

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**  
**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Edukace pacienta na oddělení onkologické ortopedie**

**Bakalářská práce**

**Autor práce: Renata Grymová**

**Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph. D.**

**2014**

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE**  
**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**  
**DEPARTMENT OF NURSING**

**Patient education on oncology orthopedics**  
**Bachelor's thesis**

**Author: Renata Grymová**  
**Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph. D.**

**2014**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Renata Grymová

V Praze 14. 9. 2014

### **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost v čase konzultací, jež mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnovala. Dále mé díky patří MUDr. Zdeňku Matějovskému CSc., vedoucímu lékaři oddělení onkologické ortopedie Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce, za odbornou pomoc v ortopedicko-onkologické problematice. Za pomoc v otázkách farmakologie touto cestou děkuji PharmDr. Jitce Rychlíčkové působící na oddělení klinické farmacie v Nemocnici Na Bulovce. Děkuji také vrchní sestře Ortopedické kliniky NNB Evě Fořtové za její podporu a pochopení. V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost v době vzniku této práce.

## Obsah

1	Edukace.....	9
1.1	Základní pojmy .....	9
1.2	Vývoj edukace v ošetrovatelství .....	10
1.3	Úloha edukace ve zdravotnictví.....	10
1.4	Druhy edukace v ošetrovatelství.....	11
1.5	Zásady správné edukace .....	11
1.6	Formy edukace.....	13
1.7	Metody edukace .....	14
1.8	Faktory ovlivňující edukaci .....	15
1.9	Cíle edukace.....	15
1.10	Edukační proces ve zdravotnickém zařízení.....	16
1.10.1	Fáze edukačního procesu.....	16
1.10.2	Dokumentace edukačního procesu.....	17
1.10.3	Odmítnutí edukace .....	17
1.10.4	Hodnocení v edukačním procesu .....	17
2	Pacientovo pojetí nemoci .....	19
2.1	Nemoc.....	19
2.2	Pacientovo pojetí nemoci.....	19
2.3	Poznávání pacientova subjektivního pojetí zdraví a nemoci.....	19
2.4	Dotazník IPQ-CZ .....	20
3	Onkologická ortopedie.....	21
3.1	Onkologická ortopedie jako obor.....	21
3.2	Zhoubné kostní nádory.....	21
4	Farmakologická léčba .....	23
4.1	Základní pojmy .....	23
4.1.1	Cytostatika.....	23
4.1.2	Chemoterapie .....	23
4.2	Cytostatika používaná na onkologické ortopedii v NNB.....	24
4.3	Nežádoucí účinky chemoterapie sledované na onkologické ortopedii .....	26
4.4.1	Útlum krvetvorby – myelosuprese.....	26
4.4.2	Infekční komplikace.....	27

4.4.3	Nevolnost a zvracení .....	27
4.3.4	Gastrointestinální toxicita .....	27
4.3.5	Kožní toxicita .....	27
4.3.6	Neurotoxicita .....	28
4.3.7	Kardiotoxicita .....	28
5	Způsoby podání chemoterapie .....	29
5.1	Žilní přístupy a jejich komplikace .....	29
5.1.1	Periferní žilní kanylace .....	29
5.1.2	Centrální žilní kanylace .....	29
5.1.3	Komplikace centrálních žilních kanyl .....	29
5.1.4	Paravenózní únik cytostatik .....	30
5.2	Problematika venózních portů .....	31
5.2.1	Zavedení venózního portu .....	32
5.2.2	Kontraindikace pro zavedení portu .....	32
5.2.3	Komplikace zavedeného venózního portu .....	32
6	Edukace onkologického pacienta .....	34
6.1	Kompetence všeobecné sestry .....	34
6.2	Kompetence všeobecné sestry v České republice .....	34
6.3	Kompetence sestry pracující na onkologickém oddělení .....	35
6.4	Kompetence sestry v případě sdělení onkologické diagnózy .....	35
6.5	Úloha sestry v případě přímé účasti členů rodiny při edukaci nemocného .....	35
6.6	Průběh a okruhy edukace na onkologické ortopedii .....	36
6.6.1	Léčba nádorové bolesti .....	36
6.6.2	Výživa onkologického pacienta .....	37
6.6.3	Nežádoucí účinky a komplikace chemoterapie .....	37
6.6.4	Zavedení, péče a režim při implantovaném portu .....	38
1	Metodika průzkumu .....	39
1.1.	Cíle empirického průzkumu .....	39
1.2.	Zkoumaný soubor .....	39
1.3	Použitá metoda výzkumu .....	40
1.4	Realizace výzkumného šetření .....	41
2.	Analýza výsledků průzkumu .....	41
2.1	Pacientovo pojetí nemoci .....	41

2.1.1	Výsledky šetření .....	41
2.2	Analýza rozhovorů.....	49
2.3	Rozbor dat a výsledky průzkumu mezi pacienty .....	51
2.4	Rozbor dat a výsledky průzkumu mezi všeobecnými sestrami .....	64
7	Diskuze .....	72
7.1	Cíl č. 1 – Zjistit pacientovo pojetí nemoci.....	72
7.2	Cíl č. 2 – Zmapovat názory a postoje pacientů k již proběhlé edukaci před protinádorovou léčbou. ....	75
7.3	Cíl č. 3 – Zmapovat názorovost a postoje všeobecných sester na edukaci pacienta před protinádorovou léčbou.....	77
7.4	Cíl č. 4 – Vytvořit edukační leták pro nemocného a jeho rodinu obsahující nejdůležitější edukační okruhy .....	79
7.4.1	Předběžná podoba edukačního informačního letáku pro pacienta před chemoterapií I.....	80
7.4.2	Předběžná podoba edukačního informačního letáku pro pacienta před chemoterapií II. ....	84
7.5	Cíl č. 5 – Vytvořit edukační osnovu pro všeobecné sestry pracující na onkologické ortopedii .....	85
	Závěr.....	88
	Anotace.....	90
	Annotation .....	91
	Seznam použité literatury .....	92
	Seznam zkratk .....	96
	Seznam grafů .....	97
	Seznam tabulek .....	98
	Seznam příloh .....	99
	Přílohy .....	100

# Úvod

S rozvojem ošetrovatelství jako vědního oboru nabývá edukace ve zdravotnictví na důležitosti. V posledních letech se stala nedílnou součástí a vlastně samostatnou kapitolou v ošetrovatelském procesu. V minulosti byli edukátory pouze pedagogové, což se postupem času mění. V současné době se z všeobecných sester stávají díky novým kompetencím sestry edukátorky, neboť edukace pacienta se stává jedním z nejdůležitějších procesů v ošetrovatelství. Edukace se stala samostatným předmětem, který se vyučuje na lékařských a zdravotně-sociálních fakultách. Budoucí lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci se zde učí, jak dovést své pacienty k samostatnější péči o své zdraví a v nemoci předcházet komplikacím a zhoršením zdravotního stavu vinou neznalosti. Pacient dnešní doby je přemýšlivý a chce se aktivně podílet na zlepšení svého zdravotního stavu, čehož docílí pouze tak, že bude svou nemoc znát a bude jí rozumět.

Předložená bakalářská práce se zabývá edukací pacientů na oddělení onkologické ortopedie, kteří zde procházejí léčbou pro zhoubný nádor kostí. Toto oddělení je jediné v ČR, kde je pacientovi poskytována komplexní léčba, jejíž součástí je i chemoterapie. Výstupy z této práce budou použity výhradně pro potřeby jmenovaného oddělení, neboť pro jiné onkologické pracoviště by výsledky průzkumných šetření neměly větší význam.

Na základě aktuálních potřeb oddělení byly stanoveny tyto cíle:

- 1) Zjistit pacientovo pojetí nemoci pomocí dotazníku IPQ-CZ
- 2) Zmapovat názory a postoje pacientů k již proběhlé edukaci před protinádorovou léčbou
- 3) Zmapovat názorovost a postoje všeobecných sester na obsah a význam edukace pacienta před nasazením protinádorové léčby
- 4) Na základě analyzovaných dat vytvořit informační leták pro nemocného a jeho rodinu obsahující nejdůležitější edukační okruhy
- 5) Na základě analyzovaných dat vytvořit edukační osnovu pro všeobecné sestry pracující na oddělení onkologické ortopedie



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Edukace

### 1.1 Základní pojmy

K tomu, aby byl pochopen proces edukace, je nutné vysvětlit několik základních pojmů. Tyto pojmy jsou společné pro edukaci ve všech oborech.

**Edukace** je spojení dvou dějů navzájem se prolínajících, a to výchovy a vzdělávání jedince. Výraz pochází z latinského **educō**, **educare** což znamená vést vpřed, vychovávat. Definovat lze tento pojem jako proces, kdy dojde soustavným ovlivňováním chování a jednání jedince k navození pozitivních změn v jeho postojích, návycích, vědomostech a dovednostech.<sup>1</sup> Tento proces je nedílnou součástí plánu péče o každého klienta a zahrnuje i jeho rodinné příslušníky.<sup>2</sup>

**Vzdělávání** je definováno jako proces, při němž se rozvíjejí dovednosti, vědomosti, návyky a schopnosti jedince. Vzdělávání klienta (pacienta) je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Výsledkem tohoto děje je vzdělanost.<sup>3</sup>

**Edukační proces** jsou lidské činnosti, při kterých dochází k záměrnému (intencionálnímu), nebo nezáměrnému (incidentálnímu) učení. Edukační procesy probíhají kontinuálně celý život, od prenatálního stadia až do smrti.

**Učení** je změna schopností (možností) člověka, která má určité časové trvání a kterou člověk nezískává dozráváním (věkem). Důležitým aspektem pro získávání vědomostí je touha jedince po poznání a přímé účasti na osvojování si nových poznatků. Učení vyžaduje dostatek energie a schopnost koncentrace.<sup>4</sup>

**Edukant** je obecné označení pro kterýkoliv subjekt učení. Každý edukant je individuální osobnost, která má své fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. Jeho charakteristiku ovlivňuje i etnická příslušnost, víra a sociálně-kulturní podmínky.

---

<sup>1</sup> JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 9

<sup>2</sup> ŠKRLA P., ŠKRLOVÁ M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 369

<sup>3</sup> PRŮCHA J., *Přehled pedagogiky: Úvod od studia oboru*, s. 15

<sup>4</sup> ZÁVODNÁ V., *Pedagogika v ošetrovatelství*, s. 28-29

**Edukátor** je osoba vykonávající edukaci. Ve zdravotnictví to bývá nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistent, fyzioterapeut, nutriční terapeut.

**Edukační konstrukty** jsou veškeré edukační materiály, edukační standardy, plány, předpisy a zákony, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

**Edukační standard** je závazná norma, která udržuje požadovanou úroveň kvality edukace. Jde o předem plánovanou edukaci, nejčastěji používanou pro klienta s konkrétní chorobou.

**Edukační prostředí** se nazývá místo, kde edukace probíhá. Tento prostor je ovlivňován ergonomicky – osvětlení, barvy, zvuk, nábytek a dále zde hraje svou roli sociální klima a atmosféra, ve které edukace probíhá.<sup>5</sup>

## 1.2 Vývoj edukace v ošetrovatelství

O velkém významu edukace pacientů psala již v 19. století Florence Nightingalová, která se zmiňuje o tom, jak je nezbytné pacienta získat a vychovat ho ke spolupráci na svém zdraví. Později i Lilian Waldová zavedla vzdělávací programy pro těhotné, invalidní občany a děti. Zdůrazňuje nutnost spolupráce i s rodinou pacienta. V padesátých letech minulého století se výuka nemocných odehrává nejčastěji v ambulancích odborných lékařů a je směřována k prevenci nemocí. 70. léta přinášejí útlum samostatnosti sester a edukace probíhá pouze formou předávání pokynů. Na konci 80. let dochází celosvětově ke změnám koncepce ošetrovatelství a edukace se začíná opět využívat častěji. 90. léta dala základ dnešní podobě edukace ve zdravotnictví, kdy je největší důraz kladen na aktivní přístup klienta k jeho vlastnímu zdraví. Celosvětově je edukace uznávána jako důležitý nástroj v oblasti prevence i léčby všech onemocnění.<sup>6</sup>

## 1.3 Úloha edukace ve zdravotnictví

Ošetrovatelství se jako vědní obor zaměřuje na zdraví a uspokojování potřeb klienta, které aktuálně vyplývají z jeho zdravotního stavu. Edukace se zde uplatňuje v případech, že znalosti o onemocnění a zodpovědnost za své vlastní zdraví jsou nedostatečné a je potřeba je doplnit.<sup>7</sup> Edukace ve zdravotnictví by měla přispívat k předcházení nemoci, navrácení a udržení zdraví a v neposlední řadě ke zkvalitnění

---

<sup>5</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 9

<sup>6</sup> ŠKRLA P., ŠKROVÁ M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 369

<sup>7</sup> PERUŠIČOVÁ J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 40-41

života každého jedince. Edukace pacienta se nesmí soustředit pouze na fyzickou stránku onemocnění, ale je nutno zaměřit se také na stránku sociální, psychickou a duchovní.<sup>8</sup> V primární prevenci se edukace zaměřuje na zdravé jedince. Doporučuje opatření, která vedou k předcházení nemoci a udržení zdraví. V rámci sekundární prevence je edukace soustředěna na již nemocného jedince. Ovlivňuje jedincovy postoje a dovednosti tak, aby měly vliv na jeho uzdravení a nevznikaly komplikace. Zaměřuje se na léčebný režim, udržení soběstačnosti a na předcházení vzniku recidivy onemocnění. V terciární prevenci se edukace dotýká jedinců, u kterých již došlo k nezvratným změnám ve zdravotním stavu. Je zaměřena na zlepšení kvality života, která může být ovlivněna tak, aby nedocházelo k dalším komplikacím.<sup>9</sup>

#### **1.4 Druhy edukace v ošetřovatelství**

**Základní edukace** – jedincovi jsou podávány základní informace o jeho onemocnění. Pacient je motivován ke změně žebříčku hodnot a postojů vzhledem k onemocnění.<sup>10</sup> Provádí ji většinou ošetřující lékař, eventuálně specialista. Smyslem je nemocnému pomoci vyrovnat se s onemocněním a poskytnout mu maximum informací a dovedností.<sup>11</sup> Příkladem může být edukace jedince s nově diagnostikovanou hypertenzí.

**Komplexní edukace** – ideálně je vedena edukačním týmem formou kurzu pro menší edukační skupiny. Program se zakládá především na praktických cvičeních. Rozšiřuje edukaci základní.<sup>12</sup> Pacient postupně přebírá zodpovědnost a efektivně začíná zvládat své onemocnění.

**Reedukační edukace** – aktualizuje předchozí znalosti a dovednosti edukanta a dále je prohlubuje.

#### **1.5 Zásady správné edukace**

Jde o obecné požadavky, zásady a pravidla, které vycházejí ze zákonitostí edukačního procesu. Je nutné, aby všechny zásady působily ve vzájemné shodě a nedošlo k vyčlenění nebo naopak k preferování některé z nich. Dodržování zásad správné edukace vede ke kvalitní výuce. První didaktické zásady byly formulovány již

---

<sup>8</sup> ŠPIRUDOVÁ L., *Multikulturní ošetřovatelství II*, s. 117

<sup>9</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*, s. 9

<sup>10</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*, s. 11

<sup>11</sup> BARTOŠ V., PELIKÁNOVÁ T., *Praktická diabetologie*, s. 176-178

<sup>12</sup> BARTOŠ V., PELIKÁNOVÁ T., *Praktická diabetologie*, s. 176-178

J. A. Komenským v jeho díle *Didacticamagna*. V současné době se nejčastěji uvádějí didaktické zásady, které jsou používány v edukaci dospělých jedinců. Patří mezi ně:

**Zásada názornosti**, jež se řadí mezi nejstarší didaktické zásady, i když se v praxi zcela nedodrhuje. Pravidlem je dát edukantovi možnost vnímat jevy zrakem, čímž mu pomůžeme k snadnějšímu zapamatování.

**Zásada spojení teorie s praxí** spočívá v schopnosti edukanta uplatnit své dovednosti z edukačního procesu v praxi. Edukátor by měl správné postoje a dovednosti upevnit a nesprávné se snažit ovlivnit směrem ke správným.

**Zásada vědeckosti** je jednou z nejnáročnějších a pro její dodržování je nutné celoživotní vzdělávání. Jde o spojení obsahu vzdělávání s nejnovějšími poznatky a objevy v oblasti vědy a techniky, pedagogiky či zdravotnictví. Je zde nutné přizpůsobit obsah schopnostem edukanta, aby danému tématu porozuměl.

**Zásada přiměřenosti** spočívá v tom, aby edukátor dokázal přizpůsobit edukaci momentálním schopnostem edukanta. Je nutné brát v úvahu momentální dovednosti, schopnosti, vědomosti a zdravotní stav edukanta.

**Zásada aktuálnosti** spočívá ve snaze edukátora získat informace o úrovni vědomostí, dovedností, postojů a návyků edukanta, na jejichž základě identifikuje edukační potřeby.

**Zásada zpětné vazby** znamená, že je mimořádně důležité, aby edukátor získával vhodným způsobem od edukanta informace o tom, zda jsou jmenovaná fakta chápána ve správném smyslu a edukant je umí uplatnit v praxi. Edukátor klade edukantovi otázky z obsahu učiva.

**Zásada uvědomělosti a aktivity** představuje požadavek, aby se edukant zapojil aktivně do edukace z vlastní potřeby. Je nutné dát edukantovi příležitost být aktivní a mít zpětnou kontrolu svých výsledků.

**Zásada individuálního přístupu** spočívá v respektu individuálních zvláštností edukanta stran jeho zdravotního a psychického stavu, jeho osobnosti, zkušeností a například kulturní odlišnosti.

**Zásada soustavnosti** spočívá v uspořádání obsahu edukace do logických celků. Měly by se jasně definovat hlavní a vedlejší části učiva a edukant by měl být předem seznámen s obsahem a cílem edukace. Je nutné edukaci vést podle určitého logického systému, přičemž edukant může navázat na dosud získané vědomosti a dále je prohlubovat.

**Zásada trvalosti** vyžaduje schopnost edukanta uložit získané informace do dlouhodobé paměti a uchovat je trvale tak, aby byl schopen na ně kdykoli v pozdějším čase navázat.

**Zásada kulturního kontextu** je v poslední době jednou z nejaktuálnějších. Tato zásada vychází z požadavku respektovat odlišnosti vyplývající z kultury, sociální skupiny nebo pohlaví.<sup>13</sup>

## 1.6 Formy edukace

Formy edukace, která probíhá ve zdravotnictví, jsou popisovány nejčastěji dle organizačního uspořádání a interakce mezi edukátorem a posluchačem. Z tohoto hlediska dělíme formy edukace na individuální, skupinovou a hromadnou.<sup>14</sup>

**Individuální forma edukace** – je řízena jedním edukátorem, který spolupracuje pouze s jedním edukantem. Výhodou je navození úzkého kontaktu mezi oběma aktéry procesu a vysoká efektivita učení vzhledem k neustálé aktivitě edukanta. Na prvním místě jsou zde individuální potřeby edukanta. Tato forma probíhá nejčastěji na ambulanci nebo u nemocničního lůžka. Její nevýhodou je nemožnost spolupráce edukantů a výměna vzájemných zkušeností.<sup>15</sup>

**Skupinová forma edukace** – edukanti jsou rozděleni do skupin různých velikostí, ideálně o 3 až 5 členech. Skupina je nejčastěji vedena edukátorem, ale je také možné, aby skupinu vedl jeden z edukantů. Při vytváření skupiny je třeba brát v potaz několik kritérií, a to věk, pohlaví, úroveň vědomostí a dovedností a v neposlední řadě druh onemocnění. Jako metoda výuky je zde nejčastěji zvolena přednáška a diskuze s předáváním vlastních zkušeností edukantů. Výhodou této formy je možnost spolupráce a výměna zkušeností mezi edukanty. Naopak nevýhodou je, že se do práce nemusí zapojit všichni zúčastnění.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s 31-34

<sup>14</sup> KUBEROVÁ H., *Didaktika v ošetrovatelství*, s. 35

<sup>15</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 35

<sup>16</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 36

**Hromadná edukace** – je zaměřena na širší skupinu edukantů, než obě výše jmenované. Obsah sdělení je stejný pro všechny zúčastněné. Typicky zvolenou metodou je v této formě edukace přednáška. Výhodou této edukace je možnost sdělení velkému počtu osob a nevýhodou je hlavně omezení zpětné vazby mezi edukátorem a edukanty.<sup>17</sup>

## 1.7 Metody edukace

Původ slova metoda pochází z řeckého **met-hodos**, doslova přeloženo **za cestou** a je možné jej pochopit jako cestu k naplnění určitého cíle.<sup>18</sup> Metody jsou činnosti a způsoby, jimiž se jedinec učí danému učivu. Při výběru metody, je třeba seznámit se s jednotlivými metodami, jejich charakterem, výhodami i nevýhodami. Metodu výuky musíme zcela přizpůsobit individuálním potřebám každého jednotlivého edukanta.<sup>19</sup> Ve zdravotnictví jsou nejvíce používané níže jmenované:

**Přednáška** – jde o předávání informací v ucelené podobě. V současnosti se nejčastěji k prezentaci přednášky používá diaprojektor s PC, přičemž je přednáška zpracována v programu Power Point. Jeho velkou výhodou je možnost vložení fotografií a videa pro lepší představu.

**Vysvětlování** – používá se, pokud posluchač nemá dosud vědomosti a zkušenosti v daném tématu. Při vysvětlování bychom měli postupovat systematicky, srozumitelně a fakticky. Vhodné je také vysvětlování doplňovat názornými pomůckami.

**Instruktaž** – používá se před praktickou činností a je vlastně teoretickým úvodem. Edukanta seznamuje s daným pracovním postupem a zdokonaluje jeho psychomotorickou dovednost. Je prováděna prostřednictvím mluveného slova.

**Praktické cvičení** – navazuje na instruktaž. Jde o vlastní nácvik pracovní činnosti. Pro edukátora je důležité sledovat všechny kroky edukanta a upozorňovat jej na chyby v pracovním postupu.

**Rozhovor** – metoda, kterou by měl ovládat každý zdravotník, neboť je součástí jeho každodenní praxe. Základním předpokladem této metody je kladení otázek mezi edukátorem a edukantem nebo edukanty. Jde o výměnu informací, opakování již získaných vědomostí a sdělování nových poznatků. Otázky kladené edukátorem by

---

<sup>17</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 36

<sup>18</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 37

<sup>19</sup> ŠPIRUDOVÁ L., *Multikulturní ošetrovatelství II*, s. 124

měly být správně formulovány, měly by být stručné a logické. Je nutné dát edukantovi čas na rozmyšlenou. Vhodné je edukanty chválit při správné odpovědi a naopak je navést na správnou odpověď při chybě. Při rozhovoru je nezbytně nutné dodržovat zásady správné komunikace.<sup>20</sup>

## 1.8 Faktory ovlivňující edukaci

Edukační proces je ve fázi plánování a realizace ovlivňován mnoha faktory (v pozitivním i negativním smyslu)<sup>21</sup>

Mezi pozitivní faktory řadíme:

**Compliance** – ochota ke spolupráci, poddajnost, touha po poznání a potřeba chtít se něco naučit.

**Motivace** – síla vedoucí ke změně postojů, názorů a souhrn faktorů vedoucích jedince k aktivitě. Motivaci dělíme na *vnitřní* – vlastní zájem člověka chtít něco změnit a *vnější* – snaha edukátora vzbudit v edukantovi zájem o učení.<sup>22</sup>

**Pohotovost** – projev motivace v určitém čase, připravenost být edukovaný.

**Zpětná vazba** – opakování klíčových pojmů, učební plán sestavený dle logického postupu od nejjednoduššího k nejsložitějšímu.

Mezi negativní faktory ovlivňující edukaci se řadí:

**Psychický stav pacienta** – úzkost, nedůvěra, nezájem, deprese, apatie.

**Fyzický stav pacienta** – současné onemocnění, bolest.

**Kulturní bariéry** – jazyk, odlišná kultura, jiné životní hodnoty.<sup>23</sup>

## 1.9 Cíle edukace

Hlavní cíl edukačního procesu ve zdravotnictví je vychovat pacienta ke spolupráci v prevenci, diagnostice a léčbě určitého onemocnění. Zdravotník má za úkol zbavit pacienta strachu a úzkosti, jež se dostavují ve stavu ohrožení zdraví a života.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi* . s. 42

<sup>21</sup> MAGUROVÁ D., MAJERNÍKOVÁ L., *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*, s. 49

<sup>22</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. s. 14

<sup>23</sup> MAGUROVÁ D., MAJERNÍKOVÁ L., *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*, s. 49

<sup>24</sup> ŠKRLA P., ŠKRLOVÁ M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 368-369

Pomůckou při vymezování a konkretizaci edukačních cílů jsou jejich taxonomie. Pod tímto pojmem rozumíme hierarchicky uspořádaný systém edukačních cílů. Z pohledu působících psychologických postupů rozlišujeme taxonomie cílů v oblasti **kognitivní** (rozumové schopnosti), **psychomotorické** (pohybové a pracovní dovednosti) a **afektivní** (názory a postoje).<sup>25</sup> Obsahové hledisko rozlišuje cíle **obecné** (v ošetrovatelství úloha výchovy a vzdělání v oblasti obnovy a zachování zdraví) a cíle **specifické** (menší objem vědomostí a dovedností). Časové hledisko dělí cíle na **krátkodobé** (cíl jednotlivé výukové lekce – většinou specifické) a **dlouhodobé** (cíl celé edukace u pacienta – většinou obecné).<sup>26</sup>

## 1.10 Edukační proces ve zdravotnickém zařízení

Edukační proces je „*jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) nebo nějaký subjekt se učí.*“<sup>27</sup> Jde o cyklický a dynamický proces, který probíhá v celé etapě jedincovy existence. Začíná v prenatálním období a končí smrtí.<sup>28</sup> Pokud edukace probíhá ve zdravotnickém zařízení, má svá specifika, která vyplývají z péče o zdraví pacientů.<sup>29</sup>

### 1.10.1 Fáze edukačního procesu

**Fáze počáteční pedagogické diagnostiky** – jde o významnou fázi z hlediska určení budoucích edukačních cílů. Edukátor by měl odhalit, na jaké úrovni jsou dovednosti, vědomosti a postoje edukanta a snažit se zjistit jeho edukační potřeby. K získání těchto informací využívá metody rozhovoru a pozorování.

**Fáze projektování** – v této fázi edukátor na základě získaných informací od edukanta promýšlí a stanovuje obsah edukace, její formu, časový rámec, pomůcky a způsob evaluace edukace.

**Fáze realizace** – tato fáze probíhá v několika krocích. Prvním krokem je **motivace** edukanta. Na tento krok navazuje plynule **expoze**, kdy edukátor předává edukantovi informace, a zde by měl již být aktivní podíl edukanta. Po expozici přichází na řadu **fixace**, což je krok, při kterém dochází k procvičování a opakování získaných dovedností. Na fixaci navazuje **průběžná diagnostika**, kde edukátor prověřuje

---

<sup>25</sup> BASTL P., ŠVEC V., *Zdravotník lektorem*, s. 5-9

<sup>26</sup> JURENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 27

<sup>27</sup> PRŮCHA J., *Moderní pedagogika*, s. 69

<sup>28</sup> MALOTOVÁ L., *Edukace pacienta po odstranění žlučníku*, s. 8-9

<sup>29</sup> JURENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 21



pochopení a zájem edukanta o dané učivo. Posledním krokem této fáze je **aplikace**, kdy edukant předvede, jak dokáže získané vědomosti a dovednosti použít.

**Fáze upevňování a prohlubování učiva** – v této fázi jde o procvičování a opakování probraného učiva. Má velký význam pro fixaci nabytých informací v dlouhodobé paměti.

**Fáze zpětné vazby** – v poslední fázi edukačního procesu jde o vyhodnocení zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem.<sup>30</sup>

### 1.10.2 Dokumentace edukačního procesu

Dokumentace je jednou z nejdůležitějších součástí edukačního procesu. Najdeme zde záznam o plánu edukace, jejím vykonání i její zhodnocení. Dokumentace musí být srozumitelná a přesná, aby mohla zaručovat kontinuitu vzdělávání. Dále poskytuje všem členům zdravotnického týmu informace o průběhu edukace, reakci pacienta i plán další edukace. Dokumentace zaručuje, že nedochází v edukačním procesu k duplicitám. Záznam o edukaci je důležitý z několika důvodů. Všichni zdravotničtí pracovníci zjistí, co už pacient i jeho okolí zná. Vede k aktivnímu podílu pacienta a jeho okolí při přebrání zodpovědnosti za aktuální řešení zdravotního stavu. V neposlední řadě vede dokumentace k ochraně zdravotnického personálu.<sup>31</sup> Ukázka záznamu o edukaci pacienta je součástí příloh.

### 1.10.3 Odmítnutí edukace

V ošetrovatelské praxi může také dojít k situaci, kdy pacient edukaci odmítne. V tomto případě je nezbytně nutné, aby byl učiněn patřičný záznam. Pokud pacient uvede důvod odmítnutí, měl by se i tento zaznamenat. Pokud je informace o odmítnutí poskytnuta někomu z rodiny, je nutné zaznamenat jméno informovaného a rozsah poskytnutých informací. Dále je nutné o odmítnutí edukace informovat lékaře a také jeho jméno uvést do záznamu.<sup>32</sup>

### 1.10.4 Hodnocení v edukačním procesu

Vyhodnocení a kontrola je kontinuální, ale i závěrečný proces v edukaci. Edukátor i edukant v této části zhodnotí, zda došlo ke splnění krátkodobých a plnění

---

<sup>30</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 21-22

<sup>31</sup> ŠPIRUDOVÁ L., *Multikulturní ošetrovatelství II*, s. 128

<sup>32</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 66

dlouhodobých cílů.<sup>33</sup> Hodnocení může probíhat formou verbální (ústně, písemně) i neverbální (mimika, gesta). U dětí probíhá hodnocení pomocí různých symbolů (puntíky, razítka apod.).<sup>34</sup>

### **Druhy hodnocení**

**Formativní** (průběžné, kontrolní) – toto hodnocení se zaměřuje na chyby a jejich odhalení, nedostatky a obtíže v práci účastníků edukace. Poskytuje rady a vylepšení výkonů v budoucích činnostech. Jeho cílem je podpora dalšího učení a poskytnutí zpětné vazby.

**Sumativní** (konečné, shrnující) – toto hodnocení je prováděno na konci určitého období a jeho cílem je stanovit úroveň dosažených vědomostí.<sup>35</sup>

**Evaluace edukace** – zde hodnotí edukaci její účastníci, edukanti. Je prováděna nejčastěji formou anonymních dotazníků, z důvodu snížení strachu z možných následků hodnocení. Toto hodnocení má subjektivní podobu<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> KUDLOVÁ P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetrovatelství II*, s. 126

<sup>34</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 68

<sup>35</sup> BASTL P., ŠVEC V., *Zdravotník lektorem*, s. 87

<sup>36</sup> JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 68

## 2 Pacientovo pojetí nemoci

### 2.1 Nemoc

Co je vlastně nemoc? Může být vykládána jednoduše jako protiklad zdraví. Jedna z definic v češtině zní „nemoc je porucha zdraví“. V tomto smyslu jde ale pouze o redukci mnoha různých termínů a jevů označujících náš zdravotní stav na dva extrémní stavy – zdraví a nemoc.<sup>37</sup> V anglosaské oblasti se používají tři různé termíny pro onemocnění nebo nemoc. „Disease“ se překládá jako choroba, kdy jde o lékařské pojetí. Známe příznaky, lze tedy pacienta diagnostikovat. Oproti tomu pojem „illness“, překládáme jako zdravotní nepohodu, kdy mluvíme o tom, že dané osobě „není příliš dobře“. Dle tohoto pojetí je choroba měřitelná jako abnormalita, zatímco nepohoda je charakterizována jako negativní emocionální kvalita.<sup>38</sup> Posledním užívaným termínem je „sickness“, kdy se člověk ocitá v roli nemocného a je jím úředně uznán.<sup>39</sup>

### 2.2 Pacientovo pojetí nemoci

Slovo pacient známe, nemoc již byla definována, co však znamená slovo „pojetí“? Pojetí (conception) znamená celý systém vysvětlení, obsahující mnoho pojmů. Pojetí dovoluje určité předvídání toho, co se asi stane. Svým „pojetím něčeho“ se jedinec vztahuje ke světu, rozhoduje se, něco přijímá, něco odmítá a aktivně jedná.<sup>40</sup> V pacientově pojetí nemoci jde o souhrn subjektivních poznatků, představ, postojů, zkušeností i očekávání, které se týkají jedné či více nemocí. Jeho nositelem je laik, proto se toto pojetí liší od odborného zdravotnického pojetí nemoci podloženého vědeckými výzkumy. Subjektivní pojetí nemoci zahrnuje tři oblasti. Oblast kognitivní, která obsahuje jedincovo svérázné chápání obsahu jednotlivých pojmů. Oblast afektivní, která popisuje jedincovy postoje a hodnoty. Třetí je oblast konativní, která obsahuje jedincovy snahy jednat a chovat se určitým způsobem. Jedincovo pojetí není statické, mění se s věkem, s jedincovými znalostmi a osobními zkušenostmi.<sup>41</sup>

### 2.3 Poznávání pacientova subjektivního pojetí zdraví a nemoci

Užitečný vhled do světa pacientova uvažování o nemoci a její léčbě umožňuje poznat odlišné způsoby uvažování laiků (rozdíly oproti profesionálům i rozdíly mezi

---

<sup>37</sup> KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*, s. 16

<sup>38</sup> KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*, s. 17, 18

<sup>39</sup> MAREŠ J., VACHKOVÁ E., *Sborník pacientova pojetí nemoci*, s. 10

<sup>40</sup> MAREŠ J., VACHKOVÁ E., *Sborník pacientova pojetí nemoci*, s. 16

<sup>41</sup> MAREŠ J., VACHKOVÁ E., *Sborník pacientova pojetí nemoci*, s. 18

laiky). Nesmí vést k zesměšňování, i když jsou neoborné, „hloupé“. Jejich poznání je důležitým předpokladem účinné **individuální edukace** daného pacienta. Každý pacient má jiný názor a potřebuje trochu jiný přístup. Teprve znalost pacientova pojetí umožňuje pochopit jeho svébytné reakce na nemoc a léčbu. Může se stát východiskem pro cílenou intervenci.<sup>42</sup>

## 2.4 Dotazník IPQ-CZ

Jde o překlad anglického originálu IPQ, na kterém pracovali tři překladatelé (J. Mareš, K. Šmejkal, R. Štanglová) nezávisle na sobě. Překlady byly následně konzultovány po věcné a lingvistické stránce a poté vznikla konečná podoba dotazníku IPQ-CZ. Pilotní ověření provedla E. Vachková u 79 pacientů s různými diagnózami.<sup>43</sup> V této práci byla použita verze o dvou částech. **1. část** obsahuje 38 otázek zaměřujících se na osobní názor pacienta na dané onemocnění. Tyto otázky se dělí na 7 proměnných – *trvání nemoci a charakter, důsledky nemoci, možnost ovlivnění průběhu nemoci, léčitelnost nemoci, pacientovo porozumění nemoci, časový průběh a předvídatelnost a prožívání nemoci*. **2. část** obsahuje 16 otázek, týká se pacientova názoru na možné příčiny nemoci. Výsledky plynoucí z této části výzkumu budou uvedeny v empirické části této práce.

---

<sup>42</sup> MAREŠ J., VACHKOVÁ E., *Sborník pacientova pojetí nemoci*, s. 18

<sup>43</sup> MAREŠ J., VACHKOVÁ E., *Pacientovo pojetí nemoci I.*, s. 111

## 3 Onkologická ortopedie

### 3.1 Onkologická ortopedie jako obor

Onkologická ortopedie je obor, v němž se setkávají dva klinické obory, a to ortopedie a onkologie. Onkologická ortopedie řeší nádorová onemocnění pohybového aparátu. Jsou zde léčeny jak primární kostní a měkkotkáňové tumory, tak i kostní metastázy všech neortopedických primárních nádorů. Zabývá se léčbou konzervativní i chirurgickou. V ČR je tento obor na vysoké úrovni, i když jediné pracoviště, které se zabývá komplexní léčbou kostních nádorů, je Onkologická ortopedie při Ortopedické klinice NNB. Na tomto pracovišti probíhá primární diagnostika, předoperační chemoterapie, definitivní operační výkony, pooperační chemoterapie a v neposlední řadě i dispenzarizace.

### 3.2 Zhoubné kostní nádory

K této bakalářské práci se nejvíce vztahují dva typy primárních kostních nádorů, u kterých probíhá na pracovišti Onkologické ortopedie komplexní léčba. Jedná se o Ewingův sarkom a osteosarkom. Ewingův sarkom byl poprvé popsán americkým patologem J. R. Ewingem. Postižení jsou v největším procentu mladí jedinci okolo 14. roku věku. Jedná se o maligní kostní nádor, který vychází z diafýz dlouhých kostí extraoseálně. Sarkom roste rychle a často postihuje i okolní měkké tkáně. Ve vysokém procentu metastazuje hematogenní cestou do plic.<sup>44</sup> Pokud postihne axiální skelet (páteř, pánev, hrudník), má horší prognózu. Celkově se jedná o velmi zhoubný nádor, který měl ještě v 70. letech minulého století téměř 100% úmrtnost. V dnešní době díky zavedení moderní chemoterapie je šance na uzdravení statisticky udávána mezi 60 – 70%. Nádor je chemo- i radiosenzitivní. Základem léčby je především agresivní chemoterapie. Terapie probíhá v rámci protokolu EURO - E.W.I.N.G 99, spočívajícím v podávání vysokodávkované chemoterapie v kombinaci s širokou resekcí nádoru a následným hyperfrakcionovaným ozařováním.<sup>45</sup> Odpověď nádoru na chemoterapii, která je hodnocena při kontrolních vyšetřeních před definitivním operačním výkonem a v rámci histologického vyšetření resekátu po definitivním operačním výkonu, určuje prognózu pacienta. Pokud nádor nezareaguje na chemoterapii, prognóza se velmi zhoršuje a šance na dlouhodobé přežití se snižuje. Při pozitivní odpovědi na

---

<sup>44</sup> HYNKOVÁ L. a kol., *Radiační onkologie*, s. 172

<sup>45</sup> BECKER H. a kol., *Chirurgická onkologie*, s. 648 - 649

chemoterapii je možné naopak provést méně radikální operační výkon, který je následně doplněn radioterapií. Druhým typem je osteosarkom. První zmínka pochází z roku 1902. Jde o zhoubný nádor kosti, který se opět nejčastěji vyskytuje u mladých jedinců, převážně mužského pohlaví. Věk je lehce posunut k hranici mezi 15 a 20 lety věku. Tento věk koreluje přibližně s obdobím, kdy se uzavírají růstové spáry. Co se týče místa postižení, téměř výhradně postihuje dlouhé kosti v okolí velkých kloubů. Vysoké procento výskytu je popisováno v okolí kolenního kloubu. Na rozdíl od Ewingova sarkomu, osteosarkom není radiosenzitivní, proto je základem léčby chemoterapie s radikálním operačním výkonem. V minulosti se ve většině případů prováděly ablativní (amputační) výkony. Dnes se díky chemoterapii a pokroku v operační léčbě daří až u 90% pacientů končetinu zachovat.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> DUNGL. P. a kol., *Ortopedie*, s. 403 - 404

## 4 Farmakologická léčba

### 4.1 Základní pojmy

#### 4.1.1 Cytostatika

Cytostatika se nazývají léky, které jsou používány k léčbě zhoubných nádorů.<sup>47</sup> Účinně cytotoxické látky působí na dělicí se nebo rostoucí buňky. Rychle se rozmnožující nádorové buňky postihují přednostně.<sup>48</sup> První zmínky, že k léčbě zhoubných nádorů byly používány chemické sloučeniny, pocházejí již ze starověkého Egypta. Různí učenci se v civilizačních kulturách zmiňují o nádorech a jsou doporučovány různé způsoby léčby.<sup>49</sup> V současné farmakologii je tendence popisovat tyto látky jako cytostatika.

#### 4.1.2 Chemoterapie

Chemoterapie je důležitou součástí komplexní protinádorové léčby. V onkologii se pod tímto názvem rozumí podávání cytostatik s potenciálem zabít buňky cytotoxickým účinkem. Jedním z mechanismů léčby cytostatiky je zasáhnout do procesu dělení buněk na úrovni poškození jejich genetické informace. Cílem této léčby je dosažení dlouhodobé a kompletní remise onemocnění s minimální toxicitou vůči zdravé tkáni. O vedlejších účincích chemoterapie na zdravé tkáni pojednává samostatná kapitola v této práci. Zásadní význam pro podávání chemoterapie je citlivost daného nádoru na určité cytostatikum. Proto je chemoterapie rozdílná u různých nádorových onemocnění.<sup>50</sup> Současně s tímto je nutné zajištění prevence sekundární rezistence. V praxi se účinek protinádorové léčby hodnotí dle odpovědi na léčbu a podle doby přežití.<sup>51</sup>

Léčba cytostatiky probíhá v různých formách, které budou popsány níže.

**Kombinovaná chemoterapie** – cytostatika se podávají v kombinaci dvou nebo více preparátů. Tímto způsobem je možné dosáhnout lepších léčebných výsledků a zpomalení vzniku rezistence.

---

<sup>47</sup> VOKURKA M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*, s. 71

<sup>48</sup> LULLMAN H., MOHR K., ZIEGLER A., *Barevný atlas farmakologie*, s. 296

<sup>49</sup> KLENER P., *Klinická onkologie*, s. 1

<sup>50</sup> KLENER P., *Klinická onkologie*, s. 145

<sup>51</sup> KLENER P., *Protinádorová chemoterapie*, s. 25

**Monoterapie** – jde o podávání pouze jednoho léku. Používá se v případě, že kombinovaná chemoterapie by přinesla vysoké riziko pro pacienta.

**Vysokodávkovaná chemoterapie** – účinná, indukční cytostatická léčba, podávaná u onemocnění s horší prognózou a výskytem rizikových faktorů predikujících selhání léčby.<sup>52</sup>

Z hlediska chirurgických intervencí je chemoterapie dělena na:

**Neoadjuvantní, předoperační chemoterapie** – nepoužívá se standardně, ale jsou indikace, kdy je jednoznačně přínosem pro celkovou prognózu pacienta. Cílem předoperační chemoterapie je zmenšit primární nádor a tím zlepšit operabilitu. Dále se indikuje u založených mikrometastáz. Klasickým příkladem bývají primární kostní nádory.<sup>53</sup>

**Adjuvantní, pooperační chemoterapie** – zjednodušeně lze říci, že jde o léčbu zajišťovací. Nádor je odstraněn, ale předpokládá se přítomnost mikrometastáz. Ty potom zvyšují riziko generalizace nemoci. Jde tedy o léčbu s jasným kurativním cílem. Tímto se zvyšuje doba přežití a počet vyléčených pacientů.<sup>54</sup>

## 4.2 Cytostatika používaná na onkologické ortopedii v NNB

**Alkylační cytostatika** – tyto látky poškozují dosud funkční genetickou informaci, což znamená, že nejsou poškozovány jen buňky klidové, ale i buňky rychle se množící. Společným nežádoucím účinkem těchto látek je bohužel kancerogeneze, což znamená, že podporují vznik nových malignit, a jsou to také látky teratogenní, tzn. poškozují vyvíjející se plod.

**Cyklofosfamide** – jako cytostatikum působí až jeho metabolit, který vzniká v játrech. Z tohoto důvodu je bezpečné jeho nitrožilní podávání, neboť nezpůsobí větší komplikace při paravazaci. Nežádoucími účinky jsou alopecie, myelosuprese, nauzea, zvracení, kardiotoxicita a nefrotoxicita. Podrobně budou tyto popsány v samostané kapitole.

**Ifofosfamid** – látka podobná cyklofosfamidu s podobnými nežádoucími účinky.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> KLENER P., *Klinická onkologie*, s. 198-199

<sup>53</sup> DUNGL P., a kol. *Ortopedie*, s. 386

<sup>54</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 75

<sup>55</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 123-124



**Antimetabolity** – jejich cílem je zablokovat syntézu pyramidových a purinových bází – stavebních kamenů genetické buňky. Již vybudovanou genetickou informací výrazně nepoškozují, a proto jejich karcinogenní účinek není tak výrazný.

**Metotrexát** – v onkologii se podává vysokodávkovaně, nitrožilně. Vysoké dávky jsou bezpečné za předpokladu ukončení cytotoxického účinku podáním antidota – *leukovorinu*. Nežádoucími účinky jsou myelosuprese, hepatotoxicita, nefrotoxicita stomatitidy a anorexie.

**Protinádorová antibiotika** – léky v této skupině poškozují maligní, ale i zdravé buňky, jen způsob jakým to dělají, je rozlišný. Z toho vyplývá, že i nežádoucí účinky budou odlišné.

**Doxorubicin** – má nejširší použití v léčbě tumorů i krevních chorob. Podává se přísně parenterálně a paravazace způsobuje nekrózu okolní tkáně. Nežádoucími účinky jsou alopecie, zvracení a kardiotoxicita, jejíž riziko se zvyšuje po překročení tzv. kumulativní dávky.<sup>56</sup> Mohou nastat akutní poruchy srdečního rytmu s pozdější srdeční nedostatečností, která nereaguje na Digitalis.<sup>57</sup>

**Rostlinné alkaloidy** – jedná se o protinádorová léčiva izolovaná z rostlin.

**Vincristin** – alkaloid získaný z barvínku lékařského. Nežádoucí účinky jsou neurotoxické v podobě polyneuropatií, alergie a poškození tkáně při paravazaci.

**Etoposid** – podofylotoxinový alkaloid. Nežádoucími účinky jsou myelosuprese, nauzea a zvracení, alergie a alopecie.

**Cytostatika uvolňující platinu** – jsou synteticky připravována. Dá se říci, že poškozují určitým způsobem nukleové kyseliny.

**Cisplatina** – váže se na plazmatické bílkoviny, je nutné ji podávat v infuzích v odstupech 3 týdnů. K její kumulaci dochází především v ledvinách. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří tedy těžké poškození ledvin, kterému, ale lze předejít dostatečnou hydratací před i po podání. Dále do popředí patří centrálně vyvolané zvracení a v neposlední řadě dochází i k postižení sluchu.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 129

<sup>57</sup> LULLMAN H., *Farmakologie a toxikologie*, s. 543

<sup>58</sup> LULLMAN H., *Farmakologie a toxikologie*, s. 542

### 4.3 Nežádoucí účinky chemoterapie sledované na onkologické ortopedii

Při aplikaci chemoterapie jsou vedlejší – nežádoucí účinky (NÚ) cytostatik velmi časté a v podstatě doprovázejí podání veškerých cytostatik. Míra poškození závisí na daném cytostatiku, výši podané dávky a počtu předchozích podaných dávek.<sup>59</sup> Nežádoucí účinky můžeme dle časového faktoru, který uplyne od podání cytostatika do doby, než dojde ke vzniku nežádoucí reakce, dělit na *bezprostřední* – vznikající v řádech několika hodin, *časné* – objevující se během několika dnů až týdnů, *oddálené* – vznikající v řádu týdnů až měsíců a *pozdní* – projevující se po měsících až letech. Dále je dělíme dle frekvence výskytu na *pravidelné, časté* a *vzácné*. Další hlediska dělí NÚ na *subjektivní* a *objektivní* nebo *lokální* a *systémové*.<sup>60</sup> V této práci budou podrobně popsány NÚ z pohledu postižení orgánových systémů.

#### 4.4.1 Útlum krvetvorby – myelosuprese

Je nejčastějším NÚ při cytostatické léčbě a je samozřejmě i častý výskyt komplikací, které s myelosupresí souvisejí. Největší útlum krvetvorby přichází mezi 7. a 10. dnem po aplikaci chemoterapie a obvykle nejvýraznější bývá po podání prvního cyklu. Po dalších cyklech obvykle bývají komplikace v menší míře.<sup>61</sup>

**Anemie** – jedná se úbytek erytrocytů, který pokud se dostane na hranici Hb pod 70g/l, je vždy indikována transfuze erytrocytů.<sup>62</sup> Pacient bývá bledý, dušný a unavený.

**Leukopenie** – pokles bílých krvinek pod hodnotu 4-10 9/l.<sup>63</sup> Pacient je ohrožen teplotami a vznikem infekce. Profylakticky se podávají ATB a růstové faktory.<sup>64</sup>

**Trombocytopenie** – vzniká nepoměrem mezi novotvorbou a zánikem trombocytů, jejichž hladina se pohybuje pod 30-50 9/l. Při hodnotách pod touto hranicí je pacient ohrožen spontánním krvácením lehčího charakteru, při hodnotách pod 10 9/l může dojít k život ohrožujícímu krvácení.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> ABRAHÁMOVÁ J. a kol., *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 100

<sup>60</sup> KLENER P., VORLÍČEK J. et al., *Podpůrná léčba v onkologii*, s. 119

<sup>61</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 140

<sup>62</sup> PENKA M., TESAŘOVÁ E. a kol., *Hematologie a transfuzní lékařství II*, s. 135

<sup>63</sup> NAVRÁTIL L. a kol., *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*, s. 212

<sup>64</sup> ABRAHÁMOVÁ J. a kol., *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, s. 103

<sup>65</sup> NAVRÁTIL L. a kol., *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*, s. 228

#### 4.4.2 Infekční komplikace

Tyto komplikace vznikají v souvislosti s těžkou myelosupresí a lékaři podávající chemoterapii by měl mít dostatečné znalosti o infekčních komplikacích. Pracoviště, kde probíhá léčba, musí být schopné kdykoli takového pacienta přijmout k podpůrné léčbě a izolačnímu režimu, neboť v tomto stavu má pacient silně oslabenou imunitu. Základními příznaky jsou tachykardie, hypotenze, tachypnoe a vysoké teploty. Je proto nezbytně nutné zahájit intenzivní léčbu, neboť vznik infektu může pacienta v imunodeficitu během několika hodin usmrtit.<sup>66</sup>

#### 4.4.3 Nevolnost a zvracení

Intenzita ektogenního účinku závisí na druhu a dávce podaného cytostatika. Tyto NÚ musí být předvídatelné a je potřeba je vždy řešit s předstihem. Při chemoterapii je nutné podávat léky tlumící zvracení, neboť při pozdním zahájení této profylaxe dojde ke ztrátě účinnosti těchto léků. U silně emetogenních cytostatik je na místě podávat v dnešní době již standardně dostupné tzv. *setrony*, vyráběné ve všech lékových formách. Podávání těchto léků nazýváme *antiemetická premedikace*.<sup>67</sup>

#### 4.3.4 Gastrointestinální toxicita

Poruchy trávicího traktu patří k pravidelným NÚ při chemoterapii. Mají různé projevy, což souvisí s jejich patogenezi.<sup>68</sup>

**Mukozitida** – je důsledkem útlumu proliferace buněk v epitelu, který postihuje trávicí trubici v kterémkoli úseku. Ochranná funkce epitelu je oslabena, a je tedy velké riziko vzniku infekce. V dutině ústní vzniká *stomatitida*, v oblasti jícnu může dojít ke vzniku *mikotické ezofagitidy*, při poruše sliznic střeva dochází k *průjmům* a v rectu se mohou objevit *anální fissury*.

#### 4.3.5 Kožní toxicita

**Alopecie** – nejčastější kožní nežádoucí účinek. K vypadávání vlasů dochází kontinuálně po celou dobu terapie. Pro psychiku pacienta je alopecie určitě nejvíce zatěžující, a je proto nutné, aby pacient byl o tomto informován včas. V rámci sesterské kompetence je

---

<sup>66</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 141

<sup>67</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 142

<sup>68</sup> KLENER P., VORLÍČEK J. et al., *Podpůrná léčba v onkologii*, s. 131

důležité posílit pacientovo sebevědomí, nabídnout poukaz na vlasovou protézu a v neposlední řadě ujistit pacienta, že ztráta vlasů je dočasná.<sup>69</sup>

**Hand-foot syndrom** – jde o bolestivé zarudnutí dlaní a chodidel, které se objevuje po podání cyklofosfamidu a doxorubicinu.

#### 4.3.6 Neurotoxická

Cytostatika mohou poškozovat nervy periferní i CNS. Mohou být poškozeny i nervy autonomní.

**Neuropatie** – jedná se o postižení periferních nervů projevující se paresteziemi, slabostí končetin a útlumem šlachových reflexů s maximálním výskytem v typických končetinových oblastech. Po aplikaci cisplatiny se objevuje tzv. *rukavicový* a *ponožkový* typ.<sup>70</sup>

#### 4.3.7 Kardiotoxická

Kardiotoxické účinky patří k nejzávažnějším NÚ při podávání antracyklinů (doxorubicin). Projevují se v průběhu léčby jako *akutní toxicita*, bezprostředně po ukončení léčby jako *subakutní toxicita*, nebo mnoho let po ukončení léčby jako *chronická toxicita*. Změny na srdečním svalu jsou nevratné, proto se v dokumentaci musí uvádět veškeré dávky cytostik – i v předchozích léčbách. V průběhu léčby je nutné sledovat změny na srdci echokardiografickým vyšetřením.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 145

<sup>70</sup> KLENER P., VORLÍČEK J., et al. *Podpůrná léčba v onkologii*, s. 141

<sup>71</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 143

## 5 Způsoby podání chemoterapie

Cytostatika je možné podávat všemi způsoby jako kterékoli jiné léčivé přípravky. Některá cytostatika jsou vyráběna v tabletové formě pro perorální podávání, nicméně vzhledem k NÚ, jako je nauzea a zvracení, nejsou příliš vhodná. V této práci bude zmiňováno pouze intravenózní podávání.

### 5.1 Žilní přístupy a jejich komplikace

#### 5.1.1 Periferní žilní kanylace

Periferní žilní řečiště se pro opakovanou aplikaci cytostatik dnes využívá velmi zřídka, neboť riziko paravazace je daleko vyšší než u řečiště centrálního. Opakované podávání cytostatických přípravků vede k ztrombotizování žíly a k jejímu ztvrdnutí. To je další důvod, proč se využívá daleko častěji vstupů centrálních.<sup>72</sup>

#### 5.1.2 Centrální žilní kanylace

Hlavní indikací pro zavedení centrálního žilního katétru je potřeba dlouhodobého žilního přístupu z důvodu podávání vazoaktivních a žilní stěnu dráždivých preparátů. Další indikací bývá selhání periferního žilního katétru. Jedná se o kanylaci horní nebo dolní duté žíly. Nejčastěji je provedena cestou vena subclavia a vena jugularis interna, méně často potom cestou vena femoralis.<sup>73</sup>

#### 5.1.3 Komplikace centrálních žilních kanyl

**Akutní komplikace** – vznikají při samotném zavádění katétru. Patří sem *punkce arterie*, kdy dojde k nechtěnému napíchnutí arterie, jež probíhá souběžně se žílou. V tomto případě je nutné pomalu jehlu vytáhnout a místo punkce dobře komprimovat. Další komplikací může být *pneumotorax*, proto je nutné vždy po zavedení CŽK provést za několik hodin kontrolní RTG snímek srdce a plic. V případě potřeby se provádí hrudní drenáž.<sup>74</sup>

**Pozdní komplikace** – vnikají po delší době, v řádech několika týdnů či měsíců po zavedení CŽK. *Zevní okluze katétru* – většinou dojde k zalomení katétru v místě pod kůží. Pro uvolnění je možné provést manipulaci s končetinami, je však nutné vždy zhotovit kontrolní RTG. Dále může dojít k *vnitřní okluzi katétru*, kterou často způsobí krevní sraženina. V tomto případě se provede pokus o propláchnutí katétru

<sup>72</sup> SLEZÁKOVÁ L. a kol., *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III*, s. 120

<sup>73</sup> HERMAN J., MUSIL D., *Žilní onemocnění v klinické praxi*, s. 118-119

<sup>74</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 161

heparinovým roztokem v koncentraci 5000 UI v 5 mililitrech fyziologického roztoku. Dále je možné využít metody střídavé aplikace a aspirace. Pokud nedorazí k úspěšnému obnovení průchodnosti, je nutné katétr odstranit. Ve výjimečných případech může dojít k *porušení kontinuity katétru*, jejímž následkem je paravenózní únik roztoku do podkoží. Tato komplikace bude rozepsána v samostatné kapitole níže. V neposlední řadě může dojít ke *katérové infekci*. Katétr může být kontaminován několika cestami. Původ infekce je v místě vpichu a šíří se podél zevního povrchu katétru, nebo je původce zevní prostředí a infekce se šíří vnitřkem katétru, poslední možností je pak hematogenní rozsev z jiného infekčního ložiska v organismu. Ve všech případech se objeví teploty a třesavka po jakékoli aplikaci do katétru. Infekt je indikací pro extrakci katétru a zahájení ATB terapie.<sup>75</sup>

#### 5.1.4 Paravenózní únik cytostatik

*Paravazace* – jedná se o prosakování, únik nebo podání látky, která je určena pouze pro přísně nitrožilní podání do perivaskulární tkáně a podkoží. V případě cytostatik jde vzhledem k jejich povaze o velice nebezpečnou komplikaci při podávání chemoterapie. Některá cytostatika nezpůsobí jen lokální zánět, ale i nekrózu okolní tkáně. Vzhledem k celkovým okolnostem při podávání cytostatik, se tyto nekrózy hojí velice špatně a pacientům zůstávají nejen kosmetické (jizvy), ale i funkční (kontraktury) trvalé následky.<sup>76</sup> Z tohoto důvodu se od podávání chemoterapie do periferních žil upouští, neboť při zavedeném CŽK se toto riziko snižuje. Z pohledu poškození tkáně při paravazaci se cytostatika dělí na **non-vezikanty** (nepoškozují okolní tkáně), **vezikanty** (vyvolávají tvorbu puchýřků a je nutné ošetření antidoty) a **iritanty** (dráždí okolí a vyžadují stejné intervence jako vezikanty).<sup>77</sup>

**Vezikanty** – doxorubicin, daunorubicin, vincristin, paklitaxel a další

**Iritanty** – busulfan, cisplatina, etoposid, gemcitabin a další

**Non-vezikanty** – cyklofosfamid, ifofosfamid, neomycin, metotrexát a další

**Příznaky paravazace** – příznaky se objevují bezprostředně po úniku (bolest, pálení, otok, omezení hybnosti), po několika hodinách (vazodilatace, tvorba puchýřů), během několika dní (šupinatění povrchu, bolestivá zarudlá indurace) a po několika týdnech

<sup>75</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 164-165

<sup>76</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 167

<sup>77</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 168

(indurace přechází v nekrózu a postupně se odlučuje odumřelá tkáň). V poslední fázi dochází k vytvoření trvalého poškození.<sup>78</sup>

### **Opatření při vzniku paravazace**

Při podezření na paravazaci je nutné infuzi okamžitě zastavit, ale kanylu necháváme v místě vpichu. Proveďte se pokus o nasátí zbylé látky. V okolí v žádném případě neděláme kompresi, končetinu je vhodné uložit do zvýšené polohy. Další postup je přísně v kompetenci lékaře, který musí být neprodleně o tomto informován. Je samozřejmě nutné provést záznam do dokumentace. Specifická opatření jsou daná paravazačními standardy, které by měly být dostupné na každém pracovišti, kde se pracuje s cytostatiky.<sup>79</sup>

## **5.2 Problematika venózních portů**

Venózní implantabilní port je uzavřený systém zabezpečující dlouhodobý a bezpečný přístup do centrálního řečiště cestou *vena subclavia*. Skládá se z katétru zavedeného do v.subclavia a vlastní portové komůrky se silikonovou membránou, na níž je katétr během implantace pevně napojen.<sup>80</sup> V současné době se stává nejpoužívanější metodou při podávání chemoterapie.<sup>81</sup> V ČR se s implantací venózních portů pro onkologickou léčbu začalo v 90. letech minulého století. Portový systém má své nesporné výhody jak pro pacienta (zlepšuje kvalitu života), tak pro ošetřující personál (značně ulehčuje ošetrovatelskou péči), a je proto velice kladně přijímán oběma stranami.<sup>82</sup> Velice důležitým faktorem je minimální bolest při aplikaci do portové komůrky a téměř vyloučení ostatních rizik spojených s periferní kanylací. Ke komplikacím, jako je paravazace a následná nekróza kůže, dojde pouze v případě chybné manipulace s portem. Implantovaný port tedy přináší pacientům větší komfort v průběhu celé léčby, zvyšující možnost jeho zapojení do normálního života.<sup>83</sup>

---

<sup>78</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 171

<sup>79</sup> MUSÁLKOVÁ S., LAFKOVÁ R., KOŠTÁLOVÁ J., *Aplikace cytostatik. Standardní ošetrovatelský postup NNB*

<sup>80</sup> CHARVÁT J., CHLUMSKÝ J., *Intravenózní porty v klinické praxi, Praktický lékař*. 2006, č. 6, s. 328

<sup>81</sup> ONDRÁK M., KAPLAN Z., ŠEFR R., PENKA I., FAJT V., SÝKOROVÁ Z., *Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677

<sup>82</sup> HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 2

<sup>83</sup> FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., *Implantabilní porty u onkologických pacientů, Bolest*, 2006, č. 1, s.

### 5.2.1 Zavedení venózního portu

Jde o miniinvazivní operační výkon, pro který však platí všechna základní pravidla předoperační přípravy včetně předoperačního vyšetření. Pacient musí být o všem detailně informován a je nutný jeho informovaný souhlas se zavedením portu. Výkon je prováděn v lokální anestezii za přísně aseptických podmínek na operačním sálku.<sup>84</sup> Celý systém je pacientovi implantován do podkoží, kde je uchycen stehem k fascii svalu na přední straně hrudníku. Nejčastěji je zvolena podklíčková krajina vpravo. Port je umístěn v takovém místě, kde pacienta co nejméně omezuje. Před zašitím je provedena zkouška systému zavedením Huberovy jehly a proplachem FR. Incize je suturována několika stehy, které se odstraňují po cca 14 dnech. Po zavedení musí být proveden RTG snímek srdce s kontrastní látkou. Pacient může po několika hodinách opustit nemocnici. Port je po zavedení možné okamžitě použít k aplikaci chemoterapie.<sup>85</sup>

### 5.2.2 Kontraindikace pro zavedení portu

Před implantací portu je nutné zohlednit aktuální klinický stav nemocného. Vzhledem k této skutečnosti jsou kontraindikace děleny na *absolutní* a *relativní*.

**Absolutní kontraindikace** – septický stav, koagulační poruchy ve smyslu DICC, prokázaná alergie na některý z použitých materiálů, na léčbu nereagující trombocytopenie.

**Relativní kontraindikace** – těžké dlouhotrvající neutropenie, trombocytopenie, předpokládaná doba přežití méně než 6 měsíců, sociální nepřizpůsobivost s rizikem špatného ošetřování v domácí péči.<sup>86</sup>

### 5.2.3 Komplikace zavedeného venózního portu

Používání venózního portu může být spojeno se vznikem několika komplikací, které se sice neobjevují často, přesto je třeba je v této práci zmínit. Komplikace jsou v největším počtu způsobeny špatnou manipulací a nesprávným ošetřováním. Ostatní příčiny jako

---

<sup>84</sup> BERAN M., *Implantace venózního portu*, Pracovní postup NNB, s. 3-5

<sup>85</sup> KOŠŤÁLOVÁ J., *Implantovaný podkožní port pro dlouhodobý žilní přístup*. Standardní ošetřovatelský postup NNB

<sup>86</sup> Kozáková, I., *Edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů*, s. 28



vada materiálu nebo špatná snášenlivost materiálu jsou v dnešní době spíš vzácné.<sup>87</sup>  
Základní dělení komplikací z časového hlediska je na *perioperační, časné* a *pozdní*.

**Komplikace perioperační** – vznikají v průběhu samotné implantace portového systému. Do této skupiny se řadí *srdeční arytmie, poranění velkých cév, pneumotorax, hemothorax, embolie, malpozice katetru* a *krváčení*.

**Komplikace časné** – vznikají do 10 dnů od implantace. Do této skupiny se řadí *odlomení a embolizace katetru, žilní trombóza, neprůchodnost systému, uskřínutí katetru mezi klíčkem a 1. žebrem, extravazace při porušení systému, extravazace při špatném zavedení Huberovy jehly*.

**Komplikace pozdní** – vznikají po delší době a bohužel často vedou k extrakci katetru. Do této skupiny se řadí *infekt lokální, infekt systémový, migrace portu, netěsnost systému, ruptura systému* a *okluze katetru*.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> HUBÁČEK J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 5-6

<sup>88</sup> <http://www.medicinapraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>

## 6 Edukace onkologického pacienta

### 6.1 Kompetence všeobecné sestry

**Pojem kompetence** – v současné době je tento pojem používán velmi často a samozřejmě. O kompetencích se mluví v mnoha vědních oborech a jejich rozvoj je cílem hospodářské, vzdělávací a sociální politiky.<sup>89</sup>

**Kompetence v ošetřovatelství** – Kompetence mohou být vykládány jako kritéria, podle nichž se dá usuzovat, zda určitý jedinec má schopnosti vykonávat danou činnost dobře a bezchybně. Je tak nazýván vlastně předpoklad pro úspěšný výkon práce.<sup>90</sup> K tomu, že je nutné vytvořit mezinárodní kompetence sester, došla ICN počátkem našeho století. Základním požadavkem bylo stanovit a ujasnit roli sester těmito kompetencemi. Tyto by měly být specifické, ale i široké, aby bylo možné je používat i v zemích, které své kompetence vytvořené nemají. Předpoklad ICN je ten, že jednotlivé země si budou kompetence přizpůsobovat svým potřebám v ošetřovatelství. Mezinárodní kompetence bude ICN kontinuálně posuzovat a aktualizovat.<sup>91</sup>

### 6.2 Kompetence všeobecné sestry v České republice

Kompetence všeobecných sester jsou v České republice dány platnými předpisy, a to zákonem č. 96/2004 Sb. o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).<sup>92</sup>

Prováděcím předpisem tohoto zákona byla stanovena vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle §3 zdravotnický pracovník po získání odborné způsobilosti může bez indikace lékaře a bez odborného dohledu v rozsahu své způsobilosti poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Dále může dbát na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vést zdravotnickou dokumentaci, pracovat s informačními

---

<sup>89</sup> VETEŠKA J., TURECKIOVÁ M., *Kompetence ve vzdělávání*, s. 9

<sup>90</sup> KOUTNÁ M., *Kompetence sester v hojení ran*, Florence, s. 29

<sup>91</sup> ALEXANDER M. F., *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, s. 5-6

<sup>92</sup> SMITALOVÁ E., *Kompetence všeobecných sester*, s. 10-11

systemy zdravotnického zařízení, poskytovat pacientovi informace v souladu se svojí odbornou způsobilostí, podílet se na praktickém vyučování a přípravě standardů.<sup>93</sup>

### **6.3 Kompetence sestry pracující na onkologickém oddělení**

Kompetence všeobecné sestry pracující na oddělení onkologické ortopedie NNB bez odborného dohledu se řídí platnými předpisy uvedenými výše. Dodatkem k pracovní náplni jsou upřesněny kompetence a pravidla platná pro práci s cytostatiky. Výše jmenované jsou oprávněny k aplikaci cytostatik dle ordinace lékaře do PŽK, CŽK a venózního portu. V rámci aplikací léků do katétrů a venózního portu procházejí všechny všeobecné sestry školením dle metodiky NNB. Jsou povinné řídit se platnými zákony a vyhláškami a platnými vnitřními předpisy, které se týkají likvidace nebezpečného cytotoxického odpadu. Dále absolvují 1x ročně školení pro práci s cytostatiky dle metodiky NNB.

### **6.4 Kompetence sestry v případě sdělení onkologické diagnózy**

Vzhledem k platné legislativě v České republice je role sestry při sdělování onkologické diagnózy ve větším procentu značně opomíjena. Informaci o jakémkoli onemocnění podává vždy a pouze lékař a nese za toto plnou zodpovědnost.<sup>94</sup> Hlavní náplní sestry při sdělování onkologické diagnózy je její role jako edukátora. Je kompetentní pacientovi sdělovat léčebný průběh, negativní a nežádoucí účinky léčby. Edukuje jej o podpoře zdraví v průběhu léčby, správné životosprávě, předává pacientovi dané edukační materiály. Učí jej nové dovednosti potřebné pro zdárný průběh léčby.

### **6.5 Úloha sestry v případě přímé účasti členů rodiny při edukaci nemocného**

Důležitou roli má sestra i v edukaci rodiny nemocného. Základním předpokladem pro zahájení edukace je souhlas pacienta, který je zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Sestra si musí uvědomit potřebu rodiny v péči o pacienta a v komunikaci s ním. V první řadě je potřeba rodinu seznámit s členy multidisciplinárního týmu, který pečuje o jejich člena. Dále je žádoucí ujistit je o možnosti kdykoli se obrátit na zdravotnický personál s žádostí o pomoc. Rodinu sestra edukuje ve všech potřebných oblastech týkajících se onemocnění a léčby jejich blízkých. K psychické pohodě nemocného i jeho rodiny mohou pomoci zkušenosti sestry s jinými pacienty, kteří touto

---

<sup>93</sup> DIASOVÁ J., *Kompetence všeobecných sester v systému českého zdravotnictví*, s. 23

<sup>94</sup> KUTNOHORSKÁ J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 66

náročnou léčbou prošli se zdárným koncem.<sup>95</sup> Edukace rodiny by měla být kontinuální a sestra by se měla přesvědčovat zpětnými dotazy, zda bylo vše správně pochopeno.

## **6.6 Průběh a okruhy edukace na onkologické ortopedii**

Tato podkapitola uvádí okruhy edukace, která je prováděna na oddělení onkologické ortopedie v NNB. Edukace je prováděna u pacientů procházejících komplexní léčbou pro zhoubný nádor kosti. Samotná edukace probíhá vždy před zahájením léčby a opakuje se před propuštěním pacienta po prvním cyklu chemoterapie do domácího ošetřování. Po celou dobu léčby probíhají reedukace. Vždy je žádoucí, aby první edukaci, nebo edukaci před dimisí pacienta byl přítomen člen rodiny, neboť ze zkušeností vyplývá, že spolupráce je v tomto případě efektivnější a i pacient má pocit, že na všechny informace není sám. Edukace probíhá vždy v soukromí na vyšetřovně oddělení, kde je možné mít i lůžko, pokud pacient není chodící. V současné době je edukace vedena formou rozhovoru s použitím osnovy, která je zpracována v programu PowerPoint. Před dimisí dostává pacient pokyny v písemné formě, které jsou vypracovány staniční sestrou individuálně pro každého pacienta. V této fázi dochází k zopakování všech stěžejních informací a pacient je opět dotazován, zda vše pochopil. Edukace je rozdělena do několika částí, vytvořených dle aktuálních potřeb pacienta.

### **6.6.1 Léčba nádorové bolesti**

*„V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje-li se její projev. Slzy, jež polykáme, jsou mnohem trpčí těch, které proléváme.“* Marcus Tullius Cicero

Bolest je jedním z příznaků, který onkologického pacienta potká téměř vždy. Boj s bolestí je v současné době díky novým postupům a rozvoji moderní medicíny snazší a snesitelnější. Důležitým předpokladem pro kvalitní život je správné a včasné řešení bolesti.<sup>96</sup> Neléčená bolest může způsobit u pacienta snížení pohyblivosti, kachexii a v neposlední řadě sociální izolaci, která následně povede k depresivním stavům a bude znesnadňovat průběh léčby. V onkologii jde často o bolest, která je způsobena růstem nádoru a utlačováním okolních tkání.<sup>97</sup> Na oddělení je pacient seznámen se sledováním bolesti, které probíhá formou VAS škály. Je mu vysvětleno, jak je důležité, aby reagoval na přicházející bolest a uvědomil o tom ošetřující personál. Vždy je potřeba

---

<sup>95</sup> O'CONNOR M., ARANDA S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 227

<sup>96</sup> KAREŠOVÁ J. a kol., *Praktické rady pro onkologické pacienty*, s. 50

<sup>97</sup> KAREŠOVÁ J. a kol., *Praktické rady pro onkologické pacienty*, s. 51

nemocnému vysvětlit, jak důležitá je včasná intervence. Pacient je edukován o možnostech nefarmakologické úlevy od bolesti, jako je chlad či úlevová poloha, je mu poskytnuta psychická podpora a v neposlední řadě je mu vysvětlen postup farmakologické léčby v podobě analgetik a opioidů. Léčba bolesti je od stanovení diagnózy vedena v centrech bolesti nebo ošetřujícím onkologem. Centra bolesti se nacházejí dnes již prakticky ve všech větších městech a spolupráce onkologa a algeziologa je pro pacienta velmi žádoucí a výhodná.<sup>98</sup>

### **6.6.2 Výživa onkologického pacienta**

Velice důležitou součástí edukace je oblast výživy. V tomto ohledu je potřeba aby pacient věděl, že složky stravy ovlivňují ve vysoké míře jeho zdravotní stav. Během léčby se zcela jistě objeví problémy související se sníženým příjmem potravy, které jsou vždy řešeny ve spolupráci s nutričním terapeutem.<sup>99</sup> Pacient je edukován o možnosti individuální stravy, která je mu připravována na míru. S největší pravděpodobností bude pacient procházející onkologickou léčbou hubnout, a je proto důležité zabránit dalším nežádoucím úbytkům váhy. Nicméně i u pacientů, kteří zatím nezhubli, je nutné docílit vyváženého příjmu všech důležitých živin, aby se předešlo oslabení organismu.

**Cíle dietního režimu onkologicky nemocných** – stabilizovat váhu a zabránit dalšímu hubnutí, upravit příjem hlavně vitamínů a bílkovin, zmírnit vedlejší účinky protinádorové léčby, zlepšit obranyschopnost organismu a zlepšit kvalitu života nemocného.<sup>100</sup>

### **6.6.3 Nežádoucí účinky a komplikace chemoterapie**

**Nauzea a zvracení** – pacientovi je třeba vysvětlit, že tyto nežádoucí účinky k chemoterapii neodmyslitelně patří. Zároveň je žádoucí nemocného uklidnit a ujistit, že v současné době existuje řada léků, kterými se dají tyto příznaky tlumit. Dále se pacientovi doporučí změna stravovacích návyků.<sup>101</sup>

**Alopecie** – je beze sporu nejvíce deprimující hlavně pro ženy. Ze strany sestry edukátorky je potřeba vždy včas a velice šetrně tuto informaci nemocnému sdělit.

---

<sup>98</sup> KAREŠOVÁ J. a kol., *Praktické rady pro onkologické pacienty*, s. 61-62

<sup>99</sup> CHOCENSKÁ E., MÓCIKOVÁ H., DĚDEČKOVÁ K., *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*, s.62

<sup>100</sup> <http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/#zasady>

<sup>101</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 142

Pacienta je důležité edukovat o možnosti získání poukazu na vlasovou protézu a zároveň jej ujistit o tom, že po ukončení léčby vlasy opět dorostou.<sup>102</sup>

**Myelosuprese** – o útlumu krvetvorby je důležité nemocného edukovat vzhledem k tomu, že jde o nejčastější nežádoucí účinek. Pacient je edukován o komplikacích, ke kterým v návaznosti na dřeňový útlum dochází. Patří sem infekce, krvácení, dušnost a únava.<sup>103</sup> V této souvislosti je nemocný vždy poučen v začátku léčby i před dimisí po každém cyklu chemoterapie. Zde je naprosto na místě i opakovaná edukace rodiny, neboť její spolupráce je velmi žádoucí. Pacient i rodina jsou vybaveni kontaktem na pracoviště, které mají kontaktovat v případě jakýchkoli obtíží.

**Extravazace při zavedené venózní kanyle** – při zavedení intravenózní kanyly je nutné pacienta edukovat o možných komplikacích při paravazaci cytostatik. Je důležité přimět pacienta ke spolupráci a vysvětlit mu, že v případě jakéhokoli dyskomfortu má informovat ošetřující personál.<sup>104</sup>

#### **6.6.4 Zavedení, péče a režim při implantovaném portu**

Pacient je edukován o výhodách podávání chemoterapie do zavedeného portu. Je třeba ho informovat o předoperační přípravě, pooperační péči i ošetřování operační rány v domácím prostředí. V neposlední řadě je žádoucí nemocného edukovat i o komplikacích, ke kterým může dojít při aplikaci chemoterapie do implantovaného portu.

---

<sup>102</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 97

<sup>103</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 140

<sup>104</sup> VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 187

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1 Metodika průzkumu

### 1.1. Cíle empirického průzkumu

Výzkumné cíle vycházejí z aktuální situace na jmenovaném oddělení. Základním cílem je zdokonalení edukačního procesu u pacientů, kteří zde procházejí kompletní onkologickou léčbou. Deficit je v provádění edukace všeobecnými sestrami a v nedostatku edukačních materiálů pro pacienty. Z těchto důvodů byly stanoveny následující cíle.

- Zjistit pacientovo pojetí nemoci.
- Zmapovat názory a postoje pacientů k již proběhlé edukaci před protinádorovou léčbou.
- Zmapovat názorovost a postoje všeobecných sester na obsah a význam edukace pacienta před nasazením protinádorové léčby.
- Na základě analyzovaných dat vytvořit informační leták pro nemocného a jeho rodinu obsahující nejdůležitější edukační okruhy.
- Na základě analyzovaných dat vytvořit edukační osnovu pro všeobecné sestry pracující na onkologické ortopedii.

### 1.2. Zkoumaný soubor

V začátku empirické části této práce je nutné vysvětlit, proč zkoumané soubory čítají malý počet respondentů. Cílem této práce je na základě získaných dat vytvořit určité materiály, které se dají použít pouze pro oddělení onkologické ortopedie Nemocnice Na Bulovce. K výzkumu by proto bylo bezpředmětné oslovovat respondenty, kteří by se léčili nebo pracovali na jiném onkologickém pracovišti. Počet pacientů s daným onemocněním léčících se komplexně na tomto pracovišti nepřesáhne ročně číslo 10. Z tohoto důvodu byl využit kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru a počet respondentů je tak nízký.

Prvním zkoumaným souborem bylo 10 pacientů léčících se na oddělení onkologické ortopedie. Tito pacienti vyplňovali dotazník IPQ-CZ, který zkoumá pacientovo pojetí nemoci. Jde o rozšířenou skupinu pacientů, se kterými byly vedeny rozhovory. Dotazníkové šetření proběhlo mezi dospělými pacienty, hospitalizovanými na oddělení onkologické ortopedie v Nemocnici Na Bulovce. Všichni respondenti procházejí nebo procházeli léčbou kostních nádorů chemoterapií v kombinaci s operačním výkonem. Z celkového počtu 10 pacientů bylo 40% žen a 60% mužů ve věku 20 až 58 let.

Druhý zkoumaný soubor čítal 5 pacientů, kteří prošli komplexní léčbou pro zhoubný kostní nádor. Jednalo se o dva muže ve věku 22 a 39 let a tři ženy ve věku 22, 29 a 38 let. Všichni pacienti dali písemný souhlas s uskutečněním rozhovoru. Informovaný souhlas s rozhovorem je přílohou této práce, originály s podpisy, jsou uloženy u autorky.

Třetí zkoumaný soubor čítal 5 všeobecných sester pracujících na daném oddělení v rozpětí 1 až 6 let. S rozhovorem poskytly ústní souhlas.

### **1.3 Použitá metoda výzkumu**

K výzkumnému šetření v této bakalářské práci s názvem *Edukace pacientů na onkologické ortopedii* byl použit kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru. Pro každý zkoumaný soubor byl vytvořen zvláštní strukturovaný rozhovor (viz přílohy). Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a následně přepsány a zpracovány. Pro kapitolu Pacientovo pojetí nemoci, byl použit kvantitativní výzkum formou dotazníku IPQ-R-CZ. Dotazník IPQ-R-CZ zjišťuje dvě základní oblasti, a to pacientovo pojetí nemoci (obsahující 38 otázek) a pacientovy názory na příčiny nemoci (obsahující 16 otázek). První oblast je dále rozdělena na 7 proměnných, které se hodnotí dle daného klíče. Bodové hodnocení spočívá v získání 1-5 bodů. V druhé oblasti sledujeme pouze příčiny, které pacient považuje za nejzávažnější, tzn. odpovědi 4 a 5. Tento výzkum byl do práce zahrnut, protože jeho výsledky mohou pomoci k individuálnímu naplánování edukačního procesu.



## 1.4 Realizace výzkumného šetření

V první fázi byla podána žádost vedení Nemocnice Na Bulovce a Ortopedické kliniky o možnost průzkumného šetření. K žádosti byly přiloženy otázky k rozhovorům i originál dotazníku IPQ-CZ. Po udělení souhlasu náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry bylo přistoupeno k výzkumnému šetření. V druhé fázi probíhalo dotazníkové šetření a rozhovory. Dotazníkové šetření i rozhovory proběhly na oddělení onkologické ortopedie NNB v roce 2014.

## 2. Analýza výsledků průzkumu

### 2.1 Pacientovo pojetí nemoci

#### 2.1.1 Výsledky šetření

Bylo vyhodnoceno 100% dotazníků. Byly zhodnoceny dle klíče a výsledky byly zpracovány v počítačové aplikaci Excel. Grafy jsou seřazeny dle proměnných a jsou zde komentovány výsledky. Ke každé proměnné jsou zpracovány 2 grafy. Graf první vždy zobrazuje bodové hodnocení za každou otázku zvlášť a graf druhý znázorňuje bodový průměr otázek celé dané proměnné. Srovnání vždy bylo mezi muži a ženami.

V následující tabulce byly zpracovány základní demografické údaje o prvním zkoumaném souboru. (Tabulka č. 1)

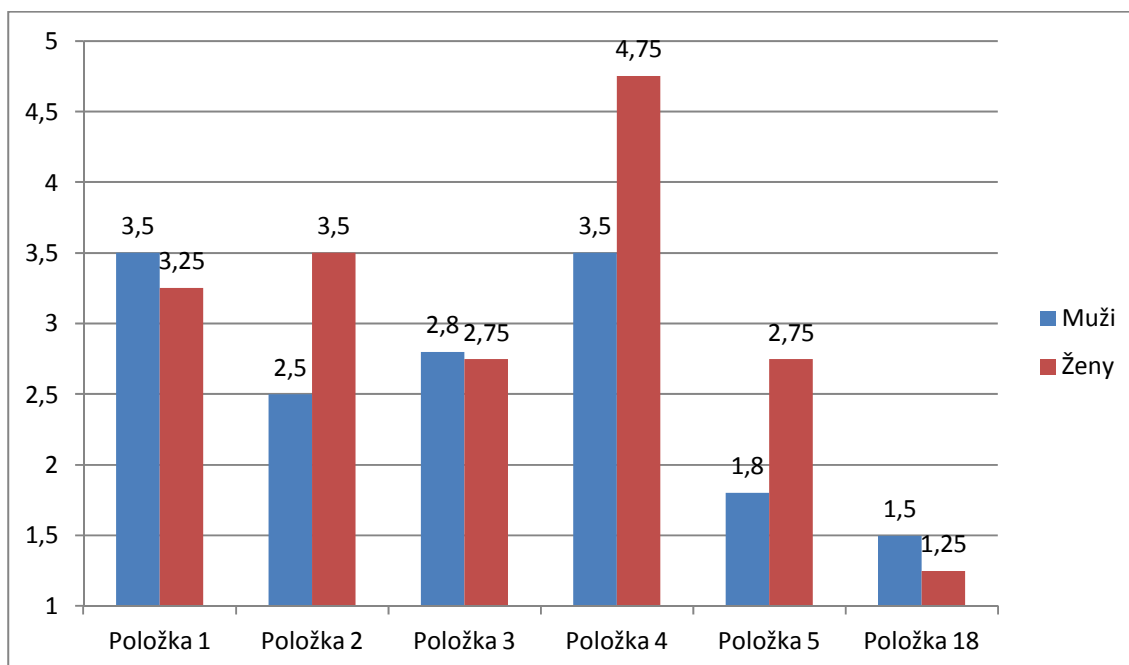
Tabulka č. 1 - Základní údaje soubor č. 1

JMÉNO	VĚK	RODINNÝ STAV	POČET DĚTÍ	VZDĚLÁNÍ	ZAMĚŠTNÁNÍ
Alena	29	Svobodná	0	vysokoškolské	úřednice
Marek	22	Svobodný	0	maturita	student
Kristýna	22	Svobodná	0	střední odborné	prodavačka
Lenka	38	Vdaná	2	maturita	účetní
Daniel	39	Ženatý	1	vysokoškolské	stavař
Renata	58	Vdaná	2	maturita	důchodce
Petr	27	Ženatý	1	střední odborné	dělník
Martin	30	Ženatý	2	střední odborné	zedník
Radek	20	Svobodný	0	vysokoškolské	student
Jiří	21	Svobodný	1	maturita	student

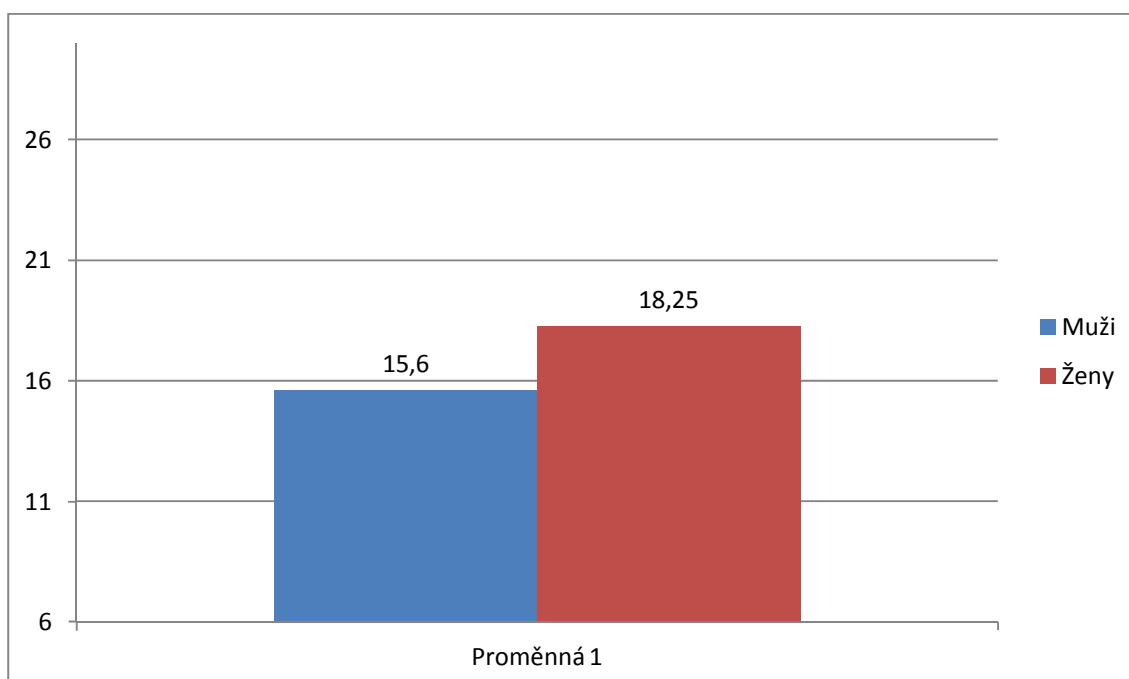
Zdroj: vlastní výzkum

### 1. Proměnná – Trvání nemoci a její charakter ( akutní – chronická )

- je charakterizována 6 položkami, skóre se pohybuje od 6 – 30 bodů
- čím je hodnota skóre vyšší, tím je nemoc pro pacienta chroničtější



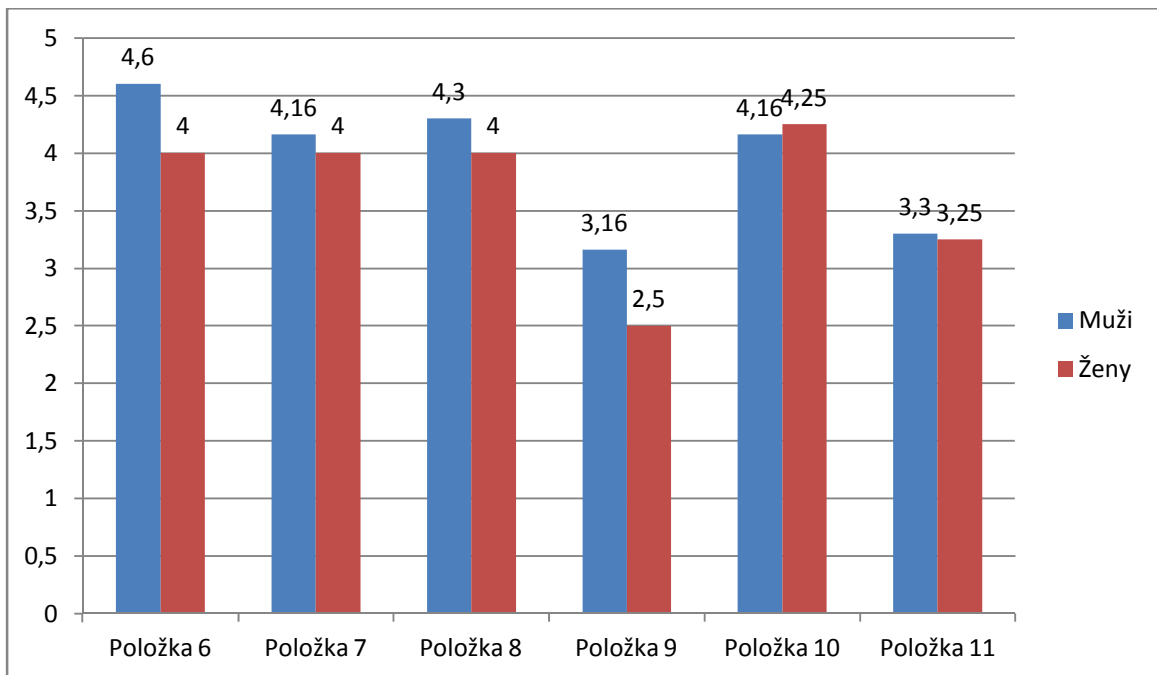
Graf 1 – průměrné bodové skóre jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 1



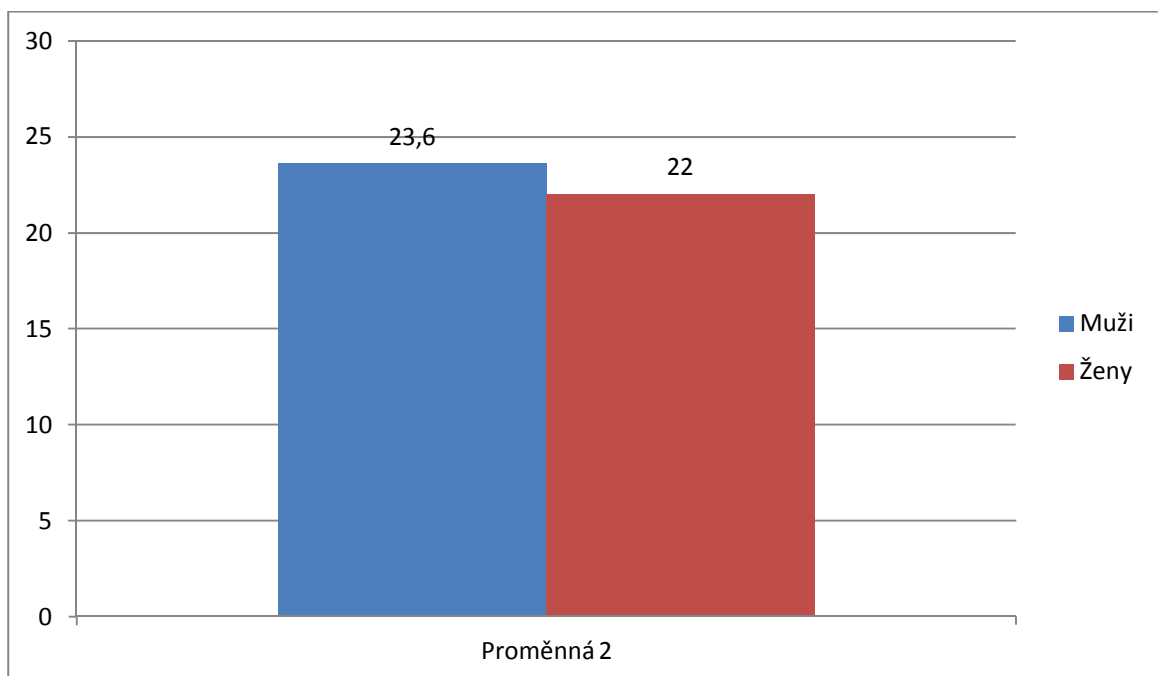
Graf 2 – průměrné bodové skóre v celé proměnné ukazuje, že ženy celkově dosáhly průměru 18,25 bodu oproti mužům, kteří dosáhli 15,6 bodu. Celkově je tedy nemoc pro ženy chroničtější než pro muže

## 2. Proměnná – Důsledky nemoci

- 6 položek, 6-30 bodů
- čím je skóre vyšší, tím jsou důsledky nemoci pro pacienta závažnější



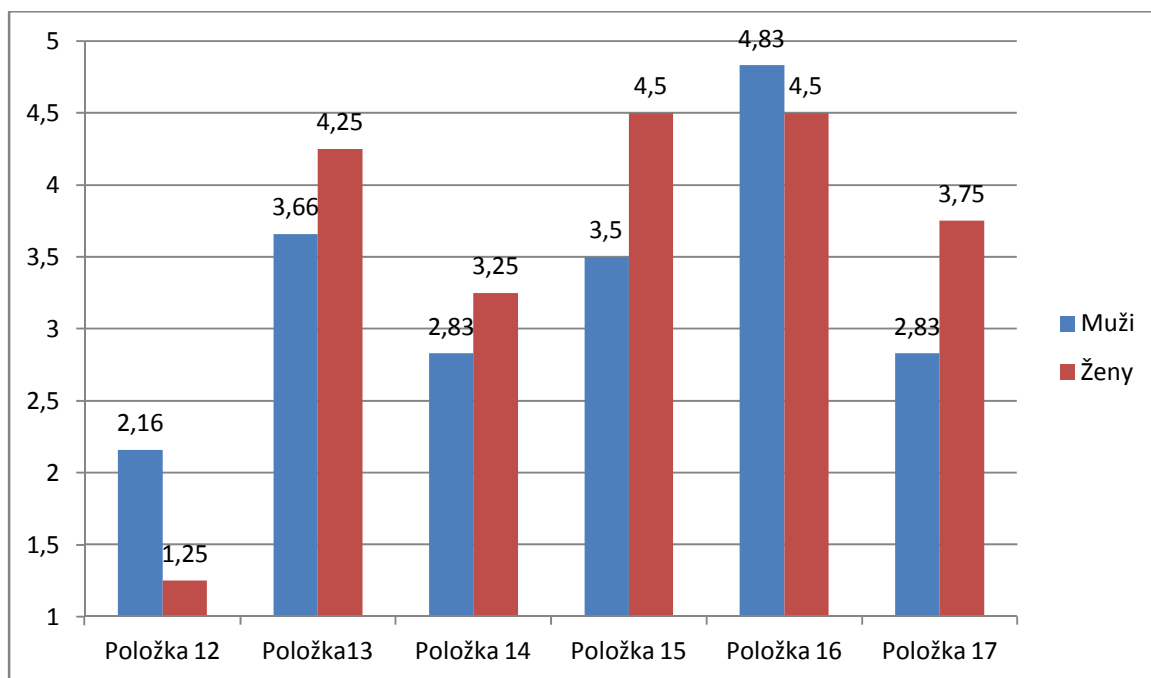
Graf 3 – průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 2



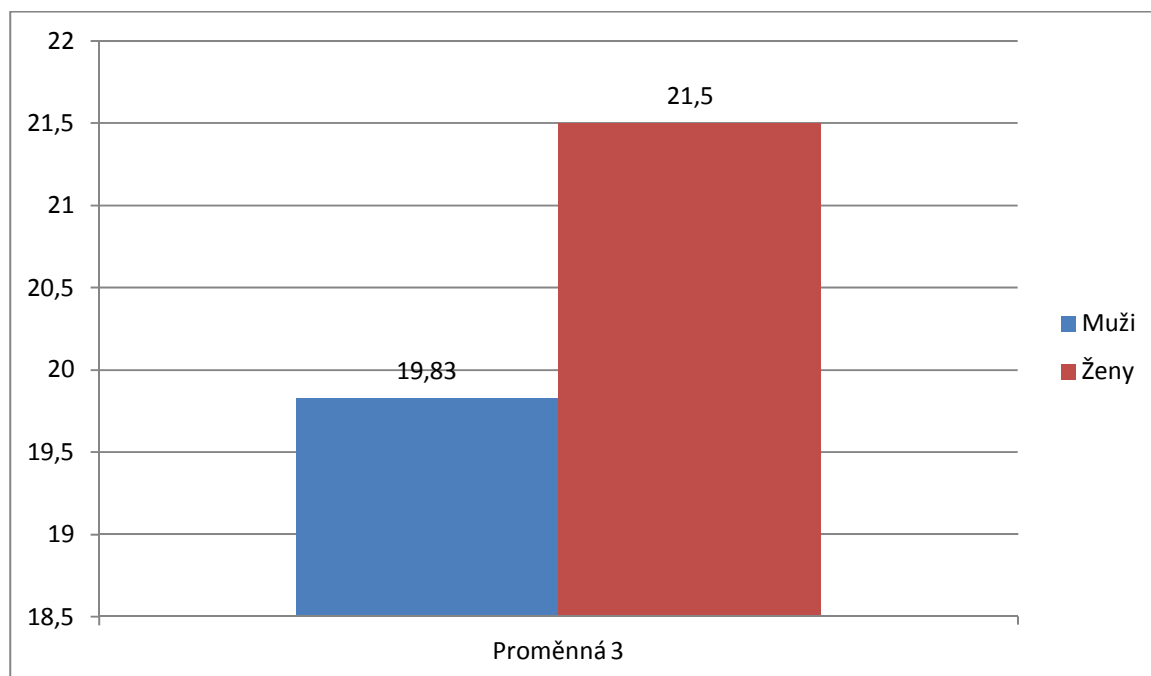
Graf 4 – průměrné bodové skóre celé proměnné ukazuje, že muži celkově dosáhli 23,6 bodu a nemoc pro ně má větší důsledky než pro ženy, které dosáhly průměrně 22 bodů.

### 3. Proměnná – Možnost ovlivnění průběhu nemoci

- 6 položek, 6-30 bodů
- čím je skóre vyšší, tím je pro pacienta nemoc ovlivnitelnější



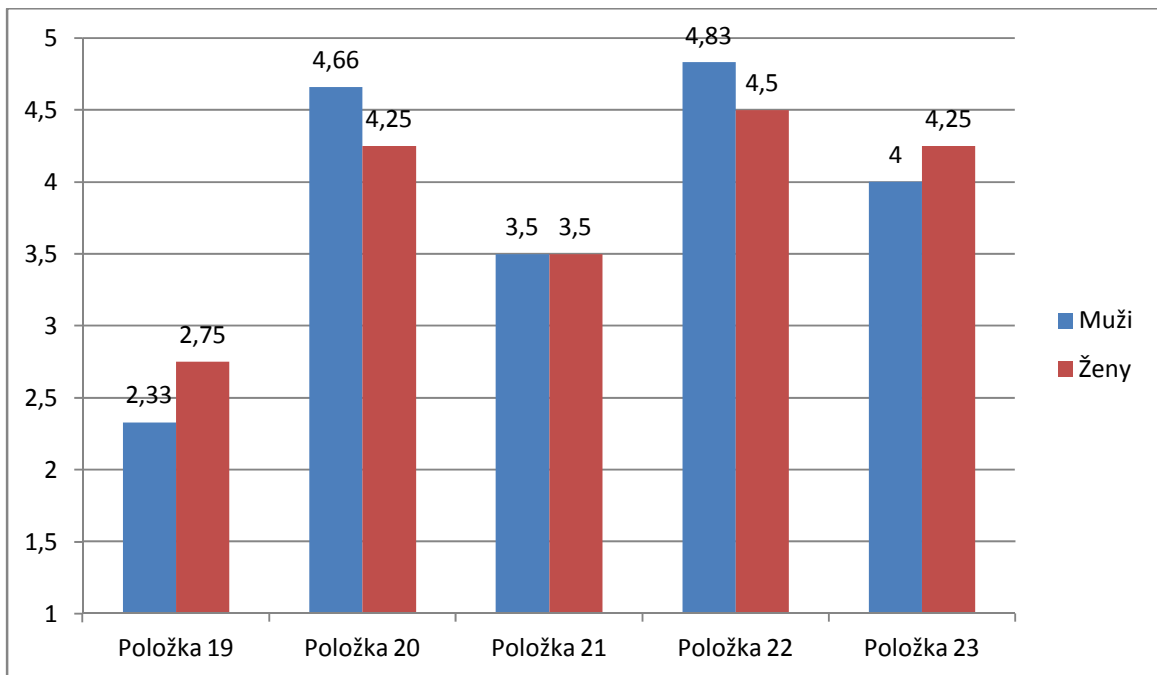
Graf 5 - průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 3



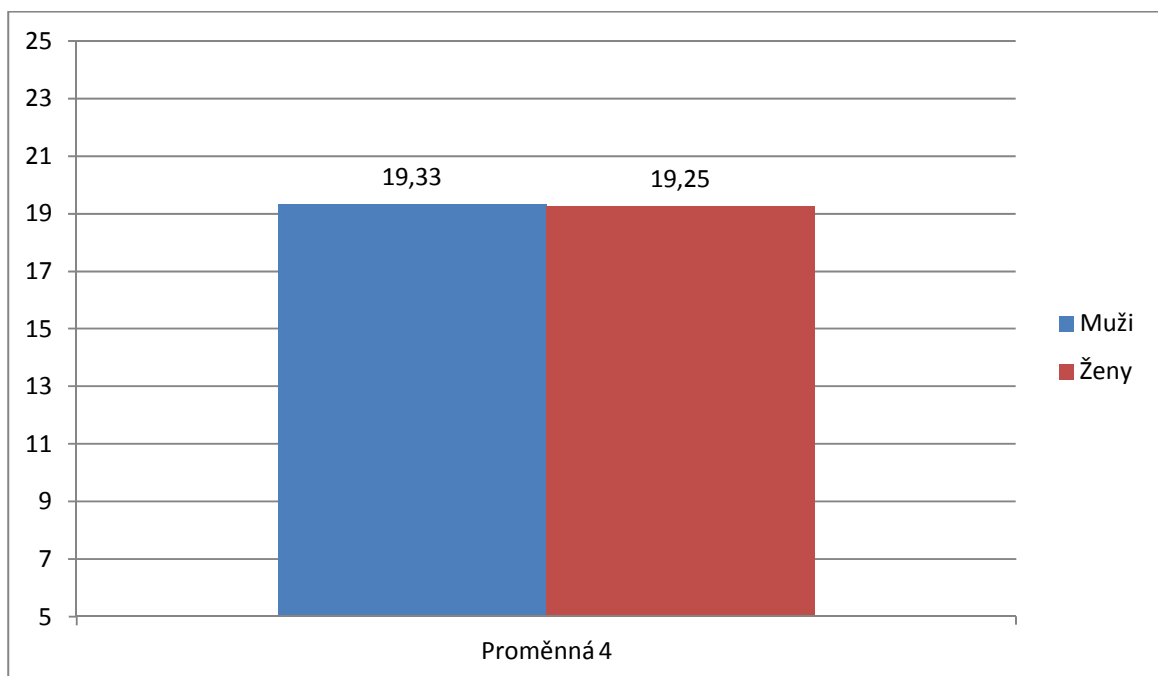
Graf 6 - průměrné bodové skóre celé proměnné ukazuje, že ženy získaly v průměru 21,5 bodu a nemoc je pro ovlivnitelnější vlastním přičiněním než pro muže, kteří dosáhli průměrně 19,83 bodu.

#### 4. Proměnná – Léčitelnost nemoci

- 5 položek, 5-25 bodů
- čím je skóre vyšší, tím pacient věří účinkům léčby



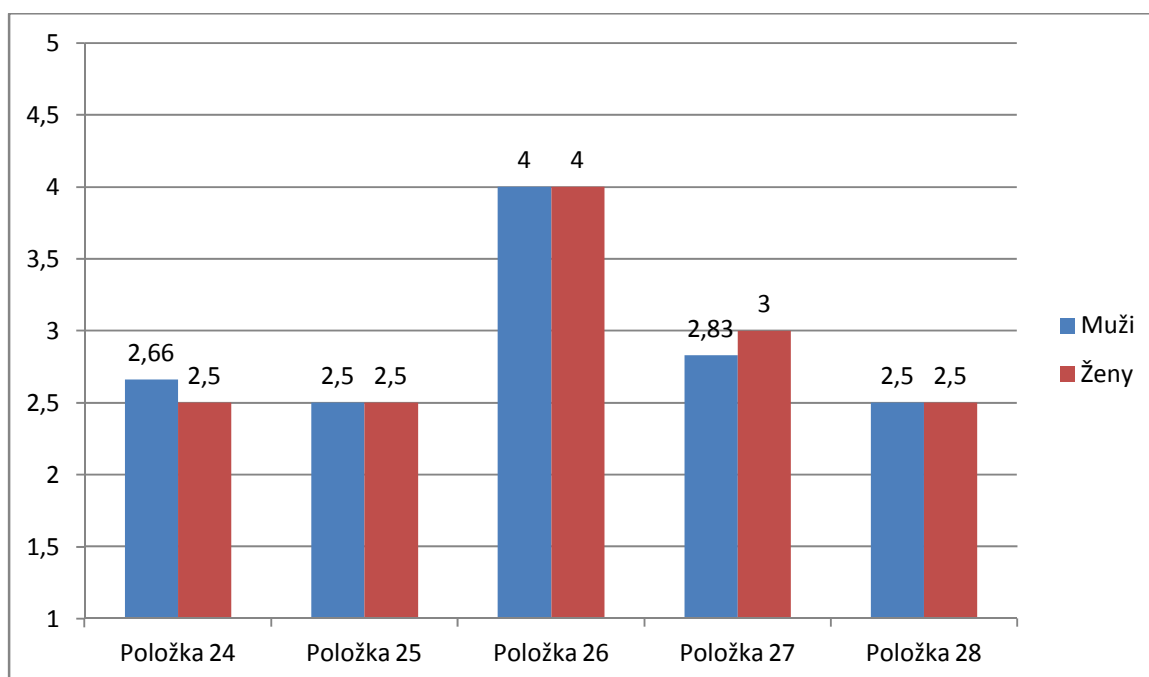
Graf 7 - průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 4



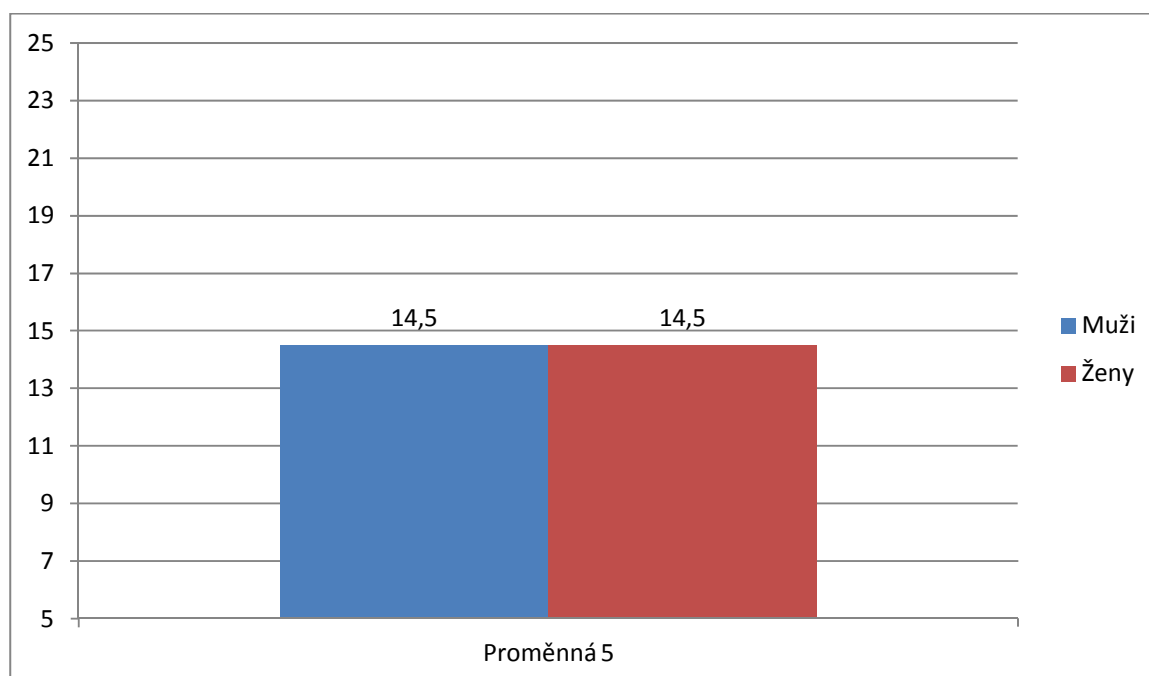
Graf 8 – průměrné bodové skóre celé proměnné ukazuje, že v názoru na léčitelnost nemoci se muži s 19,33 body téměř shodují se ženami, jejichž bodový průměr činí 19,25 bodů.

## 5. Proměnná – Pacientovo porozumění nemoci

- 5 položek, 5-25 bodů
- čím je vyšší skóre, tím pacient více chápe, proč onemocněl



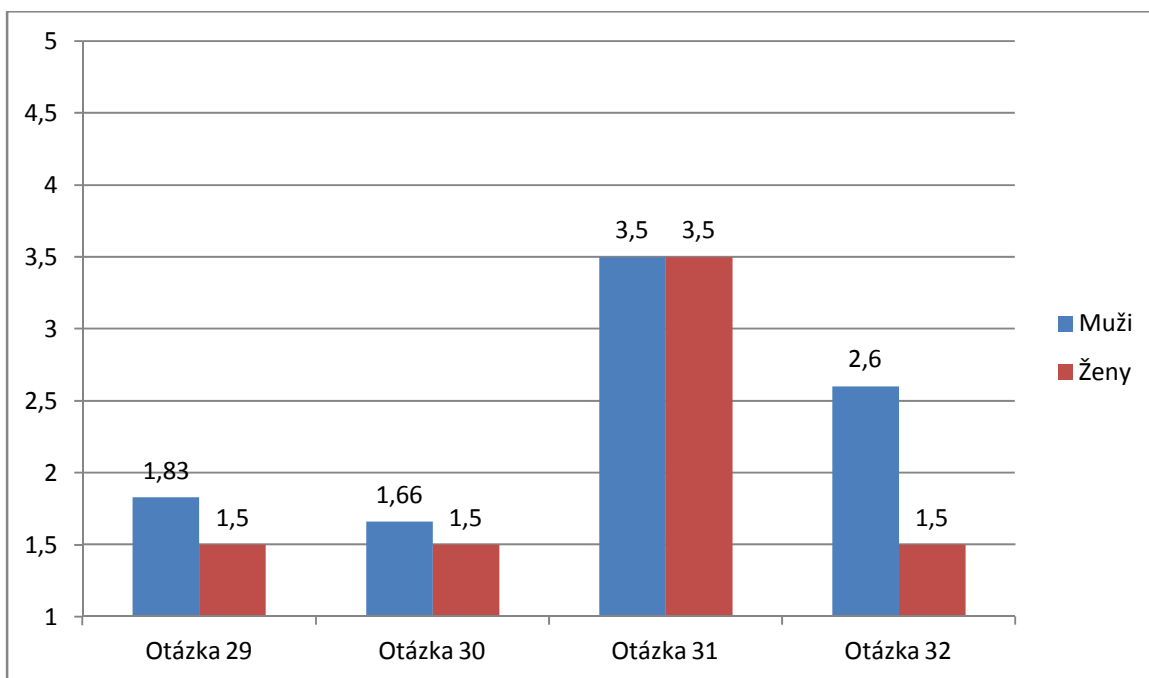
Graf 9 - průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 5



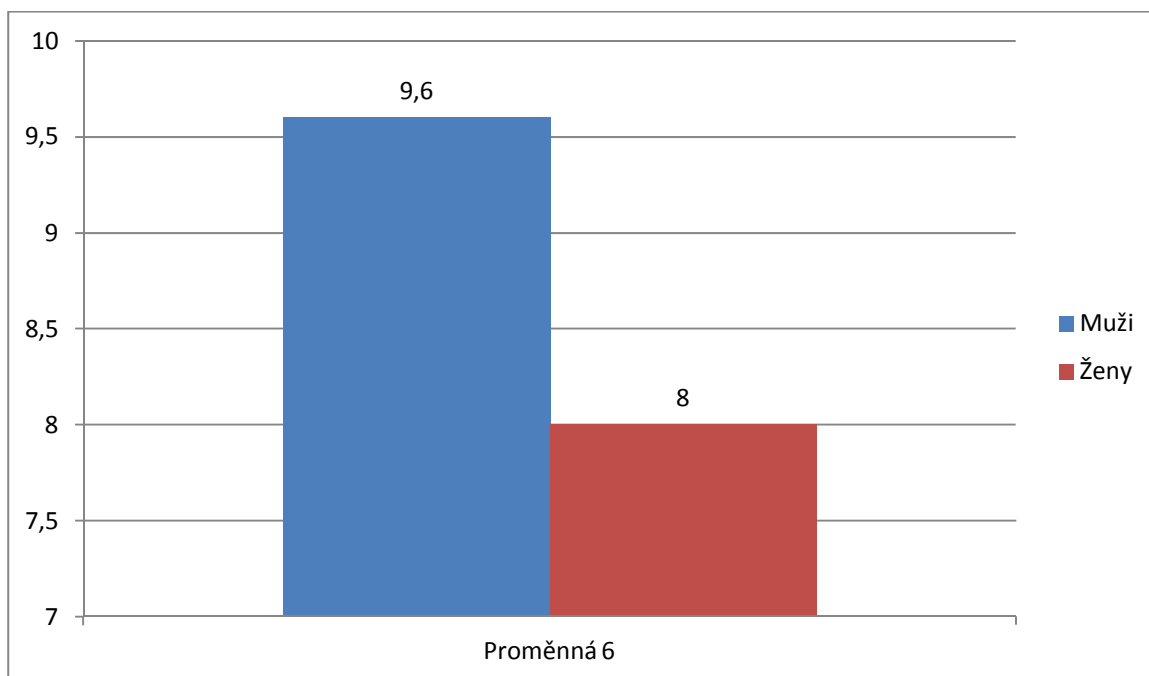
Graf 10 – průměrné bodové skóre celé proměnné ukazuje, že muži i ženy mají v porozumění své nemoci naprosto shodný názor. Obě skupiny dosáhly 14,5 bodu.

## 6. Proměnná – Časový průběh a předvídatelnost nemoci

- 4 položky, 4-20 bodů
- vyšší skóre odpovídá větší předvídatelnosti nemoci



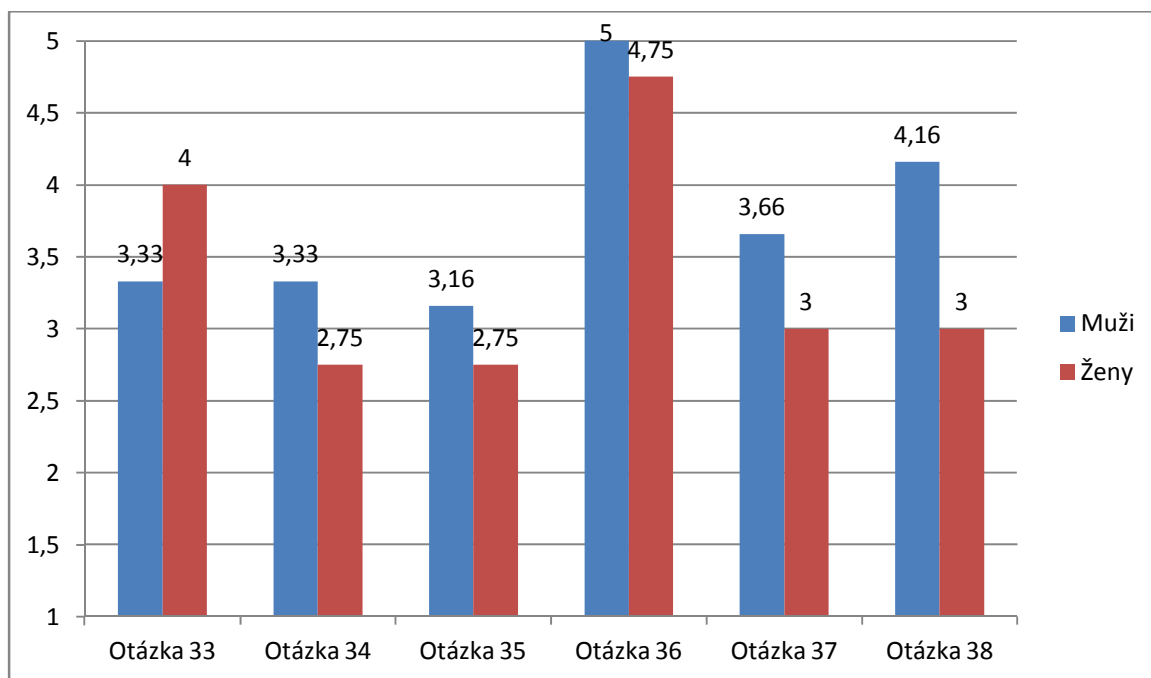
Graf 11 - průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 6



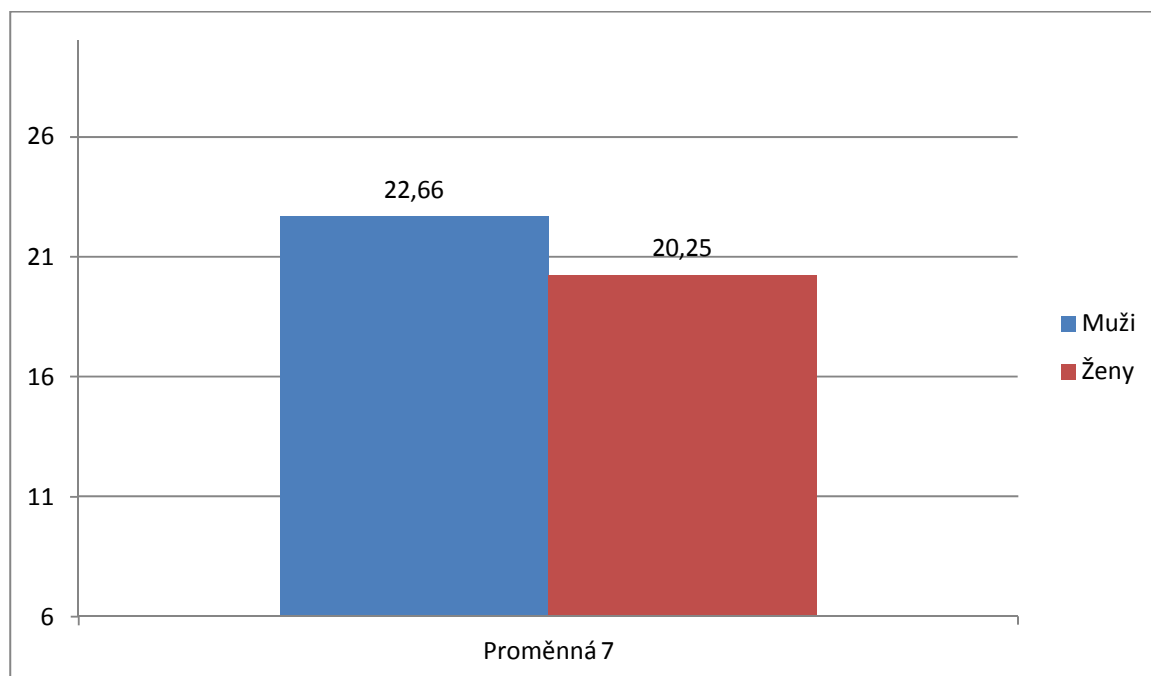
Graf 12 – průměrné bodové skóre celé proměnné určující předvídatelnost nemoci vypovídá o větší předvídatelnosti pro muže, kteří dosáhli v průměru 9,6 bodu, oproti ženám, které dosáhly 8 bodů.

## 7. Proměnná – Prožívání nemoci

- 6 položek, 6-30 bodů
- čím vyšší skóre, tím víc je pacient úzkostný a má obavy ze své nemoci



Graf 13 - průměrné bodové hodnocení jednotlivých otázek v porovnání muži a ženy P 7



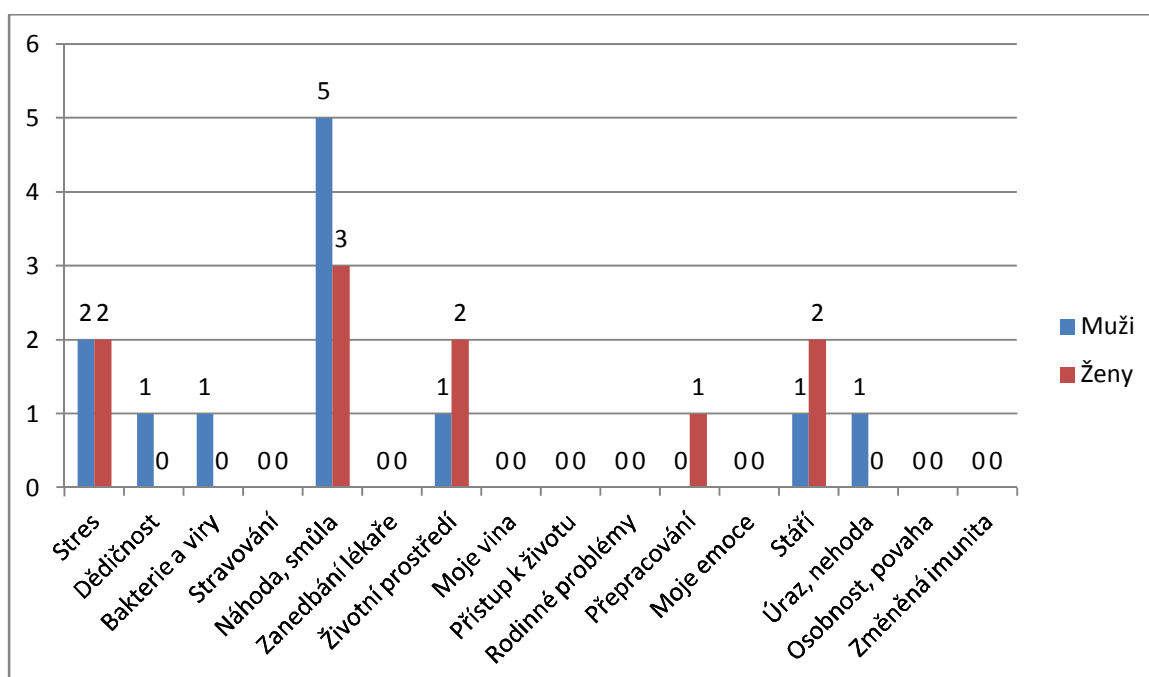
Graf 14 – průměrné bodové skóre celé proměnné ukazuje, že pro muže je prožívání nemoci horší než pro ženy. Získali 22,66 bodu, naproti tomu ženy získaly 20,25 bodu.



## Vyhodnocení části dotazníku o příčinách nemoci

Druhá část dotazníku se týká názorů pacienta na příčiny daného onemocnění.

Každý pacient má svůj subjektivní názor, proč se tato nemoc dotkla zrovna jeho osoby. V 16 otázkách sledujeme odpovědi spíše souhlasím a souhlasím, které mají pro toto dotazníkové šetření největší výpovědní hodnotu. Pacienti mohli označit všechny příčiny, o kterých se domnívají, že ji dané onemocnění způsobily. Tato část velice pomáhá zdravotníkům v efektivní edukaci. Vyhodnocení bylo opět zpracováno v poměru muži k ženám.



Graf 15- ukazuje na otázky, které jsou pacienty ignorovány a naopak kde jsou o příčině nemoci přesvědčeni

Dle daného grafu vyplývá, že 8 respondentů, tedy nejvíce je přesvědčeno, že jejich nemoc mohla způsobit náhoda, nebo smůla. 4 respondenti si myslí, že jednou z možných příčin byl stres. 3 respondenti udávají jako možnou příčinu nemoci životní prostředí a 3, že by to mohl být věk. Dále vždy 1 respondent zmiňuje dědičnost, přepracování, bakterie a úraz. S ostatními příčinami nesouhlasí.

## 2.2 Analýza rozhovorů

Pro analýzu rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování. Tato metoda je součástí tzv. zakotvené teorie. Otevřené kódování je popsáno v literatuře. „Lze kódovat

slovo po slovu, podle odstavců, nebo podle celých textů a případů.“<sup>105</sup> Otevřenému kódování předcházel přepis rozhovorů podle zvukových nahrávek a opakované pročitání rozhovorů.

V následujících tabulkách byly zpracovány základní demografické údaje o druhém a třetím zkoumaném souboru. (Tabulka č. 2 a č. 3)

V interpretaci budou respondenti označováni dle pořadí v tabulce R1 – R5.

Tabulka č. 2 – Základní údaje soubor č. 2

JMÉNO	VĚK	RODINNÝ STAV	POČET DĚTÍ	VZDĚLÁNÍ	ZAMĚSTNÁNÍ
Alena	29	svobodná	0	vysokoškolské	úřednice
Marek	22	svobodný	0	maturita	student
Kristýna	22	svobodná	0	střední odborné	prodavačka
Lenka	38	vdaná	2	maturita	účetní
Daniel	39	ženatý	1	vysokoškolské	stavař

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3 – Základní údaje soubor č.3

JMÉNO	VĚK	VZDĚLÁNÍ	PRAXE NA ODD
Eliška	25	vysokoškolské	6 let
Zuzana	24	vysokoškolské	1 rok
Michaela	38	maturita	4 roky
Barbora	25	vysokoškolské	6let
Pavla	44	maturita	1 rok

Zdroj: Vlastní výzkum

<sup>105</sup> HENDL J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 247

## 2.3 Rozbor dat a výsledky průzkumu mezi pacienty

Podle spojitostí byly vytvořeny kategorie a následně subkategorie (Tabulka č. 4). Vždy následovalo vložení citace z rozhovorů s jednotlivými respondenty. Výsledné analýzy jsou interpretovány v následujících textech.

Tabulka č. 4 – Hlavní kategorie a subkategorie

KATEGORIE	1	Míra informovanosti před nemocí
KATEGORIE	2	První informace o mé nemoci
SUBKATEGORIE	A	Jiné pracoviště
SUBKATEGORIE	B	Specializované pracoviště
KATEGORIE	3	Onkologická ortopedie
SUBKATEGORIE	A	Informace odjinud
SUBKATEGORIE	B	Exkurze po oddělení
SUBKATEGORIE	C	Práva pacientů
KATEGORIE	4	Životospráva
SUBKATEGORIE	A	Strava
SUBKATEGORIE	B	Tekutiny
SUBKATEGORIE	C	Ochrana svého zdraví
KATEGORIE	5	Co bude následovat
SUBKATEGORIE	A	První známky
SUBKATEGORIE	B	Útlum krvevorbny
SUBKATEGORIE	C	Infekce
KATEGORIE	6	Venózní port
SUBKATEGORIE	A	Výhody portu
SUBKATEGORIE	B	Tištěná forma
KATEGORIE	7	Kontrola pochopení
KATEGORIE	8	Pohled zpátky
KATEGORIE	9	Leták
SUBKATEGORIE	A	Vyjádření souhlasu
SUBKATEGORIE	B	Orientace v nemoci

Zdroj: Vlastní výzkum

## **Kategorie1 – Míra informovanosti před nemocí**

R1: „*Nevěděla jsem, že něco takového existuje.*“

R2: „*O svém typu nádoru jsem nevěděl nic.*“

R3: „*Neměla jsem potuchy, že něco takového existuje.*“

R4: „*Informace jsem měla nulové.*“

R5: „*Okrajově jsem slyšel o rakovině kosti.*“

### **KOMENTÁŘ**

Většina respondentů shodně udává, že žádné informace o nádorech kostí před vlastním onemocněním neměli. Jeden mluví o okrajových informacích.

## **Kategorie 2 – První informace o mé nemoci**

### **Subkategorie A – Jiné pracoviště**

R1: „*Vypadá to na nádor, ale musí se to vyšetřit.*“

R2: „*Lékař mi řekl, že by to mohl být nějaký nádor, ale že tomuhle rozumí jinde.*“

R3: „*Pan doktor když tu bouli viděl, objednal MRI vyšetření a řekl, že nám poví po vyšetření. Potom nám řekl, že to vypadá na nádor.*“

R4: „*Informace byly chaotické, řekli mi, že tady nemají zkušenosti. Měla jsem opravdu strach o zdraví a i život.*“

R5: „*No informace byly v podstatě dost strohé, lékař mi řekl, že na kosti je stín, který tam být nemá. Po vyšetření mi řekl, že to vypadá na nádor.*“

### **KOMENTÁŘ**

Z odpovědí všech respondentů, kteří byli ošetřeni primárně na jiném pracovišti, vyplývá, že informace o jejich onemocnění jsou velmi okrajové a nedostačující.

## **Subkategorie B - Specializované pracoviště**

R1: „*Jde o velmi agresivní nádor, a pokud neproběhne léčba, je velmi pravděpodobné, že umřu.*“

R2: „*Pan doktor řekl, že mám zhoubný nádor v kosti, musím podstoupit chemoterapii a operaci, ale ta nebude tak agresivní, jak jsem si myslel. Vy jste mluvila klidně a přesvědčivě o tom, že jsem na správném místě a uděláte všechno pro to, abych se uzdravil.*“

R3: „*Pan doktor mi řekl, že se jedná o zhoubný nádor kosti, který roste do okolí. Je prý nutné udělat CT plic, protože tohle onemocnění metastazuje.*“

R4: „*Pro mne to byly informace plné naděje, že se to dá léčit kombinací chemoterapie a operace. Spadl mi kámen ze srdce.*“

R5: „*Lékař mi vysvětlil, že se jedná pravděpodobně o zhoubný nádor, je třeba odebrat vzorek a zahájit léčbu, která spočívá v chemoterapii a operaci.*“

### **KOMENTÁŘ**

Z průzkumu vyplývá, že na onkologické ortopedii jsou pacientům poskytovány odborné informace, na základě kterých již je schopen svůj zdravotní stav posoudit.

## **Kategorie 3 – Onkologická ortopedie**

### **Subkategorie A – Informace odjinud**

R1: „*Rodiče pátrali po známých a na internetu, kde četli reference na Prof. D. a MUDr. M. Přes mail mi Prof. D. sdělil, že konzultace na klinice je víc než žádoucí.*“

R2: „*O Ortopedické klinice jsem se dozvěděl od obvodního ortopeda. Pak jsem si na internetu vyhledal reference*“

R3: „*Pan doktor mi řekl, že nás pošle na pracoviště, kde se nádory zabývají.*“

R4: „První informace byly, že se jedná o specializované pracoviště zaměřené na léčbu kostních nádorů.“

R5: „První informace byly typu, že mě předají do péče na specializované oddělení, kde se léčí nádory kostí. Na internetu jsem si našel spoustu informací, které mne utvrdily v tom, že jedu na správné místo, a pokud mi má někdo pomoci, je to právě tým lékařů na tomto pracovišti.“

## KOMENTÁŘ

Tři respondenti si vyhledávali informace na internetu a dle jejich odpovědí mají v toto pracoviště důvěru. Z odpovědí všech respondentů jasně vyplývá, že informace od jiných lékařů i z internetových zdrojů se shodují v tom, že onkologická ortopedie je erudované a specializované pracoviště.

### Subkategorie B – Exkurze po oddělení

R1: „Z příjmu na oddělení si pamatuji, že jste se mnou i s rodiči mluvila, ukazovala jste nám oddělení, mluvila jste o spoustě věcí, které bych dnes určitě pobrala úplně jinak. Byla jsem v rozpoložení, že jsem nechtěla mluvit s nikým a Vás jsem se snažila ignorovat.“

R2: „Cestou z ambulance na oddělení jste mi vysvětlovala, kam jdeme, jak oddělení vypadá, ukázala jste mi kde je společná lázeň, toaleta a kde najdu společenskou místnost.“

R3: „Pamatuju si, že sestřička když mě přijímala, tak mluvila o tom, kde co najdu, jak se tohle oddělení jmenuje, dozvěděla jsem se, na jakém pokoji budu ležet a kdo bude můj ošetřující lékař.“

R4: „Byla jsem seznámena s provozem oddělení, dozvěděla jsem se, kdy jsou návštěvy, kdo je můj ošetřující lékař. Dále mě provedla sestřička po oddělení, abych věděla, kde je která místnost.“

R5: „Když jste mě přivedla z ambulance, ukázala jste mi oddělení a odvedla mě na pokoj. Měl jsem možnost ležet na nadstandardním pokoji a tu jsem uvítal.“

## KOMENTÁŘ

Čtyři respondenti udávají, že sestra je po oddělení při příjmu provedla a sociální i společenské zázemí jim bylo ukázáno. Jedna respondentka uvádí, že v téhle fázi vůbec nespolupracovala.

### Subkategorie C – Práva pacientů

R1: *„Z příjmu na oddělení si pamatuji, že jste se mnou i s rodiči mluvila, ukazovala jste nám oddělení, mluvila jste o spoustě věcí, které bych dnes určitě pobrala úplně jinak. Byla jsem v rozpoložení, že jsem nechtěla mluvit s nikým a Vás jsem se snažila ignorovat.“*

R2: *„Na pokoji jsme se bavili o chodu oddělení, právech pacientů a hlavně o tom, co bude následovat.“*

R3: *„Vím, že sestřička mluvila o nějakých právech pacientů, ale to mě zrovna moc nezajímalo.“*

R4: *„Dozvěděla jsem se, kde najdu práva pacientů a vytištěný řád oddělení.“*

R5: *„Na pokoji jsou k dispozici práva pacientů, denní režim a podobné organizační informace, které mi znovu sestřičky v průběhu přijímacího rozhovoru ještě opakovaly.“*

## KOMENTÁŘ

Z rozhovorů vyplývá, že s Právy pacientů byli všichni respondenti seznámeni. Pouze jedna respondentka přiznává, že tuto fázi hospitalizace naprosto ignorovala.

### Kategorie 4 – Životaspráva

#### Subkategorie A – Strava

R1: *„Určitě jste mi v začátku říkala, co smím a nesmím, ale já si to nepamatovala a rodiče mě společně se sestřičkami neustále upozorňovali, že to, co chci jíst, vlastně*

*nesmím. V době, kdy jsem nastoupila do nemocnice, jsem byla vegan, který se živil jen ovocem a zeleninou. Bylo by i lepší, kdybyste rozvedla více druhů ovoce, které nesmíme a proč.“*

*R2: „Před chemoterapií jsem se dozvěděl, jakou dietu musím dodržovat při kapání metotrexátu, že nesmím jíst maso a ovoce a zeleninu s vysokým obsahem vitamínu C. Chyběla mi informace, proč tu danou potravinu nemůžu. Uvítal bych v tomhle směru trochu více podrobností.“*

*R3: „Vysvětlovala jste, že žádnou speciální dietu držet nebudu. Bavily jsme se o tom, že musím jíst hodně zeleniny, ovoce, vývary i maso. Vysvětlila jste, že je třeba vyhnout se sýrům s plísní, které by mohly být zdrojem infekce.“*

*R4: „Mluvila jste o tom, jak je důležité jíst kvalitní, výživné a správně připravené a upravené potraviny.“*

*R5: „Mluvila jste o tom, že je třeba hodně jíst zdravou a vyváženou stravu. Říkala jste, že budou dny, kdy nebudu moct jíst maso a kyselé.“*

## **KOMENTÁŘ**

Všichni respondenti mluví o tom, že o složení stravy informováni byli. 3 respondenti mluví o speciálních dietách, které se týkají typu chemoterapie. 2 respondenti vyslovili potřebu rozebrat složení stravy dopodrobna. 1 respondentka přiznává, že si toho z pokynů o stravě moc nepamatuje.

### **Subkategorie B – Tekutiny**

*R1: „Určitě jste mi zakázala alkohol a řekla jste, že musím pít hodně vody a čaje.“*

*R2: „Říkala jste, že v žádném případě nesmím pít alkohol. Pak jste mluvila o džusech a šťávách, že je musím hodně ředit.“*

*R3: „Mluvila jste o dostatku tekutin s tím, že nemám pít hodně koncentrované džusy a hlavně nesmím pít alkohol.“*

*R4: „Mluvila jste o pitném režimu.“*

*R5: „Mluvila jste o tekutinách.“*



## KOMENTÁŘ

3 respondenti uvádějí, že měli zakázaný alkohol a byly jim řečeny podrobnosti o džusech a šťávách. 2 respondenti si pamatují jen to, že se o tekutinách mluvilo.

### Subkategorie C – Ochrana svého zdraví

R1: „Co se týče režimu, odpočinku a ochrany svého zdraví, bylo informací podle mě dost a vystačila jsem si s nimi. Zdůrazňovala jste, abych se vyhnula styku s lidmi, kteří mají rýmu a kašel, a taky jste říkala, co mám dělat, když se nějaká komplikace objeví.“

R2: „Povídali jsme si o tom, že budu muset hodně odpočívat a vyhýbat se styku s nemocnými lidmi. Dále jste mluvila o tom, že nemám chodit na místa, kde se kumuluje víc lidí v uzavřeném prostoru. Mám si dávat pozor, abych nenastydl, protože jakákoli infekce mě může ohrozit na životě.“

R3: „Vysvětlovala jste, jak je důležité odpočívat, vyhýbat se místům, kde je hodně lidí, abych se nenakazila obyčejnou chřipkou, že by to mohlo být nebezpečné.“

R4: „Pamatuju si, že jste zdůrazňovala odpočinek a vyhýbání se nemocným lidem. Protože jste věděla, že mám děti, zmínila jste nutnost eliminace styku s nimi, pokud by byly nastydlé.“

R5: „Říkala jste, že musím odpočívat a nesmím nastydnout. Měli jsme v té době miminko, tak jste vždycky říkala, pozor na rýmu a kašel. Víím, že jste mi zakázala chodit na náběry k lékaři mezi nemocné lidi.“

## KOMENTÁŘ

Všichni respondenti uvádějí, že se během edukačního rozhovoru mluvilo o základních pravidlech ochrany zdraví, z čehož vyplývá, že v tomto smyslu jsou edukováni dostatečně. Jedna respondentka dokonce uvádí, že informací byl dostatek a vystačila si s nimi.

## **Kategorie 5 – Co bude následovat**

### **Subkategorie A – První známky**

R1: „*V téhle oblasti jsem dostala informaci možná až moc a byly odstrašující. Asi bych to nemusela slyšet všechno najednou. Vypadávání vlasů a zvracení pro začátek bohatě stačí.*“

R2: „*Dostal jsem informaci, že první vedlejším účinkem bude zvracení a pak že mi vypadají vlasy.*“

R3: „*Vím, že jste mluvila o zvracení a o tom, že mi vypadají vlasy.* „

R4: „*Mluvila jste o zvracení, únavě a o tom, že mi vypadají vlasy.*“

R5: „*No mluvili jsme o vypadávání vlasů a chlupů, o zvracení a o únavě.*“

### **KOMENTÁŘ**

Z rozhovorů vyplývá, že o prvních nežádoucích účincích chemoterapie byli všichni respondenti informováni. Jedna respondentka udává, že informací bylo moc.

### **Subkategorie B – Útlum krvetvorby**

R1: „*V poslední době mi po chemoterapii vždycky hodně klesal hemoglobin, červené krvinky i destičky, no a díky informacím, které jsem dostala, vím, že se to dá řešit a nemusím se bát nějaké veliké komplikace.*“

R2: „*Dál jste říkala, že po chemoterapii může dojít k dřevnému útlumu, se kterým souvisí riziko infekce, únava a riziko krvácení.*“

R3: „*Mluvila jste o tom, že asi po týdnů dojde k útlumu tvorby krevních složek. To jste vysvětlovala hodně podrobně, co mi může být, když bude málo červenýchrvinek, když budou dole bílé krvinky.*“

R4: „*Dál jste zmínila rapidní změny v krevním obrazu a s tím spojené stavy.*“

R5: „*Pak jste říkala, že dojde k poklesu složek v krevním obrazu, a vím, že jste vysvětlovala následky poklesu všech složek.*“

## KOMENTÁŘ

Všichni respondenti udávají, že byli informováni o možném útlumu krvetvorby a s ním souvisejícími stavy. Jedna respondentka uvedla, že díky poskytnutým informacím byla klidnější, a jedna se vyjádřila v tom smyslu, že informace byly podrobné.

### Subkategorie C – Infekce

R1: *„U mě třeba komplikace, jako jsou vysoké teploty, afty, průjmy a infekce, zase tak dramaticky neprobíhaly a asi mě tyhle informace zbytečně vyděsily. I když pokud se nad tím zpětně zamyslím, je vlastně důležité, aby pacient tyhle informace dostal, protože ho to nepřekvapí a nebude zbytečně zmatkovat, když ten stav přijde.“*

R2: *„Mluvila jste o průjmu, který souvisí s poškozením sliznice trávicí trubice, stejně jako afty a zánět dásní. Zmínila jste riziko infekcí, které souvisí s dřevným útlumem. Poučovala jste nás, co dělat v případě, že k nějaké komplikaci dojde.“*

R3: *„Když budou dole bílé krvinky, že je vysoké riziko teplot a infekce, že můžu mít afty a zánět dásní. Bylo toho fakt hodně, ale musím říct, že jsem na všechno byla připravená a věděli jsme přesně, co máme dělat.“*

R4: *„Bylo toho hodně, riziko infekce, afty, teploty. Pamatuju si, že jste mluvila o průjmech. Jsem ráda, že u toho byl manžel a maminka, protože sama bych to asi nezvládla. Dost mě to vyděsilo. Nicméně dnes s odstupem času jsem ráda, že jste nám to všechno řekla dopředu, protože všechno přišlo a já na to byla připravená. Věděla jsem, kdy mám volat a kam, co je důležité řešit a co může počkat.“*

R5: *„Když jste vysvětlovala následky poklesu krevních složek, zmínila jste riziko infekce, teploty, afty, průjmy. Říkala jste, jak je důležité řídit se pokyny o náběrech a o tom, co mám dělat, když cokoli z toho přijde.“*

## KOMENTÁŘ

Z odpovědí vyplývá, že informace o infekčních komplikacích obdrželi všichni respondenti. Dvě respondentky se vyjádřily, že informacemi byly vyděšené, ale vzápětí mluví o tom, že chápou, proč je nutné o všech komplikacích mluvit předem.

### Kategorie 6 – Venózní port

#### Subkategorie A – Výhody portu

R1: *„K portu si myslím, že jako pacient nepotřebuju vědět nic kromě toho, proč je to nutné a jak dlouho to budu mít zavedené.“*

R2: *„V pondělí jste přišla s možností zavedení speciální komůrky, která nám všem podávání chemoterapie usnadní.“*

R3: *„Mluvily jsme o portu jako o možnosti pro podávání chemoterapie, protože jste říkala, že moje žíly jsou hodně špatné. Jednoznačně jsem se zavedením souhlasila a jsem ráda, že ta možnost tady je.“*

R4: *„Port jste zmínila jako možnost, která nahradí klasické kanyly a s nimi spojené nepříjemnosti s žílymi. Port jsem uvítala, moc mi pomohl a hlavně ulehčil aplikace chemoterapie.“*

R5: *„O portu jste mluvila jako o druhé možnosti pro podávání chemoterapie. Musím říct, že jsem port hodně ocenil a vlastně ho mám dodneška.“*

## KOMENTÁŘ

Z odpovědí jasně plyne, že o výhodách portu jsou všichni pacienti informováni. Čtyři respondenti se k portu vyjádřili kladně a jeho funkci ocenili. Jedna respondentka se k výhodám nevyjádřila.

## **Subkategorie B– Tištěná forma**

R1: „Dostala jsem brožurku, která, jak jste říkala, je součástí balení portu a ta je hezky, jednoduše napsaná. K té asi není potřeba nic dodávat.“

R2: „Přinesla jste letáček, kde všechny dostupné informace jsou, a já se jen zeptal, jak to vypadá. Trochu mi chyběla informace o rozsahu pohybu, ale tu jsem si vyhledal na internetu.“

R3: „Přinesla jste brožurku, kde bylo všechno hezky vysvětlené a namalované.“

R4: „Dala jste mi leták, abych se podívala na obrázcích a přečetla si, co to vlastně je.“

R5: „Ukazovala jste mi obrázky, abych věděl, kam se dává a jak vlastně funguje.“

### **KOMENTÁŘ**

Čtyři respondenti udávají, že dostali brožuru přikládanou k originálnímu balení portu a ta jim naprosto vyhovovala. Jeden respondent uvedl, že viděl obrazovou dokumentaci k portu, kde bylo znázorněno, jak vše funguje.

## **Kategorie 7 – Kontrola pochopení**

R1: „Nepamatuju si, jestli jste se při těch prvních informacích ptala, zda jsem pochopila, co mi říkáte, ale teď už se ptáte a i pohledem poznáme, jestli je to tak, jak chceme, aby bylo. I sestřičky se ptají, jestli se chci na něco zeptat. I když by asi v začátku bylo potřeba to ověřovat víc, protože podle mě nikdo hned nepobere to, že může umřít.“

R2: „Ptala jste se a i sestřičky se vždycky ptají, jestli jsem to pochopil. Dávala jste mi kontrolní otázku, co budu, když...“

R3: „Vždycky se zeptá, jestli všemu rozumím a snaží se mi opakovaně všechno vysvětlit. I když musím říct, že to nedělají všechny. Asi se spoléhaly nato, že tady ležím často, tak už všechno vím.“

R4: „Přišlo mi vtipné, jak jste se vždycky ptala na to, jak danou věc chápu já. Musela jsem Vám opakovat, o čem jsme se bavily, abyste se ujistila, že vše s manželem chápeme

*správně. Jinak i sestřičky se vždycky ptaly, jestli všemu rozumím a nepotřebuju ještě něco vysvětlit.“*

*R5: „Vždycky jste se ptaly, jestli všemu rozumím a Vy jste pokaždé chtěla, abych sám řekl, jak jsem to pochopil. Byl jsem jak ve škole.“*

#### **KOMENTÁŘ**

Všichni respondenti se shodují v tom, že zpětné dotazy k poskytnutým informacím personál klade a ověřuje tímto způsobem, zda pacient pochopil, co je mu vykládáno. Pouze jedna respondentka se vyjádřila, že některé sestry zpětné dotazy nekladou, ale pouze u opakovaných hospitalizací.

#### **Kategorie 8 – Pohled zpět**

*R1: „Pokud to můžu shrnout, informace, které jsem v začátku léčby dostala, byly určitě dostačující pro to, abych pochopila, jak je důležité spolupracovat a mít vůli a motivaci se vyléčit a hlavně přežít.“*

*R2: „Co jsem potřeboval vědět já, jsem se doptal. Nicméně si myslím, že poučení pacienta, které provádíte, je naprosto dostačující.“*

*R3: „Myslím si, že jsme se dozvěděli všechno, co jsme potřebovali.“*

*R4: „Myslím, že informace byly v pořádku a dostačující. Když jsem chtěla vědět něco navíc, vždy jsem dostala odpověď. Informací bylo hodně, ale dnes chápu, že bylo opravdu důležité je mít všechny, aby to všechno, čím jsem prošla, mělo dobrý průběh a hlavně jsem léčbu přežila.“*

*R5: „Mně se bohužel podařilo zdárně dokončit léčbu pouze na rok, ale informací bylo od Vás dost. Byly jasné a podrobné a je určitě v pořádku, že jsem je měl.“*

#### **KOMENTÁŘ**

Všichni respondenti se shodli na dostačujících informacích. V tomto ohledu není dle mého soudu potřeba edukaci zásadně měnit.

## **Kategorie 9 – Leták**

### **Subkategorie A – Vyjádření souhlasu**

R1: *„Tištěný leták bude pro pacienty určitě hodně přínosný.“*

R2: *„Určitě je to lepší. Mně jste všechny informace napsala na papír a dala jste mi je, než jsem šel po prvním cyklu chemoterapie domů.“*

R3: *„Určitě ano, moc mi pomohlo, že jste mi všechny informace napsala.“*

R4: *„Určitě, informační leták by byl fajn.“*

R5: *„Určitě ano.“*

### **KOMENTÁŘ**

Z odpovědí všech respondentů jasně vyplývá, že by tištěná forma byla zdokonalením edukace na daném oddělení.

### **Subkategorie B – Orientace v nemoci**

R1: *„Mně by se moc líbilo mít neustále všechny potřebné informace při sobě. Hlavně v začátku, kdy vnímáte každé páté slovo. Později se naučíte, poznáte a víte, kde tu danou informaci seženete.“*

R2: *„Myslím, že tím usnadníte práci sama sobě, sestřičkám a hlavně pomůžete pacientům, aby se v té své nemoci neztráceli a věděli přesně, co je čeká a co mají dělat.“*

R3: *„Je lepší mít to všechno napsané a při sobě, když něco zapomenete nebo si něčím nejste jistá.“*

R4: *„Prvních informací je tolik, že se v tom člověk lehce ztratí a nemá šanci si vše zapamatovat. Pak přijdou první komplikace, a pokud je vše na papíře, zbytečně se nepanikaří.“*

R5: *„Informací je pro začátek hodně, a i když se pacient může kdykoli na všechno zeptat, pokud by to měl u sebe vytištěné, i Vám by určitě trošku ubyla práce.“*

## KOMENTÁŘ

Tři respondenti mluví o velkém množství informací v začátku léčby a pozitivně mluví o tištěných informacích kvůli lepší orientaci v nemoci. Dva respondenti si myslí, že kromě výhod pro pacienta by tištěné informace usnadnili práci i ošetřujícímu personálu.

### 2.4 Rozbor dat a výsledky průzkumu mezi všeobecnými sestrami

Podle spojitostí byly vytvořeny kategorie a následně subkategorie (Tabulka č. 5). Vždy následovalo vložení citace z rozhovorů s jednotlivými respondenty. Výsledné analýzy jsou interpretovány v následujících textech.

Tabulka č. 5 – Hlavní kategorie a subkategorie

KATEGORIE	1	Edukace jako pojem
KATEGORIE	2	Edukace pacienta na oddělení
SUBKATEGORIE	A	Při příjmu
SUBKATEGORIE	B	Léčebný postup
SUBKATEGORIE	C	Onkologický pacient
KATEGORIE	3	Zpětná vazba pochopení
KATEGORIE	4	Reedukace
KATEGORIE	5	Zdokonalení edukace
SUBKATEGORIE	A	Leták pro pacienty
SUBKATEGORIE	B	Osnova pro sestry
KATEGORIE	6	Tištěná edukace
SUBKATEGORIE	A	Zjednodušení edukace
SUBKATEGORIE	B	Výhody



## **Kategorie 1 – Edukace jako pojem**

R1: „*Pojem Edukace je informovat pacienta o všem co dělám nebo budu dělat.*“

R2: „*Edukace je proces, při němž pacienta seznamujeme s problematikou určité oblasti, která souvisí s péčí o něho.*“

R3: „*Poučování a vysvětlování pacientovi danou věc, která se týká jeho léčby a léčebného postupu.*“

R4: „*Edukace je soubor informací poskytovaných pacientům o jejich onemocnění, eventuálně režimových opatřeních. Jak se má pacient chovat ke své nemoci, jak předcházet komplikacím.*“

R5: „*Edukace vyjadřuje činnost, při které někoho poučujeme o něčem, seznamujeme s něčím a objasňujeme něco.*“

### **KOMENTÁŘ**

Z analýzy odpovědí jasně vyplývá, že všeobecné sestry pracující na onkologické ortopedii nedokážou přesně popsat pojem edukace. Všechny respondentky opomněly zmínit, že edukace je nejen předávání informací pacientovi, ale také snaha o změnu jeho postojů a chování v době nemoci. Že jde vlastně o jeho výchovu.

## **Kategorie 2 – Edukace pacienta na oddělení**

### **Subkategorie A – Při příjmu**

R1: „*Na našem oddělení jsou pacienti edukováni při příjmu, a to o režimu oddělení, právech pacienta a zázemí, které na oddělení najdou.*“

R2: „*U pacientů, kteří jsou přijati na naše oddělení, probíhá základní edukace v oblastech chodu oddělení, vědí kdo je jejich ošetřující lékař a kde na oddělení najdou pro ně důležité místnosti jako sprchu, toalety a společenskou místnost.*“

R3: „*Všichni jsou při příjmu seznámeni s domácím režimem na oddělení, je jim ukázáno zázemí, které jim k dispozici. Dále se dovědí, kdo bude jejich ošetřující lékař.*“

R4: „Na našem oddělení jsou všichni pacienti při příjmu edukováni o chodu oddělení, právech pacientů, o tom, kdo je jejich ošetřující lékař.“

R5: „Ve všech důležitých věcech pro jeho pobyt v nemocnici a pro jeho uspokojení v oblasti informovanosti. Je seznámen s chodem a domácím řádem oddělení, ví, kde najde práva pacientů, a je proveden po oddělení. Dozví se, na jakém pokoji bude ležet a kdo bude jeho ošetřující lékař.“

## KOMENTÁŘ

Všechny respondentky se shodly na stejné edukaci při příjmu pacienta. V rámci příjmu je pacient seznámen se všemi důležitými záležitostmi, které jsou stěžejní pro jeho pobyt na oddělení. Všechny pět respondentek uvádí, že pacienta seznamují s režimem oddělení, s právy pacientů a zázemím pro pacienty.

### Subkategorie B – Léčebný postup

R1: „Mluvíme o předoperační přípravě, pooperační péči a léčbě bolesti. Dále pak o zavedení venózních kanyl a portů.“

R2: „Edukace probíhá v oblasti přípravy k operačnímu výkonu, medikaci, pohybovém režimu a nutrice.“

R3: „Léčebný postup, předoperační příprava, pooperační péče a péče o invazivní vstupy.“

R4: „Dále pak mluvíme o předoperační přípravě, pooperační péči, léčbě bolesti a aplikaci injekcí.“

R5: „Dále jej sestra v rámci onemocnění seznámí s ošetřovatelskými intervencemi a postupy, které budou následovat.“

## KOMENTÁŘ

Všechny respondentky uvádějí, že pacienti jsou seznamováni s léčebným postupem a oblastmi, které souvisejí s operačním výkonem. Tři respondentky mluví o předoperační přípravě, pooperační péči, léčbě bolestí a invazivních vstupech. Jedna respondentka dále edukuje v oblasti medikace a v oblasti nutrice. Jedna respondentka mluví o ošetrovatelských intervencích obecně.

### Subkategorie C – Onkologický pacient

R1: „U onkologických pacientů provádíme edukaci o plánovaných vyšetřeních. Pacienti, kteří procházejí chemoterapeutickou léčbou, jsou edukováni staniční sestrou.“

R2: „Pacienty, kteří se léčí se zhoubným nádorem, edukuje staniční sestra, nebo její zástup. Myslím si, že jsou edukováni o výživě, komplikacích po chemoterapii a aplikaci cytostatik.“

R3: „U pacientů s chemoterapií se opakuje režim při chemoterapii. První a základní edukaci u těchto pacientů provádí staniční sestra nebo její zástup.“

R4: „Co se týká chemoterapie, tyto pacienty seznamuje s léčbou ve zkratce nejprve lékař a poté je edukuje staniční sestra, nebo její zástupce. Edukováni jsou o vedlejších účincích chemoterapie, komplikacích a správné výživě.“

R5: „U pacientů procházejících léčbou chemoterapií provádí edukaci staniční sestra nebo její zástup.“

## KOMENTÁŘ

Všech pět respondentek uvádí, že edukaci pacienta před chemoterapií provádí staniční sestra nebo její zástup. Dvě respondentky se zmiňují o oblastech, ve kterých asi edukace probíhá. Tři respondentky se o oblastech edukace nevyjadřují.

### **Kategorie 3 – Zpětná vazba pochopení**

R1: *Položím pacientovi otázku a nechávám ho vyjádřit se k danému tématu, popřípadě mu dám prostor pro jeho otázky.*“

R2: *„Vždy kladu dotazy, zda pacient všemu rozumí a vše pochopil. Dám mu prostor na kladení otázek. Položím otázku, která se týká právě provedené edukace.“*

R3: *„Vždy po vysvětlení určité oblasti, se pacienta zeptám, zda vše pochopil, popřípadě kladu otázky k dané problematice.“*

R4: *„Během edukace se vracím otázkami k vysvětlovaným věcem a zjišťuji, zda pacient danou věc pochopil nebo ne. Pokud zjistím, že mi nerozumí, snažím se opakovaně vysvětlovat.“*

R5: *„Vždy zpětnými dotazy. Používám otevřené otázky, kde není možná jednoslovná odpověď. Požaduji, aby mi pacient sám řekl, jak danou věc pochopil.“*

#### **KOMENTÁŘ**

Všech pět respondentek udává, že pacientovo pochopení ověřují zpětnými dotazy. Jedna respondentka klade pacientovi otevřené otázky, aby musel odpovídat v celé větě, čímž si opravdu ověří, že pacient vše pochopil.

### **Kategorie 4 – Reedukace**

R1: *„Pojem reedukace znamená opakovaná edukace.“*

R2: *„Reedukace je opětovná edukace při zjištění, že proběhlá edukace nebyla pro pacienta dostatečná. Dovysvětlení informací, kterým pacient nerozuměl.“*

R3: *„Reedukace je opakovaná edukace. Při každé nové hospitalizaci opakujeme již probrané oblasti a ujišťujeme se, že si pacient probrané informace pamatuje.“*

R4: *„Nejsem si úplně jistá, ale myslím si, že reedukace je nová edukace, která se provádí při změně stavu pacienta.“*

R5: *„Reedukaci bych česky nazvala znovupoučení.“*

## KOMENTÁŘ

Tři respondentky pojem reedukace popsaly v podstatě správně, jedná se o opakovanou edukaci. Jedna respondentka vysvětlila pojem podrobněji a přesněji. Dvě respondentky pojem vysvětlují chybně.

### Kategorie 5 – Zdokonalení edukace

#### Subkategorie A – Leták pro pacienty

R1: „Je určitě potřeba vytvořit informační leták pro režimy při chemoterapii, protože v současné době pacient tuto možnost nemá. Určitě by pacientovi pomohlo mít stále při sobě informace, protože jich je v začátku obrovské množství. Vzhledem k tomu, že se je dozvídá prakticky současně se svojí diagnózou, je nemožné všechny pochopit hned.“

R2: „Zdokonalit by se edukace na oddělení dala vytvořením edukačních letáků pro pacienty.“

R3: K informačnímu letáku pro pacienty se dotyčná nezmínila.

R4: „Bylo by vhodné, aby pacienti dostávali nějakou informační brožuru, kde by bylo všechno jednoduše popsáno a měli všechny informace dostupné i pro členy rodiny.“

R5: „Na našem oddělení je edukace podle mého názoru kvalitní, jen je potřeba mít na ni více času.“

## KOMENTÁŘ

Tři respondentky se jasně vyjádřily o potřebě vytvořit na oddělení leták pro pacienty s chemoterapií. Jedna respondentka se k letáku vůbec nevyjádřila. Jedna má pocit, že je edukace kvalitní a je potřeba jen více času.

#### Subkategorie B – Osnova pro sestry

R1: „Sestře pracující v běžném provozu by určitě pomohlo mít základní informace, které je nutné pacientovi poskytnout, v ucelené formě na papíře. Mně osobně by určitá osnova pomohla, abych na nic při edukaci nezapomněla.“

R2: „*Určitě by bylo dobré mít pro sestry určitou osnovu, podle které by mohly edukovat i pacienty při chemoterapii, neboť v současné době tuto provádí staniční sestra a ostatní sestry se vlastně nezajímají, o čem jsou pacienti v tomto směru edukováni.*“

R3: „*Určitě by bylo dobré, aby edukaci u onkologických pacientů mohly provádět všechny sestry na oddělení a věděly, v jakých oblastech by měl být pacient edukován.*“

R4: K osnově pro sestry se respondentka nevyjádřila.

R5: „*Co se týče pacientů s chemoterapií, zde by měla být každá sestra na tomto oddělení schopná takového pacienta edukovat ve všech oblastech.*“

#### **KOMENTÁŘ**

Jedna respondentka se k osnově pro sestry nevyjádřila. Čtyři respondentky by vytvoření edukační osnovy uvítaly. Myslí si, že by každá sestra pracující na onkologické ortopedii měla být schopná edukaci pacienta před chemoterapií provádět.

### **Kategorie 6 – Tištěná forma edukace**

#### **Subkategorie A – Zjednodušení edukace**

R1: „*Docela určitě.*“

R2: „*Určitě ano.*“

R3: „*Rozhodně ano.*“

R4: „*Určitě by pro pacienty jako laiky byla tištěná forma edukace lepší.*“

R5: „*Zcela určitě.*“

#### **KOMENTÁŘ**

Všechny respondentky se shodly na tom, že tištěná forma edukace pro pacienty by jim zcela jistě práci na oddělení zjednodušila.

## **Subkategorie B – Výhody**

R1: „*Usnadnila by práci sestry v tom, že by měl pacient čas si vše v klidu přečíst a připravit si dotazy, které se týkají provedené edukace, čímž se zkrátí čas, který musí sestra věnovat nutným informacím.*“

R2: „*Nejvíce by se ušetřil čas. Pacient by měl informace po ruce, při jakýchkoli pochybách by mohl nahlédnout do edukačního materiálu.*“

R3: „*Pokud by byla tištěná forma edukačního letáku pro pacienty, určitě by to pomohlo sestram, protože by pacient měl neustále k dispozici důležité informace a opakované edukace by probíhaly velmi jednoduše.*“

R4: „*Tištěná forma by pro pacienty byla srozumitelnější, měli by ji neustále při sobě a i sestram by to usnadnilo komunikaci s nemocnými.*“

R5: „*Hlavně by práci nejen zjednodušila, ale i sjednotila a ucelila.*“

### **KOMENTÁŘ**

Tři respondentky si myslí, že tištěná edukace hlavně ušetří čas, neboť pokud bude mít pacient všechny informace při sobě, edukace bude jistě kratší. Jedna respondentka udává, že tištěná forma bude srozumitelnější, a usnadní to tudíž komunikaci s nemocným. Jedna respondentka je přesvědčená, že tištěná forma edukaci a práci na oddělení sjednotí a ucelí.

## 7 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo dojít k předem stanoveným cílům, které se týkají zkvalitnění edukace onkologického pacienta před léčbou chemoterapií. Edukace se týká pacientů léčících se komplexně na oddělení onkologické ortopedie v Nemocnici Na Bulovce. K dosažení cílů bylo použito kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. V rámci kvantitativního výzkumu byl použit dotazník IPQ-CZ pro zjištění pacientova pojetí nemoci, neboť toto šetření přímo souvisí s edukací pacienta obecně. Pro první část kvalitativního šetření bylo použito strukturovaného rozhovoru pro pacienty, kteří již procházeli léčbou na tomto oddělení. Bylo tedy předpokladem, že jejich vyjádření napomohou dojít k vytyčenému cíli týkajícímu se vytvoření tištěné formy edukace pro pacienty před chemoterapií. Druhou částí kvalitativního průzkumu byly rozhovory vedené s všeobecnými sestrami pracujícími na jmenovaném oddělení, na jejichž základě má být vytvořena osnova správné edukace onkologického pacienta procházejícího léčbou chemoterapií.

### 7.1 Cíl č. 1 – Zjistit pacientovo pojetí nemoci

Pro tuto fázi výzkumu bylo použito dotazníku IPQ-CZ. Dotazník vyplňovali pacienti, kteří již procházeli léčbou zhoubného kostního nádoru a částečně již edukováni byli. Celkem bylo vyhodnoceno 10 z 10 rozdaných dotazníků tzn.100%. Z celkového počtu respondentů bylo 40% žen a 60% mužů. Porovnání názorovosti probíhalo vždy mezi muži a ženami v bodovém průměru získaném v každé položce a následně v celé proměnné. Bodové hodnocení je na škále 1 – 5, přičemž 1 znamená, nesouhlasím a 5 znamená, souhlasím. Pro srovnání bylo čerpáno z článku, jehož autorem je Vachková (2013) Zde je hodnocen výzkum IPQ-CZ u pacientů s kardiovaskulárními chorobami.<sup>106</sup>

První proměnná týkající se trvání nemoci obsahuje 6 položek. Bylo možné získat od 6 do 30 bodů. Čím je dosaženo vyššího skóre, tím je pro pacienta nemoc chroničtější. Ženy v této proměnné dosáhly 18,25 bodu, oproti mužům, kteří dosáhli 15,6 bodu. Z toho vyplývá, že pro ženy z jejich pohledu bude nemoc trvat déle, je pro ně chroničtější. V souboru pacientů u Vachkové bylo skóre mužů 13,6 a u žen 14,1. Znamená to, že v porovnání s naším souborem je výsledek opačný. Celkově je kostní nádor pro pacienty závažnější, než kardiovaskulární onemocnění.

---

<sup>106</sup>[http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013\\_01/Vachkova.pdf](http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_01/Vachkova.pdf)



Druhá proměnná se týká důsledku nemoci pro pacienta. Rozmezí bodových hodnot je mezi 6 a 30 body. Vyšší skóre znamená závažnější důsledky pro pacienta. Zde z bodového průměru vyplynulo, že pro muže má nemoc v jejich životě větší důsledky než pro ženy, neboť jejich bodový průměr činil 23,6 bodu, zatímco ženy dosáhly průměrně 22 bodů. S největší pravděpodobností tento výsledek vyplývá ze skutečnosti, že muži jsou ve většině případů živiteli rodiny.

Ve třetí proměnné pacienti hodnotí možnost ovlivnění průběhu nemoci vlastním přičiněním. Bodové rozmezí je opět mezi 6 a 30 body. Vyšší skóre zde značí ovlivnitelnější průběh nemoci z pozice pacienta. Ženy v této části dotazníku dosáhly průměrně 21,5 bodu a muži 19,83 bodu. Celkově si tedy ženy myslí, že svým přičiněním mohou nemoc ovlivnit více než muži. U srovnávacího souboru bylo skóre žen 17,3 a muži dosáhli 16 bodů. Zde tedy došlo ke shodě, u obou souborů je pro ženy nemoc ovlivnitelnější. Dle mých zkušeností z praxe, jsou ženy přístupnější změnám ve svém chování v nemoci, což by potvrzovalo tento výsledek.

Čtvrtá proměnná odráží pacientův názor na léčitelnost nemoci. Zde bylo možné získat 5 až 25 bodů. Čím je skóre vyšší, tím více pacient věří účinkům léčby. Názory mužů i žen se v této proměnné shodují s minimálním rozdílem. Muži dosáhli 19,33 bodu a ženy 19,25 bodu. Je potěšitelné, že všichni pacienti věří v ovlivnitelnost nemoci léčbou. Vypovídá to o důvěře ke zdravotnickému personálu, o spolupráci a o tzv. *compliance* (ochota vyhovět, poslechnout a podvolit se vůli zdravotníkům)<sup>107</sup>

V páté proměnné zjišťujeme, jak dalece pacient své nemoci rozumí. Bodové skóre je zde mezi 5 a 25 body. Vyšší skóre zde znamená větší pochopení nemoci pacientem. Obě skupiny získaly shodně v průměru 14,5 bodu, z čehož vyplývá, že mají naprosto stejný názor na porozumění své nemoci. Podle jednotlivých položek v této proměnné by se dalo říci, že příznakům a nemoci rozumějí. V souboru Vachkové (2013), kde bylo nejvyšší možné skóre 15 bodů, dosáhli muži 10,7 bodu a ženy 9,1 bodu. Porozumění nemoci je tedy u našeho souboru na nižší úrovni, což si vysvětlují tím, že kardiovaskulární onemocnění jsou civilizační a je tedy u nich prováděna osvěta. Obecně lze říci, že dnešní pacient, oproti pacientům v minulosti, se snaží své nemoci porozumět, aby mohl více spolupracovat při léčbě.

---

<sup>107</sup> VACHKOVÁ E., *Pacientovo pojetí nemoci II*, s 29.

Šestá proměnná hodnotí časový průběh a předvídatelnost nemoci. Bodové skóre je mezi 4 a 20 body. Vyšší skóre odpovídá větší předvídatelnosti nemoci pro pacienta. Muži zde dosáhli v průměru 9,6 bodu, zatímco ženy mají bodů 8. Pro obě skupiny je nemoc málo předvídatelná, ale z jakého důvodu je pro muže předvídatelnější, nedokážu posoudit.

V sedmé proměnné je hodnoceno pacientovo prožívání nemoci. Bodové skóre je mezi 6 a 30 body, přičemž čím je vyšší skóre, tím je pacient v prožívání úzkostnější a má větší obavy z nemoci. Z hodnocení, kdy muži dosáhli v průměru 22,6 bodu a ženy 20,25 bodu, vyplývá, že prožívání nemoci je pro muže horší než pro ženy. Podle mého názoru, by mohla být tato skutečnost v přímé souvislosti s důsledky nemoci, kdy pro muže je nemoc horší, protože mají strach o zajištění rodiny po finanční stránce.

Poslední hodnocenou částí dotazníku jsou příčiny onemocnění. Zde se sledují pouze odpovědi spíše souhlasím a souhlasím, neboť ostatní odpovědi nemají pro hodnocení větší význam. Hodnocení probíhá v 16 otázkách. Z výsledků vyplývají jako nejčastější možné příčiny nemoci náhoda, smůla a stres. Vzhledem k tomu, že toto nádorové onemocnění není považováno za civilizační a jeho příčiny nejsou zcela jasné, jsou dle mého soudu tyto odpovědi zcela adekvátní dospělým jedincům.

Pacientovo pojetí nemoci je součástí moderního ošetrovatelství. Výsledky dotazníkového šetření jsou efektivně využitelné v edukačním procesu, zejména v jeho první fázi, kdy dochází ke sběru dat<sup>108</sup>. Na základě výsledků průzkumu mezi pacienty léčícími se na oddělení onkologické ortopedie se ztotožňují s názorem, že znalost pacientova subjektivního pojetí nemoci může edukační proces učinit adresným a účinnějším<sup>109</sup>. Jako návrh pro zdokonalení edukace na oddělení onkologické ortopedie proto doporučuji před zahájením edukace o následné léčbě zhoubného onemocnění použít individuálně dotazník IPQ-CZ a zjistit subjektivní pocity pacienta směrem k nemoci. Po vyhodnocení tohoto dotazníku je možné analyzovat potřeby pacienta v určitých oblastech a edukaci efektivně naplánovat.

---

<sup>108</sup> VACHKOVÁ E., *Pacientovo pojetí nemoci II*, s 38.

<sup>109</sup> VACHKOVÁ E., *Pacientovo pojetí nemoci II*, s 38.

## **7.2 Cíl č. 2 – Zmapovat názory a postoje pacientů k již proběhlé edukaci před protinádorovou léčbou.**

Druhým vytyčeným cílem této práce bylo zmapovat názory pacientů, kteří již prošli léčbou zhoubného nádoru kosti na onkologické ortopedii. Tito pacienti byli v době své nemoci edukováni v rámci onemocnění. V této fázi byl k průzkumu použit strukturovaný rozhovor sestavený autorkou, který zjišťuje pacientovu informovanost o nemoci a hodnotu získaných informací při edukaci před léčbou. Rozhovor je rozčleněn na několik částí, ze kterých byly vytvořeny kategorie a subkategorie, které byly následně analyzovány.

První část výzkumu byla zaměřena na informovanost pacientů o zhoubném nádoru kosti a pracovišti, kde se toto onemocnění léčí. Všichni respondenti se shodli, že o tomhle onemocnění nikdy v minulosti neslyšeli. Dále bylo zjišťováno, jaké první informace o své nemoci získali na jiném pracovišti a následně pak na specializovaném oddělení, kde se léčili. Z odpovědí všech respondentů vyplývá, že na pracovišti, kde byli se svými obtížemi poprvé, dostali informace jen velmi okrajové a nedostačující. Na onkologické ortopedii naopak již obdrželi informace na vysoké úrovni odbornosti, z nichž již byli schopni posoudit svůj aktuální zdravotní stav. Poslední kategorie této části výzkumu se týkala získaných informací pacientem samotným, o oddělení onkologické ortopedie, kam se dostali k zahájení léčby. Tři respondenti uvedli, že si informace o oddělení vyhledali na internetu a mají v toto pracoviště velkou důvěru. Dva respondenti uvedli, že o specializovaném pracovišti jim podal informace lékař, který je první ošetřoval. Dle mého názoru plyne z výše popsaného nesporná vysoká odbornost a erudovanost jmenovaného pracoviště. Cílem této části bylo poukázat na unikátnost daného pracoviště i z pohledu pacienta, která se odráží i v jiných oddílech této práce.

V další části výzkumu bylo cílem získat od pacientů informace, které se týkají příjmu na oddělení. Zajímalo mne, zda sestra při příjmu na oddělení pacientům ukazuje zázemí, které jim je při pobytu v nemocnici k dispozici a zda se dovědí, co jsou práva pacientů. Z odpovědí čtyřech respondentů vyplynulo, že v této oblasti jsou pacienti přijatí na oddělení informováni dostatečně a není tedy potřeba edukaci nějakým způsobem měnit. Jedna respondentka uvedla naprostou ignoraci ošetřovatelského personálu, takže si z této fáze rozhovoru nic nepamatuje.

Následující kategorie se již týkají hlavního cíle této práce a zdokonalení edukace pacienta před léčbou pro zhoubný kostní nádor. Kategorie byly rozděleny podle oblastí, ve kterých současná edukace probíhá. V kategorii životospráva, všichni respondenti udávají, že o stravě a jejím složení informováni byli. Jen je dle názoru některých z nich potřeba skladbu potravin rozebrat dopodrobna, neboť při určitém typu chemoterapie jsou určité vlastně zdravé potraviny zakázané z důvodu ovlivnění vstřebávání určitých cytostatik. Zde je nutné edukaci zdokonalit a rozdělit ji dle typu chemoterapie. Možná by bylo na místě doporučit i postupy, jak potraviny dobře připravit, aby neztratily nic ze svých živin. V literatuře Chocenská (2009)<sup>110</sup> uvádí, že je důležité, aby měl pacient při léčbě dostatečné množství vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. V oblasti příjmu tekutin se shodli všichni respondenti na zakázaném alkoholu a podrobnostech při úpravě ovocných šťáv. Nezmínili se o množství přijatých tekutin, je tedy potřeba denní minimální limit zmínit v upravené edukaci. Dostatečný příjem tekutin je velice důležitý pro to, aby se vyplavovali zbytky léků z těla. Do životosprávy patří také ochrana svého zdraví. Pacienti byli dotazováni, na co byli upozorněni při edukaci v ochraně svého zdraví. Všichni respondenti mluvili o eliminaci styku s nemocnými lidmi, o tom, že se nemají zdržovat v místech, kde je větší množství lidí v nevětraném prostoru. Dále si pamatovali jak je nutný odpočinek. Dle mého názoru je v této oblasti je edukace účinná, neboť všichni daná pravidla dodržovali a snažili se předcházet tímto způsobem komplikacím. Další kategorie zjišťuje množství získaných informací, které pacienti získali ve všech oblastech léčby, které budou následovat. Všech pět respondentů mluví o prvních nežádoucích účincích chemoterapie, o zvracení a vypadávání vlasů. Jedna respondentka udává, že informací bylo moc najednou. V subkategorii týkající se útlumu krvetvorby, bylo zjištěno, že edukace je dostatečná, neboť všichni respondenti uvedli, že o možném útlumu krvetvorby byli informováni detailně. Jedna respondentka byla díky poskytnutým informacím klidnější. Poslední subkategorii v této oblasti je infekce. Všichni respondenti informace o riziku infekce dostali. Dvě respondentky byly informacemi vyděšené, ale vyjadřují pochopení, proč je nutné mluvit předem o všech komplikacích, i když se nemusí vůbec vyskytnout. Zde by dle mého názoru měla být edukace ponechána v původním rozsahu. Dalším okruhem průzkumu byl venózní port. Z odpovědí všech respondentů jasně vyplývá, že o výhodách implantovaného podkožního portu byli včas informováni. Čtyři se vyjádřili kladně a jeho funkci ocenili.

---

<sup>110</sup> CHOČENSKÁ, E., MÓCIKOVÁ, H., DĚDEČKOVÁ, K., *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*, s.62

Jedna respondentka se nezmiňuje o výhodách vůbec. Všichni ocenili tištěné informace pro lepší představivost. V této části je edukace jistě dostačující a pacientům vyhovuje. Na dotazy vztahující se ke kontrole pochopení, uvádí shodně všichni respondenti, že personál klade zpětné dotazy k poskytnutým informacím a ověřuje tak správné chápání ze strany pacienta.

Poslední částí výzkumného rozhovoru byly dotazy týkající se zpětného zhodnocení již proběhlé edukace a vyjádření se k plánované tištěné formě edukace. Respondenti se shodli na dostačujících informacích, ale všichni by uvítali vytvoření tištěné formy edukace, neboť si myslí, že se pacient bude v konkrétních informacích lépe orientovat. Malotová (2009)<sup>111</sup> ve svém průzkumu u pacientů po odstranění žlučníku uvádí, že rozhovor vyhovuje 72% respondentů, písemná forma sdělování informací vyhovuje pouze 27% respondentů, zatímco v našem souboru by tištěná forma edukace vyhovovala 100% respondentů. Možnou příčinou tohoto rozdílu je jiný stupeň závažnosti onemocnění a množství pokynů, které pacient musí dodržovat v průběhu léčby. Obecně tedy můžeme říci, že rozhovor a osobní kontakt nelze tištěnou formou nahradit, ale pouze doplnit a edukaci sjednotit.

### **7.3 Cíl č. 3 – Zmapovat názorovost a postoje všeobecných sester na edukaci pacienta před protinádorovou léčbou**

Třetím cílem této práce bylo zjistit názorovost a postoje všeobecných sester pracujících na onkologické ortopedii, na obsah a význam edukace pacienta před nasazením protinádorové léčby. K dosažení tohoto cíle byl vytvořen autorkou strukturovaný rozhovor, který zjišťuje pohled sester na edukaci, a jaké jsou jejich znalosti tohoto pojmu a oblastí s ním spojených. Rozhovory byly opět rozčleněny do kategorií a subkategorií dle společných znaků.

První a základní informaci, kterou bylo nutné zjistit, je povědomí všeobecných sester o pojmu edukace. K velkému překvapení nedokázala ani jedna sestra pojem edukace přesně popsat. Všechny se shodly na informování pacienta o činnostech a aspektech týkajících se jeho léčby. Bohužel žádná respondentka nezmínila, že nejde jen o předávání informací, ale také o snahu změnit pacientovy postoje, názory a chování v době nemoci. V edukační osnově, bude tedy třeba zmínit, co je vlastně edukace a jak je třeba na pacienta působit v tomto směru. Dále respondentky odpovídaly na otázku

---

<sup>111</sup> MALOTOVÁ, L., *Edukace pacienta po odstranění žlučníku*, s. 69

týkající se edukace pacienta při příjmu na oddělení. Všech pět respondentek informuje přijímaného pacienta o režimu na oddělení, sociálním i společenském zázemí, sdělí pacientovi jméno ošetřujícího lékaře a seznámí ho s právy pacientů. Porovnáme-li v tomto bodě s odpověďmi pacientů, zjistíme, že jsou totožné. V otázce léčebného postupu bylo zjištěno, že všechny respondentky seznamují pacienty se všemi důležitými aspekty, které se týkají předoperační přípravy, pooperační péče, léčby bolesti a invazivních vstupů. V tomto směru je dle mého názoru edukace pacienta dostačující. Dle mého předpokladu vyšlo v další kategorii najevo, že onkologického pacienta řadové sestry needukují před léčbou chemoterapií, ale pouze v oblastech, které jsou opakováním (reedukací) již proběhlé první edukace. Všechny respondentky potvrzují, že první edukaci před léčbou chemoterapií provádí staniční sestra, nebo její zástupce. V tomto ohledu je třeba naučit sestry edukovat onkologického pacienta a vytvořit osnovu, která by zaručovala efektivní edukaci ze strany každé sestry pracující na tomto oddělení. Následně jsem se ptala respondentek, jak kontrolují správné pochopení ze strany pacienta. Všechny respondentky udávají, že pacientovo pochopení ověřují zpětnými dotazy. Jedna respondentka dokonce klade pacientovi otevřené otázky, aby musel odpovídat v celé větě, čímž si opravdu ověří, že pacient chápe danou problematiku. Pokud tuto část porovnáme s odpověďmi pacientů, zjistíme, že i pacienti potvrzují zpětné ověřování pochopení ze strany sester. Druhým překvapivým zjištěním v průzkumu byla neznalost pojmu reedukace, přestože ji dle svého tvrzení opakovaně provádějí. Pouze tři respondentky popsaly tento pojem v podstatě správně a jen jedna jej dokázala vysvětlit podrobněji.

Poslední část tohoto průzkumu se týkala zdokonalení edukace pacienta před chemoterapií. Tři respondentky se shodují s názorem pacientů, kteří by edukační leták se všemi pokyny a informacemi k léčbě uvítali. K otázce vytvoření osnovy pro sestry se čtyři respondentky vyjádřily kladně a mluví o tom, že by bylo dobré, kdyby každá sestra pracující s těmito pacienty věděla, jak a v čem je potřeba je edukovat. Vidí v tištěné formě velkou výhodu pro pacienta, který se ve své nemoci neztratí a jim se ušetří čas, když pacient bude mít veškeré důležité informace při sobě. Jedna respondentka mluví o zlepšené komunikaci a jedna respondentka je přesvědčená o ucelení, sjednocení a zjednodušení práce na tak složitém oddělení. I v této otázce se sestry jednomyslně shodly s názory pacientů.

Z výše uvedeného tedy jednoznačně vyplývá potřeba vytvoření tištěné formy edukace pro pacienty léčící se na oddělení onkologické ortopedie pro zhoubný nádor kosti. Dále je vhodné vytvořit osnovu edukace pro všeobecné sestry pracující na tomto oddělení, aby byly schopné tuto provádět, bez ohledu na to, zda je na oddělení přítomna staniční sestra.

#### **7.4 Cíl č. 4 – Vytvořit edukační leták pro nemocného a jeho rodinu obsahující nejdůležitější edukační okruhy**

Informační leták je nutné vytvořit ve dvojí podobě, neboť jsou na oddělení onkologické ortopedie podávány různé typy chemoterapeutických schémat. Schéma pro podávání vysokodávkovaného metotrexátu má na rozdíl od ostatních schémat specifické požadavky na stravování před podáváním chemoterapie.

### 7.4.1 Předběžná podoba edukačního informačního letáku pro pacienta před chemoterapií I.

Vážená paní / Vážený pane,

držíte v ruce edukační leták pro pacienta, připravujícího se na léčbu zhoubného nádoru na oddělení onkologické ortopedie v nemocnici Na Bulovce. Dovolte, abychom Vás seznámili s průběhem léčby a aspekty, které je potřeba znát, aby Vaše léčba probíhala bez větších komplikací.

V začátku je důležité si uvědomit, že trpíte vážnou chorobou, která Vás může ohrozit na životě. Vaše léčba bude spočívat v podávání léků – cytostatik tzv. CHEMOTERAPII. Nevíme, zda jste někdy tento pojem slyšeli, nebo ho nějak blíže vyhledávali, ale zde se dozvíte všechna potřebná fakta, která vám pomohou se v léčbě orientovat. Pomůžeme Vám zdolat úskalí, která tato léčba přináší, a věříme, že i Vy svým chováním docílíte zdárného dokončení léčby.

#### Chemoterapeutické cykly

Každý typ chemoterapie má svůj rozpis a nelze jej zde zobecňovat. Od ošetřujícího lékaře se dozvíte přesně, kolik cyklů, v jakém složení látek a kolik dní bude nutné aplikovat chemoterapii konkrétně u Vás (ukáže Vám předdefinovanou tabulku). Společné pro všechny typy chemoterapie je období mezi cykly, které by mělo trvat přesně 3 týdny. Počítáme od začátku jedné chemoterapie, do začátku následující.

#### Nežádoucí účinky chemoterapie

Při aplikaci chemoterapie jsou vedlejší – nežádoucí účinky cytostatik velmi časté a v podstatě doprovázejí podání veškerých cytostatik. Častým a prvním nežádoucím účinkem při podávání chemoterapie je **nausea** (pocit na zvracení) a **zvracení**. Tyto reakce můžeme v dnešní době ovlivnit podáváním léků tzv. antiemetik. Tyto léky Vám budou podávány s předstihem a v pravidelných časových intervalech, abychom předešli právě jmenovaným nežádoucím účinkům. Dále se může objevit **nechutenství**, na které je nutné lékaře, nebo sestřičky upozornit, aby bylo možné jej včas řešit. Nevyhnutelným vedlejším účinkem při chemoterapii je tzv. **alopecie** (vypadání vlasů a ochlupení), které bohužel nemůžeme nijak ovlivnit. Nemusíte se bát, že už vlasy nenarostou, toto je pouze dočasné, a po ukončení léčby Vám vlasy do několika týdnů opět narostou. Pokud



budete mít pocit, že bez vlasů nemůžete existovat, máte možnost získat vlasovou náhradu, na kterou Vám vystavíme poukaz, na základě kterého si ji vyzvednete ve specializovaném obchodě. Nejzávažnějším vedlejším účinkem chemoterapie je tzv. **dřeňový útlum**. Znamená to, že Vaše kostní dřeň nebude nějakou dobu vytvářet krevní složky, tak jak má. Nemusíte se bát, i toto je očekávaná věc a jsme na ni připraveni. K dřeňovému útlumu dochází po každém cyklu chemoterapie v rozpětí mezi 5 a 10 dny. Dojde ke snížení hodnoty bílých krvinek (jsou zodpovědné za obranyschopnost organismu), hemoglobinu (je obsažen v červených krvinkách a jednoduše řečeno je nositel kyslíku) a krevních destiček (jsou zodpovědné za srážení krve). Posledním nežádoucím účinkem, který Vás může potkat je **hypokalemie** (snížená hladina draslíku v krvi), která se řeší dlouhodobým podáváním draslíku v tabletách, nebo Vám doporučíme potraviny s vyšším obsahem draslíku. V této souvislosti bude nutné, po propuštění z nemocnice pravidelně 2x týdně odebírat krev ke kontrolním testům. Tyto odběry bude po dohodě provádět Váš praktický lékař, nebo odběrová sestra u Vás doma a bude nutné vždy výsledky hlásit na naše pracoviště, kde se vždy dozvíte další postup. Dále je potřeba Vás upozornit, že chemoterapie má vliv na reprodukční orgány. U žen může dojít k přechodné ztrátě menstruace. U mužů může dojít k útlumu tvorby spermií (možnost odběru a uložení ve spermabance).

### **Komplikace po chemoterapii**

Nechceme Vás předem děsit, ale je dobré vědět, jaké komplikace Vás mohou potkat, abyste na ně byl/a připraven/a a zbytečně Vás nerozrušily. Pamatujte, že Vaše psychická pohoda je velmi důležitá, pro zdárný průběh léčby. Většina komplikací vzniká v přímé souvislosti s již zmíněným dřeňovým útlumem.

**Febrilní neutropenie** – závažný stav, který se projevuje teplotami nad 38°C, trvající déle než 24 hod. Vzniká v souvislosti s poklesem bílých krvinek, kdy tělo není schopné se bránit infekci samo. Léčí se podáváním antibiotik a aplikací tzv. růstových faktorů.

**Anemie** – nízká hladina červených krvinek a hemoglobinu. Důsledkem anemie je únava, malátnost a pocit, že se Vám špatně dýchá. Prevencí této komplikace je dlouhodobé podávání železa v tabletách. Při kriticky nízké hladině podáváme krevní transfuze.

**Krvácení** – může vzniknout při nízké hladině krevních destiček. I z relativně malého poranění může vzniknout krvácení, které Vás může ohrozit. Nejčastěji vzniká krvácení z nosu. Snažte se krvácení zastavit například GELITA-SPONEM, což je speciální pěna sloužící k zastavení krvácení. Pokud se Vám nebude dařit krvácení zastavit, navštivte lékaře.

**Infekce** – vzniká v návaznosti na nízkou hladinu bílých krvinek. Může se objevit v dutině ústní jako **zánět dásní**, **afty** nebo **angína**. V tomto případě je potřeba dodržovat zvýšenou hygienu dutiny ústní, pořiďte si co nejměkčí kartáček na zuby a používejte desinfekční ústní vody s obsahem anestetik např. TANTUM VERDE, CHLORHEXIDIN. V těžších případech budete dle doporučení lékaře užívat léky zvané antimykotika a antibiotika, kterými budete vybaven/a při propuštění. Povlaky v ústech se nesnažte nijak odstraňovat, vzniklé plošky by byly vstupní branou jiné infekce. Stejně postižena může být i sliznice střeva, což se projeví **průjmem**. Z volně prodejných léků užívejte SMECTU nebo CARBOSORB.

O všech zmíněných komplikacích je nutné informovat naše pracoviště, kde se dozvíte následný postup. Pamatujte na jedno důležité pravidlo: **„Lepší několik planých poplachů, než jedna velká komplikace“**

Nyní vás seznámíme s několika doporučeními, která byste měl/a dodržovat v celém průběhu léčby, abychom společně došli ke kýženému cíli.

**Stravování** – obecně je potřeba docílit co nejmenšího úbytku váhy. Snažte se jíst potraviny s vysokým obsahem vitamínů, bílkovin a minerálů. Potraviny správně upravujte, ovoce a zeleninu vždy dostatečně omyjte. Doporučujeme vývary, maso (vařené nebo dušené), zeleninové šťávy. Při hypokalemii je dobré jíst meruňky a banány, které obsahují vysoké množství draslíku. Při anemii obohaťte jídelníček o potraviny s vyšším obsahem železa např. špenát a brokolice. V podstatě můžete jíst vše, na co máte chuť, protože nejdůležitější je, abyste neztrácel/a na váze. Vyhýbejte se těžkým, tučným, smaženým, nebo grilovaným potravinám a sýrům s plísní. Pokud budete mít v dutině ústní afty, omezte mléčné výrobky (podporují tvorbu kvasinek). Bezprostředně před podáváním chemoterapie jezte lehká jídla v menších dávkách (není nutné jídlo odmítat).

**Tekutiny** – doporučujeme nedráždit žaludek koncentrovanými ovocnými šťávami a sycenými minerálními vodami nebo limonádami. Vhodné jsou ovocné čaje, ředěné šťávy a nesycené vody. Je nutný dostatečný příjem tekutin nejméně 2 litry. Tekutiny jsou potřebné pro správnou funkci ledvin.

**Ochrana zdraví** – vyhýbejte se styku s nemocnými lidmi. Pro zdravého člověka je viróza běžnou nemocí, u které stačí se vyležet. Vás může viróza bezprostředně ohrozit na životě. Nenechte se navštívit místy, kde se kumulují velké množství lidí na malém prostoru (nákupní centra, ordinace praktického lékaře). Pokud onemocní člen domácnosti, snažte se eliminovat pobyt v jedné místnosti. Používejte ochranné pomůcky (roušku přes ústa). V rámci aktuálního zdravotního stavu podnikněte procházky v přírodě (buďte řádně oblečeni včetně pokrývky hlavy). Odpočívejte, vyhýbejte se nadměrné fyzické zátěži. Snažte se v rámci možností najít si činnost, která Vás bude těšit.

**Venózní port** – je jednou z možností pro aplikaci chemoterapie. Jde o dlouhodobý přístup do Vašeho krevního řečiště, který Vám přinese komfort a bezpečí po celou dobu chemoterapie. Pro představu si prostudujte informační brožuru, kterou vám personál předloží. Případné dotazy Vám kdykoli zodpovíme.

*Spokojenost a psychická pohoda Vaše i Vaší rodiny, je důležitým aspektem přispívajícím ke zdárnému průběhu léčby.*

**Telefonický kontakt na oddělení: 266 082 815 ( 24 hodin denně )**

#### **7.4.2 Předběžná podoba edukačního informačního letáku pro pacienta před chemoterapií II.**

Tento leták bude mít v zásadě stejný obsah, pouze bude pozměněna část, týkající se stravování.

**Stravování** – při podávání tohoto typu chemoterapie je důležité dodržovat určitá dietní omezení. Vždy 1 den před podáváním metotrexátu a následně pak celý týden je potřeba vyhnout se potravinám s obsahem kyseliny listové (hovězí, vepřové i drůbeží maso, vnitřnosti, špenát, chřest, zelí, zelený hrášek, vlašské ořechy), neboť ta snižuje účinek jmenovaného cytostatika. Nejezte kyselé ovoce (pomeranče, mandarinky, jahody) a nepijte kyselé tekutiny. Mezi jednotlivými cykly, v době, kdy budete doma můžete maso i jmenované potraviny normálně jíst. Obecně je potřeba docílit co nejmenšího úbytku váhy. Snažte se jíst potraviny s vysokým obsahem vitamínů, bílkovin a minerálů. Potraviny správně upravujte, ovoce a zeleninu vždy dostatečně omyjte. Při hypokalemii je dobré jíst meruňky a banány, které obsahují vysoké množství draslíku. Při anemii obohaťte jídelníček o potraviny s vyšším obsahem železa např. špenát a brokolice (vyjma dnů, kdy je podáván metotrexát). V podstatě můžete jíst vše, na co máte chuť, protože nejdůležitější je, abyste neztrácel/a na váze. Vyhýbejte se těžkým, tučným, smaženým, nebo grilovaným potravinám a sýrům s plísní. Pokud budete mít v dutině ústní afty, omezte mléčné výrobky (podporují tvorbu kvasinek). Bezprostředně před podáváním chemoterapie jezte lehká jídla v menších dávkách (není nutné jídlo odmítat).

**7.5 Cíl č. 5 – Vytvořit edukační osnovu pro všeobecné sestry pracující  
na onkologické ortopedii**

Zde bude vložena vytištěná prezentace





## Závěr

Bakalářské práce na téma „*Edukace pacientů na onkologické ortopedii*“ je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a druhá část je empirická.

Teoretická část je rozdělena do 6 kapitol. První kapitola je věnována edukaci. Je zde zmíněn vývoj edukace v ošetrovatelství a její úloha ve zdravotnictví. Dále jsou zde popsány zásady, formy, metody a cíle edukace. Druhá kapitola se věnuje pacientovu pojetí nemoci, které bezprostředně souvisí s edukací pacienta. Ve třetí kapitole je popsána onkologická ortopedie jako obor, který se věnuje léčbě nádorových onemocnění pohybového aparátu. Podrobně jsou zde popsány zhoubné kostní nádory, které se na tomto oddělení léčí komplexně, jako na jediném ortopedickém pracovišti v ČR. Čtvrtá kapitola se věnuje farmakologické léčbě již zmíněných zhoubných kostních nádorů. Jsou zde podrobně popsány vedlejší účinky i komplikace chemoterapie. Následující kapitola zmiňuje způsoby podávání chemoterapie a jejich komplikace. Poslední šestá kapitola popisuje edukaci onkologického pacienta na zmiňovaném oddělení a zmiňuje kompetence všeobecných sester v léčbě a přístupu k onkologickému pacientovi.

V empirické části jsou interpretovány výsledky tří průzkumných šetření. V prvním šetření bylo cílem zjistit pacientovo pojetí nemoci na základě analýzy dotazníků IPQ-CZ. Po vyhodnocení těchto dotazníků jsem došla k závěru, že edukace onkologického pacienta, by se stala efektivnější a adresnější, kdyby jí předcházelo vyplnění zmíněného dotazníku pacientem a analýza sestrou, která bude edukaci provádět. Toto šetření poukáže na oblasti, kde je potřeba edukaci individualizovat. Dalšími cíli této práce bylo zmapovat názory a postoje pacientů, kteří prošli léčbou na tomto oddělení k již proběhlé edukaci a názory všeobecných sester, které na tomto oddělení pracují. Těchto cílů bylo dosaženo pomocí strukturovaných rozhovorů. Zde bych jako autorka poznamenala, že vzhledem k osobnímu vztahu ke všem zúčastněným respondentům, byly rozhovory nejpříjemnější etapou při psaní této práce. Jedním ze stěžejních cílů této bakalářské práce bylo na základě analyzovaných rozhovorů vytvořit tištěnou formu edukace pro pacienty na oddělení onkologické ortopedie, neboť dosud edukace probíhá pouze formou edukačního rozhovoru. S velkou radostí mohu konstatovat, že se podařilo vytvořit edukační informační leták, jehož nástin je uveden v diskusní části. Posledním cílem bylo vytvořit edukační osnovu pro všeobecné sestry, pracující na zmíněném



oddělení. I tohoto cíle bylo dosaženo. PowerPointová podoba osnovy je také ukázána v diskusní části.

Závěrem bych jako autorka chtěla vyjádřit uspokojení, neboť se podařilo dosáhnout všech vytyčených cílů a věřím, že tato práce přinese užitek nejen pacientům, ale i sestřám na tak náročném oddělení jakým onkologická ortopedie bezesporu je.

Dovolte, abych úplným závěrem poděkovala celému kolektivu Onkologické ortopedie Nemocnice Na Bulovce za obětavost, empatii a trpělivost, kterou všichni jeho členové věnují svým pacientům v jejich nemoci.

*„Správná léčba, správnému pacientovi ve správný čas a na správném místě“*

Motto Českého národního onkologického programu

## **Anotace**

Autor:	Renata Grymová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Edukace pacienta na oddělení onkologické ortopedie
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková Ph.D.
Počet stran:	124
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2014

Bakalářská práce se zabývá edukací pacienta na onkologické ortopedii. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se věnuje problematice edukace, onkologické ortopedii, podávání chemoterapie, kompetencím sester pracujících na onkologickém pracovišti a edukačním okruhům na onkologické ortopedii. Empirická část obsahuje dotazníkové šetření na zjištění pacientova pojetí nemoci, interpretace rozhovorů se všemi respondenty a interpretace splněných cílů bakalářské práce.

Klíčová slova: onkologie, ortopedie, pacient, edukace, chemoterapie

## **Annotation**

Author: Renata Grymová

Institution: Institute of social medicine  
Faculty of medicine in Hradec Kralove  
Nursing care department

Name of theses: Patient education on oncology orthopedics

Head of theses: Mgr. Eva Vachková, Ph.D

Number of pages: 124

Number of attachments: 8

Year of defence: 2014

Summary: Bachelor thesis is focusing on education of patient in oncological orthopedic ward. This thesis consists of two parts: theoretical and empirical. Theoretical part deals with the issue of education, oncological orthopedic, chemotherapy administrating, competences of nurses working in oncological orthopedic ward and educational topics in oncological orthopedics. Empirical part consists of questionnaire that is supposed to find out patients perception of illness, interpretation of all dialogues with respondents and also interpretation of fulfilled aims of this bachelor theses.

Key words: oncology, orthopedics, patients, education, chemotherapy

# Seznam použité literatury

## Monografie, skripta, interní předpisy

- ALEXANDER, M. F.**, *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
- ABRAHÁMOVÁ, J., a kol.** *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing a.s, 2009, 143 s. ISBN 80-247-30-634
- BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ T.**, *Praktická diabetologie*. 3.vyd. Praha: Maxdorf – Jesenius, 2003, 479 s. ISBN 80-85912-69-4
- BASTL, P., ŠVEC V.** *Zdravotník lektorem*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
- BECKER, H. D., a kol.**, *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.
- BERAN, M.**, *Implantace venózního portu, vnitřní směrnice NNB*, 2013
- DUNGL, P., a kol.**, *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
- HENDL, J.**, *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál, 2005, 407 s. ISBN 80- 736-7040-2
- HERMAN, J., MUSIL, D.**, *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada Publishin a.s, 2011, 262 s. ISBN 80-247-3335-8
- HYNKOVÁ, L., ŠLAMPA, P.**, *Radiační onkologie-učební texty*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2009. 242 s.
- HUBÁČEK, J.**, *Přístupy k centrální žilní kanylaci u hematoonkologických pacientů*. Doktorská disertační práce. Olomouc: LF UP. 2004
- JUŘENÍKOVÁ, P.**, *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing a.s, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAREŠOVÁ, J., a kol**, *Praktické rady pro onkologické pacienty*, Praha: Maxdorf, 2010. 143 s. ISBN 978-80-7345-217-9

**KLENER, P.**, *Klinická onkologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002, 686 s. ISBN 80-7262-151-3

**KLENER, P.**, *Protinádorová chemoterapie*. Praha: Galén, 1996, 614 s. ISBN 80-858-241-61.

**KLENER, P., VORLÍČEK, J., et al.** *Podpůrná léčba v onkologii*. 1.vyd. Praha: Galén, 1998, 229 s. ISBN 80-902501-2-2.

**KOŠŤÁLOVÁ, J.**, *Implantovaný podkožní port pro dlouhodobý žilní přístup*. Standardní ošetrovatelský postup NNB

**KOZÁKOVÁ, I.**, *Edukace pacientů v problematice venózních portů*, Diplomová práce, FZS – UP Olomouc, 2010. Dostupné na <http://theses.cz/id/4577mj/95013-338118824.pdf>

**KUTNOHORSKÁ, J.** *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2

**KŘIVOHLAVÝ, J.**, *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0

**LULLMAN, H., MOHR, K., ZIEGLER, A.**, *Barevný atlas farmakologie*. Praha: Grada Publishing a.s, 2002, 372 s. ISBN 80-247-1672-0

**LULLMAN, H., MOHR, K., WEHLING, M.**, *Farmakologie a toxikologie*. Přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing a.s, 2004, 725 s. ISBN 80-2470-836-1

**MAGUROVÁ D., MAJERNÍKOVÁ L.** *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009, 160 s. ISBN 978-80-8063-326

**MALOTOVÁ, L.**, *Edukace po odstranění žlučníku*. Bakalářská práce, MU Brno, 2009

**MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E.**, *Pacientovo pojetí nemoci I*, Brno: MSD s.r.o, 2009, 64 s. ISBN 978-80-7392-120-0

**MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E.**, *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD s.r.o, 2010, 171 s. ISBN 978-80-7392-150-7

**MUSÁLKOVÁ, S., LAFKOVÁ, R., KOŠŤÁLOVÁ, J.**, *Aplikace cytostatik*. Standardní ošetrovatelský postup NNB

- NAVRÁTIL, L., a kol**, *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, 424 s. ISBN 80-247-6990-5
- O'CONNOR, M., ARANDA, S.**, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada Publishing a.s, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- PENKA, M., TESAŘOVÁ, E.**, *Hematologie a transfuzní lékařství II*. Praha: Grada Publishing a.s, 2012, 192 s. ISBN 80-247-3460-5
- PERUŠIČOVÁ J.** *Trendy soudobé diabetologie*. Svazek 3. Praha: Galén, 1999, 151 s. ISBN 80-7262-036-3.
- PRŮCHA, J.**, *Moderní pedagogika*. 2.vyd. Praha: Portál s.r.o, 2002, 488s. ISBN 80-7178-631-4.
- SLEZÁKOVÁ, L., a kol**, *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III*. 2. přeprac. vydání. Praha: Grada Publishing a.s, 2013, 248 s. ISBN 80-247-8771-7
- SVĚRÁKOVÁ, M.**, *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, 64 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R.**, *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2006, 252 s. ISBN 80-247-1213-X
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.**, *Kreativní ošetřovatelský management*. 1.vyd.Praha: Advent – Orion s. r.o, 2003, 477s. ISBN 80-7172-841-1.
- VOKURKA, M., HUGO, J.**, *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2011, 519 s. ISBN 80-734-5262-6.
- VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., a kol.**, *Klinická onkologie pro sestry*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 450 s. ISBN 80-247-7768-1.
- ZÁVODNÁ, V.**, *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 1.vyd. Martin: Osveta s.r.o, 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X

### **Odborné články**

**FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M.**, Implantabilní porty u onkologických pacientů, *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti, suppl. 3*. Praha: Tigris. ISSN1212-0634. 2006, roč. 9, č. 1, s. 34

**HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J.**, Podkožní aplikační komůrkový port systém při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných. *Vnitřní lékařství*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0042-773X. 1995, roč. 41, č. 1, s. 21- 27

**CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J.**, Intravenózní implantabilní portkatetry v klinické praxi, *Praktický lékař*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0032-6739. 2007, roč. 87, č. 6, s. 328-333

**LABUDÍKOVÁ, M., HUBÁČEK, J., JABLUNKOVÁ, A., LIŠKOVÁ, J.**, Implantabilní venózní porty v hematoonkologii. *Medicína pro praxi*.

**ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., SÝKOROVÁ, Z.**, Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných. *Praktický lékař*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0032-6739. 2005, roč. 85, č.12, s. 677-680

**KOUTNÁ, M.**, Kompetence sester v hojení ran. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 3, s. 30. ISSN 1801-464X.

### **Internetové odkazy**

<http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/#zasady>

<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>

<http://theses.cz/id/4577mj/95013-338118824.pdf>

[file:///C:/Users/Renata/Downloads/Diasova\\_bakalarska\\_prace.pdf](file:///C:/Users/Renata/Downloads/Diasova_bakalarska_prace.pdf)

## **Seznam zkratek**

**ATB** – Antibiotika

**CNS** – Centrální nervový systém

**CŽK** – Centrální žilní katetr

**ČR** – Česká Republika

**DICC** – Disseminovaná intravaskulární koagulopatie

**FR** – Fyziologický roztok

**Hb** – Hemoglobin

**ICN** – Mezinárodní rada sester

**NNB** – Nemocnice Na Bulovce

**NÚ** – Nežádoucí účinky

**PC** – Personal komputer – osobní počítač

**PŽK** – Periferní žilní katetr

**RTG** – Rentgenové vyšetření

**VAS** – Vizuální analogová škála



## Seznam grafů

Graf 1, 2 .....	str. 42
Graf 3, 4 .....	str. 43
Graf 5, 6 .....	str. 44
Graf 7, 8 .....	str. 45
Graf 9, 10 .....	str. 46
Graf 11, 12 .....	str. 47
Graf 13, 14 .....	str. 48
Graf 15 .....	str. 49

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 .....	str. 41
Tabulka 2, 3 .....	str. 50
Tabulka 4 .....	str. 51
Tabulka 5 .....	str. 64

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Strukturovaný rozhovor pro sestry .....	str. 100
Příloha 2 – Strukturovaný rozhovor pro pacienty.....	str. 100
Příloha 3 – Interpretace rozhovorů se sestrami .....	str. 101
Příloha 4 – Interpretace rozhovorů s pacienty .....	str. 107
Příloha 5 – Informovaný souhlas s rozhovorem .....	str. 121
Příloha 6 – Dotazník IPQ-CZ .....	str. 122
Příloha 7 – Edukační záznam NNB .....	str. 127
Příloha 8 – Souhlas s dotazníkovým šetřením .....	str. 128

## **Přílohy:**

### **Strukturovaný rozhovor k BP pro všeobecné sestry pracující na onkologické ortopedii**

- 1. Kolik je Vám let?**
- 2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**
- 3. Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**
- 4. Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**
- 5. V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**
- 6. Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**
- 7. Dokázala byste popsat pojem Reeducace?**
- 8. Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**
- 9. Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacienta s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**
- 10. Pokud ano, v čem ?**

### **Strukturovaný rozhovor pro pacienty**

- 1. Kolik je Vám let?**
- 2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?**
- 3. Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění před zjištěním onemocnění u Vás?**
- 4. Jaké jste dostal/a první informace o svém onemocnění?**
- 5. Jaké jste dostal/a informace o pracovišti na kterém se léčíte?**  
Myšleno odjinud a poté od nás, provoz oddělení apod. . .
- 6. Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou před zahájením léčby v oblasti životosprávy?**
- 7. V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**
- 8. V oblasti venózního portu?**
- 9. Jak sestra ověřuje, zda jste vše správně pochopil/a?**
- 10. Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostal/a dostačující k dobré spolupráci a zdárnému dokončení léčby?**
- 11. Uvítal/a byste tištěnou edukaci formou informačního letáku?**

## **Strukturovaný rozhovor pro sestry**

Zkratky před citacemi

**T:** tazatel

**R:** respondent

### **Rozhovor č. 1**

Rozhovor byl veden s E.Š., která pracuje na onkologické ortopedii jako všeobecná sestra 6 let.

**T: Kolik je Vám let?**

R: 25 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Vysokoškolské – bakalářské studium ošetrovatelství

**T: Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**

R: 6 let, z toho 5 let jako zdravotnický asistent

**T: Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**

R: Pojem edukace je informovat pacienta o všem co dělám, nebo budu dělat.

**T: V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**

R: Na našem oddělení jsou pacienti edukováni při příjmu a to o režimu oddělení, právech pacienta, zázemí, které na oddělení najdou. Dále o předoperační přípravě, pooperační péči, léčbě bolesti. Jsou seznámeni se zavedením venózních kanyl a portů. U onkologických pacientů provádíme edukaci o plánovaných vyšetřeních. Pacienti, kteří procházejí chemoterapeutickou léčbou, jsou edukováni staniční sestrou.

**T: Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**

R: Položím pacientovi otázku a nechávám ho vyjádřit se k danému tématu, popřípadě mu dám prostor pro jeho otázky.

**T: Dokázala byste popsat pojem Reeducace?**

R: Pojem reeducace znamená opakovaná edukace.

**T: Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**

R: Je určitě potřeba vytvořit informační letáky pro režim při chemoterapii, protože v současné době tuto možnost pacient nemá. Určitě by bylo jednodušší pro sestru a pochopitelnější pro pacienta, kdyby se informace předávali i v tištěné podobě.

**T: Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacienta s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**

R: Docela určitě.

**T: Pokud ano, v čem ?**

R: Usnadnila by práci sestry v tom, že by měl pacient čas si vše v klidu přečíst a připravit si dotazy, které se týkají provedené edukace, čímž se zkrátí čas, který musí sestra věnovat nutným informacím. Určitě by pacientovi pomohlo, mít stále při sobě informace, protože v začátku je informací obrovské množství a vzhledem k tomu, že se prakticky současně dozvedí svou diagnózu, je opravdu nemožné všechny informace pochopit. Sestře pracující v běžném provozu by určitě pomohlo mít základní informace, které je nutné pacientovi poskytnout, v ucelené formě na papíře. Mně osobně by určitá osnova pomohla, abych na nic při edukaci nezapomněla. V současné době zastupuji staniční sestru v době její nepřítomnosti, a tudíž jsem zodpovědná za ucelenou edukaci pacienta před chemoterapií. Mám k dispozici osnovu v power-pointové podobě, kterou využiji, pokud mám pacienta před chemoterapií sama edukovat.

## **Rozhovor č. 2**

Rozhovor byl veden s Z.M., která pracuje na onkologické ortopedii jako všeobecná sestra 1 rok.

**T: Kolik je Vám let?**

R: 24 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Vysokoškolské – bakalářské studium ošetrovatelství

**T: Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**

R: 1 rok, v adaptačním procesu

**T: Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**

R: Edukace je proces, při němž pacienta seznamujeme s problematikou určité oblasti, která souvisí s péčí o něho.

**T: V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**

R: U pacientů, kteří jsou přijati na naše oddělení probíhá základní edukace v oblastech chodu oddělení, vědí kdo je jejich ošetřující lékař a kde na oddělení najdou pro ně důležité místnosti jako sprchu, toalety a společenskou místnost. přípravy k operačnímu výkonu, medikace, pohybový režim a nutriční. Pacienty, kteří se léčí se zhoubným nádorem edukuje staniční sestra, nebo její zástupce. Myslím si, že pacienti jsou edukováni o výživě, komplikacích po chemoterapii a aplikaci cytostatik.

**T: Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**

R: Vždy kladu dotazy, zda pacient všemu rozumí a vše pochopil. Dám mu prostor na kladení otázek. Položím otázku, která se týká právě provedené edukace.

**T: Dokázala byste popsat pojem Reedukace?**

R: Reedukace je opětovná edukace při zjištění, že proběhlá edukace nebyla pro pacienta dostatečná. Dovysvětlení informací, kterým pacient nerozuměl.

**T : Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**

R: Vytvořením edukačních letáků pro pacienty. Určitě by bylo dobré mít pro sestry určitou osnovu, podle které by mohly edukovat i pacienty při chemoterapii, neboť v současné době tuto provádí staniční sestra a ostatní sestry se vlastně nezajímají o čem jsou pacienti v tomto směru edukováni.

**T: Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacienta s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**

R: Určitě ano.

**T: Pokud ano, v čem ?**

R: Nejvíce by se ušetřil čas. Pacient by měl informace po ruce, při jakýchkoliv pochybách by mohl nahlédnout do edukačního materiálu.

### **Rozhovor č. 3**

Rozhovor byl veden s M. P., která pracuje na onkologické ortopedii jako všeobecná sestra 4 roky.

**T: Kolik je Vám let?**

R: 38 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Středoškolské – všeobecná sestra

**T: Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**

R: 5 let

**T: Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**

R: Poučování a vysvětlování pacientovi danou věc, která se týká jeho léčby a léčebného postupu.

**T: V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**

R: Domácí režim na oddělení, je jim ukázáno zázemí, které je jim k dispozici. Dále se dovědí, kdo bude jejich ošetřující lékař. Seznamujeme je s léčebným postupem, předoperační přípravou, pooperační péčí a péčí o invazivní vstupy. U pacientů s chemoterapií se opakuje režim při chemoterapii. Základní a první edukaci u těchto pacientů provádí staniční sestra, nebo její zástupce.

**T: Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**

R: Vždy po vysvětlení určité oblasti, se pacienta zeptám, zda vše pochopil, popřípadě kladu otázku k dané problematice.

**T: Dokázala byste popsat pojem Reedukace?**

R: Reedukace je opakovaná edukace. Při každé nové hospitalizaci opakujeme již probrané oblasti a ujišťujeme se, že si pacient probrané informace pamatuje.

**T: Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**

R: Určitě by bylo dobré, aby edukaci u onkologických pacientů mohly provádět všechny sestry na oddělení a věděly v jakých oblastech by měl být pacient edukován.

**T: Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacienta s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**

R: Rozhodně ano.

**T: Pokud ano, v čem ?**



R: Pokud by byla tištěná forma edukačního letáku pro pacienty, určitě by to pomohlo sestřám, protože by pacient měl neustále k dispozici důležité informace a opakované edukace by probíhaly velmi jednoduše.

#### **Rozhovor č. 4**

Rozhovor byl veden s B.B, která pracuje na onkologické ortopedii jako všeobecná sestra 6 let.

**T: Kolik je Vám let?**

R: 25 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Vysokoškolské – bakalářské studium ošetrovatelství

**T: Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**

R: 6 let

**T: Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**

R: Edukace je soubor informací poskytovaných pacientům o jejich onemocnění, eventuelně režimových opatřeních. Jak se má pacient chovat ke své nemoci, jak předcházet komplikacím apod.

**T: V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**

R: Na našem oddělení jsou všichni pacienti při příjmu edukováni o chodu oddělení, právech pacientů, o tom kdo jej jejich ošetřující lékař, dále pak o předoperační přípravě, pooperační péči, léčbě bolesti, aplikaci injekcí a eventuelně o chemoterapii. Co se týká chemoterapie, tyto pacienty seznamuje s léčbou nejprve ve zkratce lékař a poté je edukuje staniční sestra, nebo její zástupce. Edukováni jsou o vedlejších účincích chemoterapie, komplikacích a správné životosprávě.

**T: Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**

R: Během edukace se vracím otázkami k vysvětlovaným věcem a zjišťuji, zda pacient danou věc pochopil nebo ne. Pokud zjistím, že mi nerozumí, snažím se opakovaně vysvětlovat.

**T: Dokázala byste popsat pojem Reedukace?**

R: Nejsem si úplně jistá, ale myslím si, že reedukace je nová edukace, která se provádí při změně stavu pacienta.

**T: Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**

R: Bylo by vhodné, aby pacienti dostávali nějakou edukační brožuru, kde by bylo všechno jednoduše popsáno a měli všechny informace dostupné i pro členy rodiny.

**T: Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacienta s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**

R: Určitě by pro pacienty jako pro laiky byla tištěná forma edukace lepší.

**T: Pokud ano, v čem?**

R: Tištěná forma by pro pacienty byla jistě srozumitelnější, měli by ji neustále při sobě a i sestřám by to usnadnilo komunikaci s nemocnými.

### **Rozhovor č. 5**

Rozhovor byl veden s P. V, která pracuje na onkologické ortopedii jako všeobecná sestra 1 rok.

**T: Kolik je Vám let?**

R: Je mi 44 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Střední odborné ukončené maturitou.

**T: Jak dlouho pracujete na onkologické ortopedii?**

R: Zde na oddělení pracuje 1 rok a dva měsíce.

**T: Jak byste popsala pojem Edukace pacienta?**

R: Edukace vyjadřuje činnost, při které někoho poučujeme něčím, seznamujeme s něčím a objasňujeme něco.

**T: V jakých oblastech je pacient edukován na vašem pracovišti?**

R: Ve všech důležitých pro jeho pobyt v nemocnici a pro jeho uspokojení v oblasti informovanosti. Je seznámen s chodem a domácím řádem, ví, kde najde na pokoji práva pacientů a je proveden po oddělení. Dozví se, na jakém pokoji bude ležet a kdo bude jeho ošetřující lékař. Dále jej sestra v rámci onemocnění seznámí s ošetřovatelskými intervencemi a postupy, které budou následovat. U pacientů procházejících léčbou chemoterapií, provádí edukaci staniční sestra, nebo její zástup.

**T: Jak ověřujete, zda pacient pochopil edukaci správně?**

R: Vždy zpětnými dotazy. Používám otevřené otázky, kde není možná pouze jednoslovná odpověď. A požaduji, aby mi pacient sám řekl, jak danou věc pochopil.

**T: Dokázala byste popsat pojem Reeducace?**

R: Reeducaci bych česky nazvala znovupoučení.

**T: Jak byste edukaci pacientů léčících se na vašem oddělení zdokonalila?**

R: Na našem oddělení, je edukace podle mého názoru kvalitní, jen je potřeba mít na ni více času, což, ale není bohužel mnohdy řešitelné z hlediska personálního obsazení. Co se týče pacientů s chemoterapií, zde by měla být každá sestra na tomto oddělení schopná takového pacienta edukovat ve všech oblastech.

**T: Myslíte si, že tištěná forma edukace pro pacient s chemoterapií by Vám práci zjednodušila?**

R: Zcela určitě.

**T: Pokud ano, v čem?**

R: Hlavně by práci nejen zjednodušila, ale i sjednotila a ucelila.

### **Strukturovaný rozhovor pro pacienty**

#### **Rozhovor č. 1**

Rozhovor byl veden se slečnou A. K, která jej poskytla po ukončení posledního cyklu pooperační chemoterapie. Hovor probíhal na pokoji pacientky, bez přítomnosti jiné osoby. Tato pacientka je léčena pro Osteosarkom stehenní kosti.

**T: Kolik je Vám let?**

R: 29 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání ?**

R: Vysokoškolské

**T: Jaké byla Vaše informace o daném onemocnění, před zjištěním nemoci u Vás?**

R: Před zjištěním nemoci u sebe, jsem žádné informace neměla, nevěděla jsem, že něco jako osteosarkom existuje.

**T: Jaké jste dostala první informace o svém onemocnění?**

R: Že jde o velice agresivní kostní nádor...*(pacientka pláče)*, ale tohle byla informace, kterou jsem dostala až zde. Úplně první informace na jiném pracovišti byla, že to vypadá na nádor, ale musí se dodělat ještě další vyšetření. Bylo mi řečeno, že vzhledem k agresivitě nádoru je nutná léčba a pokud neproběhne, je velice pravděpodobné, že umřu.

**T: Jaké jste dostala informace o pracovišti, na kterém se léčíte?**

R: Rodiče pátrali po známých a internetu, četli reference na Prof. D a Dr. M. Psala jsem mail na sekretariát kliniky s tím, že jsem vlastně svou diagnózu už znala, ale nebyla potvrzená. Prof. D mi odpověděl, že konzultace na naší klinice je víc než žádoucí, aby se mohlo začít okamžitě s léčbou. V té době jsem, ale protestovala a bránila se. Snažila jsem se najít nějakou možnost v alternativní medicíně. Bohužel došlo ke zlomenině v místě nádoru a to už jsem pod velkým tlakem rodičů souhlasila s návštěvou vašeho pracoviště. Při příjmu na oddělení si pamatuji, že jste se mnou i s rodiči mluvila, ukazovala jste mi oddělení, mluvila jste o spoustě věcí, které bych dnes určitě pobrala úplně jinak. Byla jsem v rozpoložení, že jsem nechtěla mluvit s nikým a Vás jsem se snažila ignorovat. Víím, že s rodiči ta komunikace probíhala a dnes zpětně se omlouvám za svou reakci, neboť víím jak důležité informace jste se snažila mi sdělit. V průběhu léčby jsem se setkala s tím, jak poučujete právě přijímaného pacienta, a víím, že informace, které pacientům sestřičky říkají, jsou důležité, aby pacient věděl kde, co najde, na koho se má obrátit a s čím a je toho opravdu spousta.

**T: Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou před zahájením léčby v oblasti životosprávy?**

Tak tohle je jedna z věcí, kterou bych potřebovala mít na papíře, protože jak jsem všechny informace vstřebávala hodně špatně s tímhle jsem opravdu bojovala. V době, kdy jsem nastoupila do nemocnice jsem byla v podstatě vegan, který se živil jen ovocem a zeleninou. Určitě jste mi v začátku říkala, co smím a nesmím, ale já si to nepamatovala a rodiče mě společně se sestřičkami neustále upozorňovali, že to, co chci jíst, vlastně nesmím. Bylo by i lepší, kdyby jste rozvedla více druhy ovoce, které nesmíme a proč, protože obecně je ovoce i zelenina zdravé a já neviděla důvod, proč bych třeba zrovna pomeranč nemohla v době, kdy kape metotrexát. Určitě jste mi zakázala alkohol a řekla, jste, že musím hodně pít vody a čaje. Co se týče režimu, odpočinku a ochrany svého zdraví, bylo informací podle mě dost a vystačila jsem si s nimi.

**T: V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**

R:V téhle oblasti jsem dostala informaci možná až moc, a byly odstrašující. Asi bych to nemusela slyšet všechno najednou. Vypadání vlasů a zvracení pro začátek bohatě stačí. U mě třeba některé komplikace jako jsou vysoké teploty, afty, průjmy a infekce zas tak dramaticky neprobíhaly a asi mě tyhle informace zbytečně vystrašily. I když pokud se nad tím zpětně zamyslím, je vlastně důležité, aby pacient tyhle informace měl, protože ho to pak nepřekvapí a nebude zbytečně zmatkovat, když ten stav přijde. V poslední době mi po chemoterapii hodně klesá hemoglobin, červené krvinky a destičky, no a díky informacím, které jsem dostala vím, že se to dá řešit a nemusím se bát nějaké veliké komplikace. Popravdě musím říct, že všechny informace, které přišli v začátku si pamatovali hlavně rodiče, protože Vás na rozdíl ode mě poslouchali. Já jsem se s tím začala smířovat později a vím, že když jsem odcházela po prvních třech týdnech domů, tak jste mluvila o útlumu krvetvorby, aftech, teplotách, vypadávání vlasů a průjmu. Zdůrazňovala jste, abych se vyhnula styku s lidmi, kteří mají rýmu a kašel a taky jste říkala co mám dělat, pokud se nějaká komplikace objeví.

**T: V oblasti venózního portu?**

R: K portu si myslím, že nepotřebuju jako pacient vědět nic kromě toho proč je to nutné a jak dlouho to budu mít zavedené. Dostala jsem brožurku, která jak jste říkala, je součástí balení portu a ta je hezky a jednoduše napsaná. K té asi není potřeba nic dodávat. Nabízela jste mi možnost podívat se na fotky ze sálu, kdy se port zavádí, ale tuhle možnost jsem nevyužila. Nicméně si myslím, že jsou určitě pacienti, kteří se rádi podívají.

**T: Jak sestra ověřuje zda jste vše správně pochopila?**

R: Nepamatuju si, jestli jste se při těch prvních informacích ptala, zda jsem pochopila, co mi říkáte, ale teď už se ptáte a i pohledem poznáme, jestli je to tak jak chceme, aby bylo. I sestřičky se ptají, jestli se chci na něco zeptat. I když by asi v začátku bylo potřeba to ověřovat víc, protože podle mě nikdo hned nepobere to, že může umřít.

**T: Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostala dostačující k dobré spolupráci a zdárnému dokončení léčby?**

R: Z mého pohledu bylo těch informací hodně, ale pro mě některé nepodstatné a naopak byly věci, které jsem si zjišťovala sama. Třeba jsem měla ze začátku zmatek o tom kolik cyklů bude. Říkala jste, že to bude asi do jara, ale já jsem tuhle informaci

naprosto ignorovala. Hodně mi pomohlo, když jste mi přinesla kartu, kde byly předdefinované všechny cykly. Jinak informace, které jsem hledala, by asi nebyly důležité pro všechny, takže není nutné je podávat všem pacientům. Spíše se týkaly alternativní medicíny. Pokud to můžu shrnout, informace, které jsem v začátku léčby dostala byly určitě dostačující proto, abych pochopila, jak je důležité spolupracovat a mít vůli a motivaci se vyléčit a hlavně přežít

**T: Uvítala byste tištěnou edukaci formou informačního letáku?**

R: Určitě to bude pro pacienty hodně přínosné. Mě by se moc líbilo mít neustále všechny potřebné informace při sobě. Hlavně v začátku, kdy vnímáte každé páté slovo. Později se naučíte, poznáte a víte, kde tu danou informaci seženete.

T: Děkuji Vám.

## **Rozhovor č. 2**

Rozhovor byl veden s mladým mužem M. M, který se na našem oddělení léčil pro Osteosarkom holenní kosti. V době rozhovoru prochází posledním cyklem pooperační chemoterapie.

**T: Kolik je Vám let?**

R: Nedávno mi bylo 22 let.

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Zatím středoškolské. V současné době jsem přerušil studium na vysoké zemědělské škole kvůli nemoci.

**T: Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění před zjištěním nemoci u Vás?**

R: Věděl jsem, že něco takového existuje a že se na to velmi často umírá. Konkrétně o svém typu nádoru jsem nevěděl nic. Minulý rok jsem náhodou sledoval v televizi seriál a jeho hlavní protagonista měl rakovinu kosti.

**T: Jak jste dostal první informace o svém onemocnění?**

R: Úplně první informace byla, že to vypadá na nějaký nádor. První validní informace přišla od lékaře na zdejší ambulanci. Řekl mi, že mám zhoubný nádor v kosti. Zeptal jsem se, jestli mi může tu nohu uříznout, abych to přežil, protože jsem byl přesvědčený, že bez amputace umřu. Pan doktor mě okamžitě zastavil a řekl, že není nutné nohu amputovat, protože tenhle typ nádoru se dá velmi dobře léčit chemoterapií a operací, která nebude tak radikální. Musím říct, že mě hodně uklidnil. Potom jste si pro mě přišla na ambulanci a odvedla mě na pokoj. Pamatuju si, že pro mě bylo hrozně důležité, jak klidně a přesvědčivě jste mluvila, když jste mě ujišťovala o tom, že jsem na správném místě a uděláte společně všechno pro to, abych se uzdravil. Moc mi to v té chvíli pomohlo a vlastně jsem se asi přestal tolik bát, že umřu.

**T: Jaké jste dostal informace o pracovišti na kterém se léčíte?**

R: O ortopedické klinice jsem se dozvěděl na základě konzultace s obvodním ortopedem, který po RTG snímku volal Dr. L. Po konzultaci s ním mi řekl, že mě odesílá na specializované pracoviště. Na internetu jsem se dozvěděl, co jste za pracoviště, a vyhledal jsem si nějaké reference. Cestou z ambulance na oddělení jste mi vysvětlovala, kam jdeme, jak oddělení vypadá, ukázala jste mi kde je společná sprcha, toaleta a kde najdu společenskou místnost. Na pokoji jsme se bavili o chodu oddělení, právech pacientů a hlavně o tom, co bude následovat. Odběr vzorku, potvrzení diagnózy a eventuelní chemoterapie. To pro mě bylo nejdůležitější. Nepotřeboval jsem asi vědět, kdy jsou návštěvy a v kolik mě budete ráno budít.

**T: Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou před zahájením léčby v oblasti životosprávy?**

R: Před chemoterapií jsem se dozvěděl, jakou dietu musím držet při kapání metotrexátu, že nesmím jíst maso, ovoce a zeleninu s vysokým obsahem vitamínu C. Co se týče tekutin, říkala jste, že v žádném případě nesmím alkohol. Pak jste mluvila o džusech a šťávách, že je musím hodně ředit. Chyběla mi informace, proč tu danou potravinu nemůžu. Uvítal bych v tomhle směru trochu víc podrobností. Povíдали jsme si o tom, že budu muset hodně odpočívat a vyhýbat se styku s nemocnými lidmi. Dál jste mluvila o tom, že nemám chodit na místa, kde se kumuluje víc lidí v uzavřeném prostoru. Mám si dávat pozor, abych nenastydl, protože jakákoli infekce mě může ohrozit na životě.

**T: V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**

R: Dostal jsem informaci, že prvním vedlejším účinkem bude zvracení a vypadání ochlupení. Dál jste říkala, že po chemoterapii může dojít k dřevnému útlumu, se kterým souvisí riziko infekce, únava, riziko krvácení. Pak jste mluvila o průjmu, který souvisí s poškozením sliznice trávicí trubice, stejně jako afty a zánět dásní. Poučovala jste nás, co dělat v případě, že k nějaké komplikaci dojde.

**T: V oblasti venózního portu?**

R: První cyklus chemoterapie jsem dostal do žíly, protože jsem začal kapat hned druhý den po odebrání vzorku a to byla sobota. V pondělí jste přišla s možností zavedení speciální komůrky, která nám všem podávání chemoterapie usnadní. Přinesla jste letáček, kde všechny dostupné informace jsou a já se zeptal jak to vypadá. Jinak jste mi vysvětlila, jak dlouho budou stehy, jestli se budu moct koupat. Trochu mi chyběla informace o rozsahu pohybu, ale tu jsem si vyhledal na internetu.

**T: Jak sestra ověřuje, zda jste vše pochopil správně?**

R: Ptala jste se a i sestřičky se vždycky zeptají, jestli jsem to pochopil. Většinou mi dáváte kontrolní otázku, co budu dělat, když...

**T: Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostal dostačující k dobré spolupráci a zdárnému dokončení léčby?**

R: Naprosto. Co jsem potřeboval vědět navíc, jsem se doptal. Nicméně si myslím, že poučení pacienta, které provádíte, je naprosto dostačující.

**T: Uvítal byste tištěnou edukaci formou informačního letáku?**

R: Určitě je to lepší. Mě jste napsala všechny informace na papír a dala jste mi je než jsem odcházel po prvním cyklu chemoterapie domů. Pokud máte v plánu vytvořit něco tištěného se všemi důležitými informacemi, které se týkají chemoterapie, je to výborný nápad. Myslím, že tím usnadníte práci sama sobě, sestřičkám a hlavně pomůžete pacientům, aby se v té své nemoci neztráceli a věděli přesně, co je čeká a co mají dělat.

T: Děkuji



### **Rozhovor č. 3**

Rozhovor byl veden se slečnou K. K., která se na onkologické ortopedii léčila pro Ewingův sarkom lýtkové kosti. Rozhovor probíhal po 6 týdnech od ukončení léčby.

**T: Kolik je Vám let?**

R: V dubnu mi bylo 22

**T: Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?**

R: Střední odborné, jsem prodavačka v potravinách

**T: Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění před zjištěním nemoci u Vás?**

R: Neměla jsem potuchy o tom, že něco takového existuje. Věděla jsem, že je rakovina, ale nikdy mě nenapadlo, že může být v kosti.

**T: Jaké jste dostala první informace o svém onemocnění?**

R: No když mi z ničeho nic začala růst boule na lýtku, začala jsem o tom hrozně přemýšlet. Nejdřív to vypadalo jako modřina, ale pořád to nepřestávalo bolet, tak jsem to řekla mamce. Ta hned volala někomu známému do Vinohrad a hned druhý den jsme tam šli na ambulanci. Pan doktor jak tu bouli viděl, oznámil, že objedná magnetickou rezonanci a podle výsledku uvidíme co dál. To už mi začalo hodně ležet v hlavě, co to sakra na té noze je. Po magnetické rezonanci hned volal na Bulovku, kde nás objednali hned na druhý den. Pan doktor mi řekl, že to vypadá na nádor a hned nás posle na pracoviště, kde se tím zabývají. Neřekl jestli je to zhoubné nebo ne. Na Bulovce už mi doktor řekl, že se jedná nejspíš o zhoubný nádor kosti, který roste už do okolí. Je prý potřeba udělat ještě CT plic, protože tohle onemocnění dělá metastázy, a pak je nutné odebrat vzorek. V tuhle chvíli mi, ale vůbec nedocházelo, o co se jedná. Na příjem jsem měla přijít hned druhý den.

**T: Jaké jste dostala informace o pracovišti, na kterém se léčíte?**

R: Pamatuju si, že sestřička když mě přijímala, tak mluvila o tom, kde co najdu, jak se tohle oddělení jmenuje, dozvěděla jsem se na jakém pokoji budu ležet a kdo bude můj ošetřující lékař. Víím, že mluvila o nějakých právech pacientů, ale to mě zrovna moc

nezajímalo. Na pokoji už ležela jedna pacientka, která neměla vlasy a v tu chvíli mi vlastně začalo docházet, kde to jsem a proč.

**T: Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou před zahájením léčby v oblasti životosprávy?**

R: Víím, že jste mluvila o tom, že při léčbě nejspíš zhubnu, a proto bude potřeba vždycky doma dohnat co v nemocnici v jídle zmeškám. Vysvětlovala jste, že žádnou speciální dietu držet nebudu, ale u někoho že chemoterapie může vyvolat nechutenství. Bavili jsme se o tom, že musím jíst hodně zeleniny, ovoce, vývary i maso. Ptala jsem se na sýry, protože ty miluju a vysvětlila jste, že je potřeba se vyhnout sýrům s plísní, které by mohly být zdrojem infekce. Jinak jste mluvila o dostatku tekutin s tím, že nemám pít hodně koncentrované džusy a hlavně nesmím pít alkohol. Pak co se týče režimu doma, jste vysvětlovala, jak je důležité odpočívat, vyhýbat se místům, kde je hodně lidí, abych se nenakazila obyčejnou chřipkou, že to by mohlo být pro mě nebezpečné.

**T: V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**

R: No tak o tomhle jsme mluvily hodně, ale přiznám se, že jsem si toho moc nepamatovala. Bylo dobré, že jste mi na konci prvního cyklu všechno napsala, protože toho bylo fakt hodně. Dneska už to víím, protože mě to všechno potkalo. Víím, že jste mluvila o zvracení, o tom, že mi vypadají vlasy, pak že po asi týdnů dojde k útlumu tvorby krevních složek. To jste vysvětlovala hodně podrobně, co mi může být, když bude málo červených krvinek, když budou dole bílé krvinky, že je vysoké riziko teplot a infekce, že můžu mít afty a zánět dásní. Bylo toho fakt hodně, ale zpětně musím říct, že jsem na všechno aspoň byla připravená a věděli jsme co přesně dělat.

**T: V oblasti venózního portu?**

R: Mluvily jsme o něm jako o možnosti podávání chemoterapie, protože jste říkala, že moje žíly jsou hodně špatné. Přinesla jste brožurku, kde bylo hezky vysvětlené a namalované. Jednoznačně jsem se zavedením souhlasila a jsem ráda, že ta možnost tady je.

**T: Jak sestra ověřuje, zda jste vše správně pochopila?**

R: Vždycky se zeptá, jestli všemu rozumím a snaží se opakovaně mi všechno vysvětlit. I když musím říct, že to nedělají všechny. Asi se spoléhají, že když tady ležím často, tak už všechno vím.

**T: Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostala dostačující k dobré spolupráci a zdárnému ukončení léčby?**

R: Určitě ano. Myslím, že jsme věděli všechno, co jsme potřebovali.

**T: Uvítala byste tištěnou edukaci formou informačního letáku?**

R: Určitě ano, moc mi pomohlo, že jste mi všechny ty informace napsala. Je lepší, mít to všechno napsané a při sobě, když něco zapomenete, nebo si něčím nejste jistá.

T: Děkuji.

#### **Rozhovor č. 4**

Byl veden s paní L.M, která prošla léčbou pro zhoubný nádor kosti s metastázami v prsu. Podstoupila 6 pooperačních cyklů chemoterapie.

**T: Kolik je Vám let?**

R: Bylo mi v březnu 38 let.

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Mám maturitu na střední ekonomické škole.

**T: Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění, před zjištěním nemoci u Vás?**

R: Informace jsem měla v podstatě nulové, na úrovni laické veřejnosti.

**T: Jaké jste dostala první informace o svém onemocnění?**

R: Informace byly zpočátku velmi chaotické, jelikož jsem se léčila na jiném pracovišti, kde mi bylo řečeno, že s tímto druhem onemocnění nemají zkušenosti. To ve mně vyvolávalo spíš strach a obavu o své zdraví a i život. Byla jsem dost vyděšená a myslela

jsem si, že není žádná šance na léčbu, když nejsou zkušenosti. Po první návštěvě na tomto pracovišti, jsem dostala nové informace plné naděje, že tento druh onemocnění se dá léčit v kombinaci operace a chemoterapie. Vysloveně mi bylo řečeno: „*Nebojte se, my tohle umíme*“. Spadl mi obrovský kámen ze srdce

**T: Jaké jste dostala informace o pracovišti, na kterém se léčíte?**

R: Informace o oddělení byly, že se jedná o specializované pracoviště, zaměřené na léčbu kostních nádorů. Byla jsem seznámena s provozem oddělení, dozvěděla jsem se kdy jsou návštěvy, kdo je můj ošetřující lékař, kde najdu práva pacientů vytištěný domácí řád oddělení. Dále mne provedla sestřička po oddělení, abych věděla kde je která místnost. Bylo toho hodně, ale všechno důležité pro můj dobrý pocit.

**T: Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou před zahájením léčby v oblasti životosprávy?**

R: V oblasti stravy jste mluvila o pravděpodobném úbytku váhy a o tom jak je důležité jíst kvalitní, výživné a správně připravené a upravené potraviny. Mluvila jste o pitném režimu. Dále jste nás poučovala o potravinách a tekutinách, které naopak moc vhodné nejsou. Pamatuju si, že jste zdůrazňovala odpočinek a vyhýbání se nemocným lidem. Protože jste věděla, že mám děti, zmínila jste nutnost eliminace styku s nimi, pokud by byly nastydlé.

**T: V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**

R: Mluvila jste o zvracení, únavě, vypadání vlasů. Dál jste zmínila rapidní změny v krevním obrazu a s tím spojené stavy únavy, riziko infekce, teploty, afty a možnost krvácení. Pamatuju si, že jste mluvila o průjmech nebo zácpě. Toho bylo hodně a byla jsem ráda, že u toho byl manžel a maminka, protože já bych to asi sama nezvládla. Dost mě to vyděsilo. Nicméně dnes s odstupem času jsem ráda, že jste nám to všechno řekla dopředu, protože všechno přišlo a já na to byla připravená. Věděla jsem kdy mám volat a kam, co je důležité řešit hned a co může počkat.

**T: V oblasti venózního portu?**

R: Port jste zmínila jako možnost, která nahradí klasické kanyly a s nimi spojené nepříjemnosti s žilami. Dala jste mi k němu leták, abych se podívala na obrázcích a

přečetla si co to vlastně je. Port jsem uvítala, moc mi pomohl a hlavně ulehčil aplikace chemoterapie.

**T: Jak sestra ověřuje, zda jste vše správně pochopila?**

R: Přišlo mi vtipné, jak jste se vždycky ptala na to, jak chápu danou věc já. Musela jsem vám opakovat, o čem jsme se bavily, abyste se ujistila, že vše s manželem chápeme správně. Jinak i sestřičky se vždycky ptaly, jestli všemu rozumím a nepotřebuju ještě něco vysvětlit.

**T: Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostala dostačující k dobré spolupráci a zdárnému dokončení léčby?**

R: Myslím, že informace byly v pořádku a dostačující. Když jsem chtěla vědět něco navíc, vždy jsem dostala odpověď. Informací bylo hodně, ale dnes chápu, že bylo opravdu důležité je mít všechny, aby to všechno čím jsem prošla, mělo dobrý průběh a hlavně jsem léčbu přežila.

**T: Uvítala byste tištěnou edukaci formou edukačního letáku?**

R: Určitě, jelikož prvotních informací je tolik, že se v tom člověk lehce ztratí a nemá šanci si vše správně zapamatovat. Pak přijdou první komplikace, a pokud bych neměla vše na papíru, zbytečně bych panikařila co se děje. Takhle by to měli pacienti všichni stejně dané a nikdo by nemohl říct: „*Tohle nevím, to jste mi neřekla*“. V tomhle smyslu by informační leták byl určitě fajn.

T: Děkuji Vám.

### **Rozhovor č. 5**

Byl veden s panem D. V., který léčbu chemoterapií na oddělení onkologické ortopedie prodělal opakovaně, během třech let. Jednalo se o osteosarkom femuru s následnou metastázou do plic. Naše setkání proběhlo v květnu tohoto roku a v srpnu pacient bohužel v důsledku progresu onemocnění zemřel.

**T: Kolik je Vám let?**

R: Bylo mi 39 let

**T: Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?**

R: Vysokoškolské, jsem inženýr ekonomie.

**T: Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění před zjištěním nemoci u Vás?**

R: Jen velmi okrajové, věděl jsem, že existuje rakovina kosti, ale žádné podrobnosti jsem nikdy nezkoumal, protože jsem to nepotřeboval.

**T: Jaké jste dostal první informace o svém onemocnění?**

R: No v podstatě dost strohé. Lékař v nemocnici, kam jsem šel poprvé s tím, že mě bolí dlouho koleno a hlavně v noci, mě poslal na RTG vyšetření. Pak si mě vzal do ordinace a řekl mi, že na kosti je nějaký stín, který tam být nemá. Vyslovil podezření na nějaký útvar a poslal mě na CT a MRI. To už ve mně trochu začalo růst podezření. Po těchto vyšetřeních mi řekl, že to opravdu vypadá jako nádor a že musím na konzultaci na specializované pracoviště. Na první konzultaci jsem se dostal v podstatě hned na základě telefonátu a zaslání dokumentace. Na ambulanci mi lékař vysvětlil, že se jedná pravděpodobně o zhoubný nádor kosti a je třeba co nejdříve odebrat vzorek na histologické vyšetření a v případě nálezu okamžitě zahájit léčbu, která spočívá v předoperační chemoterapii, operaci a zajišťovací pooperační chemoterapii. Neměl jsem moc času na přemýšlení, přijali jste mě hned ten den a druhý den jsem šel na operaci. Chemoterapie začala kapat dva dny po operaci.

**T: Jaké jste dostal informace o pracovišti na kterém se léčíte?**

R: První informace byly typu, že mě předají do péče na specializované oddělení, na kterém se léčí nádory kostí. Na internetu jsem si našel spoustu referencí a informací, které mne utvrdily v tom, že jedu na správné místo, a pokud mi má někdo pomoci, je to právě tým lékařů na tomhle pracovišti. Když jste mne přivedla na oddělení z ambulance, kde jsem dostal základní informace, ukázala jste mi oddělení a odvedla mne na pokoj. Měl jsem možnost ležet na nadstandardním pokoji a tu jsem uvítal. Mluvila jste o návštěvách a řádu oddělení. Na pokoji jsou k dispozici práva pacientů, denní režim a podobné organizační informace, které mi sestřičky v průběhu přijímacího rozhovoru ještě opakovaly.

**T: Jaké informace Vám byly poskytnuty sestrou při zahájení léčby v oblasti životosprávy?**

R: Přiznám se, že jsou to tři roky, co jsem začal s první chemoterapií, tak už si toho moc nepamatuju. Ale vzhledem k tomu, že jsem kapal opakovaně, tak si na něco určitě vzpomenu. Vzhledem k jídlu, jste mluvila o tom, že zhubnu a je teda potřeba snažit se hodně jíst zdravou a vyváženou stravu. Říkala jste, že budou dny, kdy nebudu moct jíst maso nebudu smět kyselé. Jinak jste mluvila o tekutinách a těch doplňcích stravy, kdybych mě problém jíst. Víc si nepamatuju. No, pak jste říkala, že musím odpočívat a nesmím nastydnout. Měli jsme v té době osmiměsíční miminko, tak jste vždycky říkala, pozor na rýmu a kašel. Víím, že jste zakázala chodit k lékaři na náběry mezi nemocné lidi.

**T: V oblasti vedlejších účinků a komplikací po chemoterapii?**

R: No mluvili jsme o vypadání vlasů a chlupů a o zvracení nebo únavě. Pak jste říkala, že dojde k poklesu složek v krevním obrazu. Víím, že jste vysvětlovala následky poklesu všech složek. Takže jste zmínila riziko infekce, teploty, afty, průjmy, krvácení. Říkala jste jak je důležité řídit se pokyny o náběrech a o tom, co mám dělat když cokoli z toho přijde. Dostal jsem telefon na oddělení, kam jsem měl volat.

**T: V oblasti venózního portu?**

R: O portu jste mluvila jako o druhé možnosti pro podávání chemoterapie. Ukazovala jste mi obrázky, abych věděl, kam se dává a jak vlastně funguje. Musím říct, že jsem port hodně ocenil a vlastně ho mám dodneška.

**T: Jak sestra ověřovala, že jste vše správně pochopil?**

R: Vždycky jste se ptaly, jestli všemu rozumím a Vy jste pokaždé chtěla abych sám řekl, jak jsem to pochopil. Byl jsem jak ve škole (úsměv).

**T: Dokážete s odstupem času od zahájení léčby zhodnotit, zda byly informace, které jste dostal dostačující pro dobrou spolupráci a zdárné dokončení léčby?**

R: Myslím, že ano. Mě se bohužel podařilo zdárně dokončit pouze na rok, ale informací od Vás bylo dost, byly jasné a podrobné a určitě je v pořádku, že jsem je měl.

**T: Uvítal byste tištěnou edukaci formou informačního letáku?**

**R:** Určitě ano. Informací je pro začátek hodně a i když se může pacient kdykoliv na všechno zeptat, pokud by to měl u sebe vytištěné, i Vám by myslím trošku ubylo práce s tím rozsáhlým povídáním.

**T:** Děkuji Vám za čas a rozhovor.



## **Informovaný souhlas s rozhovorem**

Dobrý den,

jmenuji se Renata Grymová a v rámci své bakalářské práce na téma „Edukace pacientů na onkologické ortopedii“ se na Vás obracím s žádostí o rozhovor, který bude sloužit k získání informací o dosavadní edukaci pacientů na tomto oddělení. Tento rozhovor bude veden pouze s pacienty, kteří zde procházejí komplexní léčbou pro zhoubné onemocnění kostí.

Cílem rozhovoru je zjistit, zda je dosavadní edukace pacientů před chemoterapií dostatečná a efektivní. Údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Celý rozhovor bude natáčen z důvodu kompletního záznamu výpovědi a následně přepisu.

Pokud budete s rozhovorem souhlasit, prosím, vypište své identifikační údaje:

**Jméno:**

**Příjmení :**

Souhlasím s rozhovorem: ano/ne

### **Anonymní dotazník IPQ-R-CZ**

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)

© Experimentální česká verze: J.Mareš, K. Šmejkal, R. Štanglová, (2010)

Vážení přátelé!

Každý pacient má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco mu o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známí. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na nemoc, kterou máte. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

**Mám tuto nemoc:** .....(doplňte)    **jsem: muž - žena**                    **věk:**  
.....

	<b>Můj osobní názor na tuto nemoc</b>		spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
1.	Moje nemoc potrvá jen krátce	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc bude spíše trvalá než přechodná	5	4	3	2	1
3.	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
4.	Tahle nemoc rychle přejde	5	4	3	2	1
5.	Očekávám, že tuhle nemoc budu mít až do konce života	5	4	3	2	1
6.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
7.	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1
8.	S touhle nemocí se dá snadno žít	5	4	3	2	1
9.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
10.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
11.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
12.	Je hodně možností, jak můžu potlačit příznaky mého onemocnění	5	4	3	2	1
13.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
14.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
15.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
16.	Mám dost sil na to, abych průběh této nemoci ovlivnil	5	4	3	2	1
17.	Moje jednání nebude mít žádný vliv na to, jaké budou následky této nemoci	5	4	3	2	1

18.	Můj zdravotní stav se bude postupně zlepšovat	5	4	3	2	1
19.	Pro zlepšení této nemoci se dá udělat jen velmi málo	5	4	3	2	1
20.	Léčba bude účinná a vyléčí mou nemoc	5	4	3	2	1
21.	Negativním následkům mé nemoci se dá touto léčbou předejít	5	4	3	2	1
22.	Léčba, kterou mám, pomůže tuto nemoc zvládnout	5	4	3	2	1
23.	Není nic, co by pomohlo zlepšit můj stav	5	4	3	2	1
24.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mě hádankou	5	4	3	2	1
25.	Celá moje nemoc je pro mne záhadou	5	4	3	2	1
26.	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
27.	Nemoc, kterou mám, mi nedává smysl	5	4	3	2	1
28.	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
29.	Příznaky mé nemoci se mění ze den na den	5	4	3	2	1
30.	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
31.	Moje nemoc je těžko předvídatelná	5	4	3	2	1
32.	Prožívám období, kdy se nemoc zlepšuje a pak zase období, kdy se zhoršuje	5	4	3	2	1
33.	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
34.	Když přemýšlím o své nemoci, rozčilím se	5	4	3	2	1

35.	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
36.	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
37.	Tahle nemoc ve mně vyvolává pocity úzkosti	5	4	3	2	1
38.	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1

## Příčiny nemoci, kterou mám

Každý člověk uvažuje o tom, proč asi onemocněl. Lidé se liší v názoru na to, co je asi příčinou či příčinami jejich nemoci. Neexistuje jediná správná odpověď, neexistuje stejná odpověď, protože každý je trochu jiný a žije v jiných životních podmínkách. Nás zajímá právě Váš pohled na to, co asi způsobilo Vaše onemocnění.

	<b>Možné příčiny mé nemoci</b>	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
C 1	Stres nebo obavy z něčeho	5	4	3	2	1
C 2	Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	5	4	3	2	1
C 3	Bakterie nebo viry	5	4	3	2	1
C 4	Způsob stravování; je to z jídla	5	4	3	2	1
C 5	Shoda náhod nebo smůla	5	4	3	2	1
C 6	Lékaři něco zanedbali	5	4	3	2	1
C 7	Nezdravé životní prostředí	5	4	3	2	1
C 8	Je to moje vina, žil jsem nezdravě	5	4	3	2	1
C 9	Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	5	4	3	2	1
C 10	Rodinné problémy	5	4	3	2	1
C 11	Přepracování	5	4	3	2	1
C 12	Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresemi, mám pocit prázdna	5	4	3	2	1

C 13	Stáří, je to věkem	5	4	3	2	1
C 14	Úraz, nehoda	5	4	3	2	1
C 15	Alkohol					
C 16	Kouření					
C 17	Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	5	4	3	2	1
C 18	Mám změněnou imunitu	5	4	3	2	1

IČO: [redacted]  
 Poj. 207 Dg: C414  
 Odd.: ORT-60

## Edukační záznam



Nemocnice Na Bulovce  
 Budova 2,  
 190 81 Praha 8  
 tel. číslo: 256 081 111

list č.: 1

Datum/hodina	Téma edukace při přijetí	Reakce pacienta	Použité metody	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis
26.5. 13 <input checked="" type="checkbox"/> pacientky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<input checked="" type="checkbox"/> práva pacientů <input checked="" type="checkbox"/> domácí řád oddělení <input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> polohování <input checked="" type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> křehký postup <input type="checkbox"/> výživa <input type="checkbox"/> sebepeču <input type="checkbox"/> užívání pomůcek <input checked="" type="checkbox"/> poučení o medikaci <input checked="" type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy <input type="checkbox"/> diagnóza <input checked="" type="checkbox"/> prevence TEN <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> péče o chronickou ránu <input type="checkbox"/> aplikace inzulinu <input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> bezpečné ošeltí novorozence <input type="checkbox"/> péče o pupek <input type="checkbox"/> kojení <input type="checkbox"/> koupání dítěte <input checked="" type="checkbox"/> jiné <i>signifikace léků bolusů</i>	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input checked="" type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis <div style="text-align: right;"><i>GRYMOVA Renata</i></div> Podpis edukovaného: <div style="text-align: right;"><i>[signature]</i></div>
Kdo edukuje: <input checked="" type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> lékař <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/> sálková sestra <input type="checkbox"/> anesteziologické sestra Komunikační bariéra: <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> jiná				

### Edukace v průběhu hospitalizace

Datum/hodina	TÉMA	Reakce pacienta	Použité metody	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis
29.5.13 15 <sup>00</sup> <input checked="" type="checkbox"/> pacientky <input checked="" type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<i>chemoterapie → schéma, nájm při chemi, sudlyši, účinky, komplikace, duration, pilný nájm, nemocní post. předop. příprava</i>	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input checked="" type="checkbox"/> nutno opakovat <input checked="" type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis <div style="text-align: right;"><i>GRYMOVA Renata</i></div> Podpis edukovaného: <div style="text-align: right;"><i>[signature]</i></div>
6.6. 13 13 <sup>30</sup> <input checked="" type="checkbox"/> pacientky <input checked="" type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<i>redukace o chemoterapii, péče o op. rony (post, prob. uaze), vložení nájm, aplikace vyjetei pod kůži puzelí polymu, převodní píle</i>	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input checked="" type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input checked="" type="checkbox"/> písemně <input checked="" type="checkbox"/> nácvik	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis <div style="text-align: right;"><i>GRYMOVA Renata</i></div> Podpis edukovaného: <div style="text-align: right;"><i>[signature]</i></div>
<input type="checkbox"/> pacientky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Kdo edukuje: Jmenovka, podpis  Podpis edukovaného:



**NEMOCNICE NA BULOVCE**  
180 81 Praha 8, Budínova 67/2

**Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací nelékařských zdrav. oborů**

Příjmení a jméno žadatele: GRYMOVA RENATA  
Kontaktní adresa: NA BŘEHTU 26014 PRAHA 9  
Telefon: 444 940 009 E-mailová adresa: rgrymova@seznam.cz  
Škola/fakulta: LF UK HRADEC KRÁLOVÉ

Obor studia: UŠEDBĚČNÁ SEŠTA - OČETROVATELSTVÍ

Téma závěrečné práce: EDUKACE PACIENTŮ NA ONKOLOGICKÉ ORTOPEDII

Termín sběru dat: 15.3.14 - 15.4.14

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: ORT. KLINIKA, ODD. ONKOL. ORTOPEDIE

Zjišťované informace: ROZHOVOR NA TÉMA - DOSAŽADNÍ EDUKACE

Forma prezentace dat: BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Poučení žadatele:**

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce v Praze je možná pouze se souhlasem příslušného náměstka, který dotazníkové šetření povolil.\*

V PRAZE dne 3.3.14

Podpis žadatele:

**Vyjádření Nemocnice Na Bulovce v Praze**

Bude za šetření vyžadována úhrada:  ano /  ne

Celková suma:

Datum: 3.3.2014

Podpis:

Vyjádření vedoucího pracovníka:  ano /  ne

Datum: 3.3.2014

Vyjádření příslušného náměstka:  ano /  ne

Datum: 3.3.2014

Stamp: **NEMOCNICE NA BULOVCE**  
180 81 Praha 8, Budínova 2  
ORTOPEDICKÁ KLINIKA  
Podpis: Fořtová Eva  
Tel: 226 682 001

Stamp: **NEMOCNICE NA BULOVCE**  
180 81 Praha 8, Budínova 2  
Mgr. Radek Zdeněk  
Náměstek pro odbornou práci  
Tel: 226 682 001  
Podpis: Zdeněk Radek