

Komunikace s onkologicky nemocným pacientem

Kohutová Veronika

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Kohutová**
Osobní číslo: **H15032**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Komunikace s onkologicky nemocným pacientem**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti onkologie a komunikace s onkologicky nemocným pacientem.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace 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**

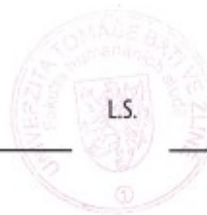
Seznam doporučené literatury:

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016, 166 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.
KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011, 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.
NEWTON, Susan, Margaret HICKEY a Jeannine M. BRANT. *Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice*. 2nd edition. St. Louis: Elsevier, 2017, xvi, 459. ISBN 978-0-323-37563-4.
PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015, 445 s. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3

Vedoucí bakalářské práce: **prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17.4.2021

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Předmětem této bakalářské práce s názvem „Komunikace s onkologicky nemocným pacientem“ je zjištění, jak byla nemocnému sdělena jeho diagnóza a zda byly dodrženy základní postupy, které by sdělení závažných diagnóz mělo mít z pohledu nemocného. V teoretické části jsou popsány základy onkologie, příčiny, diagnostika, terapie, paliativní péče a základy komunikace. V praktické části jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření technikou dotazníku. Výzkum slouží k poskytnutí informací o této problematice, zlepšení komunikace a života onkologicky nemocného pacienta.

Klíčová slova: onkologie, komunikace, diagnóza

ABSTRACT

The subject of this bachelor's thesis entitled "Communication with a cancer patient" is to find out how the patient was told his diagnosis and whether the basic procedures, that the communication of serious diagnoses should have from the patient's point of view, were followed. The theoretical part describes the basics of oncology, causes, diagnosis, therapy, palliative care and basics of communication. The practical part presents the results of a quantitative research survey using the questionnaire. The research serves to provide information on this issue, to improve communication and the life of a cancer patient.

Keywords: oncology, communication, diagnosis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé práce profesoru MUDr. Antonu Pelikánovi, DrSc., za vstřícnost, ochotu, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Poděkování patří také všem respondentům, kteří byli ochotní vyplnit můj dotazník.

Velké díky také patří Mgr. Ivaně Kubíčkové za gramatickou korekturu.

A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za podporu v době studia.

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

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 ONKOLOGIE | 12 |
| 1.1 HISTORIE OBORU ONKOLOGIE..... | 12 |
| 1.2 DEFINICE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ..... | 13 |
| 1.3 INCIDENCE ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ..... | 13 |
| 1.4 PŘÍČINY VZNIKU NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ..... | 16 |
| 1.5 DĚLENÍ NÁDORŮ..... | 17 |
| 1.6 ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY | 18 |
| 1.6.1 Anamnéza..... | 18 |
| 1.6.2 Fyzikální vyšetření | 19 |
| 1.6.3 Zobrazovací metody | 19 |
| 1.6.4 Laboratorní vyšetření | 20 |
| 1.6.5 Endoskopické vyšetření | 21 |
| 1.6.6 Cytologické vyšetření..... | 21 |
| 1.6.7 Histopatologická vyšetření..... | 22 |
| 1.7 KLASIFIKACE NÁDORŮ | 22 |
| 1.7.1 Zásady systému TNM | 22 |
| 1.7.2 Všeobecná pravidla systému TNM | 23 |
| 1.7.3 TNM klinická klasifikace..... | 24 |
| 1.7.4 pTNM Patologická klasifikace..... | 24 |
| 1.8 VÝCHOZÍ VIRCHOWŮV KONCEPT HISTOLOGICKO-HISTOGENETICKÉ KLASIFIKACE NÁDORŮ | 25 |
| 1.9 LÉČEBNÉ METODY V ONKOLOGII | 26 |
| 1.9.1 Chirurgická léčba | 26 |
| 1.9.2 Radioterapie | 28 |
| 1.9.3 Chemoterapie | 29 |
| 1.9.4 Hormonální protinádorová léčba..... | 31 |
| 1.9.5 Biologická léčba..... | 32 |
| 1.9.6 Imunoterapie | 32 |
| 1.10 PREVENCE V ONKOLOGII | 33 |
| 1.11 PALIATIVNÍ TERAPIE..... | 34 |
| 1.11.1 Rozdělení paliativní péče | 34 |
| 2 KOMUNIKACE | 37 |
| 2.1 KOMUNIKAČNÍ PROCES | 37 |
| 2.2 DĚLENÍ KOMUNIKACE | 38 |
| 2.2.1 Verbální komunikace | 39 |
| 2.2.2 Neverbální komunikace | 40 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.3 | BARIÉRY V KOMUNIKACI..... | 43 |
| 2.4 | NASLOUCHÁNÍ | 45 |
| 2.4.1 | Fáze aktivního naslouchání | 45 |
| 2.4.2 | Techniky aktivního naslouchání | 46 |
| 2.5 | KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM..... | 46 |
| 2.5.1 | Psychoonkologie | 47 |
| 2.5.2 | Obavy nemocných..... | 47 |
| 2.5.3 | Zásady komunikace..... | 47 |
| 2.5.4 | Sdělování špatných zpráv..... | 48 |
| 2.5.5 | Sdělování onkologických diagnóz | 49 |
| 2.5.6 | Desatero zásady sdělování onkologické diagnózy | 51 |
| 2.5.7 | Shrnutí sdělení onkologické diagnózy | 52 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 55 |
| 3 | VÝZKUM A JEHO METODIKA | 56 |
| 3.1 | CÍLE VÝZKUMU | 56 |
| 3.2.1 | Dotazník | 56 |
| 3.2.2 | Skupina respondentů | 57 |
| 3.2.3 | Organizace výzkumu..... | 57 |
| 3.2.4 | Zpracování získaných dat..... | 58 |
| 4 | ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT..... | 59 |
| 5 | DISKUZE | 79 |
| 6 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 80 |
| | ZÁVĚR | 82 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 83 |
| | SEZNAM INTERNETOVÝCH ODKAZŮ | 87 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 88 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 89 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 90 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 91 |

ÚVOD

„Existuje tisíce nemocí, ale jen jedno zdraví.“

Ludwig Börne

Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s onkologicky nemocným pacientem. Komunikace je dle mého názoru jedním z nejdůležitějších faktorů sociální interakce a také je prostředkem začlenění jednotlivce do sociální skupiny. Díky komunikaci můžeme sdělovat informace, zkušenosti, zážitky, pocity a pomocí neverbální komunikace můžeme sdělit i emoce. V ošetrovatelské péči je komunikace velmi důležitá pro navození důvěry mezi zdravotnickým personálem a nemocným. Velmi specifickou skupinou jsou právě onkologicky nemocní pacienti, se kterými se setkáváme. Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice a mnoho z nás si stále myslí, že jich se toto onemocnění nikdy týkat nemůže. Vlivem špatné komunikace s nemocným může vzniknout nedůvěra ve zdravotnický personál a následné komplikace v léčbě.

Tuto problematiku jsem zvolila po předchozí zkušenosti, kdy jsem sama viděla, že lékař ani jiný zdravotnický personál neumí správně s onkologicky nemocným komunikovat. Bohužel i já sama jsem se ve své zdravotnické praxi setkala se situací, kdy jsem nevěděla, jak s nemocným hovořit a jak mu být co nejlepší oporou v jeho těžké chvíli. V poslední době jsem zpozorovala nárůst nemocných nádorovým onemocněním, tudíž tuto problematiku považuji za aktuální. Dalším důležitým důvodem výběru tohoto téma bylo, že jsem chtěla zjistit, jak nemocnému byla sdělena jeho diagnóza a zda byly dodrženy základní podmínky sdělení závažných diagnóz.

Teoretická část mé práce se zabývá obecnými definicemi, které tvoří název práce. V první kapitole je popsána definice onkologie, epidemiologie, příčiny, diagnostika, léčba onkologické diagnózy a paliativní péče. Druhá kapitole je zaměřena na komunikaci, její dělení a zásady správné komunikace.

Pro praktickou část této práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké problémy se vyskytují při sdělování onkologické diagnózy, pocity nemocných a prodělaná léčba. Také mě zajímalo, proč podle nemocných má personál problémy s komunikací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE

Onkologie je lékařský obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou nádorových onemocnění. Onko je z řeckého „*onkos*“ což znamená nádor, pův. hromada, něco objemného. (Vokurka a Hugo, c2011, s.328)

1.1 Historie oboru onkologie

Nádorová onemocnění jsou známa od pravěku. Provázejí lidstvo od jeho vzniku. Důkazy přinesly archeologické nálezy, a to jak u mumií, tak v záznamech v egyptských papyrusech. U nás je v neoborných kruzích pro nádorové onemocnění vžitý název rakovina. Léčba zhoubných nádorů – rakoviny se datuje od 19. století, kdy se začali o problematiku zajímat patologové, internisté a gynekologové. Léčení bylo nejprve chirurgické a teprve objevem rentgenového záření a radia se léčebné možnosti rozšířily. Spolek českých lékařů byl založen 1862. V roce 1904 byl stanoven Spolek pro potírání rakoviny v Praze. Zasloužili se o to jmenovitě profesori V. Rubeška, K. Maydl, L. Sylaba a praktický lékař MUDr. Skalička (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

V Brně existoval „**Dům útěchy**“ od roku 1928, jehož vznik byl dán potřebou postarat se o nevléčitelně nemocné pacienty s nádory. Incidencí průkopníků byl přebudován v léčebný ústav (1933-35), nynější **Masarykův onkologický ústav** (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

V Praze na Bulovce byl cílevědomou snahou členů Spolku pro potírání rakoviny, převážně z řad akademické obce, vybudován v roce 1936 Radioléčebný ústav, kde byly postulovány hlavní zásady onkologické péče platné do dnešních dnů. Nynější **Ústav radiační onkologie** plní tuto funkci dosud (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

Vznikly odborné společnosti onkologická a radiologická. S přibývajícimi možnostmi systémové onkologické léčby (chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie nebo biologická léčba) byla schválena odbornost klinického onkologa, který se zabývá léčebnými aplikacemi systémové léčby a je členem multidisciplinárního týmu. Tento tým se skládá z radiačního a klinického onkologa, patologa, radiologa, chirurga, gynekologa nebo dalších odborníků chirurgických oborů, odborníka v nukleární medicíně, biochemii, psychologa, klinického farmaceuta a molekulárního biologa. Tento tým navrhuje optimální vyšetřovací a léčebný plán (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

Po roce 1990 vznikla řada občanských iniciativ, které usilují o prohloubení nádorové prevence a snaží se zlepšení kvality života onkologických pacientů. Jednou z nejstarších a nejznámějších je Liga proti rakovině, která je řádným členem mezinárodních organizací UICC (Union for International Cancer Control) – Mezinárodní unie proti rakovině) a ECL (Association of European Cancer Leagues – Asociace evropských lig proti rakovině) (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

1.2 Definice nádorového onemocnění

Nádorové bujení může postihnout kteroukoli tkáň a orgán. Jeho vznik je velmi složitý a v mnohém dosud neobjasněný. **Nádor** (novotvar, tumor, neoplazma, blastom) lze charakterizovat jako místní abnormální a nadměrné bujení tkáňových buněk bez regulace a koordinace, s růstem do okolních tkání a celého organismu. Tento růst má autonomní povahu nezávislou na nositeli. Zpětná diferenciaci do normálních poměrů není možná a ani případné odstranění etiologického agens nevede k zastavení nádorového růstu, který se označuje za ireverzibilní. Nádorová tkáň má své charakteristické morfologické, biologické a metabolické znaky (Zeman a Krška, 2011, s. 407).

1.3 Incidence onkologických onemocnění

Epidemiologie je studium toho, jak je nemoc šířena v populaci, ukazuje faktory, které ovlivňují její šíření a trendy v čase. V rámci formálních vzdělávacích programů je jí často věnována jen malá pozornost. Pochopení epidemiologie je nezbytné pro pochopení onkologické biologie, identifikaci jejich rizikových faktorů a rozvoj preventivních a léčebných strategií. Epidemiologické studie zahrnují základy onemocnění, dopady léčby, screeningu a preventivních opatření na přirozenou historii onemocnění (Newton, Hickey a M. Brant, 2017, s.1).

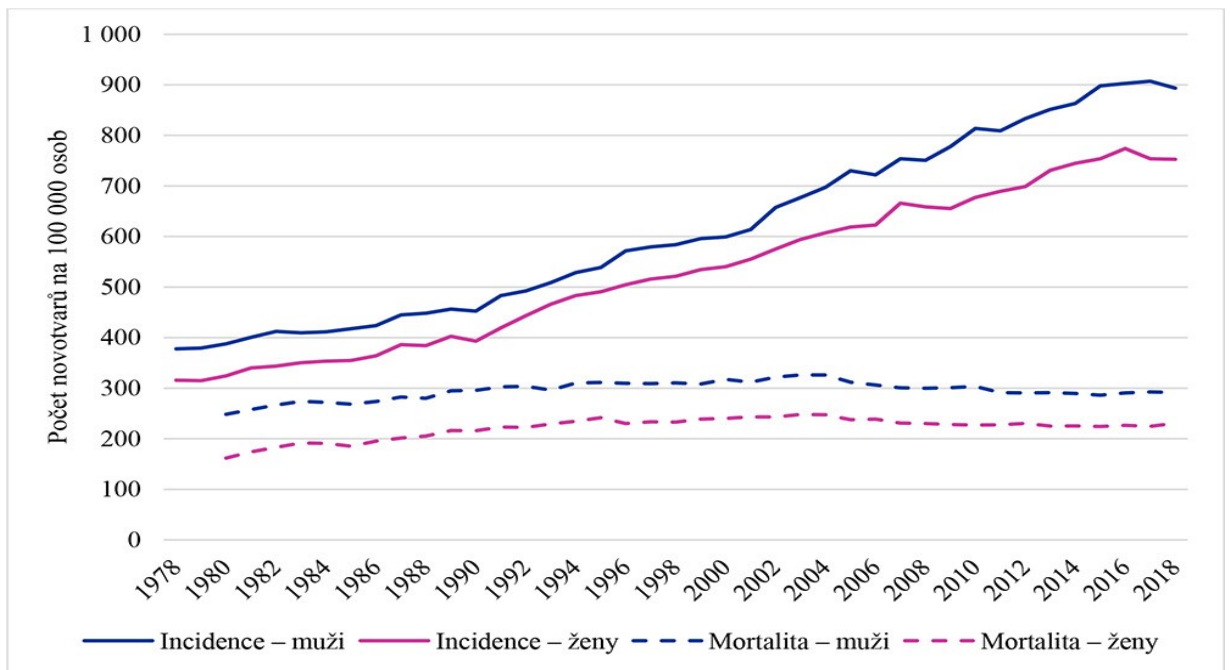
V Mezinárodním srovnání stojí Česká republika v incidenci zhoubných nádorů (ZN) v Evropě na 16.-17. místě, u řady onkologických diagnóz dokonce obsazujeme přední místa evropských statistik (např. 2. místo u ZN ledviny, 3. místo u ZN slinivky břišní, 3.-5. místo u ZN žlučníku a žlučových cest a 8. místo u ZN prostaty) (Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR, 2021).

Velmi důležité je také zmínit **incidenci** výskytu zhoubného novotvaru tlustého střeva a konečnicku, kdy ZN tlustého střeva a konečnicku do roku 2002 výrazně narůstala, po tomto roce je patrná stabilizace až mírný pokles, což pravděpodobně souvisí se zavedením kolorektálního screeningového programu. V roce 2018 bylo toto onemocnění 2. nejčastěji diagnostikovaným novotvarem kromě nemelanomových kožních nádorů v ČR. V roce 2018 bylo v ČR nově diagnostikováno 7 273 případů, tedy 68,4 na 100 000 osob, což bylo o 1,7 % méně v porovnání s předchozím rokem. Trend **mortality** ZN tlustého střeva a konečnicku je velmi podobný trendu incidence, s tím rozdílem, že po roce 2002 je pozorovaný pokles ještě výraznější. ZN tlustého střeva a konečnicku byl v rámci onkologických diagnóz 2. nejčastější příčinou úmrtí v roce 2018. V souvislosti s touto diagnózou v roce 2018 zemřelo 3 356 osob, tj. 31,6 úmrtí na 100 000 osob, což bylo o 2,7 % méně než v předchozím roce (Novotvary 2018, ÚZIS ČR, 2021).

Základní epidemiologičtí ukazatelé:

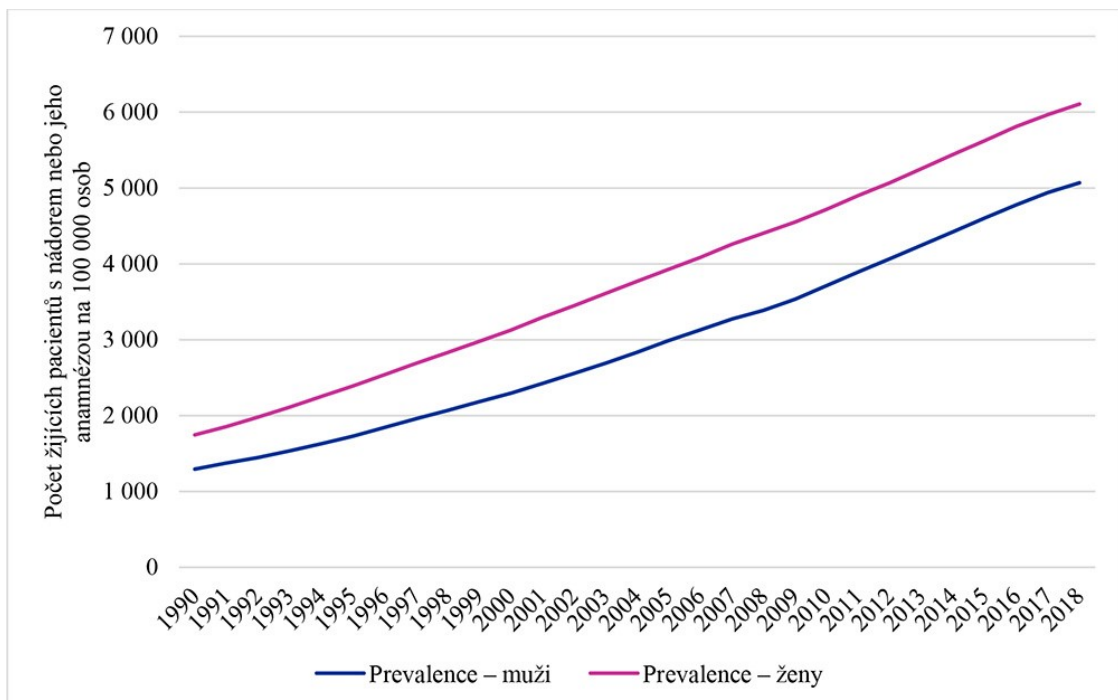
- **Incidence** nádorů – frekvence nově vzniklých onemocnění v dané populaci v určitém období, zpravidla v jednom kalendářním roce. Vyjadřuje se obvykle poměrem počtu nových onemocnění na 100 000 obyvatel v dané populaci za rok;
- **Mortalita** – úmrtnost – analogický ukazatel vyjadřující počet zemřelých na zhoubné nádory, obvykle opět na 100 000 obyvatel na určitém území v určitém roce;
- **Letalita** – smrtnost – je poměr počtu k celkovému počtu nemocných dané choroby;
- **Prevalence** – odhadovaný počet nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním, kteří žijí k určitému časovému okamžiku v určité populaci, vztažený opět nejčastěji na 100 000 obyvatel. Tento ukazatel klesá s nárůstem mortality a jeho spolehlivost předpokládá dostatečně dlouho fungující populační registr (Klener, 2011, s. 9-10).

Obrázek 1 – Vývoj incidence a mortality zhoubných novotvarů dle pohlaví



(Novotvary 2018, ÚZIS ČR, 2021)

Obrázek 2 – Vývoj prevalence zhoubných novotvarů dle pohlaví



(Novotvary 2018, ÚZIS ČR, 2021)

1.4 Příčiny vzniku nádorového onemocnění

Příčina vzniku zhoubných nádorů není dosud objasněna. Za dlouhá léta výzkumu v této oblasti se však nashromáždilo velké množství poznatků o různých vlivech a faktorech označovaných jako karcero geny, které vznik zhoubného bujení v různém stupni podmiňují a ovlivňují. Vznik maligního bujení – **kancerogeneze** – je proces složitý a dlouhodobý, vyžadující vhodnou kombinaci kancerogenních faktorů. Zahrnuje v sobě složité komplexní interakce na úrovni biochemické, buněčné, tkáňové, orgánové až po reakci celého organismu. Z praktické hlediska lze rozlišovat kancerogenní faktory vnitřní a zevní (Zeman a Krška, 2011, s. 408).

Mezi **vnitřní faktory** patří zejména dědičné dispozice, vlivy pohlavní, věkové, rasové, změny na sféře neurohumorální regulace, imunologie a hormonální. Bylo prokázáno, že některé geny, tzv. **onkogeny**, jsou schopné navodit v buňce maligní zvrát (Zeman a Krška, 2011, s. 409).

Zevní faktory lze členit na fyzikální, chemické a biologické. Z fyzikálních faktorů je nejdůležitější záření. Známý je kancerogenní vliv slunečního záření na kůži, stejně jako ionizujícího, např. RTG ozáření. Uvažuje se však i o vlivech dlouhodobého mechanického dráždění (např. cholelitiáza). Závažným problémem jsou chemické karcero geny, které v zevním prostředí stále přibývají. Jednou z nejrozšířenějších škodlivin je kouření a množí se i důkazy o souvislosti mezi způsoby výživy a nádory (např. přítomnosti nitrosaminů v potravě). Z biologických faktorů je středem zájmu především virový původ nádorů. Zatímco u některých zvířecích tumorů (například kuřecí leukemie a sarkom) je tato příčina prokázána, u humánních nádorů je virový původ zatím předmětem diskuze. Mezi nepravděpodobnější kandidáty na původce zhoubného bujení u lidí jsou herpesviry (Zeman a Krška, 2011, s. 409).

1.5 Dělení nádorů

Mezi nejdůležitější charakteristiky nádorové tkáně patří tzv. **biologická aktivita či povaha nádoru**. Je dána rychlostí a charakterem růstu, schopností generalizace a imunologickými vlastnostmi (Zeman a Krška, 2011, s. 407).

Benigní nádor roste pomalu, zůstává ohraničen, na okolní tkáň působí pouze tlakem, neporušuje ji infiltračním destruktivním růstem, negeneralizuje a netvoří metastázy. Pro své ohraničení se dá zpravidla snadno odstranit a po extirpaci obvykle nerecidivuje. Růst většiny benigních nádorů není neomezený, po určité době se zastaví a v nádoru dochází k regresivním změnám. Činí-li nezhoubný nádor svému nositeli obtíže, závisejí na jeho velikosti, lokalizaci a tlaku na okolní tkáň (Zeman a Krška, 2011, s. 407).

Maligní nádor roste zpravidla rychleji, někdy je růst přímo překotný, roste invazivním, destruktivním, infiltračním způsobem a proti okolí není ohraničený. Destruktivní bujení nešetří ani lymfatické a krevní cévy, do kterých prorůstá. Maligní nádor nezůstává omezen na místo vzniku a má sklon ke generalizaci, tj. ke tvorbě druhotných (dceřiných) ložisek – metastáz, nejčastěji v lymfatických cestách nebo jiných orgánech. Zhoubný nádor má nepříznivý vliv na celý organismus. Projevuje se nejčastěji anorexií, úbytkem hmotnosti a vznikem nádorové kachexie, i když tumor neruší přímo funkci trávicího ústrojí. Maligní nádory však mají poměrně často (v 15–50 %) řadu vzdálených vlivů na organismus, který nazýváme **paraneoplastické syndromy**. Zčásti jsou způsobeny ektopickou produkcí hormonálních látek (např. hyperkalcémie a projevy napodobující primární hyperparatyreoidizmus, Cushingův syndrom aj.). Mezi nehormonální paraneoplastické syndromy patří abnormality kůže a pojivových tkání (např. dermatomyozitida), neuromyopatie, hematologické a cévní poruchy (anémie, hyperkoagulační stavy se vznikem migrujících flebitid) a řada dalších projevů (Zeman a Krška, 2011, s. 407).

Vedle biologického chování je dalším důležitým rysem nádorů jejich **histogenetický původ** (typing). Podle toho, ze které tkáně pocházejí, lze rozlišovat nádory mezenchymové, epitelové, neuroekrodermové, smíšené, germinální, teratogenní, choriokarcinom a mezoteliom. Nezřídka se setkáváme s nádorem tak nezralým a nediferencovaným, že jej histogeneticky nelze klasifikovat a ani rámcově nelze určit, ze které tkáně vychází. V praxi se histogenetická klasifikace prolíná s biologickou. Stanovením biologické charakteristiky nádoru se opírá hlavně o klinické vlastnosti a průběh onemocnění, ale neméně důležité, zvláště v počátku rozvoje onemocnění, je histologické vyšetření biotického vzorku či

operativního preparátu. Známkami malignity jsou nezralost, nedokonalá diferenciacie a atypie nádorového parenchymu, zvýšený počet mitóz a jejich atypie, prorůstání do cév a invazivní růst. Pro určení prognózy a způsob léčby je důležité **stanovení stupně malignity** (grading) (Zeman a Krška, 2011, s. 408).

1.6 Základní diagnostické metody

Včasná diagnóza nádorového onemocnění je základem předpokladem úspěšné léčby. Hovoříme-li o včasné diagnóze, máme ovšem na mysli stav, kdy již počet nádorových buněk v organismu dosáhl značné výše. Protože zatím nemáme k dispozici metody odhalující počáteční fáze nádorového růstu, musíme vynaložit maximální úsilí k tomu, abychom nádor diagnostikovali pokud možno na počátku klinické fáze jeho růstu (Klener, c2011, s. 23).

1.6.1 Anamnéza

Anamnéza se často podceňuje. Není však sporu o tom, že údaje o zaměstnání v rizikovém prostředí nebo zmínka o nádorovém onemocnění v rodině mohou být cennou informací, zejména s ohledem na geneticky/familiárně se vyskytující nádory (např. kolorektální karcinom, karcinom prsu). Nesmí chybět dotaz na kouření, jeho intenzitu a délku (bronchogenní karcinomy, karcinom močového měchýře a pankreatu). Cíleně se ptáme na tzv. **varovné znamení**. Mezi ně patří údaj o dlouhodobém nechutenství nebo hubnutí, údaj o přetrvávajícím kašli či chrapotu nebo o příměsi krve v moči, ve sputu, popřípadě ve stolici. U žen je důležitý dotaz na menstruaci, přesněji na krvácení mezi cykly. Metroragie, krvácení po pohlavním styku nebo výtok z rodidel jsou příznaky, které nutí pátrat po nádorech děložního hrdla nebo po nádorech vagíny. Symptomy signalizující možnost nádorového onemocnění nesmějí být podceňovány ani u osob mladších či velmi mladých, neboť u řady nádorových onemocnění, která se dříve vyskytovala v pokročilém věku, se věková hranice snižuje. Některé nádory mohou na sebe upozornit i vzdálenými příznaky, označovanými jako **paraneoplastické syndromy**. Tyto příznaky se objevují asi u 15 % nemocných; nesouvisejí přímo s progresí nádorového onemocnění, ale mohou v některých případech signalizovat přítomnost nádoru dřív, než se nádor podaří diagnostikovat (Klener, c2011, s. 23).

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření může aspekci odhalit povrchově rostoucí nebo kožní nádory. Zvláštní pozornost musíme věnovat pigmentovým nevům. Pohmatem zjistíme i hluboko uložené nádory v dutině břišní a pátráme po zvětšených mízních uzlinách. V rámci prevence onkologických onemocnění nesmí lékař zapomenout na palpaci prsních žláz a na vyšetření per rectum (Klener, c2011, s. 24).

1.6.3 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody jsou pro včasnou diagnostiku nepostradatelné. Jejich výběr a sled záleží na lokalizaci nádoru (Klener, c2011, s.25).

Základní otázky kladené na zobrazovací metody v případě maligních lézí jsou:

- Diagnostikovat tumor;
- Určit rozsah (stádium onemocnění včetně vztahu nádoru k okolním strukturám, a posoudit tak jeho resekabilitu);
- Kvantifikovat odpověď na léčbu, zachytit časně progresi nebo recidivu tak, aby mohlo být v reálném čase reagováno změnou strategie léčby (Kala, Kiss a Válek, 2009, s. 35).

Zpravidla ordinujeme jako první **ultrasonografii**, která může odhalit cystické a solidní útvary v parenchymatózních orgánech či měkkých tkáních, může zobrazit zvětšené uzliny, popřípadě zjistit velikost sleziny, jater, pankreatu či ledvin. Pro posouzení hloubky invaze nádoru je nepostradatelnou metodou **endosonografie**. Většinou se neobejdeme bez **rentgenového (RTG) vyšetření**. Využívají se všechny dostupné metody klasické rentgenologie (kontrastní vyšetření, angiografie aj.), a zejména **výpočetní tomografie** s vysokou zobrazovací schopností (HRCT) (Klener, c2011, s. 25).

Spirální CT je metoda, při které rentgenka plynule rotuje za současného posunu pacienta podle jeho podélné osy. Vyšetření daného objemu těla se podstatně zrychlí, kvalita vyšetření je vylepšena vyloučením pohybových artefaktů (dýchání) a pro zobrazení je lépe využita podaná kontrastní látka. Obohacením diagnostických možností je **magnetická rezonance**, nepostradatelná zejména v diagnostice nádorů CNS (Klener, c2011, s. 25).

Radionuklidové vyšetřovací metody se mohou použít ve formě funkčních testů, které umožňují podle kinetiky značené sloučeniny v určitém orgánu posoudit jeho funkci. Častěji se však používá tzv. **gamagrafie (scintigrafie)**. Při scintigrafii se nádor prokazuje buď pozitivně – kumulací gama zářiče v nádoru, nebo negativně – vychytáním značené sloučeniny v orgánu, což umožní odkrýt nádorové ložisko v orgánu bez přítomnosti akumulace radionuklidu. **Pozitronová emisní tomografie (PET)** umožňuje zobrazit metabolickou aktivitu buněk. PET používá radiofarmaka značená tzv. biogenními radionuklidy, zejména fluorem 18 značenou 2-deoxyglukózou, jejíž akumulace je známkou aktivního nádoru. Kombinace PET vyšetření a výpočetní tomografií (PET-CT) má větší vypovídající hodnotu, a proto se mu dnes dává přednost před samotným vyšetřením PET (Klener, c2011, s. 25).

1.6.4 Laboratorní vyšetření

Posuzujeme zánětlivé parametry jako FW (sedimentace), CRP (C-reaktivní protein), leukocytózu a hladiny některých enzymů jako např. ALP (alkalická fosfatáza), LDH (laktátdehydrogenáza). Při podezření na metastázy do skeletu vyšetřujeme onkologické markery. U plasmocytomu vyšetřujeme imunoelektroforézu bílkovin v séru a atypické bílkoviny v moči. Při chemoterapii sledujeme vedle KO (krevní obraz) zejména jaterní a ledvinné funkce, acidobazickou rovnováhu a iontogram (Dungl, 2014, s. 384).

Z krve nebo lépe ze séra lze stanovit tzv. **nádorové markery** (ukazatele), které jsou užívány pro odhalení nádoru v časném stádiu (např. PSA u nádoru prostaty), dále pro sledování aktivity nádoru během léčby (např. CA 125–u nádoru vaječníku, AFP-Alfa fetoprotein u primárního karcinomu jater nebo nádorů varlat) nebo ověřování trvalého léčebného úspěchu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 30).

1.6.4.1 Nádorové markery

Upozorníme krátce na nejběžnější z nádorových markerů.

- **AFP -Alfa fetoprotein** – zvýšené hodnoty jsou především u primárního nádoru jater a některých testikulárních karcinomů, ale i u hepatitid a jaterních cirhóz.
- **CEA – karcinoembryonální antigen** – zvýšené hodnoty nacházíme u nádorů tlustého střeva, konečníku, slinivky břišní, prsu a žlučníku.
- **CA 19-9** - vyšší hodnoty jsou při podobných nádorech jako u CEA, velmi často jsou zvýšené hodnoty u rakoviny slinivky břišní. Snížení hodnot svědčí o účinnosti

terapie, zvýšení o aktivitě procesu. Zvýšení CA 19-9 se ovšem objevuje i při zánětech střev, pankreatu nebo jater.

- **CA 15-3** – nacházíme zvýšené u karcinomu prsů. Účinná terapie vede ke snížením hodnot spolu s klinickým zlepšením.
- **CA 125** – hladina je vyšší hlavně u nádorů ovaria, ale i dělohy, plic, prsu a zažívacího traktu. Z nenádorových onemocnění mohou být vyšší hodnoty při cirhóze jater, endometrióze, cystách, zánětech slinivky břišní.
- **PSA – prostatický specifický antigen** – jeho zvýšené hodnoty najdeme u většiny nádorů prostaty. Vyšetřuje se ještě tzv. volná frakce PSA. Vyhodnocuje se poměr mezi celkovým a volným PSA. U zdravých bývá kolem 30 %, u karcinomu kolem 15 % (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 30-31).

Z dalších markerů jmenujeme ještě **CYFRA 21-1**, který se vyšetřuje jako druhý při CEA. **NSE** (neuron specifický enoláza) při neuroblastomu, **betaHCG** u testikulárních nádorů, **SCC** (skvamózní celulární antigen) u nádorů děložního hrdla, ale i karcinomu plic. Při podezření na kostní nádor, ale také při myomu, je možné stanovit hodnoty **ICTP** (C-terminální telepeptid halogenu) (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 31).

1.6.5 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření má mimořádný význam pro diagnostiku nádorů trávicího a močového ústrojí. Umožňuje přehlédnout trávicí ústrojí v celém jeho rozsahu (esofagogastroduodenoskopie, enteroskopie, koloskopie, rektoskopie). Pro diagnostiku nádorů žlučových cest a pankreatu je nepostradatelná retrogradní **cholangiopankreatikografie** (ERCP), **laparoskopie** umožňuje prohlédnout povrch jater, žlučníku, část žaludku - omenta a peritonea. V bronchopulmonální oblasti je základní diagnostickou metodou především **bronchoskopie**, ale v některých případech též **thorakoskopie** a **mediastinoskopie**. U nádorů močového měchýře je endoskopické vyšetření (**cystoskopie**) rovněž dominantní metodou (Klener, c2011, s. 27).

1.6.6 Cytologické vyšetření

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

získáváme materiál jehlou zavedenou do vyšetřované tkáně. Speciálními jehlami (např. Silvermanovou) lze získat malé množství tkáně, hovoříme o **punkční biopsii**. Povinnosti sestry je odeslat odebraný materiál na vyšetření při dodržení požadavků cytologické laboratoře a přesně a podrobně vyplnit průvodní lístek, který se k materiálu přikládá (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 129).

1.6.7 Histopatologická vyšetření

Histopatologické vyšetření má zásadní význam nejen pro konečné potvrzení diagnózy, ale může podle strukturních změn odhadnout i stupeň malignity nádoru (grading) a při použití speciálních histochemických metod přispět i k určení histogeneze nádoru. Histogenetická klasifikace přihlíží k původu nádoru ze základních tkání. Podle tohoto hlediska se dělí nádory na epitelové, mezenchymové (k nim se přiřazují nádory z hematopoetické tkáně), neuroektodemové a smíšené. Imunohistologické vyšetření pak zpřesní typizaci nádorů stanovením antigenních vlastností nádorových buněk. K určení prognózy je však neméně důležité stanovit rozsah onemocnění (stupeň pokročilosti). Ten se určuje podle klasifikace TNM (tumor noduli metastases) (Klener, c2011, s. 28).

1.7 Klasifikace nádorů

TNM systém určený ke klasifikaci zhoubných novotvarů vyvinul Pierre Denoix (Francie) mezi roky 1943 a 1952 (Brierley et al, 2016, s.20).

1.7.1 Zásady systému TNM

Praxe klasifikovat případy zhoubných nádorů do skupin podle anatomického rozsahu do tzv. stádií vzešla ze skutečnosti, že míra přežití byla u případů lokalizovaného onemocnění vyšší nežli u těch, kde se onemocnění rozšiřovalo mimo původní orgán. Stádium onemocnění v době stanovení diagnózy může být odrazem nejen míry růstu a rozsahu nádoru, ale i typu nádoru a vztahu mezi nádorem a hostitelem (Brierley at al, 2016, s. 20).

Důležitý je záznam přesné informace o anatomickém rozsahu onemocnění pro každou lokalizaci v době diagnózy, který naplní následující cíle:

1. Pomáhá klinikovi při plánování léčby,
2. poskytuje určité údaje o prognóze,
3. napomáhá při hodnocení léčebných výsledků,
4. usnadňuje výměnu informací mezi jednotlivými léčebnými centry,
5. přispívá k průběžnému výzkumu zhoubných nádorů u člověka,
6. podporuje aktivity v boji proti zhoubným nádorovým onemocněním (Brierley et al, 2016, s.21).

Pro klasifikaci nádorů existuje řada kritérií: např. anatomická lokalizace, klinický a patologicko-anatomický rozsah onemocnění, udávaná doba trvání symptomů či známek choroby, pohlaví a věk nemocného, histologický typ a stupeň diferenciaci. Všechny tyto faktory ovlivňuje výsledný stav nemoci. Klasifikace podle anatomického rozsahu nemoci je tím, čím se TNM systém především zabývá (Brierley et al, 2016, s. 21-22).

1.7.2 Všeobecná pravidla systému TNM

TNM systém je pro potřeby popisu anatomického rozsahu nemoci založen na hodnocení tří složek:

T – rozsah primárního nádoru

N – nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách

M – nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz (Brierley et al, 2016, s. 22-23)

Základní pravidla použitelná pro veškeré anatomické lokalizace:

1. Všechny případy by měly být mikroskopicky ověřeny. Případy mikroskopicky neověřené musí být uváděny odděleně.
2. Pro každou lokalizaci existují dvě klasifikace:
 - a. Klinická klasifikace (před léčebná klinická klasifikace), označována jako TNM (nebo cTNM), je důležitá pro výběr a hodnocení léčby. Je založena na nálezech získaných před léčbou. Nálezy jsou získány na podkladě klinického vyšetření, zobrazovacích vyšetřovacích metod, endoskopie, biopsie, chirurgické explorační a ostatních příslušných vyšetření.
 - b. Patologická klasifikace (pooperační histopatologická klasifikace), označována jako pTNM se používá jako vodítko adjuvantní terapie

a poskytuje doplňující data k odhadu prognózy a konečných výsledků. Je založena na nálezech získaných před léčbou, doplněných nebo pozměněných dalšími nálezy, které byly získány před léčbou při chirurgickém výkonu a z patologického vyšetření. (Brierley et al, 2016, s. 22-23)

1.7.3 TNM klinická klasifikace

Průběžně jsou používány následující všeobecné definice:

T – Primární nádor

TX – primární nádor nelze zhodnotit

T0 – bez známek primárního nádoru

Tis – karcinom in situ

T1 – T4 – zvětšující se velikost a/nebo místní rozsah primárního nádoru

N – Regionální mízní uzliny

NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit

N0 – regionální uzliny bez metastáz

N1 – N3 – zvětšující se postižení regionálních mízních uzlin

M – vzdálenost metastáz

M0 – bez vzdálenosti metastáz

M1 – vzdálené metastázy

(Brierley et al, 2016, s. 24)

1.7.4 pTNM Patologická klasifikace

Průběžně jsou používány následující všeobecné definice:

pT – Primární nádor

pTX – primární nádor nelze histologicky hodnotit

pT0 – bez histologických známek primárního nádoru

pTis – karcinom in situ

pT1 – 4 – zvětšující se velikost a/nebo místní rozsah primárního nádoru histologicky

pN – Regionální mízní uzliny

pNX – regionální mízní uzliny nelze histologicky hodnotit

pN0 – regionální mízní uzliny histologicky bez metastáz

pN1 – 3 – zvětšující se postižení regionálních mízních uzlin histologicky

(Brierley et al, 2016, s.25)

1.8 Výchozí Virchowův koncept histologicko-histogenetické klasifikace nádorů

Virchow rozpoznal, že nádorové buňky jsou modifikovány fyziologickými buňkami, některé vlastnosti mají společné a jinými se zase liší. Z této obecné definice vychází Virchowův koncept klasifikace nádorů, který dále rozvíjel Borst. Klasifikace všech lidských nádorů vychází z principu přiřazené nádorové tkáně k výchozí zdravé tkáni. Částečně se uplatňuje i klasifikační hledisko embryogenetické (Tomášek, 2015, s.22).

Současná histogenetická klasifikace nádorů rozeznává tyto skupiny:

1. **Epitelové**, odvozené od epiteliálních buněk. Jde o nádory nejčastější.
2. **Mezenchymové**, vznikají z buněk pojivových tkání – vazivových, chrupavčitých, cévních, kostních apod. Někdy se k nim na podkladě společného původu z embryonálního mezenchymu řadí i následující skupina
3. **Hematopoetické nádory**, tj. lymfomy, leukemie, myeloproliferativní a myelodysplastická onemocnění a nádory z histocytárních a dendritických buněk.
4. **Neuroektodermální nádory** se odvozují od struktur derivovaných z *crista neuralis*: patří sem tumory z gangliových i gliálních buněk CNS, z periferních nervů, paraganglií a melanocytární nádory.
5. **Germinální nádory** vznikají z teoreticky totipotentní buňky zárodečné, schopné diferencovat se v nádory podobné různým vývojovým stádiím jakékoliv lidské tkáně, somatické (teratomy, embryonální karcinom, seminom) nebo extrasomatické (nádory ze žloutkového vaku, choriokarcinom).
6. **Směšené nádory** jsou vytrvale uváděny jako samostatná skupina, přestože dnes jde spíše o matoucí kategorii. (Tomášek, 2015, s.22)

1.9 Léčebné metody v onkologii

Léčba nádorových onemocnění je značně složitá a nákladná. Klade vysoké nároky na nemocného i ošetřující personál. Komplikovanost protinádorové léčby vyplývá ze skutečnosti, že zhoubná nádorová onemocnění jsou velmi heterogenní skupinou nemocí s různorodým biologickým chováním a nejednotnou patogenezí. Při neznalosti etiologie nemůže existovat jejich kauzální léčba a zásahy do patogeneze mohou přinést jen dílčí výsledky. Nicméně i současnými metodami lze dosáhnout v řadě případů **kurativního účinku**. Tam, kde rozsah nádoru i povaha onemocnění neumožňují podat léčbu s kurativním záměrem, využíváme léčebné možnosti k **paliativnímu účinku** a v mnoha případech dosáhneme významného prodloužení života nemocného. Účinnost léčby lze posílit racionální léčebnou taktikou a kombinací různých léčebných metod, tj. multimodální léčbou. Vzhledem k tomu, že základní metody léčby používané v praxi postrádají selektivní účinek na nádorovou tkáň, je protinádorová léčba pravidelně provázena četnými nežádoucími účinky, kterým je nutno čelit intenzivní **podpůrnou léčbou**. Podpůrná léčba upravuje i četné průvodní příznaky samotného nádorového onemocnění, a je tedy nepostradatelnou součástí komplexní léčby. Při vzniku rezistence vůči standartní léčbě nebo při trvající progresi onemocnění navzdory léčbě je jediným racionálním přístupem **symptomatická léčba**, která odstraňuje nebo zmírňuje příznaky nádorového onemocnění a zlepšuje kvalitu života nemocného (Klener, c2011, s. 35).

1.9.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je jedním ze základních pilířů současné péče o onkologicky nemocné. Ve spolupráci s dalšími obory má chirurgie nezastupitelnou úlohu v diagnostice, profylaxi i terapii většiny solidních nádorů (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 189).

1.9.1.1 Profylaktické chirurgické výkony

Používají se zejména u rizikových nezhoubných nádorů, jako jsou např. adenomy tračnicku, dysplastické kožní névy, gynekologické nebo urologické nádory (tzv. prekancerózy) a jiné. Profylaktická chirurgie má své místo také u některých vrozených abnormalit či genetických poruch, které představují významné riziko výskytu nádorového onemocnění. Jedná se například o odstranění nesestouplého varlete při kryptochizmu nebo resekci tlustého střeva pro familiární polypóze. V posledních letech je aktivněji postupováno u pacientek s vysokým rizikem karcinomu prsu v důsledku genetické zátěže (profylaktická oboustranná

mastektomie). Indikace výkonu je však vždy konzultována s pacientkou. Chirurgie je v mnoha případech nezastupitelná pro stanovení přesné diagnózy, tj. ke zjištění druhu a charakteru nádoru. Různé druhy chirurgických intervencí umožňují získat materiál pro histologické vyšetření (biopsie) a vedou často ke zpřesnění stádia pokročilosti nádorového onemocnění (staging). V případě stagingu byl chirurgický výkon v některých situacích částečně nahrazen nejmodernějšími zobrazovacími metodami, například PET (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 193)

1.9.1.2 Radikální (kurativní) chirurgický výkon

Připadá v úvahu u lokalizovaných forem nádorového onemocnění, bez průkazu metastatického postižení, tedy především v jeho časném stádiu. Při kurativní operaci dochází zpravidla k odstranění nádoru s lemem okolní tkáně a často se spádovými mízními uzlinami (lymfadektomie). Vzhledem k pokrokům v perioperační péči a zdokonalení chirurgických technik a přístrojového vybavení je možné v současné době operovat i nemocné s místně pokročilým nádorovým onemocněním, pokud předoperační mezioborové posouzení (např. formou komise specializované pro daný okruh nádorového onemocnění) shledá operační výkon přínosný pro pacienta. Další možností u lokálně pokročilých stádií nádorového růstu je kombinovaná předoperační radioterapie či chemoterapie, jejímž cílem je zmenšit nádor, aby jej bylo možné operativně odstranit bez závažných trvalých následků pro pacienta. Používá se zejména u nádorů rekta, jícnu nebo u bronchogenního karcinomu (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 196).

1.9.1.3 Paliativní chirurgický výkon

Je určen k zabránění vzniku komplikací, které mohou nemocného ohrozit na životě – to je krvácení, střevní neprůchodnost, útlak okolních orgánů. Slouží také ke zmenšení nebo zpomalení růstu primárního nádoru nebo jeho metastáz. Mezi paliativní zákroky patří také tzv. sanační výkony, které odstraňují lokálně pokročilé nádorové ložisko, obtěžující nemocného zápachem, rizikem krvácení nebo infekční komplikací. Častým úkolem paliativní chirurgie je také udržení průchodnosti dýchacích cest, zažívacího traktu i cest močových (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 198).

1.9.2 Radioterapie

Využívá ionizující záření k léčbě nádorových a vybraných nenádorových onemocnění. Jako lokální metodu onkologické léčby podstupuje více než polovina pacientů s nádory v některé z fází jejich onemocnění (Tomášek, 2015, s. 73-74).

Rozdělení podle léčebného záměru:

1. *Kurativní (radikální) radioterapie* – snahou je aplikovat maximální dávku záření ke zničení všech nádorových buněk, s přijatelnou mírou závažných komplikací (< 5 %). Primárně se používá u řady nádorových onemocnění: s ekvivalentními výsledky s chirurgickou léčbou (nádory prostaty, počáteční stádia ORL nádorů, kožní nemelanomové nádory); bez mutilujícího chirurgického výkonu (nádory laryngu, anu, penisu) nebo tam, kde chirurgický výkon není vhodný (lokálně pokročilý karcinom děložního hrdla).
2. *Paliativní radioterapie* – Odstraňuje nebo zmírňuje symptomy pokročilého nebo metastatického nádorového onemocnění, nejčastěji bolesti. Zohledňuje komfort pacienta (ozáření v méně frakcích s vyšší dávkou na frakci až jednorázové ozáření, minimum nežádoucích účinků). I když paliativní radioterapií pacienta nevyлéčíme, může být jejím cílem i ovlivnění lokální kontroly onemocnění.
3. *Předoperační – neoadjuvantní radioterapie* – má za cíl zmenšení rozsahu nádoru, zlepšení nebo umožnění chirurgického výkonu (např. u lokálně pokročilých nádorů konečníku, jícnu). Operace následuje nejčastěji v odstupu 6-8 týdnů. Ozáření po operaci spočívá v ozáření předpokládané zbytkové mikroskopické choroby – **adjuvantní radioterapie** nebo se jedná o **pooperační ozáření reziduálního nádoru** s radikálním (např. při mikroskopickém reziduu) nebo již s paliativním záměrem. Interval mezi operací a zahájením ozáření je obvykle 4-6 týdnů, ale může být zařazena i v průběhu adjuvantní chemoterapie (např. u nádorů konečníku) nebo až po jejím ukončení (např. u nádoru prsu).
4. *Intraoperační radioterapie (IORT)* – aplikuje jednorázově vysokou dávku záření přímo do nádoru neb jeho lůžka v operačním poli. V České republice se jako součást multimodální léčby rutinně nepoužívá (Tomášek, 2015, s. 73).

Rozdělení podle polohy zdroje záření

- *Zevní (externí) radioterapie (EBRT)* – zdroj záření mimo tělo ozařovaného pacienta, zpravidla ze vzdálenosti 100 cm.
- *Brachyterapie (brachyradioterapie, BRT)* – zdroj záření je zaveden do těsné blízkosti nebo je v přímém kontaktu s nádorem. Ozařovací vzdálenost je tak velmi malá. Obě modalitty se používají samostatně nebo se vzájemně kombinují (možnost navýšení dávky) (Tomášek, 2015, s. 74).

1.9.2.1 Nežádoucí účinky radioterapie

Mezi nežádoucí účinky radioterapie můžeme zařadit: poškození krevetvorby, kožní reakce, poškození kožních adnex, poškození sliznice, poradiační změny střevní (enteritida, kolitida). Důležité je také zmínit akutní poškození orgánů – srdce, plic, jater, radiační nefritida, reprodukční orgány, poškození CNS a další (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 271-286).

1.9.3 Chemoterapie

Chemoterapie bývá též označována jako internistická léčba nádorových onemocnění. Spočívá v podávání látek definované chemické struktury, ať již přirozeného původu nebo látek připravených synteticky. Tyto látky mají cytotoxický účinek, jinými slovy inhibují buněčné dělení a působí zánik buněk. Jejich účinek je neselektivní, a projevují se tedy jak na nádorových proliferujících buňkách, tak na proliferujících buňkách zdravých tkání. Poškození zdravých tkání a z něj pramenící nežádoucí účinky jsou pak logickým důsledkem každé protinádorové chemoterapie. Mechanismus účinku cytostatik je značně různorodý jak z farmakologického hlediska, tak z hlediska jejich zásahu do buněčné kinetiky. (Klener, c2011, s.38)

Obecné zásady racionální chemoterapie:

- Léčbu zahájit co nejdříve. Menší nádorová populace se snáze zničí a je k chemoterapii citlivější.
- Léčit kombinací cytostatik. Monoterapií nelze dosáhnout potřebného cytoredukčního účinku. Mimo kombinace snižuje riziko vzniku rezistence.
- Volit dostatečně vysoké dávky cytostatik. Účinné dávkování je dalším předpokladem spolehlivé protinádorové účinnosti. Poddávkování usnadňuje vznik rezistence.

- Léčit přerušovaně (cyklicky). Přestávky mezi cykly mají umožnit nejen regeneraci zdravých proliferujících tkání poškozených neselektivním účinkem cytostatik, ale jsou výhodné i pro obnovu porušených imunitních mechanismů.
- Dodržovat optimální intervaly mezi léčebnými cykly. Předčasná aplikace dalšího cyklu může těžce poškodit zotavující se populace zdravých buněk (zejména krvetvorných) a opožděné podání umožní repopulaci nádorových buněk.
- Léčit i po dosažení klinické remise. Tento požadavek vyplývá z existence tzv. zbytkové nemoci, tj. nádorové populace o počtu buněk nižším než 10 na devátou, kterou nelze současnými laboratorními metodami spolehlivě určit. Zbytková populace se předpokládá i při léčebném použití jiných metod (po chirurgické léčbě, po radioterapii). V tomto případě se cytostatická léčba navazující na tyto metody označuje jako adjuvantní chemoterapie (Klener, c2011, s. 41).

1.9.3.1 Druhy chemoterapie

- **Kurativní chemoterapie** si klade za cíl vyléčit pacienta. Tento efekt je možný u některých onemocnění krevní řady nebo u nádorů z germinálních buněk, které jsou velmi citlivé na tuto léčbu.
- **Adjuvantní chemoterapie** se aplikuje u pacientů po léčebné chirurgii nebo radioterapie. Tato léčba má postihnout nádorové buňky, které mohou kolovat v organismu nebo zůstaly v regionálních uzlinách. Toto minimální postižení nelze prokázat žádnou vyšetřovací metodou.
- **Neoadjuvantní chemoterapie** se aplikuje před chirurgickou léčbou, méně často před radioterapií a cílem této léčby je zmenšit nádor a umožnit radikální chirurgický výkon nebo ozáření.
- **Paliativní chemoterapie** má paliativní efekt u pacienta s nádorem, který založil metastázy a nelze je odstranit chirurgickým výkonem. Základní cílem paliativní chemoterapie je zlepšení kvality životního komfortu u pacienta tam, kde není možné vyléčení (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 36).

1.9.3.2 Cytostatika

Cytostatika zastavují buněčné dělení a ničí buňky tím, že poškozují jejich genetickou informaci. Tento proces lze přirovnat k poškození řídicího počítače v tovární výrobní lince. Buňka, která má toto řídicí centrum zásadně poškozené, umírá. Cytostatika se rozčleňují do více skupin dle mechanismu poškozování nukleových kyselin. Skutečnost, že nádorové buňky jsou cytostatiky poškozovány více než zdravé buňky, souvisí s rychlostí jejich dělení. V každé buňce před jejím dělením se musí zdvojit genetická informace, neboli se musí vytvořit a oživit další řídicí počítač. A právě ve fázi, ve které je tento nový řídicí počítač (genetická informace) připravován, je buňka velmi citlivá na rušivé vlivy (cytostatika) (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 306).

1.9.3.3 Nežádoucí účinky chemoterapie

Mezi nejčastější nežádoucí účinky chemoterapie řadíme: útlum krvetvorby (myelosuprese) a další hematologické nežádoucí účinky, infekční komplikace, nevolnost a zvracení po cytostatické léčbě, poškození sliznic zažívacího traktu s průjmy a zácpou, kardiotoxicita, nefrotoxicita, neurotoxicita, plicní toxicita, gonadální toxicita, kožní a adnexální toxicita cytostatik, mutagenní a kancerogenní vliv cytostatik a sekundární nádory a další (Abrahámová, Vorlíček a Vorlíčková, 2012, s. 365-381).

1.9.4 Hormonální protinádorová léčba

Hormony mohou mít významnou roli v patogenezi nádorového onemocnění. Ještě před poznáním způsobu zásahu hormonů do rozvoje nádorového onemocnění se zdál vztah hormonů k nádorovému onemocnění pravděpodobný, když sir Cooper v roce 1836 upozornil na souvislost růstu karcinomu prsu s menstruačním cyklem (Klener a Klener, 2010, s. 70).

Hormonálně závislé nádory (např. karcinom prsu a karcinom prostaty) jsou léčeny hormonální léčbou již od 30. let minulého století. Ženy s karcinomem prsu, u kterých byla speciálním vyšetřením zjištěna hormonální závislost (cca 70–80 % nádorů), jsou léčeny přípravky, které snižují hladiny ženských pohlavních hormonů nebo snižují vazbu ženských pohlavních hormonů na nádorové buňky. Tato léčba je velmi účinná a ve srovnání s chemoterapií má mnohem menší vedlejší účinky. Využívá se předoperačně, pooperačně i v léčbě generalizovaného onemocnění. Hormonální léčba u karcinomu prostaty snižuje hladinu testosteronu, mužského pohlavního hormonu. Pacienti léčbu snášejí rovněž velmi dobře, hlavními vedlejšími efekty léčby jsou obtíže podobné klimakterickým tj. pocení,

návaly a citlivost prsních bradavek. Hormony jsou v léčbě karcinomu prostaty využívány u některých stavů před ozáření, po ozáření a při generalizovaném onemocnění (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 37).

1.9.5 Biologická léčba

Biologické léky blokují především molekuly, které jsou životně důležité pro nádorovou buňku, ale pro zdravou tkáň mají menší význam. Léčba má méně nežádoucích účinků než chemoterapie. Zatímco chemoterapie může u pacientů vést například k poruchám krvetvorby, nevolnostem a vypadávání vlasů, u biologické léčby se mohou projevit spíše kožní změny, únava, nechutenství, změny krevního tlaku, případně změny v krevním obraze. Biologické léky se dělí na dvě velké skupiny, jsou to monoklonální protilátky a tzv. malé molekuly. Působí částečně selektivně, to znamená, že mají větší efekt na buňku nádorovou a menší na buňku zdravou. Biologická léčba je vhodná u karcinomu tlustého střeva, prsa, nádoru hlavy a krku, plic, slinivky břišní a je zkoušena u nádorů mozku, melanomu a u řady dalších nádorů, podává se v kombinaci s chemoterapií nebo samostatně (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 37).

1.9.6 Imunoterapie

Imunitní systém hraje v boji proti nádorovým onemocněním důležitou roli. Paradigma tzv. **imunologického dohledu (tumor immune – surveillance)** předpokládá, že jednou z hlavních rolí imunitního systému (vedle boje proti infekčnímu agens) je eliminace transformovaných buněk předtím, než budou tyto buňky schopny vytvořit nádorovou masu. Cílem imunoterapie je vyvolat či posílit složky protinádorové imunity a zaktivizovat je v boji proti zhoubnému onemocnění. Proti záření a chemoterapii má imunoterapie tu přednost, že je schopna ničit nádorové buňky vysoce selektivně a obvykle nezávisle na jejich generačním cyklu. Buněčná populace není ničena frakcionovaně, nýbrž může být eradikována totálně, pokud není příliš početná. Imunoterapie by tak mohla přispívat k likvidaci tzv. zbytkové nemoci a zaručit trvalé vyléčení. Ačkoli se nadějná očekávání vkládána do imunoterapie v naprosté většině případů nenaplnila, některé formy imunoterapie se staly platnou součástí palety protinádorové léčby (Klener a Klener, 2010, s. 76).

1.10 Prevence v onkologii

Preventivní zaměření zdravotnictví, tj. předcházení vzniku onemocnění, je stále těžko splnitelným ideálem. Zvláště obtížný je tento úkol v onkologii (Zeman a Krška, 2011, s. 421).

Cílem **primární prevence** je snížit výskyt (incidenci) zhoubných nádorových onemocnění. Primární prevence znamená v podstatě eliminaci co největšího počtu zevních rizikových faktorů. Ale ani dodržování těchto zásad nevede k úplné eliminaci maligních onemocnění ze života lidí. Rizikových faktorů pro vznik maligních onemocnění je v dnešním životě poměrně mnoho a nelze se jim zcela vyhnout (Adam et al.,2011, s. 71)

Cílem **sekundární prevence** je snížení počtu úmrtí (mortality) díky častějšímu zachytu nemoci, kdy je možné úplné vyléčení. Sekundární prevenci lze provádět jak v rámci hromadných screeningových akcí, tak i v rámci individuálních prohlídek. Cílem onkologického screeningu, ale i individuálních kontrol je:

- Identifikace a léčba zhoubných ložisek, která mohou být prvopočátkem zhoubného bujení;
- Odstranění lokalizované maligní nemoci, a tedy zamezení přechodu do diseminované formy (Adam et al.,2011, s. 71).

Onkologický screening je plošné organizování cílených vyšetření zdravé populace. Záměrem je snížit proporcii pokročilých stádií u vybrané, relativně časté diagnózy, a tím i úmrtnost na tuto diagnózu (Adam et al.,2011, s. 71).

Screeningové akce musí být:

- Ekonomické a materiálně realizovatelné;
- Zaměřené na relativně častá onemocnění;
- Pozitivní záchyt v rámci screeningu musí vést ke snížení morbidity a mortality, podmínkou je tedy lepší léčitelnost daného nádoru v časném stádiu (což neplatí automaticky pro všechny druhy malignit) (Adam et al.,2011, s. 71).

Fungující onkologický screening je spíše výjimečný i ve vyspělých zemích.

Terciální prevence jsou opatření s cílem snížení mortality u onkologických pacientů, kteří již podstoupili primární léčbu (Adam et al.,2011, s. 72).

1.11 Paliativní terapie

Během vývoje paliativní péče došlo ke změnám ve vymezení tohoto pojmu. Ani v současné době neexistuje jednotný pohled odborníků na vymezení paliativní péče, zejména v otázkách komu, kdy a jakým způsobem má být paliativní péče poskytována.

Adjektivum „paliativní“ je odvozeno z latinského slova „pallium“, které znamená rouška nebo plášť. Anglické slovo „palliate“ znamená mírnit, tišit. Tato etymologie naznačuje, co je úkolem paliativní péče: „zakrýt“ hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci.

V roce 1990 vymezila Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s. 16).

1.11.1 Rozdělení paliativní péče

Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny umírající, kteří se do hospice z jakýkoliv důvodů nedostanou (Marková, 2010, s. 20).

1. Obecná paliativní péče

Tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytování takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života. Patří k ní především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům (Marková, 2010, s. 20-21).

2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto

zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče hrají také důležitou roli v podpoře zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče (Standarty hospicové péče, 2006).

Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí:

- Oddělení paliativní péče,
- domácí hospice – mobilní hospicová péče,
- lůžkové hospice,
- konziliární týmy paliativní péče,
- ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek, ...) (Marková, 2010, s. 21).

1.11.1.1 Paliativní onkologická léčba

Je-li paliativní onkologická léčba indikována, je potřebné ji uskutečnit na počátku léčby onkologické bolesti (Vorlíček et al., 2004, s. 39).

Radioterapie: může vést k analgetickému efektu zmenšením nádoru a tím zmírnění bolesti způsobených tlakem. Lokální radioterapie může přivést úlevu od bolesti hlavy ozářením lebky při mozkových metastázách nebo při infiltraci mozkových plen při hemoblastózách. Je vhodná u lokalizovaných bolestí, mnohočetných kostních metastázách např. u karcinomu prsu, prostaty, plic, ledvin štítné žlázy, kdy vede k významnému analgetickému efektu až u 70 % nemocných. Ozáření kostních metastáz má často vynikající analgetický efekt, u některých histologických typů může radioterapie zničit metastatické buňky ve skeletu a zastavit osteolýzu. Následují pak sklerotizační pochody v kosti, která může oslabenou metastázou zpevnit. Paliativní radioterapie může zabránit hrozcím frakturám při kostních metastázách. Včasné indikovaná radioterapie může odstranit počínající symptomy transverzální míšní léze při prorůstání nádoru do páteřního kanálu. Od radioterapie však nelze čekat efekt, pokud jsou příznaky transverzální míšní léze vyvolány kompresí

nervových struktur tvrdými kostěnými masami při patologické zlomenině páteře. Zde pomůže jen akutní ortopedický výkon!

Další indikace radioterapie lze definovat následně:

- paliativní radioterapie může pomoci při bolestech a dalších příznacích způsobených kompresí nervů a cév, exulcerací nebo stenózou dutých orgánů,
- analgetická radioterapie má své místo i v případech bolesti pramenících z napínání pouzdra metastaticky postižených jater a sleziny a při kořenových bolestech podmíněných prorůstáním tumoru (Vorlíček et al., 2004, s. 39).

Nitrožilní aplikace radiofarmak je alternativou zevní radioterapie. Je nutno definovat, kdy doporučit nitrožilní aplikaci radiofarmak a kdy použít zevní radioterapii. Nitrožilní podání je vhodné jen pro maligní ložiska ve skeletu, která mají schopnost vychytávat radiofarmakum. Nejvyššího efektu je proto dosahováno u osteoplastických metastáz karcinomu prostaty. Velmi dobrý efekt je také u smíšených osteoplasticko-osteolytických metastáz karcinomu prsu či plic. U převažujících osteolytických defektů mnohočetného myelomu jsou uvedena radiofarmaka neúčinná. Při rozhodování o tom, zda použijeme zevní radioterapii či nitrožilní aplikaci, přihlížíme také na četnost ložisek. V případě jednoho ložiska se použije zevní radioterapie, u pacientů s vícečetnými smíšenými či osteoplastickými ložisky je vhodnější nitrožilní aplikace radiofarmaka (Vorlíček et al., 2004, s. 40).

Paliativní chirurgický výkon: Může přispět i u pokročilých nádorů k odstranění nebo zmírnění bolesti (např. obnova průchodnosti trávicí trubce uzavřené nádorem). Kombinace paliativní chirurgické a hormonální léčby je ooforektomie karcinomu prsu či orchiektomie u karcinomu prostaty (ablativní chirurgie). Bolest mírní také paliativní ortopedické výkony. Bolestivé patologické fraktury je mnohem vhodnější řešit vnitřní než zevní fixací. Po fixaci patologické fraktury následuje radioterapie. Některým komplikovaným destrukcím skeletu maligním procesem se musí pomoci endoprotézou (Vorlíček et al., 2004, s. 40).

Protinádorová chemoterapie: může mít výrazný analgetický účinek zejména u mnohočetného myelomu a u chemosenzitivních nádorů (Vorlíček et al., 2004, s. 40).

Hormonální léčba: karcinomy prsních žláz jsou v 60 %, děložní těla u prostaty v 80 % dobře ovlivnitelné hormonální léčbou (Vorlíček et al., 2004, s. 40).

2 KOMUNIKACE

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny (Zacharová, 2016, s. 12).

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož významem je činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si (Zacharová, 2016, s. 12).

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Může se tak realizovat písmem, gesty a jinými formami neverbálního chování, pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci. Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 82).

Nejdůležitější charakteristiky je možné shrnout do základních bodů:

- Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování.
- Komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě a realizuje se mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem.
- Komunikace je výměna významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů.
- Komunikace je proces, jímž jedna osoba předává sdělení jiné osobě prostřednictvím nějakého kanálu a s určitým efektem (Zacharová, 2016, s. 15).

2.1 Komunikační proces

Mluví-li spolu dva lidé, něco se děje mezi nimi i uvnitř každého z nich – tomuto dění říkáme komunikační proces. Jde tedy o proces, jenž se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. Základní schéma komunikačního procesu vychází z toho, že lidé spolu chtějí hovořit, chtějí sdělit nejen informace, ale i své vztahy, postoje, pocity, nálady. Důležité je pochopení souvislostí, ve kterých jsou zprávy předány (Zacharová, 2016, s. 63-64).

Komunikační proces se skládá ze šesti základních komponent, které se navzájem prolínají, navazují na sebe a vzájemně se ovlivňují:

- Komunikátor – ten, kdo sděluje
- Komunikant – ten, komu je sdělení určeno
- Komuniké – vysílaná zpráva, signál
- Komunikační kanál – cesta, způsob přenosu informací
- Zpětná vazba – zpráva o tom, že informace je přijata
- Kontext – prostředí a situace, v nichž komunikace probíhá (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 48-49)

Ve zdravotnické praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

- Sociální komunikace – neplánovaná, často se odehrává během neformálních setkání. Jedná se o běžný rozhovor, kontakt s nemocným.
- Specifická (strukturovaná) komunikace – má určitou naplánovanou náplň. Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd.
- Terapeutická (léčebná) komunikace – se v ošetrovatelství využívá často. Odehrává se většinou formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu apod.. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných (Plevová a Slowik, 2010, s. 13-14).

2.2 Dělení komunikace

Nejčastější používané dělení komunikace, které vychází z potřeb klasifikace komunikačního procesu, je dělení na **verbální** a **neverbální** komunikaci. Tyto dvě formy se navzájem doplňují, nebo dokonce může jedna druhou zastupovat. Verbální a neverbální projevy mohou být v některých situacích v rozporu. Lidé často něco říkají, ale chování tomu neodpovídá. Může tak vzniknout tzv. dvojná vazba, tedy rozpor mezi slovy a chováním. Neverbální sdělení je možné v takové situaci považovat za věrohodnější než chování

verbální. V běžné zdravotnické praxi, kromě komunikace *interpersonální* (tj. komunikace mezi dvěma nebo více lidmi), využíváme i komunikaci *intrapersonální* (např. získáváním informací z počítače nebo z archivu při opakovaných hospitalizacích) a komunikaci *masovou* (zprostředkovanou masmédií), kterou lze využít při osvětě nebo seznámením se s různými medicínskými problémy (např. brožurky, odborná literatura, televize, rozhlas). Komunikaci proto musíme vždy chápat jak výměnu informací mezi lidmi a interakci jako vzájemné působení, při němž se nevyměňují jen informace, ale dochází také k bezprostřední společné činnosti (Zacharová, 2016, s. 103).

2.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je charakterizována využíváním slov jako symbolů a znaků neboli kódů nejen k předávání informací, ale i myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků, validaci (ověření) mínění druhých a vnímání vysílaných symbolů a okolního světa (Pokorná, 2010, s. 16).

Verbální komunikace je sdělování zpráv a pocitů pomocí slov. Předpokladem úspěšné a efektivní komunikace je především zřetelnost, jasnost, výstižnost a úplnost sdělených informací (Tomová a Křivková, 2016, s. 83).

Účel komunikace může být kognitivní, emocionální a motivační. V širším pojetí se do verbální komunikace zařazuje komunikace ústní i písemná, přímá nebo zprostředkovaná, živá či reprodukováná.

Verbální komunikace probíhá ve dvou základních rovinách:

- Racionální rovina – využívá výlučně rozumovou racionální část komunikace, z celého průběhu komunikace se důsledně oddělují emoce
- Emocionální rovina – zabývá se formou sdělení, způsobem jeho podání, individuálním názorem na sdělení, pocitem z komunikačního partnera, emoční stavy (pláč, radost, smutek) apod.; tento způsob komunikace je žádoucí využívat ve všech profesích (Tomová a Křivková, 2016, s. 81-82)

2.2.1.1 *Druhy verbální komunikace*

- Formální – je obvykle plánovaná, má stanoveny specifické cíle a bývá realizována jako neveřejná záležitost; příkladem může být např. přijímací pohovor při nástupu sestry na nové pracoviště
- Neformální – vyskytuje se mnohem častěji než formální komunikace, je nenáročná na přípravu; příkladem může být přátelský, pracovní, intimní rozhovor (Tomová a Křivková, 2016, s. 83)

2.2.2 *Neverbální komunikace*

Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. Výzkumné studie prokázaly, že stejně jako mluvená řeč, jsou i neverbální projevy plynulým jazykem se svým zvláštním tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou (Venglářová a Marhová, c2006 s. 39).

Podíváme-li se na neverbální komunikaci podrobněji, zjistíme, že má několik funkcí. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč **podpořili**, nebo také úplně **nahradili**. Její pomocí vyjadřujeme emoce, své interpersonální postoje. Používáme ji k představení v širším slova smyslu – **sebeprezentace**. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projevy (Venglářová a Marhová, c2006 s. 39).

2.2.2.1 *Základní složky neverbální komunikace*

Mezi základní složky neverbální (dále i nonverbální) komunikace patří:

- *Vizika* – kontakt oční, vzájemné pohledy, délka očního kontaktu, vytváření tzv. terčů – míst zaměření pohledu apod., které umožňují zejména vyjádření potřeby a chuti, případně nechuti, komunikovat a být v sociální interakci s druhou osobou – zájem o sblížení či vyhnutí se kontaktu;
- *Mimika* – pohyby tváře, především úst, očí, nosu tedy tzv. hlavního neverbálního komunikačního trojúhelníku vyjadřujeme nejčastěji emoce a náladu či afekt;

- *Kinetika* – celkový pohyb těla je významný zejména s ohledem na hodnocení aktuálního fyzického či psychického stavu jedince při poskytování péče - např. poruchy lokomoce, mimovolní pohyby;
- *Gestika* – pohyby rukou, které můžeme dále rozlišit dle účelu např. na sématická gesta – symbolická, dále ilustrátory, gesta příkazová a ukazovací, anebo gesta napomáhající zvládnutí zátěžové situace a snížení emocionálního napětí;
- *Haptika* – doteky, podávání rukou, poplácávání, které se zejména v procesu pečování stávají významnými prostředky ošetřování nejen v souvislosti s instrumentálními výkony, ale souvisí samozřejmě zejména s vyjádřením účasti, pochopení a podpory;
- *Chronemika* – vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem;
- *Posturologie* – polohy těla, nohou, rukou apod., které jsou opět v úzké vazbě na kinetiku a v některých odborných zdrojích jsou tyto pojmy považovány za synonyma;
- *Teritorialita* – charakterizována velikostí prostoru, který si člověk okolo sebe vytváří a kam pustí jen toho, koho si přeje, a při poskytování péče také toho, koho je nucen akceptovat;
- *Paralingvistika* – síla, intenzita, zabarvení a intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči (např. přerěknutí), které významně ovlivňují celkový kontext a obsahový význam sdělení – dotváří denotativní význam jazyka konotativními prvky
- *Proxemika* – vzdálenost od partnera, přibližování a vzdalování; (Pokorná, 2010, s. 29-30)
 - V klinické praxi se běžně setkáváme s termínem „osobní zóna člověka“ nebo také „distanční či proxemická zóna“
 - Zónové oblasti:
 - Intimní zóna (15-30 cm) je pro člověka velmi důležitá, protože splývá s tělesným hmatovým dotykem. Vstup zde mají jen nejbližší osoby, např. manželé, rodiče, děti, blízcí přátelé. Vzájemné doteky jsou namístě. Pokud je intimní zóna narušena člověkem, který do ní nepatří, vyvolá to vždy nepříjemné pocity a snahu z takového postavení uniknout. Sestra se ocitá v intimní zóně pacienta – při

hygienické péči, odborných ošetrovatelských výkonech atd. Měla by si proto uvědomit, že před vstupem do intimní zóny je nutné s nemocným komunikovat, informovat ho, vysvětlit důvod a časové trvání vstupu.

- Osobní zóna (45–120 cm) – vzdálenost setkání dvou lidí např. v úředním jednání, diskuzi, ale také se zde odehrává komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Jejím limitem je možnost fyzického dosahu, možnost sledování mimiky a očí, možnost vnímat tělesné teplo toho, s kým hovoříme. Je zde umožněn kontakt v rámci podání ruky nebo položení ruky na rameno.
 - Společenská zóna = sociální (120–360 cm) – je charakterizována jasným zrakovým vjemem celé osoby, prohlubuje se oční kontakt a slovní vyjádření je dostatečně hlasité. Tato komunikace je více formální, není zde možný tělesný dotyk ani vzájemná výměna myšlenek nebo pocitů. Je vhodná ke komunikaci mezi více lidmi v daném čase. Společenská vzdálenost bývá ve zdravotnické praxi často zneužívaná, a to tím, že sestra hovoří s pacientem a stojí ve dveřích pokoje. Pacient tuto situaci může vnímat jako sociální odstup.
 - Veřejná zóna (více než 360 cm) – je typická vnímáním nejen celé postavy, ale i prostorovým pohybem, hlasitou řečí a jasnou výslovností. V této zóně se pohybují zdravotničtí pracovníci na různých přednáškách a seminářích (Zacharová, 2016, s. 220–221).
- *Jiné znaky*: oděv, olfaktorická (čichová komunikace) – vůně, písmo, jiné výtvořiny lidské činnosti, jednání, skutky dokreslující celkový kontext sociální interakce (Pokorná, 2010, s. 29-30).

2.3 Bariéry v komunikaci

Lidská komunikace je složitý proces, který je ovlivněn osobnostními předpoklady zúčastněných jedinců. Jejich psychický stav, inteligence, dědičné predispozice, vzdělání, výchova, individuální a sociální zkušenosti jsou těmi faktory, jež určují, jak bude komunikační výměna informací probíhat. Komunikační bariéry dělíme na dvě základní skupiny:

- Interní – týkající se osobnostních problémů komunikujícího, např. obava z neúspěchu, zlost, úroveň komunikačního partnera, neúcta, nesympatie, skákání do řeči, nesoustředěnost, stereotypizace apod.
- Externí – jde o rušivé vlivy okolí, např. nevhodné uspořádání nábytku, vzdálenost mezi komunikujícími, vyrušování, rozptylování třetí osobou, hluk, hlasitý hovor zdravotníků apod. (Tomová a Křivková, 2016, s. 63).

Komunikační bariérou lze tedy chápat všechny překážky, jež musí být při komunikaci překonány nebo které brání jejímu uskutečnění. V řadě případů mohou bariéry přecházet v komunikační šum a naopak (Tomová a Křivková, 2016, s. 66).

Hlavní komunikační bariéry v ošetrovatelské péči:

- Informační přetížení – vede pacienta k informačnímu zahlcení, vzniká při nedostatečné diagnostice schopností příjemce; komunikační klíč je třeba přizpůsobit věku apod.
- Rozdílnost v kódování a dekódování sdělení – vede k odlišné interpretaci mezi komunikátorem (sestrou) a komunikantem (pacientem)
- Volba adekvátního komunikačního média – nedostatečná či nevhodná volba komunikačního kanálu může vést k nepochopení sdělovaných informací, zejména u osob smyslově handicapovaných, osob rozdílného věku a vzdělání
- Absence zpětné vazby – chybí možnost správného pochopení sdělených informací, chybí příležitost položit doplňující dotazy
- Používání cizích a odborných výrazů – užívání odborných termínů při běžných ošetrovatelských činnostech může vést pacienta k nejistotě a snižovat efektivitu léčby
- Dědičné předpoklady

- Společenské postavení – informace sdělené lékařem jsou v řadě případů pro pacienta závažnější než informace sdělené sestrou
- Interpersonální konflikty – vliv minulé negativní zkušenosti může vést k nesprávnému pochopení významu sdělení
- Osobnostní dispozice jedince – typologie osobnosti, predispozice k náladovosti, trpělivost
- Verbální, stylistické schopnosti – nedostatečná výstižnost formulace myšlenek, sémantické odlišnosti chápání významu slov, neadekvátní intonace
- Schopnosti identifikace neverbálních signálů řeči – vnímavost a schopnost rozlišit neverbální signály není vrozená, rozvíjí se zkušenostmi jedince
- Insuficientní zpětná vazba – nedostatečná je otázka „rozuměl/a jste mi?“, jelikož neodpovídá na pochopení sdělených informací; vhodnější se jeví prosba o zopakování sdělené informace
- Schopnost naslouchat – nesoustředěnost, skákání do řeči, selektivní naslouchání
- Vliv prostředí – neznalost nového prostředí, rušivé vlivy, cizí osoby
- Momentální tělesná kondice – únava, nedostatek spánku, bolest, nemoc, pocit hladu
- Emoční rozpoložení – hněv, smutek, úzkost komunikaci ztěžují
- Kulturní odlišnosti – neverbální signály mohou mít v každé kultuře různý význam
- Devalvační projevy – poučování, manipulace, zesměšňování aj. (Tomová a Křivková, 2016, s. 66-67)

2.4 Naslouchání

Jednou z nejdůležitějších komunikativních dovedností je naslouchání. Bývá označováno jako nejdůležitější součást sociální interakce a dyadické rovině (mezi dvěma komunikující subjekty). Jedná se o aktivní složku komunikace, v níž nejen slyšíme, ale také chápeme a rozumíme. Jedná se o schopnost jedince správně interpretovat, co se v komunikaci dozvídá. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k dalšímu rozhovoru a je tak vyjadřována ochota pomoci. Druhému je vyjadřována snaha a ochota vyslechnout jeho obavy (Pokorná, Zítková a Mičudová, 2015, s. 181).

Aktivní naslouchání je sociální dovednost projevující se několika verbálními a neverbálními projevy, kterými druhé osobě dáváme najevo zájem, porozumění a respekt před jejím prožíváním a chováním. Cílem aktivního naslouchání je porozumět a dát najevo porozumění (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 118).

2.4.1 Fáze aktivního naslouchání

- První fáze – zahrnuje identifikaci emocí, jedná se o obtížnou část, protože svěřující se může chovat nepředvídatelně, zkratkovitě, spíše naznačuje, než konkrétně popisuje své obtíže a problémy. Nejvýznamnějším úkolem je klid, rozvaha a dostatek trpělivosti ze strany naslouchající osoby.
- Druhá fáze – umožňuje vyslechnutí všech faktů, snaha porozumět souvislostem. Je vhodné nechat osobu, která se svěřuje, volně hovořit o svých potížích, nepřerušovat ji, ale dostatečně prokázat stálou pozornost (např. pokynutím hlavy, mimickým vyjádřením účasti apod.). Naslouchaný si v tuto chvíli uleví, ale má také možnost sám identifikovat opravdový a reálný problém, rozebrat příčiny a důsledky svých potíží a také se pokusit o pohled z různých úhlů, odlišné vnímání a nadhled.
- Třetí fáze – měla by zahrnovat nalezení řešení problémů. Naslouchaný sám by měl hledat postupy k řešení problémů. Každé řešení, které bude nabídnuto „z vnějšku“, je často předem odsouzeno k tomu, že bylo špatné, nedostatečné, či dokonce škodlivé. V adaptačním procesu je jednou z nejvýznamnějších okolností skutečnost, že se jedinec „prožije“ k vlastním procesům řešení zátěžových situací, samozřejmě s podporou školitele, ostatních členů týmu, ale naučí se doporučeným algoritmům a akceptovatelným postupům, jež mu umožní stát se plnohodnotným členem týmu, který si bude věřit a bude schopen samostatné činnosti a kooperace v týmu.

Bude znát očekávání ostatních vůči své osobě a svou roli ve skupině (Pokorná, Zítková a Mičudová, 2015, s. 189).

2.4.2 Techniky aktivního naslouchání

Na tomto místě zmiňujeme techniky aktivního naslouchání, které lze uplatnit v komunikačním procesu všechny najednou, nebo jen některé. Jak uvádí Pokorná (2006), pro první kontakt s neznámým člověkem není uvedená posloupnost náhodná.

- Povzbuzení – cílem této techniky je vyjádření zájmu o druhou osobu, povzbuzení k hovoru, projev zájmu o obsah řečeného.
- Objasnění – cílem této techniky je získat informace, pochopit záměr mluvčího, obsah zprávy, ujasnit nepřesnosti, hledat souvislosti; toho lze dosáhnout kladením otevřených otázek.
- Zrcadlení – slouží k pochopení pocitů druhé osoby, porozumění, uznání oprávněnosti pocitů, verbalizaci pocitů druhého.
- Parafrázování – technika, která prokazuje, že druhému nasloucháme, rozumíme mu, chápeme ho. Parafrázi si ověřujeme, zda řečené chápeme správně, ujasňujeme si ponotační význam slov. Vlastními slovy formujeme sdělení druhého.
- Shrnutí – technika, při které shrnujeme (sumarizujeme) nejdůležitější fakta, myšlenky, údaje, případný posun. Sumarizace lze využít k oddělení jedné části hovoru od druhé, aby sdělené bylo strukturované a snáze zapamatovatelné.
- Ocenění – je technikou, kterou oceňujeme, podporujeme, chválíme. Mělo by být věrohodné, opravdové, doplnění kongruentními neverbálními výrazy a odpovídající paralingvistickými projevy (Tomová a Křivková, 2016, s. 138-139).

2.5 Komunikace s pacientem se závažným onemocněním

Zvládnutí komunikace i jejich úskalí je náročným úkolem. Klade nárok na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost, autoregulační mechanismy sestry. Nemocní mají různé mechanismy vyrovnávání se s dlouhodobou zátěží. Může docházet ke konfliktům mezi sestrou a pacientem, popř. rodinou. Hněv na osud, na nemoc se může obrátit proti konkrétní osobě. Nejbližší a nejdéle je s nemocným právě zdravotní sestra. Při ošetřování může poskytovat nemocnému oporu, posilovat ho na cestě. Avšak zhoršení stavu, příchod dalších

příznaků nebo bolesti mohou být pak ve snaze najít viníka a přičteny její špatné péči (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 107).

2.5.1 Psychoonkologie

Psychoonkologie je pojem novější doby a lze jej definovat jako interdisciplinární obor, který se pohybuje na pomezí onkologie, psychologie, sociologie, imunologie a endokrinologie. V řadě zemí už se stala samostatným vědním oborem. Zabývá se po psychologické stránce nádorovým onemocněním od přijetí diagnózy nemoci a v jejím dalším průběhu (Dostálová, 2016, s. 200).

2.5.2 Obavy nemocných

- Nedostatek zájmu. Pocit osamělosti, nedostatek kontaktů s blízkými. Nemožnost popovídat si. Zásadní je strach z opuštění.
- Strach z dalšího průběhu onemocnění. Zdrojem obav jsou vyšetření, zákroky, přibývající symptomy.
- Nemocní se obávají změn tělesného schématu, ztráty části těla. S tím souvisejí obavy, jak je přijmou blízcí, zda nebudou na obtíž.
- Ztráta schopnosti ovládat tělesné funkce. Setkáváme se s odmítnutím léků proti tišení bolesti z důvodu sníženého vědomí a omezeného sebeovládání.
- Obavy ze smrti. Míra strachu odpovídá psychice nemocného, jeho přesvědčení a náboženství. Mnoho nemocných se bojí okolností spojených s umíráním než smrti samotné (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 108).

2.5.3 Zásady komunikace

- Projevy osobního zájmu o pacienta. Nemocný je schopen z našeho projevu vycítit zájem o svůj osud a naopak lhostejnost.
- Sladění verbálního a neverbálního projevu. Ve zvláště náročných situacích dochází k rozporu mezi slovy a neverbálním projevem. Příkladem je situace, kdy sestra verbálně přesvědčuje pacienta o zájmu o jeho problémy. Je však tělem „na odchodu“, zčásti otočená od nemocného, vyhýbá se mu pohledem. Důvodem nemusí být nezájem, ale strach z těžkého rozhovoru.

- Setrvání u tématu, které přináší nemocný. Reakcí na těžké téma v rozhovoru bývá uhýbáním k méně závažným tématům. Výsledkem je buď planý hovor o čemkoliv, nebo umělé soustředění se na zástupný problém. Je to způsob, jak se vyhnout nepříjemné situaci.
- Citlivé reagování na nemocného. Respektujeme, zda mu vyhovuje dané téma, zda není vyčerpán. Zájem upínáme na nemocného, ne na příznaky choroby či obtíže. Lépe „Jak se dnes cítíte?“ než „Bolí vás stále záda?“ Citlivou reakci poznáme podle přání pacienta dál pokračovat v rozhovoru.
- Srozumitelná komunikace. Komunikujeme slovy, kterým nemocný dobře rozumí. Používání odborných termínů komplikuje situaci a působí na nemocného nadřazeně. Pokud odborné výrazy užívá nemocný – laik, nejprve si ověříme, zda jim správně rozumí.
- Nepoužíváme sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 111).

2.5.4 Sdělování špatných zpráv

Citlivé sdělování informací je jistým druhem umění. Z informací zkušených zdravotníků víme, že někteří nemocní jsou ochotni vést rozhovory na velmi intimní téma. Avšak pustit se do rozhovoru např. na téma umírání je obtížné. Ve zdravotnicích je pěstována snaha pomáhat nemocnému, léčit ho, udržovat při životě. V myslích lékařů pak může smrt vyvolávat pocit profesního selhání. Navíc při setkání se smrtí ožívají naše vlastní snahy úzkosti a smrti (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 116).

2.5.4.1 Jak sdělovat špatné zprávy

Ačkoliv existuje řada doporučení, nejsou jasná pravidla, jak špatné zprávy sdělovat, a každá situace musí být řešena individuálně. Postup sdělování špatných zpráv je podobný postupu podávání informace obecně a platí pro něj stejná pravidla:

1. podání informací,
2. ujištění, zda pacient rozumí,
3. zjištění největších obav pacienta,
4. zjištění, jak je pacient situaci schopen zvládnout, dát realistické naděje (Ptáček a Bartůněk, c2011, s. 196).

2.5.4.2 Nepříznivé zprávy

Sdělení může být nepříznivé, avšak ne extrémně. Jde spíše o informace, které nemocní neradi slyší (prodloužení hospitalizace, nová operace, další diagnostické výkony). Závažnost je úměrná k budoucnosti nemocného. Je nutné zvážit předpokládaný dopad informace na každého jedince individuálně. Např. omezení hybnosti kloubu má zásadní význam pro sportovce (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 117).

Postup sdělování nepříznivých zpráv je vhodné rozdělit do 3 fází:

1. Sdělíme bez oklik informaci. Vyjádříme lítost, pochopení pro obtíže pramenící z nové situace. Stručně objasníme důsledky, které z informace vyplývají.
2. Pomáháme vyrovnat se se stresující informací. Umožníme nemocnému odreagovat negativní emoce. Hledáme možnosti, jak situaci co nejlépe zvládnout.
3. Přistupujeme ke konkrétním plánům dalších kroků. Někdy je vhodné třetí fázi odložit na druhý den, na pozdější dobu. Umožníme nemocnému, aby situaci probral se svými blízkými. Časté jsou opakované dotazy na sestru. Její klidná reakce pomáhá nemocnému přijmout skutečnosti, které nelze změnit (Venglářová a Mahrová, c2006, s.117).

2.5.5 Sdělování onkologických diagnóz

Vzhledem k vysoké mortalitě u onkologických diagnóz se strach z nemoci daří ovlivňovat jen málo. V současnosti každý čtvrtý z nás onemocní touto chorobou, a tedy prožije to sdělení obávané diagnózy „na vlastní kůži“. Rozhodně nikomu není lhostejné, jak bude informován.

Nezbytná je dobře vedená komunikace s lékaři, ale i zdravotní výchova obyvatelstva (Linhartová, 2007, s.105-106).

Ke sdělování vážných rozhodnutí nejsou vhodné vizity, protože i z právního hlediska není možné vést důvěrnou komunikaci s pacientem v přítomnosti dalších osob, pokud to pacient sám nedovolí. Pacient má právo na ochranu osobních údajů a lékaře zavazuje navíc povinnost mlčenlivosti. Mluvit proto o jeho zdravotním stavu, není-li na pokoji sám, je vlastně hrubým porušením jeho práv i lékařské etiky. Přesto se tak mnohde děje. Vizity jsou ve vyspělých evropských zemích spíše společenskou záležitostí, protože vše potřebné lékaři

vyřešili v celém týmu ve společné přípravě a pacientovi u lůžka, zvláště není-li na pokoji sám, nic zásadního nesdělují. K tomu mají vyhrazen zvláštní čas i místnost.

Z psychologického hlediska přináší zpráva novou, dosud neznámou skutečnost. Přijetí zprávy, zvláště o terminální fázi života, je detailně odpozorováno a popsáno. Snad nejkomplexněji to poprvé učinila v roce 1969 americká lékařka Elisabeth Kübler-Rossová v knize *O smrti a umírání*. V českém prostředí se její kniha objevila v roce 1992 a 1993 (Linhartová, 2007, s. 108).

Etapy obvyklých psychických reakcí jsou:

1. **Šok**, popření (popírání, odmítání nemoci) – v této fázi se lékař může pokusit o navázání kontaktu, ale také může dopřát pacientovi času, aby se vzpamatoval, je i možné, že se oslabí pacientova důvěra (hledání alternativní pomoci).
2. **Hněv, vzpoura** (rozčilení, zlost, odmítání dalšího ošetření, vyvolávání konfliktů) – doporučujeme umožnit pacientovi odreagovat se, nenapomínáme ho, nementorujeme.
3. **Vyjednávání, „smlouvání s osudem“**, hledání zázraků. Nezbude nic, než trpělivě motivovat pacienta k racionální navržené léčbě, poskytovat mu psychickou oporu.
4. **Smutek, deprese**, prohlubují obavy o život, strach z umírání, propad do beznaděje, rezignace na léčbu. Velkou roli hraje schopnost a čas k naslouchání, ke spolupráci s rodinou, hledání společného řešení, duchovní útěcha.
5. **Smíření (ne vždy)** – je třeba poskytnout všechny druhy útěchy včetně spirituální, pokud si ji pacient nežádá (Linhartová, 2007, s. 108).

Prostředí, v němž se dozvídá pacient nepříjemné zprávy, se spolupodílí na jeho momentálním psychickém i fyzickém komfortu, proto by mělo být takové, aby pacientovi nepřitěžovalo – teplem nebo chladem, suchým vydýchaným vzduchem, hlukem i nepříjemnými dráždivými barvami (za nevhodnou je považována červená, pomerančová či sytě žlutá malba). Pokud možno, měla by k těmto příležitostem sloužit určená místnost, měla by působit klidně a esteticky. V místnosti, kde se koná osobní rozhovor s pacientem by neměly být další osoby (pokud si to pacient nepřeje). Rozhovor by se neměl odbývat ve stoje. Sezení by mělo být pohodlné, tak aby mezi pacientem a lékařem nebyly zbytečné překážky, není vhodná konfrontační poloha (u stolu sedět proti sobě), ale naopak vstřícná, přátelská pro jednání – nejlépe přes roh stolu. Úroveň očí lékaře i pacienta by měla být

přátelská, tzn. oči ve vodorovné přímce proti sobě. Během rozhovoru je důležitý oční kontakt, umožní dobře sledovat mimiku i gestiku pacienta, a také pacient bude mít možnost sledovat lékařovy reakce (Linhartová, 2007, s. 115-116).

2.5.6 Desatero zásady sdělování onkologické diagnózy

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informace o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování dále přítomen (například členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informace o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat. Respektujeme i jeho právo informace o diagnóze odmítnout.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnost léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemocni z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání (Linhartová, 2007, s. 144).

2.5.7 Shrnutí sdělení onkologické diagnózy

Následující shrnutí, které vychází také z desatera

- Pacient by se měl zprávu dozvědět především od lékaře, nikoliv od sestry. Tam, kde pracuje v týmu psycholog, mohou se role rozdělit, ale nikoliv přesunout. Lékař se své povinnosti nemůže zbavit, i když je pro něj psychickou zátěží. Mnoho záleží na osobnostní zralosti lékaře.
- Lékař musí negativní zprávu pacientovi sdělit přímo, jakmile ji má objektivně potvrzenou, a to kvalifikovaně, na základě svých odborných znalostí, dosavadních zkušeností a situaci odpovídajících komunikačních dovedností.
- Buďte profesionálně empatičtí a vyjadřujte pacientovi svoji spoluúčasť.
- Ke každému pacientovi je nutno přistupovat individuálně s jistou dávkou vědomostí o jeho bio-psycho-sociálních i duchovních potřebách a s přihlédnutím k jeho (ale i k lékařovu) momentálnímu psychickému stavu.
- Na sdělení špatné zprávy by se měl lékař předem připravit, uvážlivě zvolit čas i místo.
- Rozhodnout se o jednorázovém anebo etapovém rozhovoru s přihlédnutím k charakteru zprávy i pacientovým individuálním reakcím. Pacient musí pochopit, co se s ním děje právě teď a co se bude dít v bezprostředních dnech.
- Podejte pacientovi co nejvíce informací o diagnóze i prognóze onemocnění. Držte se hlavně faktů a ponechte dost času na pacientovy dotazy.
- Držte se zásady – na přímou otázku přímou odpověď. Žádnou odpověď neodkládejte na neurčito. Neznáte-li ji, je třeba upřímně to říct.
- Nikdy neslibujte, co nemůžete splnit, ani v touze poskytnout pacientovi co nejvíce naděje.
- Naděje mění v průběhu nemoci svou podobu. Ke komunikačnímu umění patří najít pro každého naději až do konce.
- V ničem nelžete, neříkejte polopravdy, buďte upřímní. To na vás také pacient musí vidět. Nezapomeňte, že sleduje každý váš pohyb, slovo, gesto, i citlivě vnímá váš hlas.

- Nikdy nesdělujte konkrétní dobu, která pacientovi zbývá, pokud už není naděje na život. Jednak mu značně narušíte psychický komfort (znehodnotíte kvalitu zbývajících života), jednak se předpověď nemusí naplnit, čímž utrpí prestiž vaše i pracoviště. Můžeme sdělit jen obvyklou dobu trvání nemoci, známou z literatury, pokud pacient příliš naléhá.
- Mluvte srozumitelně, neužívejte medicínských termínů, neznámých pacientovi ověřujte si, zda vám pacient rozuměl (zpětná vazba!). Ke srozumitelné řeči patří i správná artikulace, přiměřené tempo řeči, přiměřená síla a emocionální zabarvení hlasu. Nezapomeňte, že empatie je slyšet v hlase. Hlas má být vlídný, klidný, vmlouvavý.
- Pozor na strohou až brutální (surovou) upřímnost. Do humánně budované medicíny nepatří. Na americkou tvrdost špatné zprávy nejsme dosud připraveni. Právníci jsou také nejednotní v posuzování práva pacienta i na zcela infaustní zprávy o jeho diagnóze a prognóze, zvláště poté, kdy se stále častěji objevují stížnosti na prožitou psychickou újmu (iatropatogenie). Souvisí to také s naším stále problematickým vztahem ke smrti.
- Buďte nápomocni radou i při řešení sociálních, popř. spirituálních potřeb pacienta. Nestačíte-li sami, kontaktujte psychologa, sociální pracovníci, kněze.
- Nikdy nenuťte k okamžitým rozhodnutím; to, co je získáno (vynuceno) pod psychickým tlakem, ztrácí v budoucnu platnost.
- Zjistěte, zda pacient chce být informován, má právo informaci odmítnout, ale musí být poučen o důsledcích.
- Zachovejte mlčenlivost, prozradte pouze to, co vám pacient dovolí. Zavazuje k tomu nejen Hippokratova přísaha: „Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe. Vždyť bych se musel stydět o tom mluvit“. To by mohli mnozí radikálové odmávnout jako přežití. Ale myšlenka hippokratovců byla obecně přejata jako základní etická norma i moderními etickými kodexy a dokumenty: „Lékař zachová absolutní důvěrnost ve všem, co ví o svém pacientovi, a to dokonce i po smrti nemocného“ – píše se v Mezinárodním kodexu lékařské etiky Světové lékařské asociace (WNA, 1983). Etický kodex přijatý Českou lékařskou komorou z roku 1996 uvádí: „Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně

zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti se souhlasem pacienta zbaven nebo kdy je to stanoveno zákonem.“ Není tak striktním, na jedné straně zdůrazňuje autonomnost pacienta, na straně druhé připouští výjimky. Volnější výklad umožňuje i Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (článek 10/1 96 sb. z r. 2001), když vyměnila zákaz – absolutní důvěrnost – za „právo na ochranu soukromí“. Víme, jak to někdy s nalézáním a uplatňováním práva bývá (Linhartová, 2007, s. 119-121).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM A JEHO METODIKA

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda se při sdělování onkologické diagnózy dodržují základní zásady sdělování onkologické diagnózy v praxi.

Hlavní cíl:

Zjistit, zda jsou v praxi dodržovány základní zásady sdělování onkologické diagnózy

Dílčí cíle:

- Dílčí cíl č. 1 - Zda byla nemocnému umožněna při sdělování onkologické diagnózy přítomnost další osoby, kterou si nemocný sám zvolil
- Dílčí cíl č. 2 – Zda byla nemocnému nabídnuta pomoc psychologa a zda jí využil/a
- Dílčí cíl č. 3 – Zjistit z jakého důvodu měl zdravotnický personál problém v komunikaci s onkologicky nemocným dle nemocného (pokud tedy problém byl)
- Dílčí cíl č. 4 – Jak se nemocný vypořádal s onkologickou diagnózou po sdělení diagnózy a s odstupem času

3.2 Metodika výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku.

3.2.1 Dotazník

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že je případně anonymní (Kutnohorská, 2009, s. 41).

V březnu 2021 byl zkonstruován originální dotazník pro účely bakalářské práce. Dotazník určený pro tuto bakalářskou práci byl složen ze 30 otázek po předchozí konzultaci s vedoucím bakalářské práce. Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění zabralo cca 10 minut. První 4 otázky v dotazníku jsou zaměřené k poznání a identifikaci respondenta. Dále nalezneme otázky, které jsou zaměřeny na zjištění druhu onkologické nemoci, jak dlouho nemocný s onemocněním žije, kde a jak mu byla diagnóza sdělena. V dotazníku také nalezneme otázky k zjištění pocitů nemocného, k zjištění možnosti přítomnosti rodinných příslušníků u rozhovorů s lékařem, otázky komunikace se sestrou a problémy v ní, otázky léčby a její trvání a v neposlední řadě také ovlivnění nynější pandemie na léčbu. V dotazníku jsem použila otevřené otázky, a to v případě otázky č. 2 a č. 3. Částečně otevřené otázky nalezneme v otázkách č.5, č.6, č.22, č. 24, č.26 a č.28. Otázka č. 11 navazuje na otázku č. 10 a je určena pro respondenty, kteří uvedli v otázce č. 10 odpověď ano. Zbytek otázek je uzavřených a pokud není uvedeno jinak, je na výběr pouze jedna možnost. Celé znění dotazníku se nachází v přílohách, a to konkrétně v příloze č. 1.

3.2.2 Skupina respondentů

V mém dotazníkovém šetření byli cílovou skupinou pro výzkum onkologicky nemocní pacienti. Důvodem výběru této cílové skupiny je, že právě tato bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s onkologicky nemocným pacientem.

3.2.3 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření a sběr dat probíhal od 1.4.2021 do 2.5.2021 celkem 32 dnů. Dotazník byl vzhledem k pandemické krizi a obavám z nedostatečného množství respondentů vytvořen elektronicky pomocí internetové stránky www.survio.cz a následně byli dotazováni členové skupin na sociální síti Facebook – konkrétně skupiny Rakovina prsu a Rakovina – nový začátek. Dotazník celkem vyplnilo 121 respondentů (100,00 %). Z důvodu neúplného vyplnění nebo nedodržení pokynů k vyplnění (např. respondent nebyl sám nemocný) bylo vyřazeno 9 dotazníků. Celkový počet použitých dotazníků je tedy 112 (92,56 %).

3.2.4 Zpracování získaných dat

Pro analýzu získaných dat byl použit program Microsoft Word a Microsoft Excel. Získané data jsou zpracovány do tabulek s absolutní a relativní četností. Absolutní četnost udává celkový počet respondentů, kteří na otázku odpovídali a relativní četnost vyjadřuje procentuální vyjádření hodnoty absolutní. V otázkách, kde je na výběr z více možností, je uvedena absolutní a relativní četnost všech odpovědí. Každá tabulka je doplněna slovní interpretací výsledků výzkumu.

4 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Otázka č.1: Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví

| Pohlaví | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Žena | 105 | 93,75 % |
| Muž | 7 | 6,25 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka sloužila k poznání pohlaví jednotlivých respondentů. Z celkového počtu 112 respondentů se do dotazníkového šetření zapojilo 105 žen (93,75 %) a 7 mužů (6,25 %). Je tedy patrné, že se do dotazníkového šetření zapojilo převážně ženské pohlaví.

Otázka č.2: Kolik máte let?

Tabulka č. 2 - Věk

| Věk | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 20-29 let | 6 | 5,36 % |
| 30-39 let | 20 | 17,86 % |
| 40-49 let | 43 | 38,40 % |
| 50-59 let | 28 | 25 % |
| 60-69 let | 12 | 10,71 % |
| 70 a více let | 3 | 2,67 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka byla zaměřena na zjištění věku respondentů. Z celkového počtu 112 respondentů bylo 6 respondentů (5,36 %) ve věku 20 do 29 let, 20 respondentů (17,86 %) bylo ve věku od 30 do 39 let, 43 respondentů (38,40 %) bylo ve věku od 40 do 49 let, 28 respondentů (25

%) bylo ve věku od 50 do 59 let, 12 respondentů (10,71 %) bylo ve věku od 60 do 69 let a 3 respondenti (2,67 %) byly od 70 let a více.

Otázka č.3: Jakou onkologickou diagnózou trpíte?

Tabulka č. 3 - Diagnóza

| Diagnóza | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Karcinom prsu | 72 | 64,29 % |
| Karcinom ledvin | 2 | 1,79 % |
| Nádor na mozku | 3 | 2,69 % |
| Nádor thymu | 1 | 0,89 % |
| Kolorektální karcinom | 7 | 6,25 % |
| Folikulární lymfom | 5 | 4,46 % |
| Leukémie | 4 | 3,57 % |
| Hodgkinův lymfom | 3 | 2,68 % |
| Karcinom štítné žlázy | 2 | 1,79 % |
| Karcinom plic | 5 | 4,46 % |
| Myelom | 1 | 0,89 % |
| Karcinom ovarií | 4 | 3,57 % |
| Karcinom žlučníku | 1 | 0,89 % |
| Karcinom děložního čípku | 1 | 0,89 % |
| Melanom | 1 | 0,89 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

V této otázce respondenti odpovídali na otázku, jakou onkologickou diagnózu mají. Celkem na tuto otázku odpovědělo 112 respondentů z nichž 72 respondentů (64,29 %) s karcinomem prsu, 2 respondenti (1,79 %) s karcinomem ledvin, 3 respondenti (2,69 %) s nádorem na mozku, 1 respondent (0,89 %) s karcinomem thymu, kolorektálním karcinomem je postiženo

7 respondentů (6,25 %), 5 respondentů (4,46 %) s folikulárním lymfomem, 4 respondenti (3,57 %) s leukémií, 3 respondenti (2,68 %) s Hodgkinovým lymfomem, 2 respondenti (1,79 %) s karcinomem štítné žlázy, 5 respondentů (4,46 %) s karcinomem plic, 1 respondent (0,89 %) s myelomem, 4 respondenti (3,57 %) s karcinomem ovarií, 1 respondent (0,89 %) s karcinomem žlučníku, 1 respondent (0,89 %) s karcinomem děložního čípku a 1 respondent (0,89 %) s melanomem.

Otázka č.4: Jak dlouho žijete s onkologickým onemocněním?

Tabulka č. 4 – Délka života s onemocněním

| Jak dlouho nemocný žije s onemocněním | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Do jednoho měsíce | 8 | 7,14 % |
| Do jednoho roku | 46 | 41,07 % |
| Do pěti let | 48 | 42,86 % |
| Více | 10 | 8,93 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka nám ukazuje, jak dlouho respondent žije s onkologickým onemocněním. Celkem 8 respondentů (7,14 %) žije s onemocněním do jednoho měsíce, 46 respondentů (41,07 %) žije s onemocněním do jednoho roku, 48 respondentů (42,86 %) žije s onemocněním do pěti let a 10 respondentů (8,93 %) žije s onemocněním déle než pět let.

Otázka č.5: Kde Vám byla diagnóza sdělena?

Tabulka č. 5 – Místo sdělení diagnózy

| Místo sdělení diagnózy | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Na pokoji pacienta | 7 | 6,25 % |
| Na chodbě oddělení | 4 | 3,57 % |
| Na ošetřovně či vyšetřovně | 63 | 56,25 % |
| V místnosti tomu určené | 15 | 13,39 % |
| Jiná odpověď | 23 | 20,54 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka byla zaměřena na to, kde nemocnému byla sdělena jeho diagnóza. 7 respondentů (6,25 %) odpovědělo, že jim diagnóza byla sdělena na pokoji nemocného, 4 respondentům (3,57 %) na chodbě oddělení, 63 respondentům (56,25 %) na ošetřovně či vyšetřovně, 15 respondentům (13,39 %) v místnosti tomu určené. 23 respondentům odpovědělo, že jim onemocnění bylo sděleno jinde – z toho 14 respondentům telefonicky, 8 respondentům v ambulanci a 1 respondent v jídelně.

Otázka č.6: Jak Vám byla diagnóza sdělena?

Tabulka č. 6 – Sdělení diagnózy

| Jak byla diagnóza sdělena | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| V klidném duchu, kdy jsem dostal/a dostatek času se na vše zeptat | 75 | 66,96 % |
| Uspěchaně bez možnosti se více optat | 23 | 20,54 % |
| Arogantně, kdy mi bylo naznačeno, že se více ptát nemám | 8 | 7,14 % |
| Jiná odpověď | 6 | 5,36 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla ukázat, jak byla nemocnému sdělena jeho onkologická diagnóza. Více než polovina respondentů 75 (66,96 %) uvedlo, že jim diagnóza byla sdělena v klidném duchu, kdy měli dostatek času se na cokoliv zeptat, 23 respondentů (20,54 %) uvedlo, že jim diagnóza byla sdělena uspěchaně a nebyla možnost se více ptát, 8 respondentů (7,14 %) uvedlo arogantní oznámení diagnózy, kde jim byla naznačeno, že se nemají více ptát. Jinou odpověď uvedlo 6 respondentů (5,36 %), kdy jim byla diagnóza sdělena omylem, např. kdy sestra prozradila tuto informaci bez předchozí komunikace nemocného s lékařem.

Otázka č.7: Jak jste se po sdělení závažné diagnózy cítil/a?

Tabulka č. 7 – Pocity po sdělení diagnózy

| Pocity nemocného | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Necítil/a jsem nic | 10 | 8,93 % |
| Neuvědomoval/a jsem si závažnost situace | 14 | 12,50 % |
| Cítil/a jsem pocit beznaděje | 41 | 36,61 % |
| Byl/a jsem s onemocněním odhodlán/a bojovat | 25 | 22,32 % |
| Myslel/a jsem na nejhorší | 22 | 19,64 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jak se nemocný po sdělení své onkologické diagnózy cítil. 10 respondentů (8,93 %) uvedlo, že necítilo nic. 14 respondentů (12,50 %) uvedlo, že si neuvědomovali závažnost situace. Pocit beznaděje cítilo 41 respondentů (36,61 %). Odhodláno s onemocněním bojovat bylo 25 respondentů (22,32 %) a na nejhorší myslelo 22 respondentů (19,64 %).

Otázka č. 8: Bylo Vám umožněno se na vše důležité zeptat?

Tabulka č. 8 – Sdělení diagnózy II

| Umožněno se optat na důležité informace | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ano, měl/a jsem možnost se na vše zeptat | 92 | 82,14 % |
| Ne, byla jsem odmítnuta | 20 | 17,86 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda bylo nemocnému umožněno se na vše důležité zeptat. Více než třičtvrtě dotazovaných respondentů 92 (82,14 %) odpovědělo, že jim bylo umožněno se na vše důležité zeptat a 20 respondentů (17,86 %) uvedlo, že takhle možnost jim nabídnuta nebyla.

Otázka č. 9: Dal Vám lékař dostatek času na přijetí nových informací?

Tabulka č. 9 – Přijetí informací

| Dostatek času na přijetí nových informací | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Ano, dostal/a jsem času, kolik jsem potřeboval/a | 66 | 58,93 % |
| Ne, bylo to vše příliš rychlé | 46 | 41,07 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Otázka měla za cíl zjistit, zda nemocný měl dostatek času na přijetí nových informací. 66 respondentů (58,93 %) odpovědělo, že mělo dostatek času na přijetí nových informací a 46 respondentů (41,07 %) zase mělo opačnou zkušenost, tudíž vše bylo příliš rychlé.

Otázka č.10: Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa?

Tabulka č. 10 – Pomoc psychologa

| Nabídnutí pomoci od psychologa | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ne, nebyla | 83 | 74,11 % |
| Ano byla | 29 | 25,89 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Otázka měla za cíl zjistit, zda po sdělení onkologické diagnózy byla nemocnému nabídnuta pomoc psychologa. 83 respondentů (74,11 %) uvedlo, že tato možnost jim nabídnuta nebyla a 29 respondentů uvedlo, že jim pomoc psychologa nabídnuta byla.

Otázka č.11: Pokud ANO, využil/a jste možnost promluvit si s psychologem?

Tabulka č. 11 – Pomoc psychologa II

| Pokud ano – byla využita možnost psychologa | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 22 | 31,88 % |
| Ne, styděl/a jsem se o svém onemocnění mluvit | 4 | 5,80 % |
| Ne, chtěl/a jsem se s diagnózou vyrovnat sám/a po svém | 43 | 62,32 % |
| Celkem | 69 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka byla pro respondenty, kteří v předchozí otázce (Zda jim byla nabídnuta pomoc psychologa) odpověděli kladně. Tato otázka nebyla povinná. Bohužel odpovědi nejsou objektivní, jelikož místo 29 respondentů odpovědělo 69 respondentů, ale můžeme předpokládat, že když 22 respondentů (31,88 %) uvedlo, že pomoc psychologa využili, tak vylučovací metodou zjistíme, že 7 respondentů tuto možnost nevyužilo.

Otázka č.12: Při zjištění Vaší diagnózy a pohovoru s lékařem jste věřil/a ve vyléčení?

Tabulka č. 12 – Víra ve vyléčení

| Víra ve vyléčení | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 78 | 69,64 % |
| Ne | 7 | 6,25 % |
| Takto jsem nepřemýšlel/a | 27 | 24,11 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemocný při pohovoru s lékařem věřil ve vyléčení. Víru ve vyléčení mělo 78 respondentů (69,64 %). Ve vyléčení nevěřilo 7 respondentů (6,25 %) a 27 respondentů (24,11 %) nepřemýšlelo nad vírou ve vyléčení.

Otázka č. 13: Měl/a jste možnost přítomnosti rodinných příslušníků u rozhovorů s lékařem, popřípadě zdravotnickým personálem?

Tabulka č. 13 – Přítomnost rodinných příslušníků

| Přítomnost rodinných příslušníků | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano, ta možnost mi byl/a nabídnuta | 58 | 51,79 % |
| Ne, o této možnosti jsem nevěděl/a | 54 | 48,21 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemocnému byla nabídnuta možnost rodinného příslušníka, popřípadě zdravotnického personálu při sdělování diagnózy nebo dalších pohovorech s lékařem. 58 respondentů (51,79 %) možnost rodinného příslušníka či zdravotnického personálu mělo a 54 respondentů (48,21 %) tuto možnost nemělo.

Otázka č. 14: Byl/a by jste klidnější kdyby u rozhovoru byla přítomna i sestra?

Tabulka č. 14 – Přítomnost sestry

| Přítomnost sestry | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ano, byl/a bych klidnější | 14 | 12,50 % |
| Ne, raději bych měl/a soukromí | 35 | 31,25 % |
| Nevím | 63 | 56,25 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Otázka měla za cíl zjistit, zda by nemocný byl klidnější, kdyby s ním byla sestra u sdělování jeho diagnózy. Celkově 63 respondentů (56,25 %) odpovědělo, že neví. 35 respondentů (31,25 %) uvedlo, že ne a jen 14 respondentů (12,50 %) by bylo klidnějších, kdyby tam s nimi sestra byla.

Otázka č. 15: Komunikoval/a jste se sestrou o svém onemocnění?

Tabulka č. 15 – Komunikace se sestrou

| Komunikace se sestrou | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 51 | 45,54 % |
| Ne | 61 | 54,46 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Otázka měla za cíl zjistit, zda nemocný komunikoval o svém onemocnění se sestrou. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 61 respondentů (54,46 %) ne a 51 respondentů (45,54 %) ano.

Otázka č. 16: Měla na Vás sestra dostatek času, když jste si chtěl/a o čemkoliv povídat?

Tabulka č. 16 – Komunikace se sestrou II

| Dostatek času – sestra | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Ano, sestra na mě měla vždy dostatek času | 75 | 66,96 % |
| Ne, sestra měla stále moc práce | 37 | 33,04 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda má sestra dostatek času na nemocného. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 75 respondentů (66,96 %) ano – sestra pro ně měla dostatek času a 37 respondentů (33,04 %) odpovědělo, že ne – sestra neměla dostatek času.

Otázka č. 17: Jak se k Vám choval zdravotnický personál při hospitalizaci?

Tabulka č. 17 – Chování personálu

| Chování personálu | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Personál měl vždy pochopení a vždy mi nabídl pomoc | 100 | 89,29 % |
| Personál se o mně spíše nezajímal | 12 | 10,71 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, jak se k nemocnému choval zdravotnický personál během hospitalizace. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 100 respondentů (89,29 %), že personál měl vždy pochopení a nabídl pomoc a 12 respondentů (10,71 %) se setkala s opačným jednáním a to tím, že se personál o nemocného spíše nezajímal.

Otázka č. 18: Měl zdravotnický personál problém s Vámi komunikovat o Vaší diagnóze?

Tabulka č. 18 – Chování personálu II

| Problém v komunikaci - personál | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ne | 95 | 85,59 % |
| Ano | 16 | 14,41 % |
| Celkem | 111 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla zjistit, zda zdravotnický personál má problém s nemocným komunikovat o jeho diagnóze. Z celkové počtu 111 respondentů odpovědělo 95 respondentů (85,59 %) ne – personál problémy neměl, 16 respondentů (14,41 %) ano – personál problémy v komunikaci měl. Na tuto otázku neodpověděl 1 respondent.

Otázka č. 19: Z jakého důvodu si myslíte, že má zdravotnický personál problémy v komunikaci s pacientem?

Tabulka č. 19 – Bariéry v komunikaci

| Bariéry v komunikaci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Nemá dostatek informací o mé diagnóze | 20 | 21,74 % |
| Neprojevili zájem semnou více komunikovat | 29 | 31,52 % |
| Nemá pochopení | 1 | 1,09 % |
| Neví, jak se mnou komunikovat | 42 | 45,65 % |
| Celkem | 92 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, z jakého důvodu, podle nemocného, má zdravotnický personál problémy v komunikaci. Na tuto otázku z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 92 respondentů, z toho 20 respondentů (21,74 %) uvedlo, že personál nemá dostatek informací o diagnóze. 29 respondentů (31,52 %) zase uvedlo, že personál neprojevil zájem s nemocným komunikovat, 1 respondent (1,09 %) uvedl, že personál nemá pochopení a 42 respondentů (45,65 %) uvádí, že personál neví, jak s nemocným komunikovat. Na tuto otázku neodpovědělo 20 respondentů.

Otázka č. 20: Ovlivnila nevhodná komunikace Vaši důvěru ve zdravotnický personál?

Tabulka č. 20 – Důvěra v personál

| Ovlivnění důvěry | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 26 | 23,21 % |
| Ne | 86 | 76,79 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda ovlivnila nevhodná komunikace důvěru ve zdravotnický personál. Z celkového počtu 112 respondentů uvedlo 86 respondentů (76,79 %) ne – nevhodná komunikace důvěru v personál neovlivnil a 26 respondentů (23,21 %) zase uvedlo ano – nevhodná komunikace ovlivnila důvěru ve zdravotnický personál.

Otázka č. 21: Jak jste se postupem času vyrovnal/a se svým onemocněním?

Tabulka č. 21 – Vyrovnání s onemocněním

| Vyrovnání se s onemocněním | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nejsem vyrovnaná/ý se svým onemocněním | 16 | 14,29 % |
| Nemám sílu více s nemocí bojovat | 2 | 1,78 % |
| Jsem odhodlaná/ý s nemocí bojovat | 71 | 63,39 % |
| Jsem vyléčený/á | 20 | 17,86 % |
| Je mi to jedno | 3 | 2,68 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jak se nemocný vyrovnává s onemocněním postupem času. Z celkového počtu 112 respondentů uvedlo 71 respondentů (63,39 %) odhodlání s nemocí bojovat, 20 respondentů (17,86 %) uvedlo uzdravení, 16 respondentů (14,29 %) není vyrovnaných s onemocněním, 3 respondenti (2,68 %) uvedli odpověď - je mi to jedno a 2 respondenti (1,78 %) nemají sílu s onemocněním bojovat.

Otázka č. 22: Kdo Vám nejvíce pomohl se s onemocněním srovnat a přijmout ho?

Tabulka č. 22 – Pomoc s přijetím onemocnění

| Pomoc se srovnáním nemoci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Rodina | 75 | 42,61 % |
| Já sám | 49 | 27,84 % |
| Přátelé | 35 | 19,89 % |
| Zdravotnický personál | 13 | 7,39 % |
| Někdo jiný | 4 | 2,27 % |
| Celkem | 176 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, kdo nemocnému pomohl s vyrovnáním se s nemocí. Tato otázka měla na výběr z více možností. 75krát (42,61 %) pomohla rodina, ve 49 případech (27,84 %) si pomohl nemocný nejvíc sám, 35krát (19,89 %) přátelé, 13krát (7,39 %) pomohl zdravotnický personál, z jiných odpovědí se 2krát objevila pomoc partnera, 1krát pomoc od jiného nemocného a 1 odpověď nelze vyhodnotit.

Otázka č. 23: Proděl/a jste nějakou léčbu?

Tabulka č. 23 - Léčba

| Prodělaná léčba | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 109 | 97,32 % |
| Ne | 3 | 2,68 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemocný prodělal nějakou léčbu. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 109 respondentů (97,32 %) ano a 3 respondenti (2,68 %) ne.

Otázka č. 24: Jakou léčbu jste prodělal/a?

Tabulka č. 24 – Léčba II

| Léčba | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Chirurgická (operativní) | 81 | 26,64 % |
| Chemoterapie | 74 | 24,34 % |
| Radioterapie | 58 | 19,08 % |
| Hormonální terapie | 46 | 15,13 % |
| Biologická léčba | 34 | 11,18 % |
| Imunoterapie | 4 | 1,32 % |
| Paliativní terapie | 4 | 1,32 % |
| Konzervativní | 1 | 0,33 % |
| Jiná léčba | 2 | 0,66 % |
| Celkem | 304 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, jakou terapii nemocný prodělal a měla na výběr z více možností. Celkový počet odpovědí byl 304 a z toho 81krát (26,64 %) chirurgická terapie (operativní), 74krát (24,34 %) chemoterapie, 58krát (19,08 %) radioterapie, 46krát (15,13 %) hormonální terapie, 34krát (11,18 %) biologická léčba, 4krát (1,32 %) imunoterapie, 4krát (1,32 %) paliativní terapie, 1krát konzervativní terapie (0,33 %) a ve 2 případech byla odpověď jiná (transplantace kostní dřeně a zajišťovací terapie).

Otázka č. 25: Jak dlouho trvala léčba?

Tabulka č. 25 – Léčba III

| Trvání léčby | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Měsíc | 2 | 1,79 % |
| Dva a více měsíců | 4 | 3,57 % |
| Půl roku a déle | 46 | 41,07 % |
| Léčba stále trvá | 56 | 50,00 % |
| Neléčil/a jsem se | 1 | 0,89 % |
| Paliativní terapie | 3 | 2,68 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, jak dlouho u nemocného trvala léčba. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 56 respondentů (50,00 %), že jejich léčba stále trvá. Dalších 46 respondentů (41,07 %) uvedlo trvání léčby půl roku a déle, 4 respondenti (3,57 %) se léčí dva a více měsíců, 3 respondenti (2,68 %) prochází paliativní terapií, 2 respondenti (1,79 %) se léčí měsíc a 1 respondent (0,89 %) uvedl, že se neléčil vůbec.

Otázka č. 26: Jak momentálně vnímáte svoji diagnózu?

Tabulka č. 26 – Vnímání nemoci

| Vnímání nemoci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stále věřím ve vyléčení | 37 | 33,03 % |
| Nevěřím ve vyléčení | 2 | 1,79 % |
| Snažím se myslet pozitivně | 59 | 52,68 % |
| Nepřemýšlel/a jsem nad tím | 7 | 6,25 % |
| Jiná odpověď | 7 | 6,25 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, jak nemocný momentálně vnímá své onemocnění. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 59 respondentů (52,68 %), že se snaží myslet pozitivně. Stále věří ve vyléčení 37 respondentů (33,03 %), 7 respondentů (6,25 %) nad tím nepřemýšlí, 7 respondentů (6,25 %) uvedlo jinou odpověď a 2 respondenti (1,79 %) ve vyléčení nevěří. Mezi jiné odpovědi patří: považuji se za zdravou, jen mám rakovinu, nevím, proč jsem onemocněla a považuji se za zdravou, 2 respondenti končí léčbu s pozitivním výsledkem, 1 respondent uvedl všechny odpovědi, 1 respondent uvedl, že se snaží žít dál pro rodinu a děti a nepřipouští si jinou možnost než celkové uzdravení.

Otázka č. 27: Jak často prožíváte negativní emoce – např. rozmrzelost, deprese, beznaděj nebo úzkost?

Tabulka č. 27 – Prožívání nemoci

| Prožívání negativních emocí | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Nikdy | 13 | 11,61 % |
| Někdy | 78 | 69,64 % |
| Často | 19 | 16,96 % |
| Neustále | 2 | 1,79 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda a jak často nemocný prožívá negativní emoce. Z celkového počtu 112 respondentů uvedlo 78 respondentů (69,64 %), že někdy prožívá negativní emoce. Odpověď často uvedlo 19 respondentů (16,96 %), 13 respondentů (11,61 %) uvedlo odpověď nikdy a odpověď neustále uvedli 2 respondenti (1,79 %).

Otázka č. 28: Ovlivňuje Vás pandemie COVID-19 v léčbě?

Tabulka č. 28 – Pandemie COVID-19

| Pandemie COVID -19 | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ne | 75 | 66,96 % |
| Ano – doplňte jak | 37 | 33,04 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Tuto otázku považuji za velice aktuální a cílem této otázky bylo zjistit, jestli nemocné ovlivňuje pandemie COVID-19 v léčbě a jak. Z celkové počtu 112 respondentů uvedlo 75 respondentů (66,96 %) odpověď ne – pandemie COVID-19 je v léčbě neovlivňuje. Odpověď ano a doplnění jak, uvedlo 37 respondentů (33,04 %) a mezi nejčastější odpovědi, jak nemoc ovlivňuje jejich léčbu patří: strach z nakažení, nepovolení návštěv při hospitalizaci, omezená dostupnost zdravotnictví, nedostatek personálu a nový nezkušený personál, dlouhé čekací doby na vyšetření a zákroky, stálý strach a ekonomický aspekt.

Otázka č. 29: Prodělal/a jste onemocnění COVID-19?

Tabulka č. 29 – Prodělání COVID-19

| Prodělání COVID-19 | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 23 | 20,54 % |
| Ne | 89 | 79,46 % |
| Celkem | 112 | 100,00 % |

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda onkologicky nemocný pacient prodělal onemocnění nynější doby – COVID-19. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 89 respondentů (79,46 %), že onemocnění COVID-19 neprodělalo a 23 respondentů (20,54 %) onemocnění prodělalo.

Otázka č. 30: Pokud ano, jaký byl průběh onemocnění?

Tabulka č. 30 – Průběh onemocnění COVID-19

| Průběh COVID-19 | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Lehký průběh (bolest hlavy, ztráta čichu, ztráta chuti,..) | 16 | 72,73 % |
| Vážný průběh | 6 | 27,27 % |
| Vážný průběh s komplikacemi | 0 | 0,00 % |
| Celkem | 22 | 100,00 % |

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit průběh onemocnění COVID-19 u onkologicky nemocného. Tato otázka je navazující na předchozí otázku, a to na otázku 29., kde 23 respondentů uvedlo, že onemocnění COVID-19 prodělalo. Na tuto otázku odpovědělo 22 respondentů, kdy 16 respondentů (72,73 %) uvedlo, že mělo lehký průběh onemocnění, 6 respondentů (27,27 %) uvedlo vážný průběh a vážný průběh s komplikacemi neměl žádný respondent.

5 DISKUZE

Bakalářská práce autorky Markéty Slabové s názvem „Komunikace zdravotníků s pacientem s onkologickým onemocněním“ z roku 2016, se věnuje této problematice. Chtěla bych zmínit, že teoretická část této práce mi přijde nepřehledná, jelikož autorka má všechny informace v jedné kapitole, zatímco v mé práci se věnuji zvláště základům obecné onkologie v jedné kapitole a v druhé kapitole zase zmiňuji základy komunikace.

Jedním z vedlejších cílů v práci autorky Slabové bylo právě sdělování informací o onemocnění a léčbě, kde autorka pokládá v rámci rozhovoru otázky 5 respondentům, kde je vidět, že každý respondent se o svém onemocnění dozvěděl jinak. Ve dvou případech se nemocný o svém onemocnění dozvěděl ústně od lékaře a doplněk z informačního listu, v jednom případě se nemocný dozvěděl o svém onemocnění telefonicky, v jednom případě se nemocný o svém onemocnění dozvěděl pouze z informačního listu a jeden respondent si musel informace o svém onemocnění dohledat na internetu. V této práci se mi líbil fakt, že u všech 5 respondentů byla v rozhovoru s lékařem dodržena intimita. V porovnání s mojí prací si myslím, že sdělování onkologické diagnózy je stále nedostatečné a zdravotnické zařízení by se této problematice mělo více věnovat.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak jsem již mnohokrát zmínila, je komunikace jedním z nejdůležitějších prostředků v ošetrovatelské péči a je proto velmi důležité umět ji správně používat. V této práci jsem zjistila, že problematika sdělování onkologické diagnózy je stále aktuální. Ráda bych tedy v doporučení pro praxi zmínila desatero sdělování onkologické diagnózy, které by měl brát na vědomí každý zdravotník.

Desatero sdělení onkologické diagnózy

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informace i diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování dále přítomen (například členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informace o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat. Respektujeme i jeho právo informace o diagnóze odmítnout.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacím a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnost léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemocni z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.

10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání (Linhartová, 2007, s. 144).

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s onkologicky nemocným pacientem. Zabývá se problematikou sdělování onkologické diagnózy. Tato práce se dělí na dvě části, a to na teoretickou a praktickou.

V teoretické části nalezneme dvě kapitoly. V první kapitole se blíže seznamujeme s pojmem onkologie, její historií, základním dělením onkologických nemocí, diagnostikou, léčbou a paliativní terapií. Druhá kapitola blíže popisuje pojem komunikace, nalezneme zde také pojem komunikační proces, dělení komunikace a samozřejmě také základy sdělování nepříznivých zpráv a onkologické diagnózy.

V praktické části, která byla uskutečněna kvantitativním výzkumem pomocí elektronického dotazníkového šetření nalezneme hlavní a dílčí cíle této bakalářské práce. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda jsou v praxi dodržovány základní zásady sdělování onkologické diagnózy. Důležité je také zmínění dílčích cílů a ty jsou:

- Dílčí cíl č. 1 - Zda byla nemocnému umožněna při sdělování onkologické diagnózy přítomnost další osoby, kterou si nemocný sám zvolil
- Dílčí cíl č. 2 – Zda byla nemocnému nabídnuta pomoc psychologa a zda jí využil/a
- Dílčí cíl č. 3 – Zjistit z jakého důvodu měl zdravotnický personál problém v komunikaci s onkologicky nemocným dle nemocného (pokud tedy problém byl)
- Dílčí cíl č. 4 – Jak se nemocný vypořádal s onkologickou s diagnózou po sdělení diagnózy a s odstupem času

Všechny mnou stanovené cíle byly dodrženy v celém rozsahu. Z výsledků dotazníkového šetření je patrný fakt, že sdělování onkologické diagnózy není úplně uspokojivé a velmi negativně hodnotím fakt, že se objevilo ve 14 případech sdělení tak závažné informace po telefonu. Velmi zajímavý je také fakt, že ve většině případů nebyla nabídnuta pomoc psychologa a také zjištění, že dle respondentů je stále problém v tom, že zdravotnický personál neví, jak s nemocným hovořit. Kladně bych zhodnotila fakt, že u 100 respondentů bylo ze strany personálu nalezeno pochopení a zájem. Pro mě tato práce znamená jasný signál, že je potřeba se v rámci komunikace více vzdělávat, ať už v rámci samostudia nebo odborných seminářů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk et al., 2011. *Obecná onkologie* [online]. Praha: Galén [cit. 2021-04-23]. ISBN 978-80-7262-796-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/obecná-onkologie-361933/#>

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-18]. ISBN 978-80-271-2288-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-nemocnym-7276/>

BRIERLEY, James a ET AL., 2016. *TNM Classification of Malignant Tumours* [online]. 8th Edition. Oxford, UK: John Wiley [cit. 2021-04-17]. ISBN 9781119263579. Dostupné z: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/201604933ce448e888a101ab969a4205/tnm-classification-of-malignant-tumours-8th-edition.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-1275/>

DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ, 2012. *Onkologie pro laiky* [online]. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině [cit. 2021-04-18]. ISBN 978-80-86031-65-1. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:f6e7faa0-d062-11e7-a208-005056827e52?page=uuid:97df8f70-fa09-11e7-9854-5ef3fc9ae867>

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-17]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-psychiku-onkologicky-nemocnych-1415/>

DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie* [online]. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada [cit. 2021-04-23]. ISBN 978-80-247-4357-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/ortopedie-504991/#>

KALA, Zdeněk, Igor KISS a Vlastimil VÁLEK, 2009. *Nádory podjaterní oblasti: diagnostika a léčba* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-21]. ISBN 978-80-247-2867-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/nadory-podjaterni-oblasti-506160/>

KLENER, Pavel, c2011. *Základy klinické onkologie* [online]. Praha: Galén [cit. 2021-04-18]. ISBN 978-80-7262-716-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zaklady-klinicke-onkologie-362642/>

KLENER, Pavel a Pavel KLENER, 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-4-26]. ISBN 978-80-247-2808-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/nova-protinadorova-leciva-a-lecebne-strategie-v-onkologii-323/>

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. ISBN 978-80-247-1784-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/prakticka-komunikace-v-medicine-108/>

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/sestra-a-pacient-v-paliativni-peci-447/>

NEWTON, Susan, Margaret HICKEY a Jeannine M. BRANT, 2017. *Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice* [online]. 2nd edition. St. Louis: Elsevier [cit. 2021-04-23]. ISBN 978-0-323-37563-4. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=gCAPDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=mosby%27s+oncology+nursing+advisor+a+comprehensive+guide+to+clinical+practice&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi1yd29IJDwAhWsl4sKHfKjCo0Q6AEwAHoECAAAQAg#v=onepage&q=mosby's%20oncology%20nursing%20advisor%20a%20comprehensive%20guide%20to%20clinical%20practice&f=false>

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-detskym-pacientem-387/>

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-se-seniory-475/>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, c2011. *Etika a komunikace v medicíně* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/etika-a-komunikace-v-medicine-632/>

TOMÁŠEK, Jiří, 2015. *Onkologie: minimum pro praxi* [online]. Praha: Axonite CZ [cit. 2021-04-18]. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=BDEoCAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=onkologie+minimum+pro+praxi&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi9p72044DwAhWGjKQKHRhuBA0Q6AEwAHoECAAQA#v=onepage&q=onkologie%20minimum%20pro%20praxi&f=false>

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-pacientem-v-intenzivni-peci-2927/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-pro-zdravotni-sestry-59/>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, c2011. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

VORLÍČEK, Jan et al., 2004. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání* [online]. Druhé přepracované vydání. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. ISBN 80-247-0279-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-medicina-1513/>

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry* [online]. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada [cit. 2021-04-23]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/klinicka-onkologie-pro-sestry-361929/#>

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-17]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-2591/>

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení* [online]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/zdravotnicka-psychologie-147/>

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika* [online]. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada [cit. 2021-04-18]. ISBN 978-80-247-3770-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgicka-propedeutika-502929/>

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ, 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2021-04-17]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5094-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vedeni-novych-pracovniku-v-oseetrovatelske-praxi-1145/>

SEZNAM INTERNETOVÝCH ODKAZŮ

Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR, 2021. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-04-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>

Novotvary 2018 - Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice, 2021. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-4-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AFP alfa-fetoprotein

aj. a jiné

apod. a podobně

atd. a tak dále

cca asi, přibližně

cm centimetr

CNS centrální nervový systém

ČR Česká republika

HRCT high-resolution CT – výpočetní tomografie s vysokým prostorovým rozlišením

např. například

ORL Otorhinolaryngologie

popř. popřípadě

PSA prostaticky specifický antigen

pův. původně

r. rok

RTG rentgenové

s. strana

sb. sbírky

TNM klasifikace zhoubných nádorů (tumor, nodus, metastáze)

tj. to je

tzv. takzvaný

tzn. to znamená

ZN zhoubný nádor

% procento

< menší než

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 – Vývoj incidence a mortality zhoubných novotvarů dle pohlaví | 15 |
| Obrázek 2 – Vývoj prevalence zhoubných novotvarů dle pohlaví..... | 15 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1 – Pohlaví | 59 |
| Tabulka č. 2 - Věk..... | 59 |
| Tabulka č. 3 - Diagnóza..... | 60 |
| Tabulka č. 4 – Délka života s onemocněním | 61 |
| Tabulka č. 5 – Místo sdělení diagnózy | 62 |
| Tabulka č. 6 – Sdělení diagnózy | 63 |
| Tabulka č. 7 – Pocity po sdělení diagnózy | 64 |
| Tabulka č. 8 – Sdělení diagnózy II | 64 |
| Tabulka č. 9 – Přijetí informací | 65 |
| Tabulka č. 10 – Pomoc psychologa | 65 |
| Tabulka č. 11 – Pomoc psychologa II..... | 66 |
| Tabulka č. 12 – Víra ve vyléčení | 67 |
| Tabulka č. 13 – Přítomnost rodinných příslušníků | 67 |
| Tabulka č. 14 – Přítomnost sestry..... | 68 |
| Tabulka č. 15 – Komunikace se sestrou | 68 |
| Tabulka č. 16 – Komunikace se sestrou II..... | 69 |
| Tabulka č. 17 – Chování personálu | 69 |
| Tabulka č. 18 – Chování personálu II..... | 70 |
| Tabulka č. 19 – Bariéry v komunikaci..... | 70 |
| Tabulka č. 20 – Důvěra v personál | 71 |
| Tabulka č. 21 – Vyrovnání s onemocněním | 72 |
| Tabulka č. 22 – Pomoc s přijetím onemocnění..... | 73 |
| Tabulka č. 23 - Léčba | 73 |
| Tabulka č. 24 – Léčba II | 74 |
| Tabulka č. 25 – Léčba III..... | 75 |
| Tabulka č. 26 – Vnímání nemoci..... | 75 |
| Tabulka č. 27 – Prožívání nemoci | 76 |
| Tabulka č. 28 – Pandemie COVID-19..... | 77 |
| Tabulka č. 29 – Prodělání COVID-19 | 77 |
| Tabulka č. 30 – Průběh onemocnění COVID-19..... | 78 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|----------------------------|----|
| Příloha P I: Dotazník..... | 92 |
|----------------------------|----|

Příloha P I: Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Kohutová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Fakulty Humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V současnosti se zabývám bakalářskou prací na téma „Komunikace s onkologicky nemocnými pacienty“ a cílem této práce je zjistit, jak bylo toto vážné onemocnění sděleno nemocnému a jaké měl možnosti se s tímto onemocněním vypořádat. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, jeho vyplnění Vám zabere 5 – 10 minut. Dotazník je zcela anonymní a všechna data v tomto dotazníku budou zpracována k praktické části mé bakalářské práce.

Mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku a Váš čas.

1. Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik máte let?

.....

3. Jakou onkologickou diagnózou trpíte?

.....

4. Jak dlouho žijete s onkologickým onemocněním?

- a) Do jednoho měsíce
- b) Do jednoho roku
- c) Do pěti let
- d) Více

5. Kde Vám byla diagnóza sdělena?

- a) Na pokoji pacienta
 - b) Na chodbě oddělení
 - c) Na vyšetřovně či ošetrovně
 - d) V místnosti tomu určené
 - e) Jinde – Kde? Uveďte prosím
-

6. Jak Vám byla diagnóza sdělena?

- a) V klidném duchu, kdy jsem dostal/a dostatek času se na vše zeptat
 - b) Uspěchaně bez možnosti se více optat
 - c) Arogantně, kdy mi bylo naznačeno, že se více ptát nemám
 - d) Jinak? Uveďte prosím
-

7. Jak jste se po sdělení závažné diagnózy cítil/a?

- a) Necítil/a jsem nic
- b) Neuvědomoval/a jsem si závažnost situace
- c) Cítil/a jsem pocit beznaděje
- d) Byl/a jsem s onemocněním odhodlán/a bojovat
- e) Myslel/a jsem na nejhorší

8. Bylo Vám umožněno se na vše pro Vás důležité zeptat?

- a) Ne, byl/a jsem odmítnutá
- b) Ano, měl/a jsem možnost se na vše zeptat

9. Dal Vám lékař dostatek času na přijetí nových informací?

- a) Ano, dostal/a jsem času, kolik jsem potřeboval/a
- b) Ne, bylo to vše příliš rychlé

10. Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa?

- a) Ano byl/a
- b) Ne, nebyl/a

11. Pokud ANO, využil/a jste možnost promluvit si s psychologem?

- a) Ano
- b) Ne, styděl/a jsem se o svém onemocnění mluvit
- c) Ne, chtěl/a jsem se s diagnózou vyrovnat sám/a po svém

12. Při zjištění Vaší diagnózy a pohovoru s lékařem jste věřil/a ve vyléčení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Takto jsem nepřemýšlel

13. Měl/a jste možnost přítomnosti rodinných příslušníků u rozhovorů s lékařem popřípadě zdravotnickým personálem?

- a) Ano, ta možnost mi byl/a nabídnuta
- b) Ne, o této možnosti jsem nevěděl/a

14. Byl/a by jste klidnější kdyby u rozhovorů byla přítomna i sestra?

- a) Ano, byl/a bych klidnější
- b) Ne, raději bych měl/a soukromí
- c) Nevím

15. Komunikoval/a jste se sestrou o svém onemocnění?

- a) Ano
- b) Ne

16. Měla na Vás sestra dostatek času, když jste si chtěl/a o čemkoliv povídat?

- a) Ano, sestra na mě měla vždy dostatek času
- b) Ne, sestra měla stále moc práce

17. Jak se k Vám choval zdravotnický personál při hospitalizaci?

- a) Personál měl pochopení a vždy mi nabídl pomoc
- b) Personál se o mně spíše nezajímal

18. Měl zdravotnický personál problém s Vámi komunikovat o vaší diagnóze?

- a) Ano
- b) Ne

19. Z jakého důvodu si myslíte, že má zdravotnický personál problémy v komunikaci s pacientem?

- a) Nemá dostatek informací o mé diagnóze
- b) Neprojevili zájem semnou více komunikovat
- c) Nemá pochopení
- d) Neví, jak semnou komunikovat

20. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaši důvěru ve zdravotnický personál?

- a) Ano
- b) Ne

21. Jak jste se postupem času vyrovnal/a se svým onemocněním?

- a) Nejsem vyrovnaná se svým onemocněním
- b) Nemám sílu více s nemocí bojovat
- c) Jsem odhodlaná/y s nemocí bojovat
- d) Je mi to jedno

22. Kdo Vám nejvíce pomohl se s onemocněním srovnat a přijmout ho?

- a) Já sám
- b) Rodina
- c) Přátelé
- d) Zdravotnický personál
- e) Psycholog/ podpůrná skupina
- f) Jiná možnost? – uveďte prosím

.....
g) Nejsem srovnaný/á

23. Prodělal/a jste nějakou léčbu?

- a) Ano
- b) Ne

24. Jakou léčbu jste prodělal/a? (možné vybrat více odpovědí)

- a) Radioterapii
- b) Chemoterapii
- c) Chirurgickou léčbu (operace)
- d) Konzervativní
- e) Biologická léčba
- f) Imunoterapie
- g) Hormonální terapie
- h) Paliativní terapie
- i) Jinou? Uveďte prosím

.....

25. Jak dlouho trvala léčba?

- a) Měsíc
- b) Dva a více měsíců
- c) Půl roku a déle
- d) Léčba stále trvá
- e) Neléčil jsem se
- f) Paliativní terapie

26. Jak momentálně vnímáte svoji diagnózu?

- a) Stále věřím ve vyléčení
 - b) Nevěřím ve vyléčení
 - c) Snažím se myslet pozitivně
 - d) Nepřemýšlel/a jsem nad tím
 - e) Jiné? Uveďte prosím
-

27. Jak často prožíváte negativní emoce – např. rozmrzelost, deprese, beznaděj nebo úzkost?

- a) Nikdy
- b) Někdy
- c) Často
- d) Neustále

28. Ovlivňuje Vás nynější pandemie COVID 19 v léčbě?

- a) Ne
 - b) Ano – uveďte prosím jak
-

29. Prodělal/a jste onemocnění COVID 19?

- a) Ano
- b) Ne

30. Pokud ano, jaký byl průběh onemocnění?

- a) Lehký průběh (bolest hlavy, ztráta čichu, ztráta chuti,...)
- b) Vážný průběh
- c) Vážný průběh s komplikacemi

