že Hodgkinův lymfom vychází z mozku, jater či kůže.

**Otázka č. 4: Byl/a jste seznámen/a s nežádoucími účinky onkologické léčby? Pokud jste označila otázku č. 4, odpovědí C-E, pokračujte otázkou č. 12.**

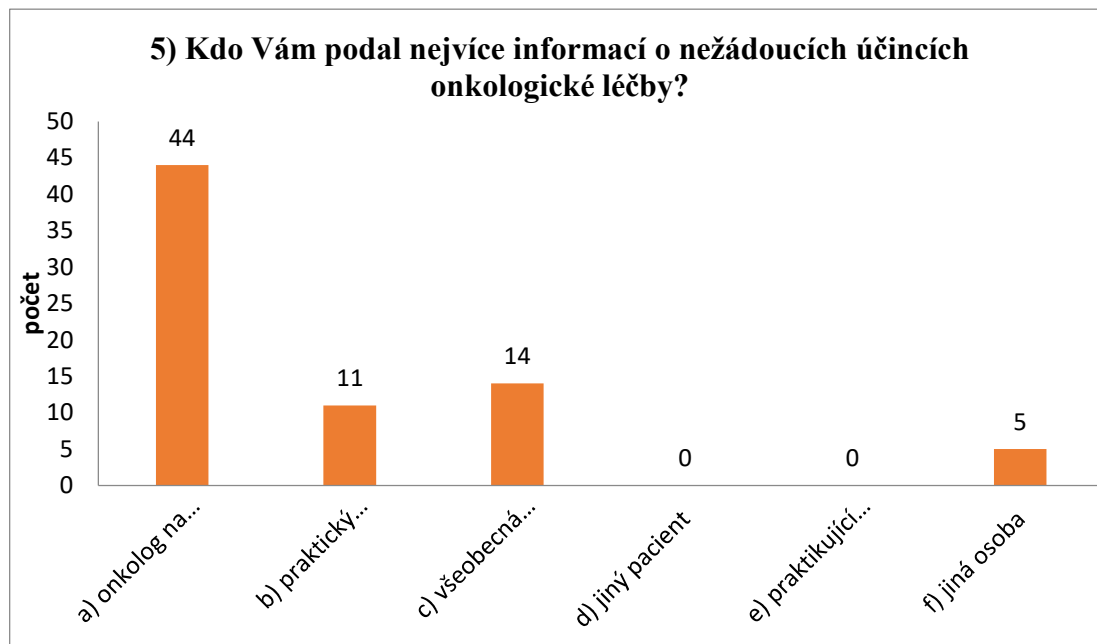
Graf 4 – Seznámení s nežádoucími účinky



U této otázky bylo možné zjistit, zda respondenti byli informováni o nežádoucích účincích, které se mohou objevit u onkologické léčby Hodgkinova lymfomu. Celkem 38 (49 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“ a 36 (46 %) respondentů označilo „spíše ano“. Naopak 3 (4 %) respondenti označili „spíše ne“ a 1 (1 %) z respondentů uvedl odpověď „ne“. Žádný z respondentů ne zvolil možnost „nechtěl/a jsem být seznámen/a“.

### Otázka č. 5: Kdo Vám podal nejvíce informací o nežádoucích účincích onkologické léčby?

Graf 5 – Kdo poskytuje nejvíce informací o nežádoucích účincích



Tato otázka včetně následujících otázek č. 6-11 byla zaměřena na respondenty, kteří v předchozí otázce č. 4 uvedli odpověď „ano“ či „spíše ano“. Celkem tedy odpovídalo 74 respondentů na otázku č. 5-11.

Touto otázkou jsem zjišťovala, od koho respondenti dostali nejvíce informací o možných nežádoucích účincích onkologické léčby lymfomu. Z celkového počtu 74 respondentů uvedlo 44 (59 %) z nich, že nejvíce informací obdrželi od onkologa na specializovaném pracovišti, dále 14 (19 %) respondentů uvedlo všeobecnou sestru, 11 (15 %) respondentů označilo praktického lékaře a pouze 5 (7 %) respondentů získalo informace od jiné osoby. Pouze možnosti „jiný pacient“ a „praktikující studenti“ neoznačil žádný z respondentů.

#### Písemné odpovědi u možnosti „jiná osoba“:

zdravotní sestra v rodině,

od manželky,

známý lékař,

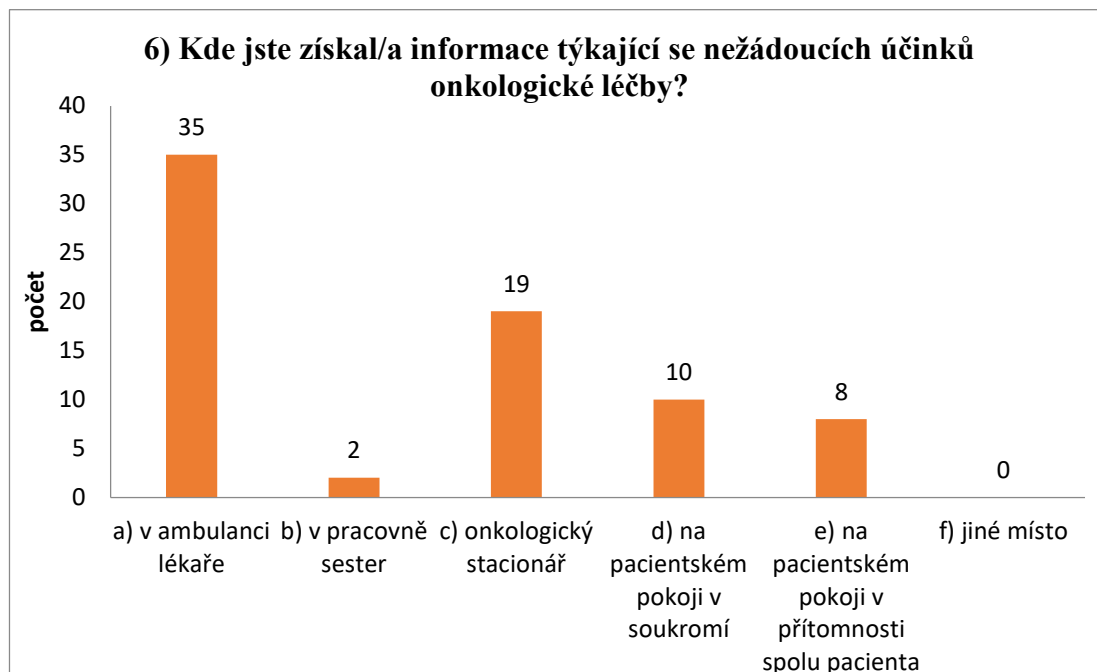
kamarádka, která se léčila s lymfomem,

od přítelkyně, která je doktorka.



### Otázka č. 6: Kde jste získal/a informace, týkající se nežádoucích účinků onkologické léčby?

Graf 6 – Místo pro získání informací



Tato otázka mapovala, na jakém místě jsou respondentům sdělovány informace o nežádoucích účincích, které jsou spojené s jejich podstupující léčbou i diagnózou. Celkem 35 (47,3 %) respondentů uvedlo ambulanci lékaře. Druhým nejčastějším místem je onkologický stacionář, kde bylo informováno 19 (25,7 %) respondentů. Celkem 10 (13,5 %) respondentů označilo patientský pokoj bez přítomnosti spolupacientů a 8 (10,8 %) respondentů uvedlo, že byli informováni o nežádoucích účincích v přítomnosti jiného spolupacienta. Pouze 3 (2,70 %) respondenti označili pracovnu sester. Pouze možnost „jiné místo“ neuvedl žádný z respondentů.

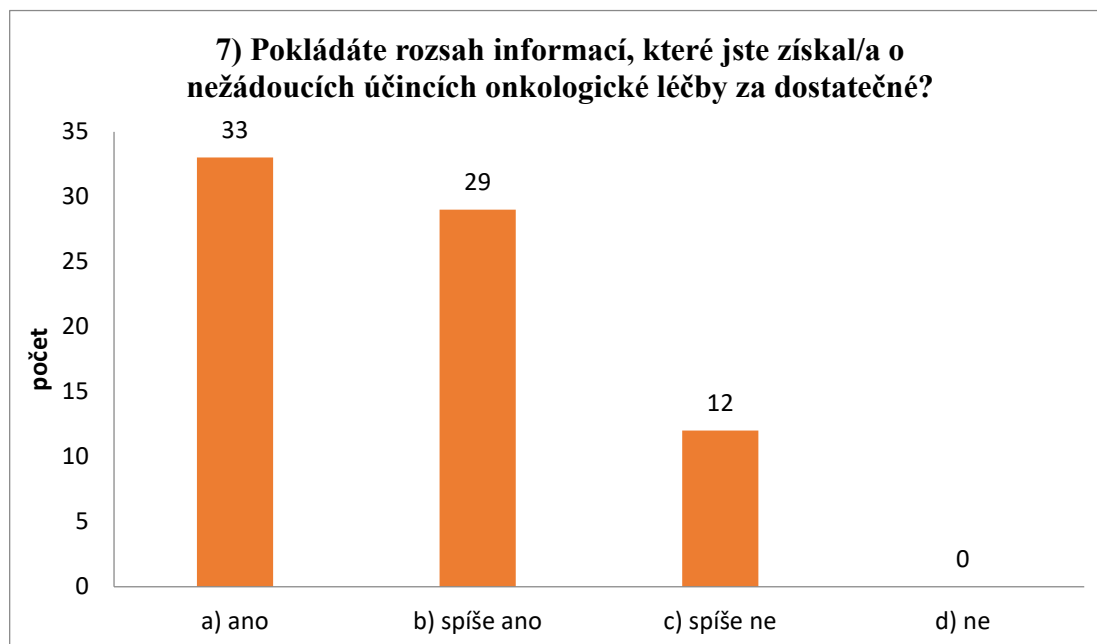
**Otázka č. 7: Pokládáte rozsah informací, které jste získal/a o nežádoucích účincích onkologické léčby za dostatečné?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 7 odpovědí C-D, uveďte, jaké informace jste postrádal/a.*

Zde měli respondenti možnost uvést, které informace postrádali, popřípadě jim nerozuměli. Tuto možnost měli ti, kteří označili odpověď „spíše ne“ či „ne“ (viz komentář grafu č. 7).

Z celkového počtu 74 respondentů označilo odpověď „ano“ celkem 33 (44,6 %) z nich, dále 29 (39,2 %) respondentů uvedlo odpověď „spíše ano“. Pouze 12 (16,2 %) respondentů označilo odpověď „spíše ne“. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „ne“.

Graf 7 – Dostatečný rozsah informací



Dle výsledků 12 (16,2 %) respondentů rozsah informací o nežádoucích účincích onkologické léčby spíše nepokládá za dostatečné. Celkový počet odpovědí je 17. „Budu se moct vrátit do normálního života po léčbě“ tuto odpověď uvedli 3 (17,6%) respondenti. Pouze 1 (5,9%) respondent postrádal informace, a proto reagoval: „Jak dlouho budu mít inzulin“. Celkem 7 (41,1%) respondentů postrádalo informaci o složení výživné stravy, kdy 3 dotazovaní napsali „Jak se stravovat při nechutenství“ a 4 dotazovaní uvedli „Jak se stravovat při hubnutí“. Dále 2 (11,8%) respondenti postrádali informaci „můžu sportovat“ během onkologické léčby. Následující údaje postrádal vždy jen 1 (5,9%) respondent. „Kdy budu moct otěhotnět po léčbě,“ „Jak dlouho bude léčba probíhat,“ „Bude mě port hodně omezovat,“ „Jak aplikovat injekci na bílé krvinky.“

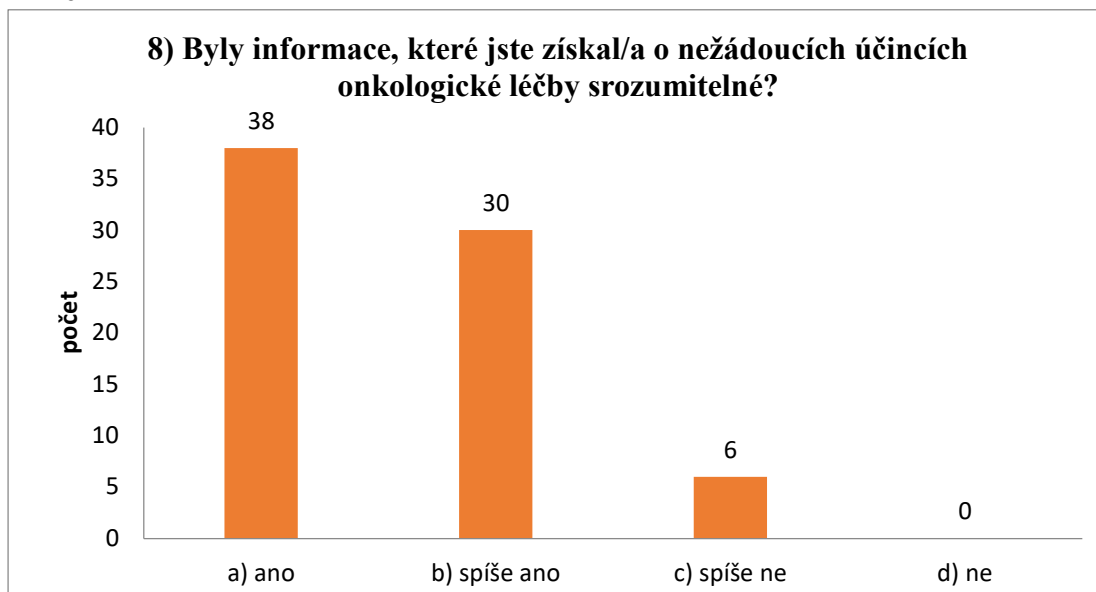
**Otázka č. 8: Byly informace, které jste získal/a o nežádoucích účincích onkologické léčby srozumitelné?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 8 odpovědí C–D, uveďte, které informace byly podle Vás nesrozumitelné.*

U této otázky měli respondenti, uvést údaje, kterým neporozuměli. Týkalo se to respondentů, kteří označili odpověď „spíše ne“ a „ne“ (viz komentář grafu č. 8).

Více než polovina respondentů – 38 (51,4 %) – označila odpověď „ano“ a 30 (40,5 %) respondentů uvedlo odpověď „spíše ano“. Zbylých 6 (8,1 %) respondentů uvedlo, že pro ně informace spíše nebyly srozumitelné. Pouze možnost „ne“ neoznačil žádný z respondentů.

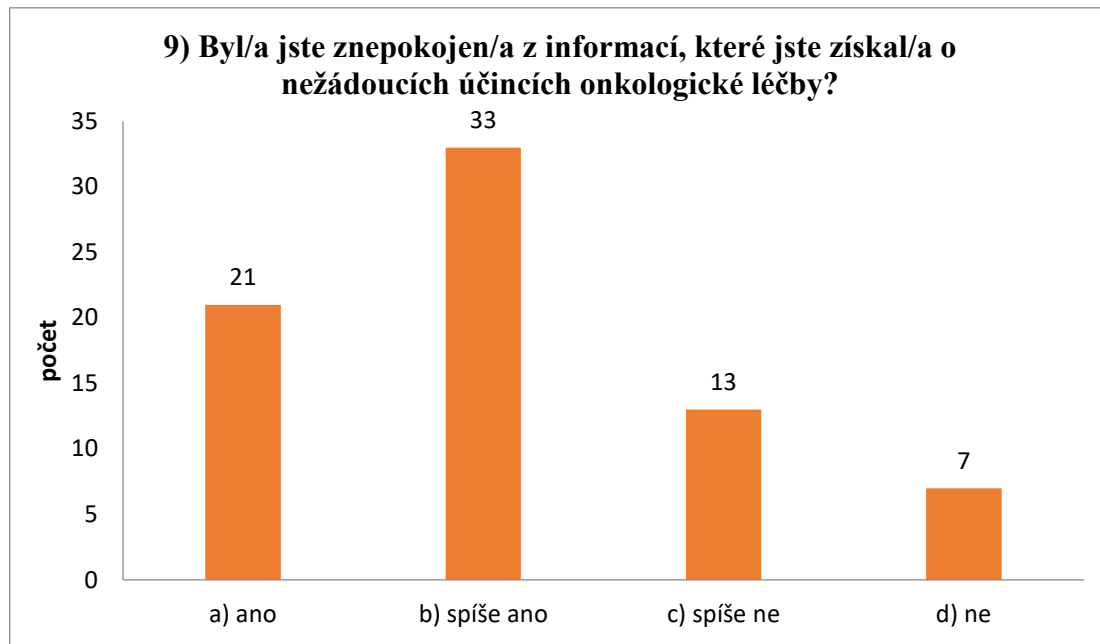
Graf 8 – Srozumitelné informace



Z výsledků vyplývá, že pro 6 (8,1 %) respondentů byly získané informace o nežádoucích účincích onkologické léčby nejasné. Celkový počet záporných odpovědí je 6 (100%). Jedná se o tyto informace: „Postup léčby“ uvedl 1 (16,7 %) respondent. „Výběr přípravků k ošetření kůže“ označil 1 (16,7 %) respondent. „Vyznat se ve výběru surovin“ označili 3 (50 %) respondenti. A 1 (17 %) respondent uvedl údaj „všechno.“

**Otázka č. 9: Byl/a jste znepokojen/a z informací, které jste získal/a o nežádoucích účincích onkologické léčby?**

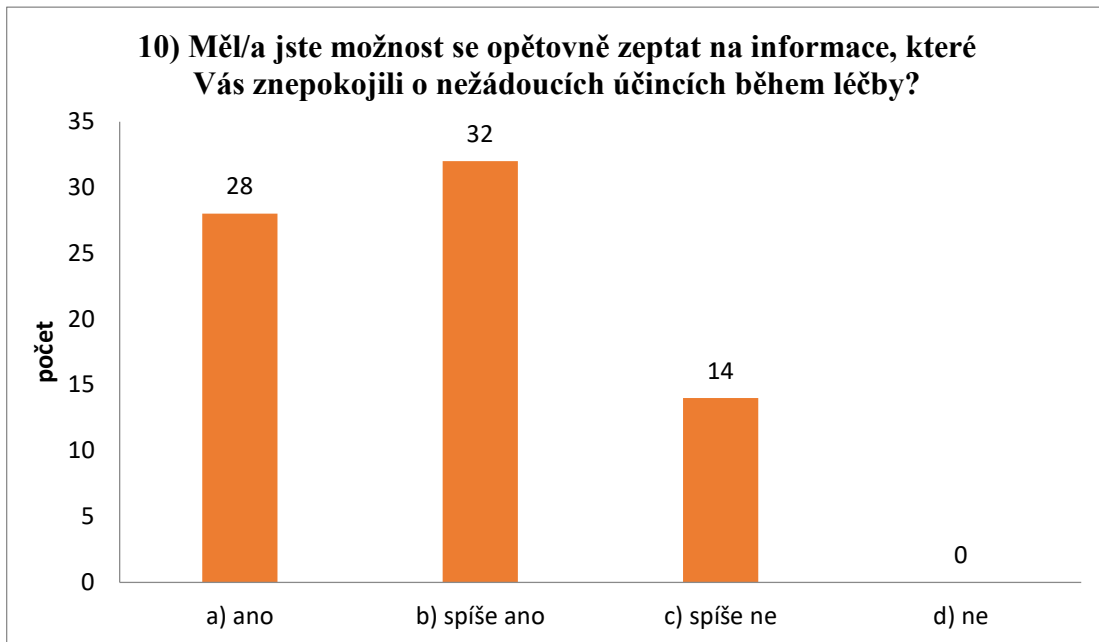
Graf 9 – Znepokojení z informací



Díky této otázce jsme mohli zjistit, zda jsou respondenti zneklidněni ze sdělených informací o možných nežádoucích účincích během léčby Hodgkinova lymfomu. Celkem 33 (45 %) respondentů uvedlo, že jsou z informací o nežádoucích účincích spíše znepokojeni. Dalších 21 (28 %) respondentů uvedlo, že jsou z podaných informací zneklidněni. Naopak 13 (18 %) respondentů poznačilo, že spíše nejsou zneklidněni a 7 (9 %) respondentů uvedlo, že ze sdělených informací nejsou zneklidněni.

**Otázka č. 10: Měl/a jste možnost se opětovně zeptat na informace, které Vás znepokojili o nežádoucích účincích během léčby?**

Graf 10 – Doptání se informací

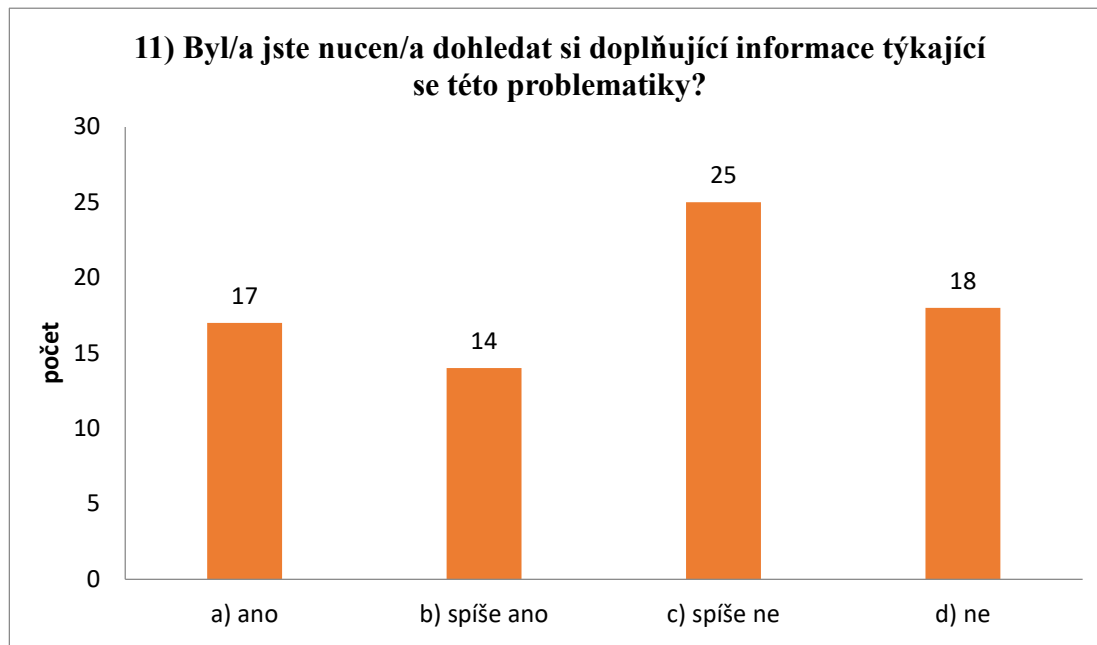


Díky této otázce jsme mohli zjistit, jestli bylo respondentům umožněno, se opětovně dotázat na ty informace, které je znepokojili. Celkem 32 (43 %) respondentů označilo odpověď „spíše ano“ a 28 (38 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“. Pouze 14 (19 %) respondentů uvedlo, že spíše neměli možnost se doptat na informace o nežádoucích účincích onkologické léčby. Jedině odpověď „ne“ neuvedl žádný z respondentů.

**Otázka č. 11: Byl/a jste nucen/a dohledat si doplňující informace týkající se této problematiky?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 11, odpovědi C–D, pokračujte otázkou č. 13.*

Graf 11 – Dohledání doplňujících informací

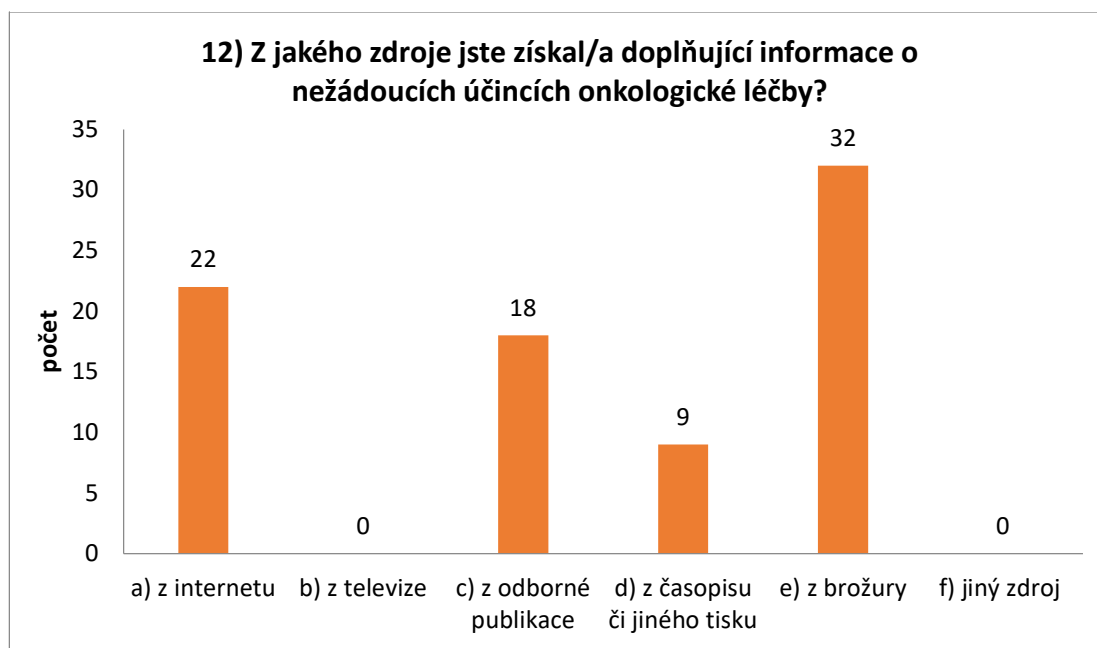


Tato otázka byla zaměřena na to, zda si respondenti museli dohledat či rozšířit informace o problematice, se kterou byli již seznámeni. Z celkového počtu 74 dotazovaných, označilo 25 (34 %) respondentů odpověď „spíše ne“ a 18 (24 %) respondentů uvedlo „ne“. Pouze 17 (23 %) dotazovaných odpovědělo „ano“ a 14 (19 %) respondentů uvedlo „spíše ano“.

**Otázka č. 12: Z jakého zdroje jste získal/a doplňující informace o nežádoucích účincích onkologické léčby? Lze uvést více odpovědí.**

Tuto otázku nevyplňovali Ti respondenti, kteří v předchozí otázce č. 11 uvedli, že si nedohledávali informace o dané problematice a označili odpověď „spíše ne“ a „ne“.

Graf 12 – Zdroje



U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí zároveň. Proto se ve zpracování dat za 100% nepokládá celkový počet tázaných, ale kompletní počet odpovědí. Tudíž celkový počet činí 81 odpovědí.

Dle výsledků se nejvíce čerpalo z brožury (*materiál vytvořený pro pacienty*), kterou označilo celkem 32 (40 %) respondentů. Doplňující informace o nežádoucích účincích obdrželo z internetu celkem 22 (27 %) respondentů. Z odborné publikace zjišťovalo informace o nežádoucích účincích až 18 (22 %) respondentů. Pouze z časopisu či jiného tisku 9 (11 %) respondentů. Jenom možnost „z televize“ anebo „jiný zdroj“ neuvedl ani jeden z respondentů.

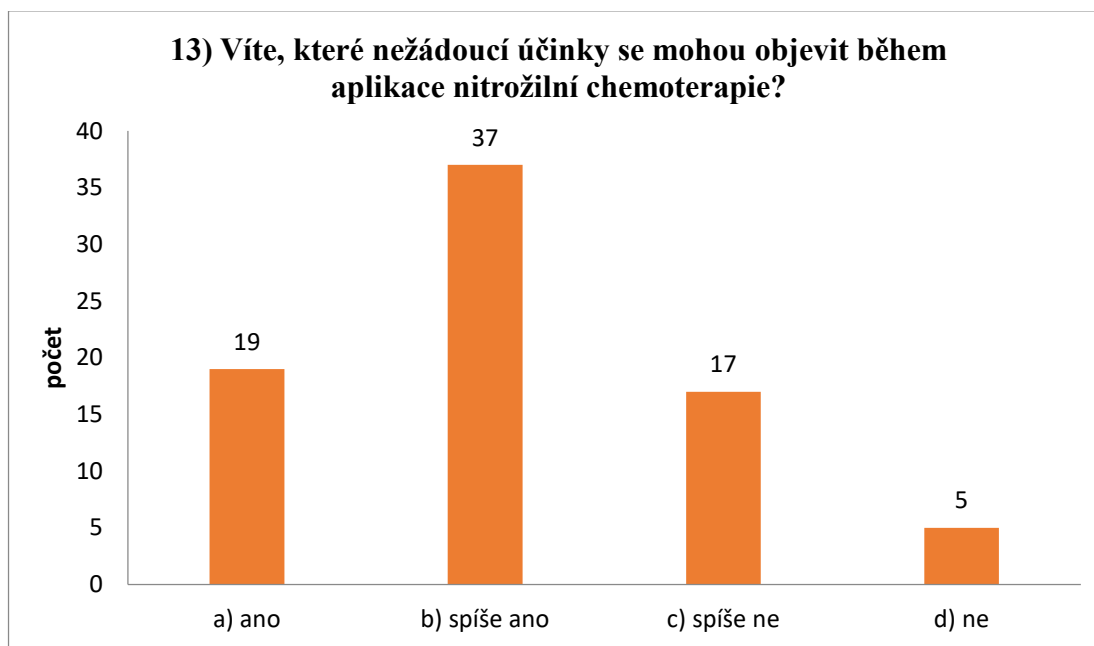
### Otázka č. 13: Víte, které nežádoucí účinky se mohou objevit během aplikace nitrožilní chemoterapie?

*Pokud jste označil/a otázku č. 13 odpovědí A–B, uveďte, které nežádoucí účinky znáte.*

U této otázky měli respondenti uvést vlastními slovy ty nežádoucí účinky, které mohou vzniknout během aplikace nitrožilní chemoterapie. Týkalo se to respondentů, kteří označili odpověď „ano“ a „spíše ano“, což vedlo k ověření odpovědi (viz komentář grafu č. 13).

Z počtu 78 respondentů označilo odpověď „spíše ano“ celkem 37 (47,4 %) respondentů a 19 (24,4 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“. Dále 17 (21,8 %) respondentů uvedlo odpověď „spíše ne“. Zbylých 5 (6,4 %) respondentů označilo odpověď „ne“.

Graf 13 – Nitrožilní chemoterapie



Tato otázka zjišťovala rozsah informací o nežádoucích účincích léčby, které respondenti mají. Celkem bylo zpracováno 107 odpovědí. Nejčastěji respondenti uváděli „vypadávání vlasů“ – 19 (18%) respondentů. Dále uváděli „nevolnost“ – 12 (11,2 %), ospalost – 11 (10,3 %) respondentů. „Zvracení“ označilo 9 (8,4 %) a „bolesti hlavy“ 8 (7,5%) respondentů. Celkem 6 (5,6%) respondentů uvedlo „nechutenství“ a „slabost.“ V 5 (4,7%) případech bylo uvedeno „poškození ledvin“ a „únava“. Odpovědi „vyrážka“, „poškození žil“ a „zácpa“ uvedli 4 (3,7 %) respondenti. Dále se objevil „pokles bílých krvinek“ – 3 (2,8 %) respondenti, „bolest při polykání“ – 3 (2,8 %) respondenti, „poškození jater“ 2 (1,9 %) respondenti. Nežádoucí účinky jako „suchost v ústech“, „otok“, „zánět“, „pásový opar“, „dušnost“ a „pokles krevních destiček“ uvedl vždy jen 1 (0,9 %) respondent.



**Otázka č. 14: Jaké nežádoucí účinky se mohou objevit při užívání kortikoidů (léky, které působí protizánětlivě, např. Prednison).**

*Zakroužkujte varianty, které sem podle Vašeho mínění patří.*

Graf 14 – Kortikoidy



Tato otázka byla zaměřena na zjištění vědomostí respondentů o nežádoucích účincích, které se mohou objevit při užívání kortikoidů, které jsou součástí léčby. U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí současně. Proto se ve zpracování dat za 100% nepokládá celkový počet tázaných, ale kompletní počet odpovědí. Absolutní četnost má celkem 142 odpovědí místo od 78 odpovědí. Nejvíce odpovědí tvořila možnost „nevím“, která byla označena ve 25,4 % případů. Zhoršení či vyvolání cukrovky je druhou nejčastější možností, která byla zvolena v 16,9 % odpovědích. Dále 15,5 % odpovědí tvořila obezita. Závrať byla uvedena v 9,2 % a vředové onemocnění žaludku či dvanácterníku v 8,5 %. Možnosti jako migréna, vysoký krevní tlak a podrážděnost byly označeny stejně a to v 7 %. Nejméně označenou možností byla odpověď „žádné“ s 3,5 %.

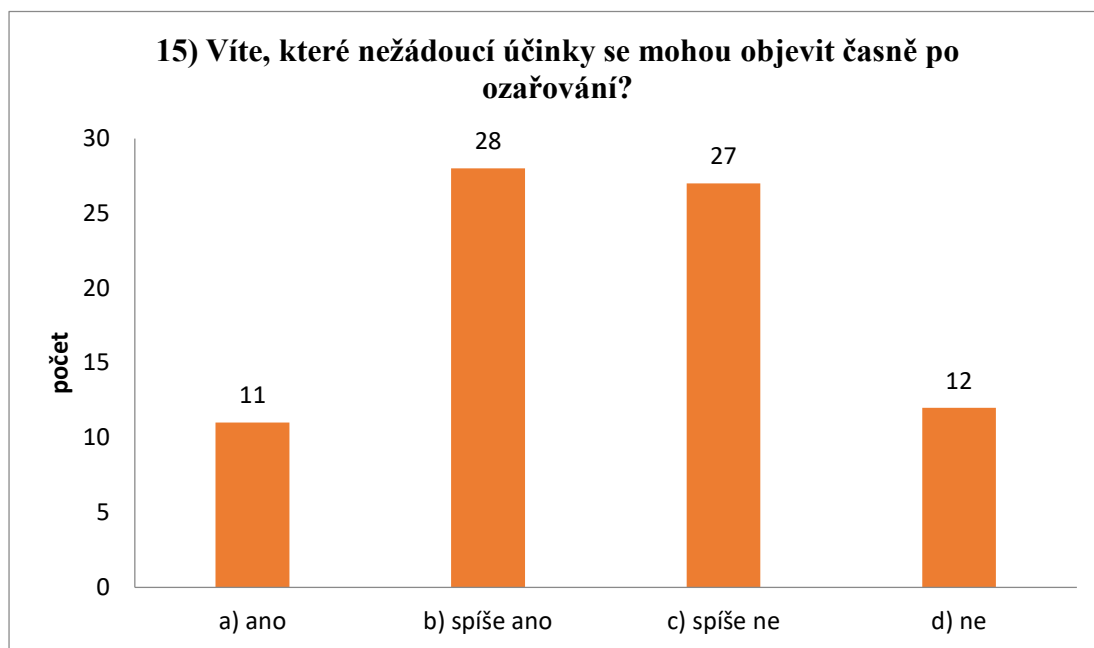
**Otázka č. 15: Víte, které nežádoucí účinky se mohou objevit časně po ozařování?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 15 odpovědí A–B, uveďte, o kterých nežádoucích účincích, víte:*

U této otázky měli respondenti vlastními slovy uvést ty nežádoucí účinky, které mohou vzniknout časně po ozařování. Týkalo se to těch respondentů, kteří označili odpověď „ano“ a „spíše ano“, což vedlo k ověření odpovědi (viz komentář grafu č. 15).

Z celkového počtu 78 dotazovaných označilo 28 (36 %) respondentů odpověď „spíše ano“. Odpověď „spíše ne“ zvolilo celkem 27 (35 %) respondentů. Dále 12 (15 %) respondentů uvedlo odpověď „ne“. Zbýlých 11 (14 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“.

Graf 15 – Ozařování

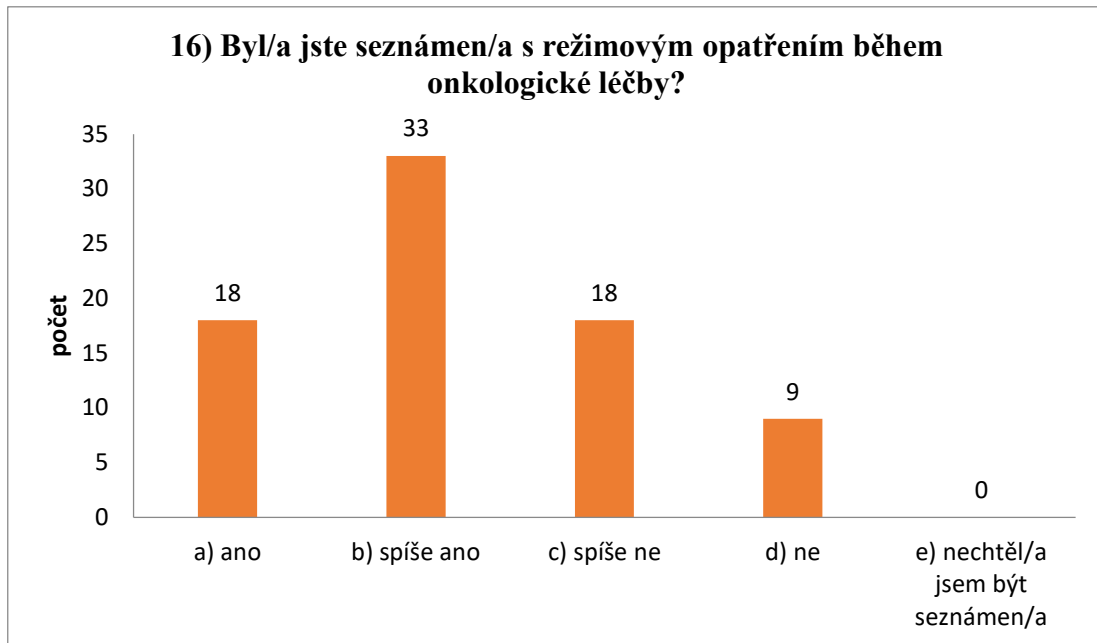


Celkem bylo získáno 43 odpovědí. Jako nejčastější nežádoucí účinek byla zmiňována „nevolnost,“ kterou označilo celkem 8 (18,6 %) respondentů. Druhé místo obsadilo „vypadávání vlasů a ochlupení,“ což zmínilo 7 (16,3 %) respondentů. Celkem 6 (14 %) respondentů uvedlo „podrážděnost pokožky“ a 5 (11,6 %) dotazovaných i „únavu.“ Stejný počet odpovědí je pro nežádoucí účinky „puchýře v místě ozáření“ a „nechutenství,“ což uvedli 4 (9,3 %) respondenti. Shodný počet odpovědí byl také u „ospalosti“ a „pachuti v ústech,“ tyti možnosti uvedli 3 (7%) respondenti. Nejméně zmiňovanými nežádoucími účinky byly „svědění kůže,“ „dušnost“ a „bolesti hlavy“, které označil vždy jen 1 (2,3 %) respondent.

**Otázka č. 16: Byl/a jste seznámen/a s režimovým opatřením během onkologické léčby?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 16 odpovědí A-B pokračujte, prosím, otázkou č. 18.*

Graf 16 – Režimové opatření



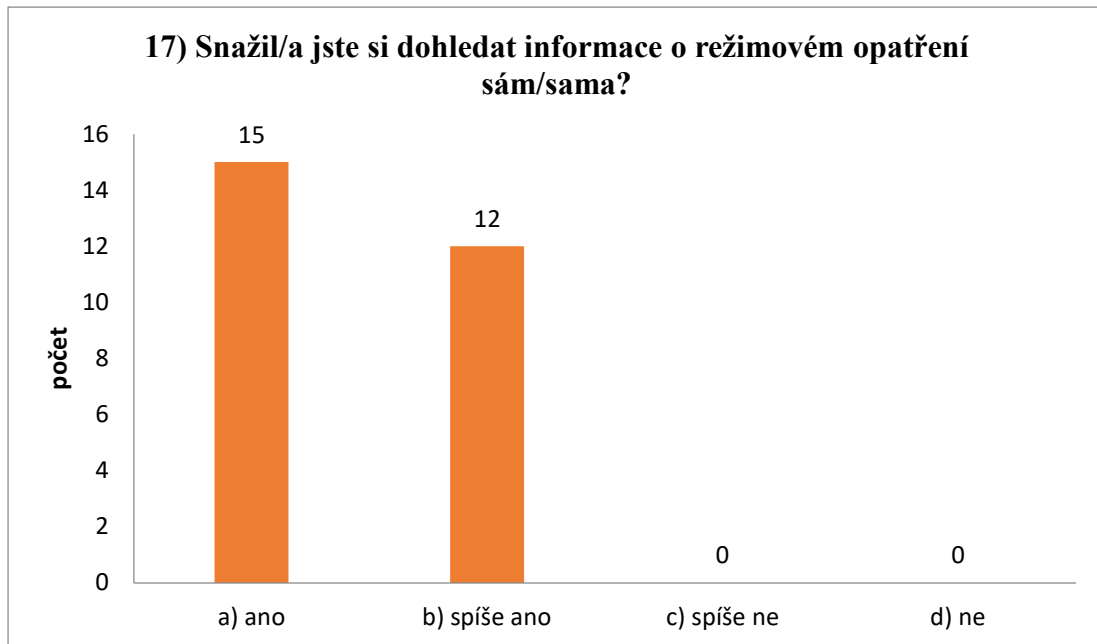
Tato otázka byla zaměřena na to, zda byli respondenti informovaní o režimovém opatření během léčby. Většina respondentů ze 78, což je 33 (42 %), respondentů označila možnost, že spíše byli seznámeni s režimovým opatřením. Stejný počet respondentů – 18 (23 %) uvedlo odpověď „ano“ i „spíše ne“. Zbýlých 9 (12 %) respondentů uvedlo, že nebyli seznámeni s režimovým opatřením. Pouze možnost „nechtěl/a jsem být seznámen/a“ nezvolil žádný z respondentů.

**Otázka č. 17: Snažil/a jste si dohledat informace o režimovém opatření sám/sama?**

*Pokračujte, prosím otázkou č. 18*

Tato otázka byla pro respondenty, kteří v předchozí otázce č. 16, uvedli odpověď „spíše ne“ a „ne.“ Na otázku č. 17 tedy odpovídalo celkem 27 respondentů.

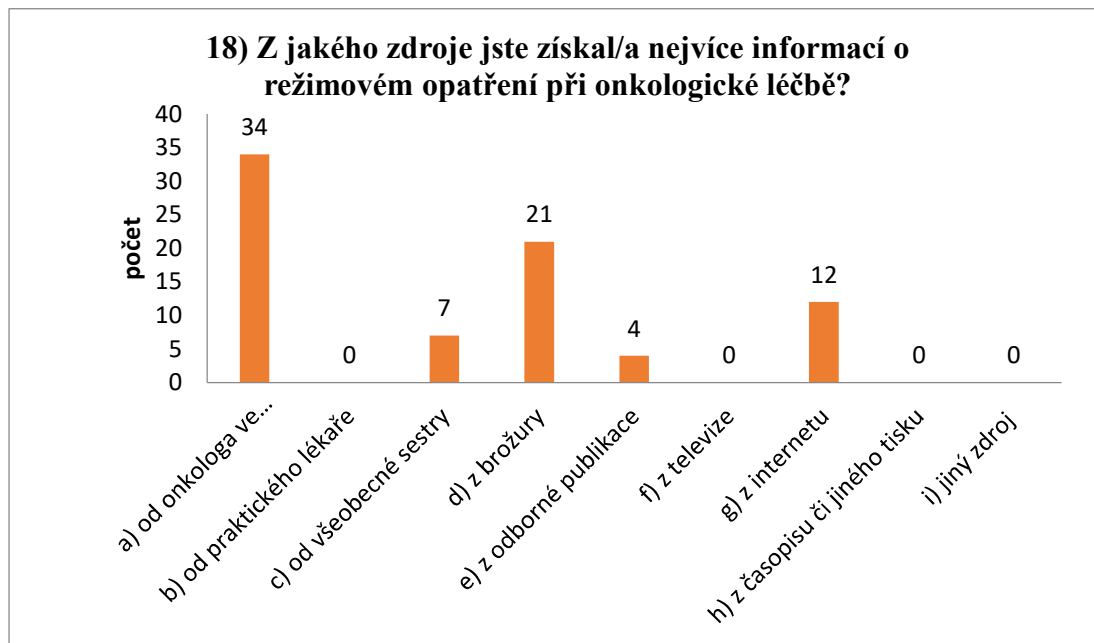
Graf 17 – Dohledání informací



Tato otázka byla zaměřena na to, zda se respondenti snaží vyhledávat si informace o režimovém opatření, pokud nejsou informováni přímo zdravotnickým personálem. Celkem 15 (56 %) dotazovaných označilo odpověď „ano“ a 12 (44 %) uvedlo odpověď „spíše ano“. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ neoznačil žádný z respondentů.

**Otázka č. 18: Z jakého zdroje jste získal/a nejvíce informací o režimovém opatření při onkologické léčbě?**

Graf 18 – Zdroje



Pomocí této otázky jsme zjistili, odkud respondenti obdrželi nejvíce informací o režimovém opatření. Celkem 34 (44 %) dotazovaných uvedlo, že nejvíce informací získalo od onkologa ve specializovaném pracovišti. Dále se nejvíce čerpalo z brožury vytvořené pro pacienty, kterou označilo celkem 21 (27 %) respondentů. Čerpání z internetu o režimovém opatření využilo dohromady 12 (15 %) dotazovaných. Od všeobecné sestry získalo informace pouze 7 (9 %) respondentů. Zbylí 4 (5 %) respondenti uvedli odbornou publikaci. Pouze možnosti „od praktického lékaře“, „z televize“, „z časopisu či jiného tisku“, „jiný zdroj“ nezvolil ani jeden respondent.

**Otázka č. 19: Jaká režimová doporučení jste získal/a?**

Graf 19 – Získání režimových opatření



Tato otevřená otázka měla za úkol zjistit od respondentů, jaká režimová doporučení obdrželi, pro omezení či zmírnění nežádoucích účinků. Bylo vybráno 14 nejčastějších odpovědí, jež respondenti pokládali za režimová opatření. U této otázky mohli respondenti uvést více možných odpovědí současně. Proto se ve zpracování dat za 100% nepokládá celkový počet tázaných, ale kompletní počet odpovědí. Absolutní četnost tvoří celkem 285 odpovědí. Ze strany respondentů bylo nejvíce z doporučení uváděno „vyhybat se infekcím“, což bylo uvedeno celkem ve 22,1 %. Druhým nejčastějším návrhem bylo „zvýšená péče o dutinu ústní“ označeno ve 14 %. Stejný počet odpovědí zahrnovalo doporučení „hodně odpočívat“ a „zvýšená hygiena“, což bylo zmíněno celkem v 11,9 %. Dále 8 % bylo pro odpověď „jíst vyváženou stravu“, 5,9% bylo pro „dostatek spánku“ a 5,6% zahrnovalo doporučení „dodržovat pitný režim“. Ze strany respondentů bylo dalším získaným doporučením „optimismus“ uveden v 5,3 %, „nepít alkohol a nekouřit“ označeno ve 4,2 %, „pravidelně cvičit“ zmíněno ve 3,5%. Shodný počet odpovědí byl u návrhu „jak pečovat o kůži po ozařování“ a „pravidelné kontroly“ uvedeno pouze ve 2,8 %. Nejméně získaným režimovým doporučením bylo „pravidelně užívat léky“ a „nepoužívat ostré předměty“, které bylo uvedeno pouze v 1 %.

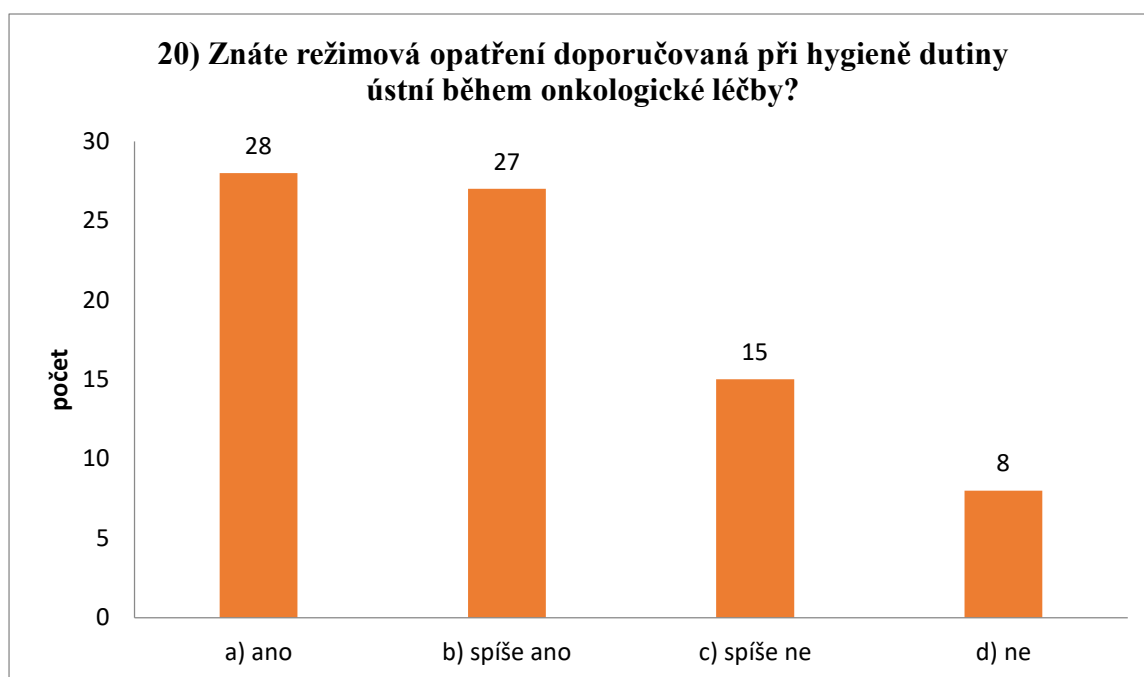
**Otázka č. 20: Znáte režimová opatření doporučovaná při hygieně dutiny ústní během onkologické léčby?**

*Pokud jste označil/a otázku č. 20 odpovědí A-B, uveďte prosím, která opatření znáte:*

U této otázky měli respondenti uvést vlastními slovy taková režimová opatření, která znají i dodržují v rámci hygieny dutiny ústní u onkologické léčby Hodgkinova lymfomu. Týkalo se to respondentů, kteří uvedli odpověď „ano“ a „spíše ano“, což vedlo k ověření odpovědi (viz komentář grafu č. 20).

Z celkového počtu dotazovaných tj. 78, označilo 28 (36 %) respondentů odpověď „ano“. Dalších 27 (35 %) respondentů uvedlo odpověď „spíše ano“. Celkem 15 (19 %) dotazovaných zvolilo odpověď „spíše ne“ a zbylých 8 (10 %) respondentů označilo odpověď „ne“.

Graf 20 – Hygiena dutiny ústní

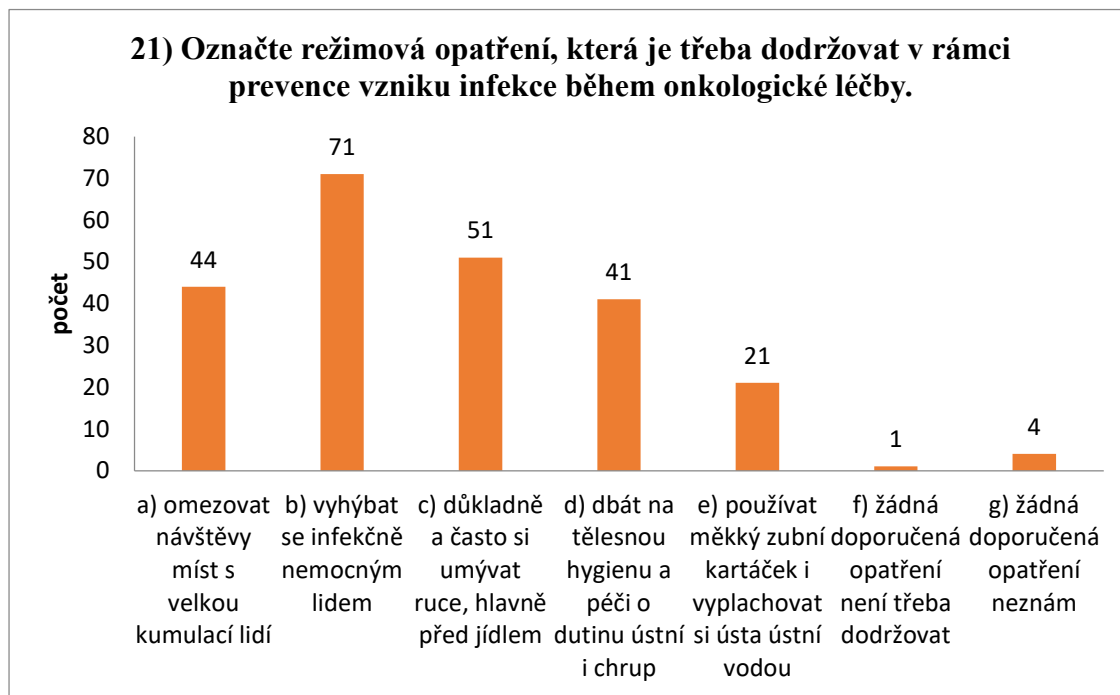


Celkem bylo zmíněno 63 odpovědí. Mezi nejčastěji uvedená režimová opatření u hygieny dutiny ústní bylo „používat měkký zubní kartáček“, což sdělilo celkem 23 (36,5 %) dotazovaných. Ze strany respondentů bylo dalším opatřením „vyplachovat ústa s Tamtum Verde, a to uvedlo 18 (28,6 %) dotazovaných. Pouze 15 (23,8 %) respondentů zmínilo opatření „pravidelné čištění zubů“. Následující opatření zmínilo jen 7 (11,1 %) respondentů a to „navštívit zubní hygienistku“.

**Otázka č. 21: Označte režimová opatření, která je třeba dodržovat v rámci prevence vzniku infekce během onkologické léčby.**

*Lze zvolit více odpovědí.*

Graf 21 – Infekce

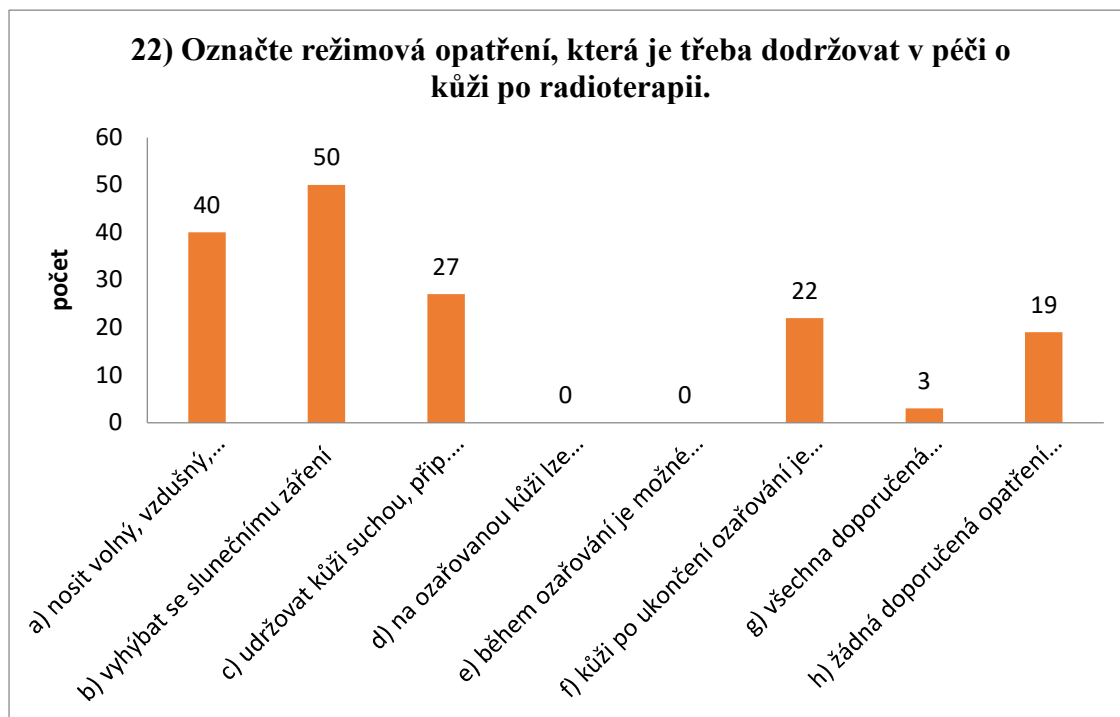


Pomocí této otázky jsme mohli zjistit, zda respondenti mají povědomí o tom, jak omezit riziko vzniku infekce v době onkologické léčby. U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí současně. Proto se ve zpracování dat za 100% nepokládá celkový počet respondentů, ale kompletní počet odpovědí. Absolutní četnost má dohromady 233 odpovědí místo od 78 odpovědí. Nejvíce odpovědí tvořila možnost „vyhýbat se infekčně nemocným lidem“, která byla označena v 30,5 %. Možnost „důkladně a často si umývat ruce, hlavně před hlavním jídlem“ byla druhou nejčastější odpovědí, která byla zvolena ve 21,9 %. Dále 18,9 % odpovědí tvořilo opatření „omezovat návštěvy míst s velkou kumulací lidí“ a podobný počet odpovědí mělo opatření „dbát na tělesnou hygienu a péči o dutinu ústní i chrup“, což bylo uvedeno v 17,6 %. Respondenty bylo opatření „používat měkký zubní kartáček i vyplachovat si ústa ústní vodou“ zvoleno pouze v 9 %. Jen 1,7% respondentů uvedlo možnost „žádná doporučená opatření neznám“ a 0,4% respondentů zvolilo možnost „žádná doporučená opatření není třeba dodržovat“.



**Otázka č. 22: Označte režimová opatření, která je třeba dodržovat v péči o kůži po radioterapii. Lze zvolit více odpovědí.**

Graf 22 – Péče o kůži



Díky této otázce jsme zjistili, zda respondenti znají režimová opatření v péči o kůži, která by měli respektovat u ozařování. U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí zároveň. Proto se ve zpracování dat za 100% nepokládá celkový počet tázaných, ale kompletní počet odpovědí. Tedy, celkový počet odpovědí činí 161. Ze strany respondentů bylo nejvíce označeno „vyhýbat se slunečnímu záření“ a to v 31 %. Druhou nejčastější možností bylo „nosit volný, vzdušný, nedráždivý oděv“, což bylo uvedeno ve 24, 8 %. Dále 16,8 % bylo uvedeno u možnosti „udržovat kůži suchou, příp. používat zásyp“ a 13,7 % odpovědí bylo u možnosti „kůži po ukončení ozařování je vhodné promazat krémem“. V 11,8 % bylo označeno „žádná doporučená opatření neznám. Nejméně označenou možností byla s 1,9% odpověď „všechna doporučená opatření jsou správná“. Pouze možnosti „na ozařovanou kůži lze používat mýdlo dle vlastního uvážení“ a „během ozařování je možné se koupat v bazénech dle běžných zvyklostí“ mělo 0% odpovědí.

## 6 DISKUZE

V této bakalářské práci se zjišťovalo, zda jsou pacienti seznámeni s informacemi, týkajícími se nežádoucích účinků včetně režimových opatření v době onkologické léčby. V teoretické části se čerpalo z odborné literatury. Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, která dopomohla k získání velkého počtu respondentů. Celkem se výzkumu zúčastnilo 78 respondentů. Dotazníkové šetření bylo směřováno na pacienty, u kterých byl diagnostikován Hodgkinův lymfom. Ve výzkumu mělo ženské pohlaví převahu nad mužským celkem o 26 %. Do nejpočetnější věkové skupiny patří věková kategorie 18-30 let, kterou zahrnuje celkem 35 (45 %) respondentů, což se shoduje i s odbornou literaturou, kdy konkrétně Vokurka (2018) uvádí, že Hodgkinův lymfom je poměrně častý u mladších pacientů ve věku do 30 let.

### **Dílčí cíl č. 1 – Zjistit od koho a kde získali respondenti nejvíce informací o nežádoucích účincích onkologické léčby.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 5 a 6. Díky otázce „kdo podal respondentům nejvíce informací o nežádoucích účincích onkologické léčby“ bylo zjištěno, že 44 (59 %) respondentů, získalo nejvíce informací od onkologa na specializovaném pracovišti, 14 (19 %) respondentů označilo všeobecnou sestru, 11 (15 %) uvedlo praktického lékaře a pouze 5 (7 %) respondentů uvedlo jinou osobu (např. známá lékařka). Možnost jiný pacient a praktikující studenti ne zvolil žádný z respondentů, což je pozitivní zjištění, neboť pacienti s onkologickou diagnózou si procházejí nelehkou životní situací. Proto si myslím, že by měli obdržet podstatné informace prvně od zdravotnického personálu, který na specializovaném pracovišti pracuje, neboť má větší zkušenosti s poskytnutím těchto citlivých informací.

Na otázku, kde získali informace týkající se nežádoucích účinků onkologické léčby, tak 35 (47,3 %) respondentů uvedlo ambulanci lékaře, 19 (25,7 %) respondentů získalo informace na onkologickém stacionáři, pouze 10 (13,5 %) respondentů obdrželo informaci na patientském pokoji bez přítomnosti jiného pacienta, a 8 (10,8 %) respondentů bylo informováno na pokoji v přítomnosti jiné osoby. Pouze 2 (2,70 %) respondenti zmínili pracovnu sester. Očekávala jsem, že u možnosti „v ambulanci lékaře“ a „patientský pokoj v soukromí“ bude mnohem větší počet odpovědí, neboť poskytování těchto citlivých informací je v přítomnosti cizí osoby mnohdy nepříjemný. Pacient se může cítit i rozpačitě, což mnohdy způsobí, že se již nedoptá dalších informací, které mu byli doposud nejasné.

Výsledky dat jsem dále srovnala s jinou literaturou, jedná se o slovenskou odbornou publikaci od Gulášové (2009) s názvem „Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení“. Autorka prováděla výzkum se 300 respondenty. Můj cíl byl porovnán s její odbornou literaturou, kdy její respondenti odpovídali na stejnou otázku. „Kým byli její respondenti informováni o chemoterapeutické léčbě“. Většina respondentů tj. 42,6 % uvedla lékaře, což se shoduje i s naší prací. Dále sestra byla uvedena pouze v 7 % a spoluležící pacient v 2,7 %. Celkem 5,7 % respondentů nebylo informováno vůbec, 5,3 % respondentů informovala rodina a 0,7 % respondentů informoval klinický psycholog.

Gulášová (2009) měla obdobně kladenou otázku i na to, kde se její respondenti dozvěděli o vedlejších účincích chemoterapie. Nejvyšší počet odpovědí zahrnovalo oddělení lékaře, kde bylo informováno celkem 47, 1 % respondentů, dále 26 % od klinického onkologa, 11 % respondentů v ambulanci lékaře, 5,3 % z médií, 3,7% od rodiny a 2,3 % od spolupacientů. Tyto výsledky se neshodovaly s výsledky naší práce.

### **Dílčí cíl č. 2 – Zjistit, zda získané informace o nežádoucích účincích onkologické léčby jsou pro respondenty srozumitelné.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahovala pouze jedna výzkumná otázka č. 8. Touto otázkou bylo zjištěno, že více než 90 % respondentů si myslí, že získané informace pro ně byli srozumitelné. Naopak pro 6 (8,1 %) respondentů byly získané informace nejasné. Respondenti uvedli vlastními slovy ty informace, kterým neporozuměli. Týkalo se to výběru vhodných přípravků k ošetření kůže po radioterapii, kterou uvedl pouze 1 (16,7 %) respondent. Vyznat se ve výběru surovin bylo nejasné pro 3 (50 %) respondenty. Pro 1 (16, 7 %) respondenta byl nesrozumitelný postup léčby a údaj „všechno“ bylo nesrozumitelné také jenom pro 1 (16, 7 %) respondenta. Očekávala jsem, že bude vyšší počet respondentů, kteří neporozumí většině informací. Věřím, že onkologický pacient musí pobrat mnoho informací, které mu byly doposud cizí. Proto tento cíl považuji za velmi pozitivní zjištění.

### **Dílčí cíl č. 3 – Zjistit, zda respondenti jsou zneklidněni zdravotnickým personálem při podávání informací o nežádoucích účincích onkologické léčby.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 9 a 10. Pomocí otázky č. 9 bylo zjišťováno, jestli jsou respondenti zneklidněni z informací, které získali o nežádoucích účincích. Celkem 54 (73 %) respondentů bylo zneklidněno ze sdělených informací a 20 (27 %) respondentů naopak nebylo znepokojeno z informací o dané problematice. Otázka č. 10

zjišťovala, zda respondenti měli možnost se opětovně zeptat na informace, které je znepokojily o nežádoucích účincích během léčby. Celkem 60 (81 %) respondentů potvrdilo, že se mohli znovu obrátit s informacemi na zdravotnický personál a pouze 14 (19 %) se domnívalo, že tak učinit nemohli.

Dle výsledků u otázky č. 9 jsem očekávala, že obavy bude pociťovat víc respondentů než naopak. Vliv na znepokojení u pacientů může mít i zdravotnický personál, a to tak, že nedodrží stanovená kritéria komunikace (např. stručnost, rychlost řeči aj.) nebo i prostředí, kde se poskytují informace. Pacient může vidět jiné onkologické pacienty a jejich změny vzhledu (např. alopecie, změny na váze aj.).

#### **Dílčí cíl č. 4 – Zjistit rozsah informovanosti u pacientů s Hodgkinovým lymfomem o režimových opatřeních a jejich dodržování během onkologické léčby.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. Pomocí otázky č. 16 bylo zjišťováno, zda byli respondenti seznámeni s režimovým opatřením. Celkem 51 (65 %) respondentů bylo seznámeno, naopak 27 (35 %) respondentů uvedlo, že seznámeni nebyli. V otázce č. 17 byli tázáni respondenti, zda se snažili o dohledání informací o režimovém opatření sami. Tato otázka byla pro respondenty, kteří v otázce č. 16 uvedli, že nebyli seznámeni s režimovým opatřením. Celkem 27 (100 %) uvedlo, že si informace sami dohledali. Otázka č. 18 zjišťovala, z jakého zdroje získali respondenti nejvíce informací o režimovém opatření. Podle výsledků z dotazníků uvedlo celkem 34 (44 %) respondentů, že získali nejvíce informací od onkologa ve specializovaném pracovišti, 21 (27 %) uvedlo brožuru, dále 12 (15 %) respondentů volilo cestu prostřednictvím internetu a 7 (9 %) respondentů uvedlo všeobecnou sestru, pouze možnosti praktický lékař, televize, časopis či jiný tisk včetně jiného zdroje nebylo zvoleno ani jednou. Díky otázce č. 19 bylo zjištěno, jaká režimová doporučení respondenti získali. Celkem 63 (22,1 %) uvedlo „vyhýbat se infekcím“, 40 (14 %) sdělilo „zvýšenou péči o dutinu ústní“, 34 (11,9 %) uvedlo opatření „hodně odpočívat“ a „zvýšenou hygienu“. Dalším režimovým opatřením pro 23 (8 %) byla „vyvážená strava“. 17 (5,9 %) respondentů uvedlo „dostatek spánku“, 16 (5,6 %) uvedlo „dodržovat pitný režim“. Dalších 15 (5,3 %) respondentů považovalo za režimové opatření „optimismus“, 12 (4,2 %) uvedlo „nepít alkohol a nekouřit“, 10 (3,5 %) respondentů uvedlo „pravidelně cvičit“. Pro dalších 8 (2,8 %) bylo opatřením „pečovat o kůži po ozařování“ a „pravidelné kontroly“. Pouze 3 (1,5 %) uvedli „pravidelně užívat léky“ a 2 (1 %) respondenti byli pro

„nepoužívání ostrých předmětů“. Otázka č. 20 měla za cíl zjistit, zda respondenti znali režimová opatření doporučená při hygieně dutiny ústní. Celkem 55 (71 %) respondentů znalo režimová opatření a pouze 23 (29 %) se domnívalo, že toto opatření nezná. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, měli uvést konkrétní režimová opatření. Dotazovaní uvedli: používat měkký zubní kartáček, vyplachovat si ústa Tantum Verde, pravidelné čištění zubů včetně návštěvy zubní hygienistky. U otázky č. 21 měli respondenti označit, jaká režimová opatření se musí dodržovat v rámci prevence vzniku infekce během onkologické léčby. Celkem 71 (30,5 %) respondentů se vyhýbá infekčně nemocným lidem, 51 (21, 9 %) respondentů si důkladně a často umývá ruce před jídlem, 44 (18,9 %) respondentů omezuje návštěvy míst s velkou kumulací lidí, 41 (17, 6 %) dbá na tělesnou hygienu i péči o dutinu ústní a chrup. Pouze 21 (9 %) respondentů používá měkký zubní kartáček a vyplachuje si ústa ústní vodou. 4 (1, 7%) respondenti uvedli, že žádná taková opatření nezná a 1 (0,4 %) respondent uvedl, že žádná doporučená opatření není třeba dodržovat. U otázky č. 22 měli respondenti označit, jaká režimová opatření se musí dodržovat v péči o kůži po radioterapii. Celkem 50 (31 %) se vyhýbá slunečnímu záření, 40 (24,8 %) respondentů vědělo, že na ozařovanou kůži se nosí volný, vzdušný, nedráždivý oděv. 27 (16,8 %) respondentů udržuje kůži suchou, popř. používá zásyp. Celkem 22 (13,7 %) respondentů promazává kůži krémem. 19 (11,8 %) respondentů tato opatření nezná a nejméně 3 respondenti si myslí, že všechna doporučená opatření jsou správná.

Tento cíl byl opět porovnán s Gulášovou (2009), neboť její respondenti odpovídali na otázku, jaké informace jim sestra poskytla. Respondenti uvedli změnu životosprávy, změnu výživy, informace k vyšetření, pozornost ke kůži a k vyprazdňování, péči o dutinu ústní, dále jim sestra poskytla informace o možných změnách nálad, psychických změnách či tělesné i psychické slabosti. Respondenti dostali informaci i o účincích na sexuální oblast, o pracovní neschopnosti, a také o nežádoucích účincích léčby.

Některá opatření se shodují i s naší výzkumnou otázkou č. 19. Dle mého názoru rozsah informovanosti o režimovém opatření u respondentů není špatný. Pouze jsem očekávala, že respondenti v otázce č. 19 získali i informace o opatřeních k invazivním vstupům (např. u venózního portu). Kdy Slezáková a kol. (2015) uvádí, že pacient by měl být opatrnější především ve výběru sportu, kdy není vhodné věšení se za končetinu nebo po delší dobu nosit těžká břemena na straně, kde je zavedený venózní port. Díky otázkám č. 20, 21, 22 jsme se dozvěděli, že větší část respondentů věděla, jaká jsou režimová opatření jak u

prevence infekce, tak i u kůže po radioterapii. Tyto rady uvádí Karešová a kol. (2011) ve své publikaci.

**Hlavní cíl – Zjistit rozsah informovanosti u pacientů s Hodgkinovým lymfomem o vzniku nežádoucích účinků, které mohou nastat během onkologické léčby.**

K hlavnímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 3, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 15. Otázkou č. 3 bylo zkoumáno, zda respondenti věděli, odkud vychází Hodgkinův lymfom. Celkem 75 (96 %) opovědělo správně, tedy z lymfatické uzliny a pouze 3 (4 %) respondenti se domnívali, že onemocnění vychází z kostí. Zbývající možnosti nebyly zvolené žádným respondentem. Otázka č. 4 měla za cíl zjistit, zda byli respondenti seznámeni s nežádoucími účinky. Celkem 74 (95 %) respondentů bylo seznámeno, což je pozitivní zjištění a pouze 4 (5 %) seznámeni nebyli. Otázkou č. 7 se zjišťovalo, zda respondenti pokládali rozsah získaných informací za dostatečný. Pro 61 (83,8 %) respondentů byli informace dostačující, ale 12 (16,2 %) respondentů uvedlo, že informace postrádali. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli záporně, měli uvést, jaké informace postrádali. Byly uvedeny tyto informace: „budu se moct vrátit do normálního života po léčbě“, „jak dlouho budu mít inzulín“, „jak se stravovat při nechutenství“, „jak se stravovat při hubnutí“, „můžu sportovat během léčby“, „kdy budu moct otěhotnět“, „jak dlouho bude léčba probíhat“, „bude mě port hodně omezovat“, „jak aplikovat injekci na bílé krvinky“ (postup). Pomocí otázky č. 11 bylo zjišťováno, zda si respondenti museli dohledat informace o dané problematice. Celkem 43 (58 %) respondentů nemělo potřebu si dohledávat informace, ale 31 (42 %) uvedlo, že museli. Otázka č. 12 zjišťovala, z jakého zdroje si respondenti dohledávali informace o dané problematice, tato otázka byla pro respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli, že si informace nedohledávali. Celkem 32 (40 %) respondentů využilo brožuru, 22 (27 %) respondentů volilo cestu prostřednictvím internetu, 18 (22 %) respondentům posloužila odborná publikace a pro 9 (11 %) to byl časopis či jiný tisk. Pouze možnost televize a jiný zdroj nebyla zvolená ani jednou. Otázkou č. 13 bylo zjišťováno, zda respondenti znali nežádoucí účinky, které se mohou objevit během aplikace nitrožilní chemoterapie. Celkem 56 (71,8 %) respondentů mělo přehled o nežádoucích účincích a pouze 22 (28,2 %) respondentů se domnívá, že je nezná. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, měli uvést konkrétní nežádoucí účinky. Respondenty bylo uvedeno: vypadávání vlasů, nevolnost, ospalost, zvracení, bolesti hlavy, nechutenství, slabost, poškození ledvin, únava, vyrážka, poškození žil, zácpa, pokles bílých krvinek, bolest při polykání, poškození jater, suchost v ústech, otok,

zánět, pásový opar, dušnost, pokles krevních destiček. Otázka č. 14 zjišťovala, zda respondenti mají přehled o tom, jaké nežádoucí účinky se mohou objevit při užívání kortikoidů. Pro možnost „nevím“ bylo celkem 36 (25,4 %) respondentů, což není pozitivní zjištění. Pro možnost „zhoršení či vyvolání cukrovky“ bylo celkem 24 (16,9 %) respondentů. Dohromady 22 (15,5 %) respondentů bylo pro možnost „obezita“. Možnost „závrat“ byla zvolena 13 (9,2 %) respondenty a možnost „vředové onemocnění žaludku či duodena“ uvedena 12 (8,5 %) tázanými. Možnost „podrážděnost a deprese“, „vysoký krevní tlak“, „migréna“ bylo zvoleno 10 (7 %) respondenty. Možnost „žádné“ zvolilo 5 (3,5 %) respondentů. Otázka č. 15 měla za cíl zjistit, zda respondenti věděli, jaké nežádoucí účinky se mohou u nich objevit časně po ozařování. Celkem 39 (50 %) respondentů předpokládalo, že znají nežádoucí účinky po radioterapii a naopak 39 (50 %) respondentů se domnívalo, že je nezná. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, měli uvést konkrétní nežádoucí účinky. Respondenty bylo uvedeno: nevolnost, vypadávání vlasů a ochlupení, podrážděnost pokožky, únava, puchýře v místě ozáření, nechutenství, ospalost, pachůť v ústech, svědění kůže, dušnost a bolest hlavy.

Porovnání s jinou literaturou:

Tento cíl byl opět porovnán s Gulášovou (2009), neboť se tázala obdobnou otázkou, jak její respondenti hodnotili úroveň informovanosti o vedlejších účincích chemoterapie od lékaře. Více jak 70 % respondentů hodnotilo úroveň velmi dobře a pouze 9,7 % respondentů naopak zle. Ze strany sestry hodnotilo úroveň informovanosti velmi dobře celkem 47, 3 % respondentů. V mojí bakalářské práci uvedlo celkem 61 (83,8 %) respondentů, že byli s rozsahem poskytnutých informací spokojeni.

Gulášová (2009) měla podobně kladenou otázku i na to, kolik jejich respondentů by vyjmenovalo nežádoucí účinky chemoterapie. Dle našich výsledků z výzkumu uvedlo 22 (28, 2%) respondentů, že neznali nežádoucí účinky chemoterapie, u Gulášové (2009) nikdo z respondentů neuvedl možnost, že by nevěděl o žádném nežádoucím účinku chemoterapie, což se neshoduje s výsledky naší práce.

Myslím si, že rozsah informovanosti o vzniku nežádoucích účinků, není zlý, neboť dle výsledků výzkumu bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů, zná nežádoucí účinky chemoterapie i radioterapie. Respondenti také získané informace pokládali za dostatečné. Pouze u otázky č. 14 bylo negativní zjištění v tom, že 36 (25,4 %) respondentů neví, jaké

nežádoucí účinky mohou vyvolat kortikoidy, i přes to, že tato skupinka léků je u Hodgkinova lymfomu poměrně často využívána po celou dobu léčby.

Domnívám se, že sdělený rozsah informací byl přijatelný pro pacienty, vzhledem k časové vytíženosti zdravotnického personálu, pracujícím na onkologickém pracovišti ve FN Brno.

Dále předpokládám, že strukturovaný rozhovor s jednotlivými respondenty mi mohl přinést přesnější informace. Respondenti by měli větší prostor pro vyjádření se k dané problematice, ale vzhledem k velkému počtu respondentů, by se překročil prostor, který je stanoven pro bakalářskou práci.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na pacienty s diagnózou Hodgkinův lymfom, zabývala se jejich informovaností o nežádoucích účincích během léčby tohoto onemocnění.

Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahovala tři hlavní kapitoly, první kapitola se zaměřovala na informace o Hodgkinově lymfomu včetně nežádoucích účinků onkologické léčby. Druhá kapitola popisovala zásady komunikace zdravotnického personálu s pacientem s diagnózou Hodgkinův lymfom, tj. jak s ním komunikovat, jak jej informovat o léčbě atp. Ve třetí a zároveň poslední kapitole jsme se seznámili s důležitostí režimových opatření, která mnohdy pacientům pomohou zmírnit či zcela eliminovat nežádoucí účinky léčby

Pro výzkumné šetření v praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda technikou dotazníku, který byl sestaven dle předem stanovených cílů. Výsledky výzkumu byly zaznamenány do grafů společně se slovní interpretací. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 78 respondentů.

První dílčí cíl zjišťoval, od koho a kde získali respondenti nejvíce informací o nežádoucích účincích onkologické léčby. Většina respondentů uvedla, že nejvíce informací získali od onkologa na specializovaném v pracovišti a to v ambulanci. První dílčí cíl byl splněn.

Druhý dílčí cíl zjišťoval, zda získané informace o nežádoucích účincích onkologické léčby byly pro respondenty srozumitelné. Většina respondentů informacím porozuměla. Informace, kterým respondenti neporozuměli, jsou shrnuty v kapitole Diskuze. Druhý dílčí cíl byl splněn.

V rámci třetího dílčího cíle se zjišťovalo, zda jsou respondenti zneklidněni zdravotnickým personálem při podávání informací o nežádoucích účincích onkologické léčby. Více než polovina respondentů byla zneklidněna ze sdělených informací, ale zdravotnickým personálem jim bylo umožněno se v případě potřeby na cokoliv dotazovat. Uvedený dílčí cíl byl splněn.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťoval rozsah informovanosti respondentů o režimových opatřeních a jejich dodržování během léčby. Z výsledků výzkumu, které jsou shrnuty v diskuzi, je patrné, že informovanost ze strany pacientů není špatná. Bylo zjištěno, že většina respondentů má poměrně kvalitní a ucelené informace o režimových opatřeních. Tento dílčí cíl byl splněn.

V rámci hlavního a zároveň posledního cíle se zjišťoval rozsah informovanosti pacientů s Hodgkinovým lymfomem o nežádoucích účincích během onkologické léčby. Poměrně velká část respondentů byla spokojena s rozsahem informací, které jim byly poskytnuty. Ti, kteří informace nepovažovali za úplné, hledali na internetu nebo v jiných zdrojích (nejvíce v brožurě). Informace, které respondenti postrádali, byly shrnuty v diskuzi. Bylo zjištěno, že většina respondentů se v problematice nežádoucích účinků onkologické léčby orientuje. V Diskuzi byly opět shrnuty konkrétní nežádoucí účinky, o kterých byli respondenti informováni či je sami na sobě pozorovali. Hlavní cíl byl tedy splněn.

Hodgkinův lymfom nebo jiná nádorová onemocnění jsou stále aktuálním problémem zdravotnictví, jenž si vyžaduje neustálou pozornost. Jako doporučení pro praxi chci navrhnout, aby si zdravotníci i nadále vymezili vhodný prostor i čas pro sdělování všech podstatných informací včetně objasnění otázek pacientů. Dále by mohl zdravotnický personál pacientovi doporučit, aby před návštěvou lékaře si průběžně zapisoval na list papíru ty informace, které jsou nejasné či ho znepokojují, aby si později na vše vzpomněl a mohl si vše s lékařem ujasnit. Rovněž je vhodný individuální a empatický přístup, neboť každý pacient vnímá i to, jak k němu personál přistupuje. Myslím si, že tyto pozitivní kroky povedou k odstranění či zmírnění úzkosti a strachu u nemocného, což má také pozitivní dopad na léčbu. Domnívám se, že jen dobře informovaný pacient nepochybí během léčebného režimu a lépe se mu přizpůsobí. Pevně věřím, že má práce poslouží jako doplňující informační materiál pro pacienty s Hodgkinovým lymfomem i zdravotníky, jež pacienty informují.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ADAM, Zdeněk et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2539-5.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, c2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ, Jiří VORLÍČEK et al., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA, 2011. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3554-2.

DOLEŽALOVÁ, Lenka, 2016. Cílená léčba u nádorových onemocnění krve. *Onkologie* [online]. 12(4), 133-137 [cit. 2020-05-05]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2016/05/07.pdf>

FABER, Edgar et al., 2015. *Základy hematologické diagnostiky*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3742-6.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin, SR: Osveta, spol. ISBN 978-80-8063-305-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: Proč a jak?*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

CHOCENSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ a Kateřina DĚDEČKOVÁ, 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-02-0.

INDRÁK, KAREL, 2014. *Hematologie a transfuzní lékařství*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-722-4.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, Andrea, Michal DOUBEK a kol., 2012. *Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve?* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2694-9.

KAREŠOVÁ, Jana a kol. 2011. Praktické rady pro onkologické pacienty: aneb Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-268-1.

KOLÁŘOVÁ, Iveta, Jaroslav VAŇÁSEK a Kateřina HORÁČKOVÁ, 2019. *Chemoterapie pro nelékařské zdravotnické obory*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-218-3.

KRÁL, Zděnek, 2014. Léčba lokalizovaného stádia Hodgkinova lymfomu. *Onkologie* [online]. 8(3), 112-116 [cit. 2020-05-05]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/03/05.pdf>

MARCUS, Robert, John W. SWEETENHAM a Michael E. WILLIAMS, ed., 2014. *Lymphoma: pathology, diagnosis, and treatment*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press. Medicine. ISBN 978-1-107-01059-8.

MAYER, Jiří, ed., 2016. *Léčebné postupy v hematologii*. Praha: Česká hematologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. ISBN 978-80-260-9718-1.

MÓCIKOVÁ, Heidi, 2010. Vyšetřovací metody a prognostické faktory u Hodgkinova lymfomu. *Onkologie* [online]. 4(3), 149-153 [cit. 2020-05-05]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2010/03/03.pdf>

MÓCIKOVÁ, Heidi, 2014. Současné pohledy na léčbu nemocných v pokročilém stádiu Hodgkinova lymfomu. *Onkologie* [online]. 8(3), 117-120 [cit. 2020-05-05]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/03/06.pdf>

OBEREIGNERŮ, Radko, 2009. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-2-1.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha 7: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishnig. Setra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a Jan MACH, 2017. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.

- ROHOŇ, Peter, 2016. *Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4220-8.
- ŠMARDOVÁ, Lenka, 2006. *Diagnóza Hodgkinova choroba: informovanost pro pacienty a jejich blízké*. 2., dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3945-0.
- ŠNĚDAR, Libor, 2014. *České medicínské právo ve světle nové občanskoprávní a medicínské legislativy*. Žilina: Georg. ISBN 978-80-8154-100-1.
- TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR, 2019. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7179-318-2.
- TOMÁŠEK, Jiří, 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. ISBN 9788088046011.
- TOMÍŠKA, Miroslav, 2018. *Výživa onkologických pacientů*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4064-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. Setra (Grada). ISBN 978-80-247-1262-8.
- VOKURKA, Samuel et al., 2005. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-299-4.
- VOKURKA, Samuel, 2014. *Postižení dutiny ústní onkologických pacientů*. Praha: Current Media. Medicus. ISBN 978-80-260-6359-9.
- VOKURKA, Samuel, Petra TESAŘOVÁ a kol., 2018. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání: Praha. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VORLÍČEK, Jiří, SOUČEK, Miroslav a Jindřich ŠPINAR, ed., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2110-1.
- VYDRA, Jan, Jan NOVÁK, Marie LAUERMANNOVÁ a kol., 2019. *Hematologie v kostce*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5140-8.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ABVD	adriamycin, bleomycin, vinblastin, dakarbazin
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
BEACOPP	bleomycin, etoposid, doxorubicin, cyklofosfamid, vinkristin, prokarbazin, prednison
BMI	Body Mass index
BV	Brentuximad vedotin
CMV	Cytomegalovirus
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
DNA	Deoxyribonucleic acid
EBV	Epstein – Barrové virus
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ECHO	echokardiogram
EKG	elektrokardiograf
EORTC	European organisation for Research and Treatment Cancer
et al.	a kolektiv
FN	Fakultní Nemocnice
FW	sedimentace erytrocytů
GELA	Groupe d'études des lymphomes de l'adulte
GHSG	German Hodgkin's lymphoma study Group
Gy	Gray
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HL	Hodgkinův lymfom
CHT	chemoterapie
kg	kilogram
kHL	klasický Hodgkinův lymfom
ks	kus
l	litr
mg	miligram
MOPP	mechloreタミン, vinkristin, prokarbazin, prednison

---

MR	magnetická rezonance
např.	například
NCCN	National Cancer Comprehensive Network
NGS	nasogastrická sonda
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	pozitronová emisní tomografie
RF	rizikový faktor
RT	radioterapie
s.	strana
Sb.	sbírka
STANFORD	vinblastin, doxorubicin, vinkristin, bleomycin
tj.	to je
TSH	tyreotropní hormon
tzv.	to znamená
viz	odkaz na jiné místo v textu
WHO	World Health Organisation
%	procento
§	paragraf



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – WHO klasifikace hodnocení celkového stavu pacienta.....	15
Tabulka 2 – Klasifikace Ann Arbor – klinická stádia .....	16
Tabulka 3 – Rozdělení klinických stádií I a II u HL podle GHSG.....	17
Tabulka 4 – Prognostické skupiny.....	17
Tabulka 5 – Standardní chemoterapeutické režimy používané v primární léčbě HL.....	19
Tabulka 6 – Relaps po terapii časných stádií HL .....	21
Tabulka 7 – Relaps po terapii intermediálních a pokročilých stádií.....	21
Tabulka 8 – Fáze přijetí závažného onemocnění .....	33
Tabulka 9 – Složení výživné stravy u onkologického pacienta.....	36
Tabulka 10 – Klasifikace BMI dle WHO .....	36
Tabulka 11 – Typy obkladů .....	39

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 – Pohlaví.....	44
Graf 2 – Věk .....	45
Graf 3 – Hodgkinův lymfom .....	46
Graf 4 – Seznámení s nežádoucími účinky.....	47
Graf 5 – Kdo poskytuje nejvíce informací o nežádoucích účincích .....	48
Graf 6 – Místo pro získání informací.....	49
Graf 7 – Dostatečný rozsah informací .....	50
Graf 8 – Srozumitelné informace.....	51
Graf 9 – Znepokojení z informací.....	52
Graf 10 – Doptání se informací .....	53
Graf 11 – Dohledání doplňujících informací.....	54
Graf 12 – Zdroje .....	55
Graf 13 – Nitrožilní chemoterapie .....	56
Graf 14 – Kortikoidy.....	57
Graf 15 – Ozařování .....	58
Graf 16 – Režimové opatření.....	59
Graf 17 – Dohledání informací.....	60
Graf 18 – Zdroje .....	61
Graf 19 – Získání režimových opatření .....	62
Graf 20 – Hygiena dutiny ústní.....	63
Graf 21 – Infekce .....	64
Graf 22 – Péče o kůži.....	65

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Dotazník .....	84
----------------------------	----