

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Ivana Vaňková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Ivana Vaňková

**Edukace dospělých onkologických pacientů o nežádoucích
účincích chemoterapie z pohledu sestry.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová., CSc.

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Edukace dospělých onkologických pacientů o nežádoucích účincích chemoterapie z pohledu sestry.

Název práce AJ: The education of adult oncology patients on chemotherapy side effects from the perspective of nurses.

Datum zadání: 2014 – 1 – 15

Datum odevzdání: 2014 – 1 – 31

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav Ošetřovatelství

Autor práce: Vaňková Ivana

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová., CSc.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá otázkou edukace onkologických pacientů o nežádoucích účincích chemoterapie. Nabízí přehled nejčastějších nežádoucích účinků chemoterapeutické léčby, sumarizuje poznatky o obsahu a metodách edukace prováděné sestrami a zároveň shrnuje potřeby edukace onkologických pacientů. Dále se zabývá aspekty, které mohou edukaci negativně ovlivnit jak ze strany pacientů, tak i ze strany zdravotnického personálu.

Abstrakt v AJ:

The summarizing bachelor thesis addresses oncology patients' education on the side effects of chemotherapy. It offers a summary of the most common side effects of chemotherapy treatment, summarizes the findings about the content and the methods of education that is performed by nurses and also sums up the need for education of oncology patients. It also addresses the aspects that may negatively affect the education by both the patients and the healthcare professionals.

Klíčová slova v ČJ:

edukace, chemoterapie, onkologický pacient, nežádoucí účinky, sestra

Klíčová slova v AJ:

education, chemotherapy, cancer patient, side effects, nurse

Rozsah:

47 s.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Ve své práci jsem použila pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 28. 4. 2014

.....
Jméno a příjmení

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní PhDr. Danuše Tomanové, CSc., za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podněty a připomínky. Dále děkuji všem svým blízkým za podporu během studia.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 NEJČASTĚJŠÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE	11
2 POTŘEBY A METODY EDUKACE DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA.....	17
2.1 EDUKAČNÍ POTŘEBY PACIENTŮ	19
2.2 METODY EDUKACE	22
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI.....	27
3.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI NA STRANĚ PACIENTA.....	27
3.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI NA STRANĚ ZDRAVOTNÍKŮ	29
ZÁVĚR	33
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE.....	37

ÚVOD

Současné zdravotnictví je založeno na úzké spolupráci týmů z různých specializací zdravotnické profese. Původní paternalistický model péče o pacienta je nahrazován komplexním přístupem, kdy je pacient vnímán jako bytost s bio-psycho-sociálně-duchovními potřebami a je brán jako partner při rozhodování o léčbě (ČESKO, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č.55/2011). Tento přístup umožňuje aktivní zapojení všech členů týmu do péče o pacienta. Ošetrovatelství je vědní obor, který nabízí široké pole působnosti sestrám všech specializací a zaměření. Právě sestry tak mají možnost stát se rovnocennými partnery lékařů ve snaze pomoci pacientovi nejen po stránce fyzické, ale také se mohou zaměřit na ostatní složky osobnosti člověka. Péče o onkologické pacienty léčené chemoterapií nabízí více příležitostí, kdy mohou sestry uplatnit holistický přístup v péči o nemocné. Všestranně vzdělaní profesionálové v oboru ošetrovatelství se tak zaměřují nejen na fyzickou stránku nemoci, ale dokážou rovněž rozpoznat potřeby pacientů v oblasti psychiky, sociálních kontaktů a duchovní sféry. Téma edukace je právě jednou z oblastí činnosti sester, kde je třeba využít celostní přístup k pacientovi. Nemocný vyžaduje informace nejen o samotném onemocnění, jeho průběhu, léčbě a případných nežádoucích účincích této léčby, ale potřebuje také odpověď na často nevyřčené dotazy týkající se jeho dalšího fungování v zaměstnání, jeho postavení v rodině, mezi přáteli, smyslu života, příčinách a důvodech onemocnění a mnoho dalších. Na sestry jsou kladeny nové požadavky, vysoké nároky. K nim musí být dostatečně disponovány, být kompetentní realizovat nový systém ošetrovatelské činnosti. Proto musí být nejenom vzdělané, ale vyžaduje se od nich velká dávka empatie, porozumění, soucitu a zájmu o pacienta, jeho blízké. Aby výkon vyvíjejícího se ošetrovatelství zvládaly bez újmy na vlastním zdraví, musí být schopné rozvíjet i sebe sama, být schopné hodnotit svůj vývoj a schopnosti vykonávat jednotlivé složky povolání. To předpokládá hluboký zájem o svou práci, ochotu učit se, hledat cesty k účinné ošetrovatelské činnosti při pomoci pacientům. A edukace je jednou z cest této pomoci pacientovi při zvládnání důsledků chemoterapie u onkologických onemocnění.

Bakalářská práce sleduje problém, který lze formulovat pomocí otázky: "Jaké jsou faktory ovlivňující edukaci dospělých onkologických pacientů během léčby chemoterapií."

Pro účely tvorby přehledové práce byly stanoveny tyto cíle:

CÍL 1.:

Vytvořit přehled o nejčastějších nežádoucích účincích chemoterapie.

CÍL 2.:

Vytvořit přehled o potřebách a metodách edukace onkologicky nemocných v ošetrovatelství.

CÍL 3.:

Sumarizovat přehled poznatků o faktorech ovlivňujících edukaci dospělých onkologických pacientů.

Jako studijní vstupní literatura byly prostudovány tyto publikace:

1. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda, *Klinická onkologie pro sestry. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3
2. VENGLAŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
3. O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2006. 324 s. ISBN 80-247-1295-8
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
5. BARTOŠÍKOVÁ, Ivanka, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4

6. HERDMAN, Tracy ,Heather a KUDLOVÁ, Pavla. *NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing, 2013. 1.vyd, 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra, *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
8. BENEŠ, Milan, *Andragogika*. Praha: Grada Publishing, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2

Popis rešeršní strategie

K vyhledávání relevantních článků v plnotextové verzi byly použity:

- databáze Science Direct (plné texty přírodovědných, částečně i společenských časopisů, dostupný z: <http://www.sciencedirect.com/>)
- databáze EBSCO (megazdroj vědeckých informací pro společenské a humanitní obory, dostupný z: <http://search.ebscohost.com>)
- časopis Ošetrovatelství a porodní asistence (recenzovaný vědecký časopis, uvedený v seznamu recenzovaných časopisů Národní lékařské knihovny, dostupný z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/>)
- časopis Kontakt (odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, uvedený v seznamu recenzovaných časopisů Národní lékařské knihovny, dostupný z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>)
- časopis Profese on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory, uvedený v seznamu recenzovaných časopisů Národní lékařské knihovny, dostupný z: <http://profeseonline.upol.cz/>).

Rešeršní strategie byla prováděna od listopadu 2013 do března 2014. Byly použity databáze EBSCO, Science Direct, časopisy Ošetrovatelství a porodní asistence, Kontakt, Profese online a vyhledávač Google scholar. Vybrané články byly v českém, anglickém, slovenském a polském jazyce. Pro vyhledávání byla využita klíčová slova:

edukace, chemoterapie, onkologický pacient, nežádoucí účinky, sestra. Rešeršní strategie byla časově omezená na léta 2000 až 2014.

První fáze vyhledávání byla nejdříve zaměřena na rešerši článků v anglickém jazyce. V databázích EBSCO a Science Direct bylo nalezeno 139 odkazů. Pro tvorbu bakalářské práce bylo přeloženo 24 recenzovaných článků z anglického jazyka. Ostatní články byly zamítnuty z důvodů: nebyly podloženy výzkumem standardizovanými postupy, neměly vztah k zadaným cílům práce anebo byly uvedeny duplicitně.

Druhou fází bylo vyhledávání článků ve vyhledávači Google scholar s využitím českého a polského jazyka. Nalezeno bylo celkem 341 článků, 238 v českém a jazyce a 103 článků v jazyce polském. Pro tvorbu přehledové bakalářské práce bylo použito 21 článků, ostatní byly vyřazeny pro duplicitu anebo nebyly recenzovány či se nevztahovaly k tématu bakalářské práce.

Poté následovala **třetí fáze** hledání relevantních článků v časopisech Kontakt, Profese online a Ošetřovatelství a porodní asistence. V odborném periodiku Kontakt bylo nalezeno 13 článků, ke tvorbě práce bylo použito 7 článků. Časopis Profese online měl omezené vyhledávání v archivu článků pro roky 2008 až 2013. Bylo nalezeno 5 článků, použity byly 2 práce. V časopise Ošetřovatelství a porodní asistence bylo nalezeno 5 článků, použit byl 1 článek. Tento výběr byl omezen archivem článků na roky 2010 až 2013 včetně. V časopise Sestra byl nalezen 1 recenzovaný článek vztahující se k tématu práce a byl rovněž použit jako informační zdroj při tvorbě bakalářské práce.

Po pečlivém prostudování plnotextů vyhledaných recenzovaných článků bylo při tvorbě bakalářské práce využito 56 prací.

1 NEJČASTĚJŠÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

CHEMOTERAPIE

Onkologická léčba je diametrálně odlišná od léčení jiných nemocí. Je to dáno mechanismem vzniku onkologického onemocnění. Cytostatika působí proti vyvolávajícímu činiteli nemoci, to je proti buňkám vlastního organismu, které začaly nekontrolovatelně růst a poškozovat tak funkce ostatních buněk. Agresivní léčba nádorů vede, někdy i nenávratně, k mnoha zhoršením a poškozením fungujících systémů těla a tím i ke snížení komfortu života nemocného. Při plánování léčby je třeba vzít v potaz lokalizaci nádoru, jeho velikost, případné rozšíření nádoru do uzlin nebo ostatních orgánů a také fyzickou kondici pacienta a jeho přidružené potíže (Vorlíček et al., 2012, s. 70–71). Kowalik uvádí, že významnou roli v léčbě onkologických pacientů hraje i ošetřovatelství (Kowalik, 2006, s. 192). Tuto myšlenku dále rozvíjí i Lunney v publikaci *Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012–2014*, kde dokládá, že ošetřovatelství musí vycházet z faktu, že sestry pracující s pacientem interpretují jeho potřeby a stanovují další postup v jeho ošetřování. Z toho vyplývá poznání, že současné sestry aktivně posuzují potřeby pacienta, stanovují ošetřovatelskou diagnózu, plánují, realizují a hodnotí svou práci (Herdman, 2013, s. 75–76). Se zvýšenou možností léčby nádoru se zároveň zvyšuje i počet pracovišť, kde se mohou sestry setkat s pacienty léčenými chemoterapií. Mezi specifické dovednosti sester při ošetřování těchto nemocných patří především znalost a identifikace nežádoucích účinků chemoterapie. (Vorlíček et al., 2012, s. 135). Možnost ovlivnění vedlejších nežádoucích účinků chemoterapie včasnou a dostatečnou edukací dokládají autoři Mollaoğlu et Erdoğan. Výzkum u 120 tureckých pacientek léčených chemoterapií pro karcinom prsu popisuje statisticky významné snížení příznaků jako nevolnost, zvracení, zácpa, bolest, infekční komplikace, změny sliznic a kůže, úbytek hmotnosti, potíže se spánkem nebo psychické problémy. Cílená edukace před zahájením léčby cytostatiky měla za následek snížení závažnosti nežádoucích účinků a zlepšení komfortu zkoumaných pacientek. Kromě pacientek byly edukováni také jejich rodinní příslušníci, informace dostávali verbálně, byla jim poskytnuta brožura a měli možnost dotazovat se zdravotníků telefonicky, výzkum trval

od dubna 2010 do února 2011 (Mollaoğlu, Erdoğan, 2014, s. 78–84). Podle Woźniak-Holecké et al. polští pacienti stále častěji využívají k léčbě nežádoucích účinků onkologické léčby cytostatiky alternativní medicínu (Woźniak-Holecka, Zborowska, Holecki, 2010, s. 21).

Ztráta chuti k jídlu, nevolnost a zvracení

Mezi časté a nejlépe monitorované toxické projevy chemoterapie patří nevolnost a zvracení. Léčba cytostatiky také ovlivňuje vnímání vůní a chutí potravin. Jsou to pro pacienta příznaky nejvíc zatěžující a stresující, protože tím jsou narušeny jejich základní jistoty. Zkušenosti s těmito symptomy mohou mít zásadní vliv na to, jak je léčba vnímána a také na budoucí rozhodování o pokračování léčení. Výše uvedené poznatky vyplynuly z šetření prováděného na onko-gynekologickém oddělení univerzitní nemocnice v centrálním Švédsku. Respondenty bylo devět žen ve věku 27–60 let, z různých profesí, odlišného životního stylu a socioekonomického postavení (Bergkvist, 2005, s. 21–27). Snížení příjmu potravy se vyskytuje přibližně u 80% onkologicky nemocných, nejčastěji u karcinomu žaludku – 60–73%, nádoru jícnu až v 85%, rakovině slinivky břišní 30–40% a 10–15% u nádorového onemocnění tlustého střeva. Důsledkem je snížení hmotnosti, snížení svalové síly, řídnutí kostí, klesá imunita nemocného a snižují se jeho psychomotorické funkce. Je poškozena elektrolytová rovnováha organismu, objevují se kardiopulmonální poruchy, častější jsou infekce a narůstá riziko úmrtí pacienta (Fizia et al., 2013, s. 105–107).

Útlum krvetvorby

Téměř všechna cytostatika mají vliv na kostní dřeň a tím samozřejmě na krvetvorbu. Osoby léčené chemoterapií dlouhodobě mají značně poškozenou schopnost regenerace kostní dřene (Vorlíček et al., 2012, s. 140). Jak vyplynulo z průzkumu prováděného v osmi státech Evropy od září do prosince roku 2009 společnosti The European Oncology Nursing Society, závažnou komplikací léčby je těžká neutropenie a febrilní neutropenie, která vede často ke snížení dávek cytostatik nebo úplnému přerušení léčby, což bývá pro další prognózu nepříznivé. Důležitou roli při zvládnutí této komplikace je včasná a důkladná edukace pacienta a preventivní léčba neutropenie. Účastníky průzkumu bylo 473 onkologických pacientů léčených chemoterapií a 217 sester, z toho 53% těch, které pracovaly

na onkologii. Šetření bylo prováděno v Rakousku, Belgii, Francii, Itálii, Irsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii (Leonard, 2011, s. 380–381).

Kožní změny

Dermatologická toxicita může mít různou podobu – od vyrážek, hyperpigmentací, změn nehtů, alopecii až po následky extravazace cytostatik, což je nejzávažnější kožní komplikace chemoterapie. Onkologické sestry by měly znát účinky jednotlivých cytostatických léků a měly by je umět rozpoznat (Viale, 2006, s. 144). Závažnost extravazace cytostatik je ovlivněna typem léku, množstvím, stupněm naředění, místem úniku do okolí a správnosti ošetření. Tato komplikace se může projevit různými příznaky – od lehkého začervenání, otoku a bolestivosti až k neodvratnému poškození okolní tkáně se současným postižením svalů, šlach, kloubů a často s velkou bolestivostí. Nejzávažnější případy extravazace těchto léků často vyžadují chirurgické ošetření. Správná edukace pacientů i sester hraje nezastupitelnou úlohu v prevenci těchto léčebných komplikací (Bahyrycz, 2012, s. 1283). Podle průzkumu prováděnému od března 2003 do června 2004 v anglickém Onkologickém centru v Beatsonu jsou častými vedlejšími příznaky perorální léčby nádorů kromě únavy, nauzey, průjmu i kožní změny, především hand-foot syndrom (MacLeod, 2006, s. 247–254). Borsellino uvádí, že vypadávání vlasů je nejobávanějším problémem mnohých žen. Vlasy jsou pro ženy ukazatelem jejich osobnosti, atraktivity, sexuality a ženskosti a jejich ztráta vlivem léčby je pro ně často velmi traumatizující. To může vést k zesílení pocitů úzkosti, strachu nebo deprese a je důležitým úkolem sestry být svým přístupem a postojem k této problematice pacientkám oporou (Borsellino, 2011, s. 311–315).

Zácpa

Další velmi nepříjemná komplikace – zácpa – může být způsobena jednak léky proti nevolnosti, jednak sníženým příjmem vhodné potravy a tekutin (Janečková, Třísková, 2012, s. 317). Příčinou zácpy jsou podle Leppert (2009, s. 1–10) mezi jinými léky ze skupiny antiemetik, antidepresiv, chemoterapeutik a opioidních analgetik.

Poškození sliznic

Miller poznamenává, že u velké části pacientů dochází k poškození sliznic zažívacího traktu, které se projevuje bolestí v dutině ústní a tím se snižuje celková pohoda pacienta. Na tyto problémy nejsou pacienti upozorňováni, i když jim byly vysvětleny nežádoucí účinky chemoterapie. Takto postižení nemocní, kteří podstupují ambulantní léčbu, nemají nepřetržitou podporu ošetrovatelského týmu a musí se aktivně podílet na správné sebepečí. Studie prováděná ve dvou skotských zařízeních pro onkologickou léčbu zkoumala u 45 pacientů formou dvou dotazníků a jednoho strukturovaného rozhovoru přínos deníku péče o dutinu ústní. 51% dotazovaných na základě této studie změnilo svůj přístup k péči o dutinu ústní a 71% dotazovaných uvedlo, že účast ve studii pro ně byla přínosná (Miller, 2007, s. 693–671). Závažné postižení sliznic zažívacího traktu se projeví nejdříve průjmem, který může následně přejít do zácpy a u obzvlášť těžkého průběhu může skončit střevní neprůchodností (Vorlíček et al., 2012, s. 143).

Únava

Nezanedbatelným problémem je dle Bergkvist únava, kdy pacient stěží nabere potřebné síly mezi jednotlivými dávkami terapie. To má obrovský dopad na každodenní život pacientů, jejich psychiku a sociální kontakty (Bergkvist, 2005, s. 25–26). Rzepka uvádí, že 50–70% pacientů léčených z důvodu onkologického onemocnění udává příznaky únavového syndromu, léčba chemoterapií je příčinou únavy u 75–96% nemocných. Je to problém, který je zdravotníky často podceňovaný a bagatelizovaný. Únava se projevuje denně nebo téměř denně dva týdny během měsíce poklesem energie nebo větší potřebou odpočinku. Kromě toho pacienti popisují slabost končetin, snížení koncentrace, pozornosti, nemožnost usnout nebo naopak nadměrnou spavost, ale bez pocitu efektivního odpočinku. Velmi často, mnohdy i pět let, přetrvávají tyto potíže po ukončení léčby, (Rzepka, 2010, s. 321–322). Existuje teorie únavy podle Winninghamové z roku 1999, která zdůrazňuje dodržování principu rovnováhy mezi výdejem energie a odpočinkem a vzájemné oboustranné ovlivňování (O'Connor, Aranda, 2006, s. 122). Výzkum, kterého se zúčastnilo 103 českých pacientů ve věku 40–80 let s karcinomem plic léčených chemoterapií, staví únavu do pozice nejvíc zatěžujícího příznaku a sestra hraje nezaměnitelnou úlohu při hodnocení únavy (Dunková, Bužgová, 2011, s. 19).

Změny psychiky

Rakovina a její léčba vyvolává u pacientů strach, úzkost a jiné negativní emoce a způsob, jak tyto emoce zmírnit nebo odstranit, je včasná a efektivní edukace. Vyplynulo to z italského výzkumu zaměřeného na identifikaci vzdělávacích potřeb nemocných, kteří podstoupili onkologickou léčbu cytostatiky. Respondenty bylo 111 pacientů a šetření bylo prováděno formou dotazníku s 11 otázkami pokrývajícími informační potřeby o nemoci, jejím vývoji, o možnostech léčby a o jejich nežádoucích účincích a také o šancích na uzdravení (Piredda, 2007, s. 120). Lékaře v katovické nemocnici zaměřené na léčbu rakoviny zaujaly studie, které se zabývaly oslabením mentálních funkcí u onkologicky nemocných. Na základě těchto výzkumu zkoumali dva studenty vysokých škol, onkologicky nemocné a podstupující léčbu chemoterapii. Podle Pietrzyk se po onkologické léčbě zhoršily těmto pacientům kognitivní funkce. Po skončení léčby byla nutná komplexní medikamentózní léčba a pomoc psychologa (Pietrzyk, 2010, s. 29–35). Myers se zaměřil na prostudování 17 publikací věnujících se výzkumu kognitivní změn u pacientů po léčbě onkologického onemocnění chemoterapii. Studie obsahovaly nemocné se všemi typy rakoviny, obojího pohlaví a různého věku. Všichni dotazovaní se shodli, že po onkologické léčbě zaznamenali potíže týkající se pozornosti, koncentrace a krátkodobé paměti. Pacienti dále uváděli, že měli menší schopnost porozumět psanému textu, menší orientační schopnosti a plnění úkolů vyžadovalo jejich zvýšené úsilí a delší čas. Všechny tyto faktory vedly k pocitům tísně, úzkostí, depresí, podrážděností, rozpakům a frustracím. Pacienti se proto často vzdávali společenských aktivit, měli potíže v zaměstnání, setkávali se s nepochopením příbuzných a přátel, což se odrazilo na jejich sebehodnocení a sebedůvěře. Nemocní, kteří si uvědomili souvislost mezi léčbou chemoterapii a změnami v kognitivních funkcích, chtěli, aby o těchto poruchách a jejich příčinách byli informováni i jejich příbuzní a přátelé (Myers, 2013, s. 300–307). Výzkumné šetření, do kterého bylo zařazeno 230 pacientů s chronickým onemocněním, z toho bylo 100 onkologických pacientů, prokázalo, že tito pacienti mají prokazatelně vyšší výskyt depresí než kontrolní skupina pacientů bez chronického onemocnění (Ježorská, Tomanová, Schwetzová, 2011, s. 1–4). 95% z 93 pacientů, kteří se zúčastnili výzkumu ve Fakultní nemocnici v Ostravě zaměřeného na spirituální potřeby onkologicky nemocných uvedlo, že jsou pro ně důležité potřeby, které nemají základ v náboženství – naplnění klidem.

92% respondentů považovalo za důležité najít smysl života a 91% dotazovaných si chtělo udržet pozitivní náhled a naději. Výzkum byl proveden u 93 pacientů ve věku 22–89 let, 56% z toho byli muži. Dotazník obsahoval 42 otázek rozdělených do 5 oblastí (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 708–714).

Ovlivnění kvality života

Při léčbě bronchogenního karcinomu patří mezi nejvíc zatěžující symptomy dušnost, průjem, vypadávání vlasů, bolest v ústech při poškození sliznic zažívacího traktu a periferní neuropatie. Výzkumem mezi těmito pacienty léčenými chemoterapií nebyla zjištěna téměř žádná změna týkající se kvality života. Zlepšení zaznamenali pacienti pouze v případě dušnosti, která se po léčbě chemoterapií zmírnila. Prioritou byl co největší komfort života, jeho prodloužení nebylo většinou upřednostňováno (Dunková, Bužgova, 2011, s. 14). Kvalitu života onkologicky nemocných významně ovlivňuje forma aplikace léků. Pacienti dávají většinou přednost léčbě perorální před intravenózním podáním. Perorální léčba poskytuje nemocnému komfort a pohodlí bez nutnosti hospitalizace na oddělení nebo častého docházení k ambulantní venózní léčbě. Kvalita péče je zachována a zároveň je zachován nebo jen minimálně omezen běžný životní styl pacienta a jeho rodiny (Spurná, Brančíková, Katolická, 2009, s. 101). V Polsku byl proveden výzkum, který měl dát odpovědi na otázky týkající se kvality života onkologických pacientů. 80 nemocných bylo rozděleno na dvě skupiny podle typu léčby – první skupina 40 pacientů byla léčená chemoterapií, druhá, stejně velká skupina nemocných, byla léčena symptomaticky a využívala služeb domácího hospice. Věk dotazovaných byl 32 až 80 let, 52 bylo žen a 28 mužů. Bylo zjištěno, že kvalita života pacientů z obou dotazovaných skupin se významně neliší, je ale ovlivněna fyzickým a psychickým stavem nemocného a také naplněním jeho potřeb sociálních kontaktů. Pokud nemoc a průběh léčby jednu z těchto složek ovlivní, kvalita života se významně sníží. Plnění sociálních rolí má velký vliv na celkovou pohodu pacientů, nemocní léčení symptomaticky doma měli omezené sociální kontakty a v dotaznících tento fakt popisovali negativně. Zároveň se tito pacienti více zaměřovali na svou nemoc a na její negativní průvodní projevy – bolest, postupné zhoršování zdravotního stavu, osamělost (Machnik-Czerwik, 2010, s. 55–59).

2 POTŘEBY A METODY EDUKACE DOSPĚLÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Latinské slova **educ**, **educare** jsou překládány jako **vychovávat, vzdělávat**. Edukace je tedy výchova a vzdělávání a tyto dva pojmy jsou spolu úzce spjaty. Záměrné či nezáměrné učení je tedy možno nazvat edukačním procesem. Ve zdravotnictví má edukace napomout udržení nebo opětovnému navrácení, zlepšení kvality života nebo prevenci chorob (Juřeníková, 2010, s. 9). Podle Beneše je výchova zaměřena na změnu v chování a jednání tak, aby byla ve shodě s určitými hodnotami, normami nebo cíli. Vzdělávání je naproti tomu záměrný postup k předání znalostí, dovedností, rozvoji schopností. Pojem edukace je vysvětlován jako proces, při kterém je jeden subjekt ten, který se učí a druhý ten, který učení umožňuje – je to záměrná a korigovaná činnost (Beneš, 2008, s. 15). Edukace je jednak dynamicky se měnícím zdrojem znalostí, jednak je to proces, který slouží pro předávání informací. Trvalou složkou edukace je didaktika – věda o učení. Úkolem didaktiky je maximální využití vztahu vzdělávající – vzdělávaný pro intelektuální formování. Edukovat je třeba nejenom zdravotnické profesionály, ale také celou společnost (Chmielarczyk, Galicka, Wojtaszczyk, 2011, s. 178). Edukace pacientů jako složka ošetrovatelské činnosti je ukotvená i v zákonech a právních normách České republiky, konkrétně je to *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Dle této vyhlášky "*provádí všeobecná sestra edukaci pacientů i jiných osob v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně edukační materiály*" (ČESKO, Sbírnka zákonů České republiky). Poskytovatelé zdravotních služeb pociťují rostoucí celospolečenský tlak na potřebu zvyšování kvality a bezpečí ve svých zařízeních. Účinnou pomůckou pro naplňování těchto potřeb jsou akreditační standardy, které přesně vymezují kompetence a činnosti zdravotnických pracovníků při poskytování odborné péče pacientům. Standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení obsahují část, která se věnuje problematice dodržování práv pacientů a konkrétně standard číslo 27 je věnován potřebám edukace pacientů a podmínkám jeho plnění (Spojená akreditační komise, 2010, s. 39–40). Taktéž akreditační standardy pro nemocnice věnují prostor edukaci pacientů – ve standardech 2.9 a 2.10. Dle těchto nástrojů je možno zhodnotit potřeby edukace pacientů v daném

zdravotnickém zařízení, dále hodnotit rozsah, způsob a dokumentaci edukace, určit, kdo edukaci provádí a také doporučuje spolupráci zdravotníků, pokud to vyplývá z edukačních potřeb pacienta (Spojená akreditační komise, 2014, s. 35–36). Také Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Česká asociace sester zahrnují edukaci do své legislativy – *Práva pacienta* (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) a *Etický kodex sester* (Česká asociace sester) vyzdvihují důležitost relevantních informací poskytovaných pacientům sestrami. Pro zdravotnické profese, které jsou s pacientem v úzkém kontaktu, je velmi důležitá schopnost vzájemné interakce a komunikace. Tato schopnost slouží k navázání vztahu s nemocným. Rozlišujeme komunikaci sociální – jedná se o běžné navázání kontaktu s nemocným, dále komunikaci specifickou, kdy pacienta informujeme o záležitostech týkajících se jeho léčby, provádíme motivaci, edukaci a podobně. U této formy komunikace je důležitá zpětná vazba. Posledním typem komunikace je léčebná – jedná se většinou o rozhovor s nemocným, jehož cílem je pomoci pacientovi v rozhodování, akceptaci nepříznivých skutečností a podobně (Venglařová, Mahrová, 2006, s. 11–13). Edukace ve zdravotnictví je zvláštní v tom, že by měla být v rovnováze s režimem péče zdravotnického zařízení – s ošetrovatelským procesem. V první etapě edukace je potřeba zjistit úroveň znalostí edukovaného, jeho zvyklostí, stanoviska a potřebu nových informací. Následuje fáze stanovení cílů a dále fáze uskutečnění stanoveného plánu, kdy pacienta motivujeme, aktivně zapojujeme do edukace, průběžně kontrolujeme správné pochopení tématu, podporujeme nemocného v aktivním používání nabytých informací. Poslední etapou je ustálení naučeného plánovaným opakováním a ověření si zpětné vazby (Juřeníková, 2010, s. 21–22). Významné využití taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA je na poli edukace, kdy je možno správným diagnostikováním ošetrovatelského problému efektivně pomoci jednotlivcům, rodinám a komunitám při zdokonalení zdravotní situace (Herdman, 2013, s. 95). Onkologický pacient je primárně informován o léčbě, nežádoucích účincích této léčby a jiných aspektech péče od svého ošetřujícího lékaře, ale je nezbytné, aby byly tyto informace neustále opakovány, a právě to je důležitým úkolem sester (Vorlíček et al., 2012, s. 185). Edukace pacienta léčeného perorální formou medikace je velmi důležitá pro lepší pochopení léčebného režimu a zdůraznění nutnosti jeho dodržování. Sestry se mohou podílet na vytváření vzdělávacích programů o nežádoucích účincích léčby pro pacienty, kteří užívají chemoterapii v tabletové

formě a mohou tak pomoci docílit správného dodržování léčebného režimu nemocnými (Wood, 2012, s. 436–438). Léčba tabletami klade také větší nároky na ošetřující personál – pacient musí být správně edukován, aby se minimalizovalo nebezpečí nežádoucích účinků terapie. Dotazováno bylo 52 pacientů, většinou mužů – 68% – o průměrném věku 68 let. Většina pacientů – 96% – byla spokojena s rozsahem a formou edukace o nežádoucích účincích léčby (MacLeod, 2006, s. 247–254).

2.1 Edukační potřeby onkologického pacienta

V průzkumu provedeném mezi 110 britskými pacienty s nádorem bylo zjištěno, že největší potřebu mají pacienti v otázkách emocionální podpory příbuznými, poskytnuté informace musí být jednoduché a největší zájem byl o informace ohledně nežádoucích účinků onkologické léčby. Nejméně zajímaly pacienty otázky ohledně parkování u zdravotnického zařízení, životního stylu příbuzných a pacienti také nechtěli znát příznaky svědčící pro recidivu nemoci (Morrison et al., 2012, s. 115–123). V jiném průzkumu provedeném rovněž ve Velké Británii se ukázalo, že 87% dotazovaných pacientů z tohoto šetření si přeje dostávat všechny informace – dobré i špatné, 9% nemocných nechalo rozhodnutí na lékaři, 3% chtělo slyšet jen dobré zprávy a 1% na otázku neodpovědělo. Většina pacientů – 89% – neměla preference ohledně pohlaví lékaře, potřebu být zcela zodpovědný za rozhodování o léčbě mělo jen 2% dotazovaných, 20% nemocných vyjádřilo potřebu konzultace s lékařem s tím, že konečné rozhodnutí zůstane na nich. Poslední z uvedených otázek byla významně ovlivněna věkem dotazovaných – pacienti nad 60 let preferovali spoluzodpovědnost lékaře za svou léčbu (Cox et al., 2006, s. 263–267). Existují rozdíly v potřebách pacientů v západních civilizacích a v potřebách čínských nemocných. Průzkum na Oddělení klinické onkologie Prince of Wales Hospital v Hong Kongu mezi 51 pacientkami s karcinomem prsu dokládá, že významnou roli v jejich edukaci hraje jejich rodina. Výzkum byl prováděn na začátku a v polovině předpokládané délky léčby a věk dotazovaných se pohyboval mezi 21 a 60 lety. Nejdůležitější byly pro čínské pacientky odpovědi na otázky týkající

se samotného nádorového onemocnění, možností léčby, nežádoucích účinků chemoterapie a doporučení, jak tyto potíže zvládnout. Z výzkumu dále vyplynulo, že komunikace zdravotníků by měla být zaměřena nejen na pacienty, ale také na jejich příbuzné (Lee et al., 2004, s. 224–233). Součástí kvalitní péče je pochopení, jaké edukační potřeby mají onkologičtí pacienti a od koho tyto informace očekávají. Podle předpokladu nemocní nejčastěji vyžadují informace o své nemoci a časté jsou také otázky týkající se léčby. Tyto jsou pak dále rozvíjeny na konkretizaci léčení a nežádoucí účinky terapie. Další oblasti zájmu onkologicky nemocných je stádium nemoci. Po prostudování 112 článků zabývajících se informačními potřebami onkologicky nemocných rovněž vyplynulo, že i když jsou lékaři pro pacienty velmi důležitým zdrojem informací, své významné místo zaujímají i sestry a ostatní zdravotníci (Rutten et al., 2005, s. 250–261). Jak uvádí Zieniuk, ve varšavském Onkologickém centru byl proveden výzkum 204 osob, z toho 82 pacientů ve věku 20–78 let, 45 lékařů a 77 sester, kteří měli odpovědět na otázku, jaká jsou nejčastější očekávání onkologicky nemocných a jak tato očekávání dokážou zdravotníci identifikovat. Bylo zjištěno, že očekávání pacientů s nádorem hlavy a krku bylo na nejnižší úrovni v porovnání s ostatními onkologickými pacienty. Je to ovlivněno zhoršenou možností verbální komunikace těchto pacientů a tím, že lokalizace těchto nádorů je často viditelná a velmi nápadná, což se negativně odráží na psychice nemocných. Bylo také zjištěno, že nelze rozlišit pojmy *informování* a *edukace*, protože se tyto dva pojmy plynule prolínají a nelze je od sebe oddělit. Očekávání pacientů týkající se jejich informovanosti jsou vyšší, než předpokládají sestry. Tyto výsledky potvrzují systém fungování zdravotnictví, kdy lékaři, ne sestry, jsou zodpovědní za informování nemocných o diagnostice, léčbě a nežádoucích účincích této léčby. Potřebu psychické podpory uvedla skupina dotazovaných pacientů jako málo významnou, což bylo v rozporu s odpověďmi sester – ty předpokládaly, že psychická podpora je pro nemocné velmi důležitá. Na očekávání pacientů měla vliv rovněž délka hospitalizace – krátce hospitalizovaní potřebovali více informací než ti, kteří byli hospitalizovaní déle nebo opakovaně (Zieniuk, 2009, s. 17–27). Šetření mezi 20 onkologickými pacienty s různým druhem rakoviny a v různém stádiu nemoci v Norsku prokázalo, že pacienti s onkologickou diagnózou mají obecně velkou potřebu komunikace, ale ne vždy chtějí hovořit o své nemoci, vyhýbají se myšlenkám na rakovinu a chtějí být pozitivní. Sestry by toto měly respektovat, ale musí také umět

rozpoznat, kdy pacient potřebuje pomoc jiných odborníků – psychologů, duchovních nebo lékařů (Kvale, 2007, s. 320–327). Přestože je největší potřeba edukace po stanovení diagnózy, tato potřeba výrazně neklesá ani dalších devět měsíců poté, jak bylo zjištěno výzkumem v americkém onkologickém centru. Vyšší potřebu informací měly ženy oproti mužům, mladší pacienti s menším stupněm vzdělání, žijící spíše v manželství a rasy afro-americké. Málo důležitý byl typ rakoviny a fáze nemoci, jak vyplynulo ze studie zahrnující 138 dotazovaných na začátku onkologické léčby (Matsuyama et al., 2013, s. 96–97). Zajímavý pohled na potřeby onkologických pacientů přinesla nizozemská studie. Zatímco 80 zkoumaných pacientů nejčastěji hledalo odpověď na otázky ohledně strachu z metastáz, únavy, vlastní zranitelnosti, vypadávání vlasů a nevolnosti, zdravotníci tyto problémy přeceňovali nebo podceňovali. U 41 dotazovaných sester byla největší diskrepance v otázkách vztahu s partnery a dětmi – sestry tento problém značně přeceňovaly. 49 lékařů naproti tomu velmi podceňovalo otázku vypadávání vlasů (Mulders, Vingerhoets, Plemeno, 2008, s. 98). Větší pochopení potřeb pacientů dává poskytovatelům zdravotní péče možnost lepší komunikace s nemocnými (Van Weert et al., 2013, s. 388–397). Od listopadu 2010 do března 2011 bylo provedeno dotazníkové šetření 122 pacientů léčených cytostatiky na interním a onkologickém oddělení Slezské lékařské univerzity v Katovicích. Bylo zjištěno, že před vypuknutím onkologického onemocnění udávalo pokles nálady a depresivní stavy přibližně 30% dotazovaných, kdežto po onemocnění rakovinou tyto potíže popisovalo až 69% pacientů, ale jenom 10% z nich vyhledalo odbornou pomoc. Celkem 45% respondentů nebylo seznámeno s žádnou podpůrnou metodou onkologické léčby – relaxačními metodami, alternativní léčbou nebo podpůrnými svépomocnými skupinami. Jen 16% pacientů z celkového množství dotazovaných využilo alternativní medicínu a 13% jinou formu podpory. 24% dotazovaných uvedlo problémy v profesní sféře, častěji to byli muži. Skoro všichni pacienti – 98% – se mohli spolehnout na podporu příbuzných a přátel. Nejdůležitějším zdrojem informací byl pro 97% respondentů ošetřující lékař. Z výzkumu vyplynulo, že na pacienty musíme pohlížet jako na bytost s bio-psycho-sociálně-duchovními potřebami a je třeba v rámci edukace zdůraznit možnost psychologické pomoci (Grabińska et al, 2011, s. 39–47).

2.2 Metody edukace

Juřeniková popisuje edukační metodu jako: „...*cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.*“ Než začneme jednotlivé edukační metody používat, musíme zhodnotit edukanta z hlediska jeho osobnosti, nesmíme zapomenout na jeho předchozí zkušenosti a poznání (Juřeniková, 2010, s. 37).

Verbální komunikace

Rozhovor je základním komunikačním nástrojem, který sestra používá v kontaktu s pacientem – jeho pomocí přibližujeme pacientovi daný problém, můžeme jím ovlivňovat rozhodnutí nemocného, slouží jako forma podpory a zdroj informací. Slovy můžeme pacientovi nejen pomoci, ale můžeme mu i velmi ublížit (Zacharová, 2010, s. 28). Výhodou oboustranné komunikace je možnost odezvy na sdělení – jedná se tedy o konverzaci. Aktivní složkou rozhovoru je i naslouchání, kdy dáváme najevo to, že rozumíme tomu, co nám pacient sděluje (Venglařová, Mahrová, 2006, s. 19–25). Verbální komunikace mezi zdravotníky a pacienty obsahuje často emoce a pocity. Pro správné vyjádření a pochopení významu slov je třeba schopnosti empatie. Řeč má také své funkce – informativní, sdělovací, ovlivňující, sbližující, navozující vzájemný vztah, posilující. Emoce patří do neverbální stránky mluvené řeči a o komunikujícím nám můžou prozradit mnohdy víc, než obsah toho, co je vyřčeno (Bartošíková et al., 2000, s. 119–120). Vytvořit prostředí důvěry a vzájemné spolupráce nutné k získávání údajů od pacienta o jeho potřebách a také k poskytování informací o průběhu terapie jsou cílem efektivní profesionální komunikace (Vorlíček, 2012, s. 136). Komunikace má být vedena jazykem srozumitelným pro toho, s kým komunikujeme, má být správně načasovaná, přizpůsobená kognitivním schopnostem naslouchajícího a měla by být uspořádaná tak, aby byla pro druhou stranu přitažlivá, pochopitelná a zajímavá (Juřeniková, 2010, s. 17).

Využití psaného textu

Ve zdravotnictví je nejčastěji používanou metodou prezentování edukačních materiálů v písemné podobě. Edukační text může být nabízen ve formě brožury, letáku, plakátu,

statí v časopise nebo odborné knihy. Bylo by chybou domnívat se, že pro dostatečnou edukaci pacientů postačí jen tyto tištěné materiály. Poskytnuté písemné edukační pomůcky musí sestra nejen velmi dobře znát, ale musí rovněž tyto zdroje informací doplnit vlastní interpretací tak, aby mohl edukovaný aktivně reagovat na případné nejasnosti. Edukační materiály v písemné podobě musí čtenáře zaujmout, je proto důležité použít při jejich tvorbě doplňující obrázky. Text musí obsahovat co nejméně odborných výrazů, aby byl pro pacienty dobře srozumitelný a zapamatovatelný (Juřeníková, 2010, s. 45–46).

E-learning

Další formou edukace pacientů je využití multimediálních technologií, mezi které patří internetové zdroje informací, výukové DVD nebo CD-ROM nosiče (Juřeníková, 2010, s. 46–47). V roce 2009 vznikla v České republice obecně prospěšná společnost Dialog Jessenius, která se zaměřuje na tvorbu edukačních DVD pro všechny, kteří se zajímají o onkologická onemocnění. DVD nosiče se zabývají onkologickými nemocemi obecně, zodpovídají otázky pacientů s karcinomem prsu, kolorekta a gynekologickými malignitami. Jsou určeny nejen pro pacienty, ale také pro jejich příbuzné a v neposlední řadě slouží i jako výukový a edukační materiál studentům (Dialog Jessenius, O.P.S.). E-learningová edukace v České republice je věnována především zdravotnickým profesionálům, avšak i pro pacienty jsou určeny internetové portály jako www.linkos.cz, www.mojemedicina.cz, www.communitycare.cz, www.klinikazdravi.cz. V Polském Gdaňsku na Klinice onkologické chirurgie vytvořili tamní lékaři přehled internetových stránek, které se zabývají tematikou onkologie. Jsou v něm zahrnuty stránky vytvořené jednotlivými klinikami, farmaceutickými firmami, vědecko-výzkumnými ústavy, lékaři a také soukromé stránky. Stránky využívají nejenom zdravotníci, ale rovněž pacienti a jejich příbuzní. Významnou roli hrají také stránky svépomocných skupin onkologických pacientů. Informace na internetu hledají především pacienti mladší, kteří jsou nespokojeni s množstvím informací, které získali u lékaře. Především pro odborníky jsou určeny například stránky www.onkohem.med.pl, www.unicorn.org.pl nebo www.amwaw.edu.pl/onco. Edukačně-informační obsah stránek reprezentují třeba www.onkolink.pl, www.onkologia.pl. Za jejich tvorbu zodpovídají obvykle lékaři, proto těchto zdrojů informací není mnoho, jejich tvorba je časově náročná

z důvodu nutnosti průběžné aktualizace. Vydavatelství, která se zaměřují na onkologické publikace, prezentují svou činnost rovněž na internetu. Hlavním představitelem odborných onkologických periodik je *Współczesna Onkologia*, která se prezentuje na www.termedia.pl. Poslední, ale zřejmě nejpočetnější skupinou jsou stránky soukromých osob nebo svépomocných skupin pacientů. Obsah tvoří nejenom informace z medicíny, ale především slouží jako podpora onkologicky nemocných a umožňuje vzájemnou informovanost a výměnu zkušeností těchto pacientů. Jeden příklad za všechny – <http://republika.pl/jankolb/>. Internetové stránky jsou často věnovány vybraným druhům onkologických nemocí, například www.navimed.pl nebo www.hematologia.lublin.pl. Poslední skupinu tvoří stránky, které se věnují otázkám péče o pacienty – třeba www.opiekapaliatywna.com.pl či www.stomia.info.pl. Přestože polské internetové stránky nejsou tak obsáhlé jako ty v angličtině, pomáhají najít informace srozumitelné pro pacienty. Ačkoliv internet je skvělým zdrojem informací, nejvíc důvěryhodní pro pacienty jsou stále lékaři, kteří jsou s ním v úzkém osobním kontaktu. Tato důvěra nutí lékaře neustále se vzdělávat a držet krok se současným medicínským pokrokem (Drucis, Jastrzębski, Kopacz, 2002, s. 405–410). V americkém Národním onkologickém institutu bylo provedeno šetření, které mělo odpovědět na otázku, kterou formu získávání informací o nádoru plic preferují respondenti. Dotazováno bylo 45 dobrovolníků o průměrném věku 58 let a tito dotazovaní měli zkušenost s karcinomem plic – buď jako pacienti, nebo jejich příbuzní či jako zdravotníci, kteří o tyto nemocné pečovali. Informace byly poskytnuty v pěti podobách – psaný text na papíru, webové stránky, audio záznam, kombinace webu a audio záznamu a multimediální software Flash s využitím animací, grafiky, psaného textu a zvukového záznamu. Každý informační materiál dokázal poskytnout respondentům dostatečné informace, avšak 66,7% dotazovaných si vybralo multimediální software Flash jako možnost první volby při získávání informací o rakovině plic (Bader, Strickman-Stein, 2003).

Neverbální komunikace

Gestikulace, držení těla, mimika, pohledy, dodržování vzdálenosti od partnera, haptika – to všechno patří do neverbální komunikace. Pro autentičnost projevu musí být verbální a neverbální komunikace v souladu. Nesmíme ale zapomínat na to, že pacienti s některými onemocněními mají porušenou schopnost neverbálního

vyjadřování. Gestikulace a držení těla bude odlišná u člověka pasivního, agresivního nebo neklidného. Mimika vyjadřuje nejčastěji naše pozitivní či negativní emoce. Délka očního kontaktu má v komunikaci rovněž velký význam – déletrvajícím je signálem k větší intimitě, vyhýbání se pohledům je znakem nejistoty, strachu, submise. Ve zdravotnictví má dotyk specifický význam – je pro pacienta vyjádřením důvěry, vytváří pouto. Při kontaktu s pacientem vstupují sestry do *zóny společenské* (75–120 cm) a velmi často do *zóny intimní* (15 cm a méně). Pro úspěšné provádění ošetrovatelských úkonů v intimní zóně pacienta je velmi důležité s pacientem verbálně komunikovat a snížit tak jeho napětí (Bartošíková et al., 2000, s. 124–130). V komunikaci hraje důležitou roli úprava zevnějšku sestry. Pracovní oblečení jasně definuje roli personálu v ošetrovatelském procesu, což může být vnímáno pozitivně – pacient respektuje sestru jako člena zdravotnického týmu, ale může to mít i negativní důsledky – nemocný může mít ostych svěřit se profesionálovi. Celkový vzhled a upravenost prezentuje naši osobnost a má velký podíl na interakcích s ostatními. Nesmíme zapomínat, že i úprava pacienta a jeho okolí může ovlivnit jeho pocit pohody, a tedy i jeho ochotu komunikovat a spolupracovat (Venglařová, Máhrová, 2006, s. 49–50). Hannawa představuje studii, která proběhla ve Spojených státech. Byla zaměřena na vnímání souladu verbální a neverbální komunikace mezi pacientem a lékařem. Profesionálním hercem byla nahrána modelová situace, kdy lékař udělal chybu v léčbě, která pacienta poškodila a tuto chybu měl pacientovi vysvětlit, omluvit se mu, projevit lítost, objasnit příčiny selhání a vysvětlit nemocnému důsledky tohoto selhání. Respondenty bylo 216 pacientů s průměrným věkem 45 let. Všichni pacienti přesně odlišili, kdy panoval nesoulad mezi verbální a neverbální složkou rozhovoru a shodně uvedli, že tento nesoulad oslaboval důvěryhodnost zdravotníka (Hannawa, 2014, s. 310–313).

Svépomocné pacientské organizace

Pro většinu onkologicky pacientů představuje jejich onemocnění riziko sociální izolace. I pacienti, kteří jsou zdravotníky považováni za vyléčené a do onkologické ambulance docházejí jen za účelem dispenzarizace, prožívají velký stres při kontrolách u svého ošetrujícího onkologa. Právě pro tyto nemocné jsou svépomocné pacientské

organizace vynikajícím pomocníkem v oblasti psychické a sociální. Stěžejním úkolem těchto skupin je zmírnění pocitů osamění. Principem jejich činnosti je sdílení zkušeností s onkologickým onemocněním a vzájemná výměna informací o průběhu léčby. V léčebném procesu má velký význam učení od ostatních a ztotožnění se s ostatními, a to je základní princip fungování svépomocných skupin (Zášková, 2012, s. 444–453).

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI

Hlavním předpokladem efektivní komunikace je splnění tří faktorů – aby komunikující strany chtěly vést dialog, uměly komunikovat a mohly komunikovat. První požadavek musí splňovat jak nemocný, tak i zdravotnický personál. Pacient, který je ve stresu a potřebuje dostatek informací o svém zdravotním stavu, většinou komunikovat chce, i když se najdou i jedinci, kteří jakoukoliv formu kontaktu odmítají. Umění dialogu se pacienti neučí – komunikují tak, jak byla vždy zvyklí. Problém nastává, pokud komunikace není možná – ať už z důvodu smyslového handicapu, mentálního postižení pacienta nebo jeho bezvědomí. U sester je požadována profesionální komunikace, která klade velké nároky na znalosti, dovednosti, empatii, umění naslouchat a akceptovat názory a postoje pacientů (Zacharová, 2010, s. 28–29).

3.1 Faktory ovlivňující edukaci na straně pacienta

Pod pojmem kognitivní funkce si můžeme představit mnoho oblastí – pozornost, učení, paměť, psychomotorické dovednosti, mentální flexibilitu, jazykové schopnosti a mnoho dalších. Všechny tyto sféry jsou navzájem úzce propojeny a porucha v kterékoliv části má vliv na části ostatní. Demografické charakteristiky jako věk, pohlaví, výše vzdělání, stejně jako psychologické faktory – úzkost, strach, deprese – mají vliv na kognitivní funkce dospělých osob. Dalšími faktory ovlivňujícími tyto funkce jsou hormonální změny, různé druhy medikace – například na léčbu hypertenze, příznaky související s onemocněním a léčbou. Onkologické pacienty nelze zařadit do skupiny osob s postižením kognice, ale spíše se jedná o zhoršení této funkce, které má vliv na každodenní fungování a kvalitu života. Léčba chemoterapií má prokazatelný vliv na zhoršení kognitivních funkcí u většiny onkologických pacientů. Riziko postižení se zvětšuje s délkou léčby, agresivitou podané medikace, kombinací chemoterapie a radioterapie, ozařováním hlavy, léčbou aplikovanou přímo

do centrálního nervového systému, hormonální terapii, typem operačního zákroku a délkou anestezie při operační léčbě. Mezi onkologická onemocnění, která mají velký vliv na schopnost učení, paměť, pozornost a jiné funkce, patří bezesporu nádory mozku a centrální nervové soustavy. Rozsah nádorového onemocnění má rovněž velký podíl na postižení kognitivních funkcí pacientů. Anémie má vliv nejenom na kardiovaskulární systém, ale ovlivňuje také krevní zásobení mozku. Na únavu má vliv nejenom anémie a klinické stádium nemoci, ale také index tělesné hmotnosti, fyzická aktivita, schopnost dostatečného příjmu potravy, hormonální léčba a u žen výskyt menopauzy. Bolest je nejenom projevem pokročilého stádia rakoviny, ale je také způsobena specifickým typem terapie a velmi výrazně ovlivňuje schopnost učení, koncentrace, pozornosti a zapamatování. Dalším podstatným příznakem narušujícím kognici jsou poruchy spánku – buď kvantitativní nebo kvalitativní. Narušení spánku má vliv na psychomotorickou bdělost, učení a paměť (Bender, Thelen, 2013, s. 232–237). Dle Jansen až 75% procent pacientů, kteří onemocněli rakovinou a podstoupili léčbu chemoterapií, zaznamenalo zhoršení kognitivních funkcí. Tyto změny musí být posuzovány komplexně spolu s jinými možnými faktory, které kognici ovlivňují. Patří sem například kromě stádia nemoci a druhu terapie také jiné přidružené nemoci (psychiatrické poruchy, demence, chronický únavový syndrom, autoimunitní degenerativní poruchy, endokrinní a metabolické nemoci, kardiovaskulární postižení), laboratorní odchylky (poruchy krevního obrazu, výkyvy hormonů štítné žlázy, narušený iontogram či jaterní funkce) a v neposlední řadě také výše dosaženého vzdělání, věk, kultura, sociální faktory a životní styl. Na sebehodnocení pacientů má vliv také psychický stav, deprese, únava. O snížení kognitivních funkcí často sestry informují sami pacienti, ale také příbuzní, spolupracovníci nebo jiní poskytovatelé zdravotní péče. Sestry by měly naslouchat pacientům, neměly by problémy bagatelizovat a měly by upozornit na tyto problémy ošetřujícího lékaře, který pacienta nasměruje k odborníkovi (Jansen, 2013, s. 270–279). Gulášová poznamenává, že hospitalizovaný pacient se musí na nemocniční prostředí a svou nemoc adaptovat. Nemoc představuje pro pacienta zátěž a stres, na které může reagovat různě. Někteří nemocní svou nemoc popírají a nechtějí si připustit závažnost svého stavu, jiní se obviňují a hledají příčiny nemoci a další viní za své onemocnění jiné osoby. Pacienti často pociťují strach, který může mít různé příčiny – odloučení od příbuzných, obava z diagnózy, nepříjemných

zákroků, strach z budoucnosti. Strach je přirozená reakce, takže nejlepší pomocí je přiznat si tento pocit a pacientům mohou sestry pomoci empatií, vlídností, ochotou naslouchat a trpělivostí (Gulášová, 2005a, s. 239–246). Výzkum zaměřený na posouzení komunikačních a psychických obtíží pacientů s onkologickým onemocněním hrtanu a slinných žláz byl proveden na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice od ledna do prosince roku 2011 a použito bylo 104 odpovědí respondentů. Ze závěrečného hodnocení byli vyloučeni pacienti s onemocněním slinných žláz, protože jejich schopnost komunikace byla ovlivněna jen velmi nepatrně. 31 nemocných po radikální operaci hrtanu a s trvalou tracheostomií uvedlo, že ztratili schopnost verbální komunikace a došlo u nich k výrazné změně sociálního postavení ve společnosti, což představovalo další zátěž pro tyto pacienty (Skládalová, Škvrňáková, Michálek, 2013, s. 30–35). Dle Gulášové (2005b, s. 54–55) pacienti často neznají svá práva a jsou pasivní, mají nereálná očekávání, nedůvěřují sestře, mají negativní zkušenosti s pokusem uplatňovat svá práva, nejsou schopni efektivně komunikovat a hájit své potřeby, mají strach ze zhoršení vztahů se sestrou, mají nízkou úroveň sebevědomí anebo z důvodu onemocnění nemají možnost komunikovat (intubace, bezvědomí...). V roce 2008 v měsících květnu a červnu byl prováděn výzkum mezi onkologickými pacienty v Onkologickém institutu Marii Skłodowskiej-Curie v Glivicích. Účastnilo se ho 100 nemocných – 56 mužů a 44 žen. Více než 54% dotazovaných vyjádřilo zájem o alternativní medicínu jako doplňkovou metodu onkologické léčby. Bylo zjištěno, že například akupunktura, bylinné přípravky, jóga a správná strava mohou významně ovlivnit životní komfort onkologických pacientů a pozitivně je naladit na další terapii (Woźniak-Holecka, Zborowska, Holecki, 2010, s. 21).

3.2 Faktory ovlivňující edukaci na straně zdravotníků

Kanadský výzkum, kterého se zúčastnilo 40 žen léčených chemoterapií pro karcinom prsu, popisuje vliv vzájemné komunikace mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče na celkovou informovanost o léčbě a nežádoucích účincích této léčby.

Pacientky ze dvou center pro léčbu rakoviny byly dotazovány na komunikační zkušenosti, otázky byly rozděleny na dvě skupiny. První skupina dotazů se týkala informovanosti o nemoci a léčbě, druhá skupiny dotazů se věnovala otázkám vztahů a odpovědnosti za informovanost těchto pacientek. Sběr dat byl prováděn formou hloubkových rozhovorů, kdy ženy měly možnost vlastními slovy vyjádřit své zkušenosti s edukací, informovanosti, vztahu zdravotníků k nim jako pacientům a také o očekáváních žen a naplnění těchto očekávání. Respondentky byly ve věku mezi 40 a 60 roky, většinou byly vdané a podstoupily minimálně dva cykly chemoterapie. Ženy popisovaly během léčby chemoterapii dva druhy setkání se zdravotníky. První typ charakterizován jako rutinní kontrola, kdy mluvil převážně lékař a dotazoval se především na aktuální zdravotní stav a laboratorní výsledky, pacientky měly obavy zeptat se na cokoliv jiného mimo téma, které vedl zdravotník. Druhý typ komunikace byl popisován jako více komplexní a nebyl tak úzce zaměřen jen na fyzické příznaky nemoci, pacientky mohly vyjádřit své obavy a mohly klást různé otázky sestřím během aplikace cytostatik a velmi oceňovaly, že jim sestry naslouchají. Stejně tak ženy ocenily i situace, kdy kontaktovaly zdravotnické zařízení telefonicky a odpovídala jim sestra, která měla zájem o jejich zdravotní stav a dokázala jim poradit. Pacientky vnímaly zdravotníky jako odborníky s množstvím informací a potřebovaly, aby jim zdravotníci poskytli těchto informací co nejvíce. Posouvalo je to do partnerského vztahu se zdravotníky, kdy cítily sílu a kontrolu nad svoji nemocí. Pokud byli zdravotníci skoupí na poskytování informací, pacientky tento fakt pociťovaly jako nerovnocenný vztah a neochotu předat zodpovědnost za nemoc a léčbu pacientům. Dalším úskalím v komunikaci bylo předávání špatných zpráv – pacientky požadovaly od zdravotníků upřímnost a reálné informace, ale podané s co možná největším taktem a ujištěním, že se jim dostane vždy podpory a povzbuzení. Dostatečná edukace o nemoci a způsobu léčby byla pro pacientky cestou, jak si mohly udržet partnerský vztah s lékaři a sestrami a nebyly jen pasivními příjemci jejich péče. Pokud zdravotníci neocenili jejich snahu o sebevzdělávání, naplňovalo to ženy bezmocí a trvale to narušilo jejich vztah k profesionálům ve zdravotnictví. Sestry byly vnímány jako důležitá spojka mezi pacientkami a lékaři, byly vnímány jako jejich obhájci a tlumočníci. Pokud sestry tuto roli neplnily, pociťovaly pacientky zklamání a ztrátu důvěry. Všechny respondentky se shodly na tom, že potřebovaly být chápány jako osobnosti, ne jenom jako pacientka s určitou

nemocí a vždy vycítily, kdy je zdravotník považoval za partnera v rozhodování o léčbě. Jejich aktivita v komunikaci a asertivita byly klíčem k profesionálnímu přístupu zdravotníků (Bakker et al, 2001, s. 61–71). Thorne et al. poznamenává, že pacienti zažívají mnoho faktorů a situací, které brání efektivní komunikaci mezi ním a zdravotníky. Studie zahrnující 100 onkologických pacientů s různým druhem rakoviny v různém stádiu nemoci dokládá, že oceňují individuální přístup zdravotníků, důležitý je pro ně tón verbální komunikace a také to, když zdravotníci umí odhadnout množství informací, které pacienti potřebují slyšet. Pro nemocné je nezbytné, aby měli možnost spolurozhodovat o léčebném postupu a byli považováni za partnery v léčbě. V procesu rozhodování by měl být zdravotník především rádcem a uznat, že nemocný má právo na odlišný názor (Thorne, Oliffe, Stajduhar, 2013, s. 291–296). Podobné závěry uvádí i Epstein (2006, s. 272–278), kdy ve své práci poznamenává, že zatímco odborníci kladou důraz na obsahovou stránku komunikace, pacienti velmi často vnímají neverbální složku řeči a jsou citliví na celkový dojem, kterým na ně lékař zapůsobí. Dle Gulášové mohou sestry pomoci pacientům s adaptací na onemocnění schopnosti empatie, individuálním přístupem, úctou k pacientovi a pozitivním vztahem k němu. Pacienta a jeho rodinu je třeba zahrnout do ošetrovatelské péče a tím se velice usnadní adaptace nemocného na nutnost hospitalizace i na nemoc samotnou. Anonymita pacientů má negativní vliv na proces přizpůsobení nemocného, stejně tak časté používání odborné terminologie, které pacient nerozumí a velké množství informací, které pacient není schopen pochopit a zapamatovat si je. Negativní vliv má také izolace od běžného života a pobyt mezi těžce nemocnými a umírajícími pacienty (Gulášová, 2005a, s. 239–246). Stępień et Wiraszka dokládají, že na vztah sestra – pacient negativně působí vyhýbání se nemocnému, strohost a neosobnost při rozhovoru s pacientem, záměrná „tvrdost“ jako způsob udržení si odstupů. Neochota, lhostejnost, podceňování pacientů anebo přílišná horlivost a obětování se nemocným způsobují nespokojenost sester s vykonávaným zaměstnáním (Stępień, Wiraszka, 2009, s.61–66). Dle Bártlové napjaté vztahy mezi lékaři a sestrami mají za následek stres na pracovišti a sníženou motivaci ošetrovatelského personálu ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství je často ze strany lékařů považováno za méně důležitou a významnou součást péče o pacienta, což má demotivující vliv na sesterský personál. Svou roli hrají i genderové odlišnosti lékařské a ošetrovatelské profese a vícenásobná podřízenost sester – lékařům i sesterskému

managementu (Bártlová, 2006, s. 31–35). Gulášová také poznamenává, že právě sestra věnuje nemocnému nejvíc času, péče a energie a nemusí se před pacientem prezentovat jen jako dokonalý profesionál, ale musí být empatická, vlídná a ochotná naplňovat jeho potřeby. Problém nastává, jestliže sestra nezná a nerespektuje práva pacienta, dostatečně nespolupracuje s lékaři a ostatními zdravotníky, nemá zájem dále se vzdělávat, neumí přiměřeně a profesionálně komunikovat a nerespektuje pacienta jako rovnocenného partnera (Gulášová, 2005b, s. 53–54). Autorky Slamková et Vörösová si všimají významu aplikace ošetrovatelského procesu a používání standardizované terminologie v péči o onkologického pacienta. Sestry, které pečují o pacienty s rakovinou, se musí často vyrovnávat s jejich pocity bezmocnosti a nejistoty, které vyplývají z jejich nedostatečné či nesprávné informovanosti. Pacienti často stojí před závažnými rozhodnutími a sestry jim musí umět poradit tak, aby se nemocní mohli rozhodnout co možná nejlépe. Znalost správné terminologie dává sestram nástroj, jak přesně pojmenovat potřebu pacienta a navrhnout adekvátní intervence. Ošetrovatelský personál musí být také seznámen s rozsahem informací, které nemocnému poskytne lékař, protože jen tak může s pacientem spolupracovat a poskytovat mu podporu (Slamková, Vörösová, 2010, s. 288–297).

ZÁVĚR

Je zřejmé, že léčba chemoterapií představuje pro pacienty obrovskou zátěž a své nezastupitelné místo v ošetřování onkologicky nemocných má i ošetřovatelství (Vorlíček et al, 2012, s. 70–71; Kowalik, 2006, s. 192; Herdman, 2013, s. 75–76). Sestry musí být dostatečně vzdělané, aby byly schopné identifikovat nežádoucí účinky cytostatické léčby (Vorlíček et al., 2012, s. 135). Cílená, včasná a dostatečná edukace před zahájením chemoterapie může významně snížit výskyt vedlejších účinků cytostatik (Mollaoğlu, Erdoğan, 2014, s. 78–84).

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit přehled publikovaných poznatků o nejčastějších nežádoucích účincích chemoterapie. Mezi nejlépe monitorované a nejčastější patří nevolnost a zvracení, důsledkem čehož je váhový úbytek, snížení svalové síly, pokles obranyschopnosti a snížení psychomotorických dovedností. Tyto poruchy mohou způsobit až smrt pacienta (Bergkvist, 2005, s. 21–27; Fizia et al., 2013, s. 105–107). Cytostatika působí nejen na nádorové buňky, ale mají vliv mezi jinými i na krvetvorbu (Vorlíček et al., 2012, s. 140). Závažným problémem je těžká neutropenie a febrilní neutropenie (Leonard, 2011, s. 380–381). Dle Viale (2006, s. 144) může mít dermatologická toxicita různé podoby – od lehkého začervenání až po extravazaci cytostatických léků. Bahyrycz (2012, s. 1283) uvádí, že právě podání cytostatik mimo žílu nemocného může skončit až chirurgickým zásahem. Hand-foot syndrom je častý u tabletové formy léčby (MacLeod, 2006, s. 247–254). Mnohé ženy se obávají ztráty vlasů, které jsou pro ně symbolem ženství a atraktivity. Sestry mohou svým přístupem zmírnit pocity úzkosti, strachu či deprese (Borsellino, 2011, s. 311–315). Zácpa může být způsobená snížením příjmu potravy a tekutin a také různými léky – antiemetiky, antidepressivy, chemoterapeutiky či opioidními analgetiky (Janečková et Třísková, 2012, s. 317; Lepper, 2009, s. 3). Cytostatika mohou poškodit sliznice celého zažívacího traktu, což se projeví bolestí v dutině ústní nebo průjmem (Miller, 2007, s. 693–671; Vorlíček et al., 2012, s. 143). Častou potíží pacientů léčených chemoterapií je únava, která trvá dlouhou dobu a může přetrvávat i po skončení léčby (Bergkvist, 2005, s. 25–26; Rzepka, 2010, s. 321–322; Dunková et Bužgová, 2011, s. 19). Změny psychiky a kognitivních funkcí jsou dalšími nežádoucími účinky chemoterapie (Piredda, 2007, s. 120; Pietrzyk,

2010, s. 29–35; Myers, 2013, s. 300–307; Ježorská, Tomanová et Schwetzová, 2011, s. 1–4; Hajnová et Bužgová, 2013, s. 708–714). Další autoři doplňují, že kvalita života onkologických pacientů závisí od druhu a stádia onemocnění a typu léčby (Dunková et Bužgová, 2011, s. 14; Spurná, Brančíková, Katolická, 2009, s. 101; Machnik-Czerwik, 2010, s. 55–59). První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem bylo vytvořit přehled o potřebách a metodách edukace dospělých onkologických pacientů. Autoři vysvětlují význam a obsah termínu *edukace*, který je často zaměňován s termíny *výchova*, *vzdělání*, *informování* nebo *komunikace* (Juřeniková, 2010, s. 9; Beneš, 2008, s. 15; Chmielarczyk, Galicka et Wojtaszczyk, 2011, s. 178; Venglařová et Máhrová, 2006, s. 11–13; Juřeniková, 2010, s. 21–22; Herdman, 2013, s. 95; Vorlíček, 2012, s. 185; Wood, 2012, s. 436–438). Dle legislativy České republiky je potřeba edukace ukotvena i zákonech a právních normách (MZCR, Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků; MZCR, Práva pacientů ČR, 2008). Spojená akreditační komise rovněž ve standardech péče jak ambulantních, tak i lůžkových zařízení zmiňuje edukaci jako ukazatel kvality ošetrovatelské péče (Spojená akreditační komise České republiky, 2010, s. 39–40; Spojená akreditační komise České republiky, 2014, s. 35–36). Otázku preference edukačních potřeb onkologických pacientů se zabývá mnoho autorů. Pacienty nejčastěji zajímají odpovědi na otázky týkající se nežádoucích účinků cytostatické léčby (Morrison et al., 2012, s. 115–123). Dle výzkumu nemocní nekladli důraz na důležitost pohlaví ošetřujícího lékaře a většina dotazovaných chtěla být plně informovaná o své nemoci (Cox et al., 2006, s. 263–267; Rutten et al., 2005, s. 250–261). Pro onkologicky nemocné v Číně bylo důležité, aby se edukace zúčastnili i příbuzní pacientek (Lee et al., 2004, s. 224–233). Zieniuk uvádí, že očekávání pacientů s nádorem v oblasti hlavy a krku byla na nižší úrovni v porovnání s ostatními onkologicky nemocnými, což bylo zapříčiněno horšími komunikačními schopnostmi těchto pacientů (Zieniuk, 2009, s. 17–27). Kvale poznamenává, že pacienti s rakovinou mají velkou potřebu komunikace, ale ne vždy chtějí hovořit o své nemoci (Kvale, 2007, s. 320–327). Potřeba edukace dle Matsuyama et al. neklesá ani dalších devět měsíců po stanovení diagnózy (Matsuyama et al., 2013, s. 96–97). Pacienti také hledají odpověď na otázky ohledně recidivy a progresu nemoci a nežádoucích účinků chemoterapie (Mulders,

Vingerhoets, Plemeno, 2008, s. 98). Pochopení toho, jaké potřeby mají nemocní s rakovinou, umožňuje zdravotníkům lepší komunikaci s pacienty (Bolle, Dülmen, Jansen, 2013, s. 391). Autoři také uvádějí, že nemocným s rakovinou často chybí informace a proto využívají alternativní medicínu jako podpůrnou metodu léčby nádorových nemocí (Woźniak-Holecka, Zborowska, Holecki, 2010, s. 21; Grabińska et al., 2011, s. 39–47). Verbální komunikace je v dohledaných článcích prezentována jako základní komunikační nástroj, kterým je možno sdělovat nejen fakta, ale i emoce a pocity (Zacharová, 2010, s.28; Venglařová et Mahrová, 2006, s. 19–25; Bartošíková et al., 2000, s. 119–120; Vorlíček et al., 2012, s. 136). Juřeníková upozorňuje na fakt, že efektivní komunikace má být správně načasovaná a přizpůsobená schopnostem naslouchajícího (Juřeníková, 2010, s. 17). Edukace formou psaného textu je ve zdravotnictví nejčastěji prezentovaná jako brožura, leták, plakát, stať v časopise nebo odborná kniha a sestry musí umět vysvětlit takto prezentované poznatky (Juřeníková, 2010, s. 45–46). Mnoho autorů prezentuje možnost e-learningu jako další formu edukace (Juřeníková, 2010, s. 46–47; Dialog Jessenius, O.P.S., Drucis, Jastrzębski et Kopacz, 2002, s. 405–410; Bader et Strickman-Stein, 2003, s. nenalezena). Další autoři zmiňují neverbální komunikaci jako nástroj, který prozradí nesoulad mezi mluveným slovem a tím, co vyjadřujeme právě touto komunikací (Bartošíková et al., 2000, s. 124–130; Hannawa, 2014, s. 310–313). Venglařová et Mahrová zdůrazňují vliv zevnějšku na interakci s ostatními (Venglařová et Mahrová, 2006, s. 49–50). Nezastupitelnou roli v edukaci pacientů mají rovněž svépomocné patientské organizace (Zášková et Bolková, 2012, s. 444–453). Druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o faktorech ovlivňujících edukaci. Dle Zacharové pro efektivní komunikaci musí obě strany chtít komunikovat, musí umět komunikovat a musí být schopné komunikovat (Zacharová, 2010, s. 28–29). Na straně pacienta mohou edukaci ovlivňovat kognitivní funkce, demografické a psychologické faktory, změny zdravotního stavu a chronická medikace. Mezi léky, které prokazatelně ovlivňují kognitivní funkce, patří také cytostatika (Bender et Thelen, 2013, s. 232–237; Jansen, 2013, s. 270–279). Autorka Gulášová si všímá důležitosti adaptace pacienta na onemocnění a změnu prostředí, která je spojena s nutností hospitalizace (Gulášová, 2005a, s. 239–246). Edukaci ovlivňuje také omezená možnost komunikace pacientů z důvodu změny

zdravotního stavu a to, že nemocní často neznají svá práva a jsou pasivní (Skládalová, Škvrňáková et Michálek, 2013, s. 30–35; Gulášová, 2005b, s. 54–55). Také zdravotníci mohou edukaci významně ovlivnit svým přístupem k nemocným a záleží jen na aktivitě a míře asertivity pacientů, zda je ošetřující personál bude vnímat jako partnery v léčbě (Bakker et al., 2001, s. 61–71). Individuální přístup zdravotníků, tón komunikace a cit pro potřeby pacientů mohou ovlivnit to, jak moc budou pacienti ochotni navázat partnerský vztah s personálem (Thorne, Oliffe et Stajduhar, 2013, s. 291–296; Epstein, 2006, s. 272–278). Gulášová uvádí, že ve vztahu k pacientům je důležitá empatie, úcta, individuální přístup a pozitivní vztah. Do ošetrovatelské péče je nutno zahrnout i příbuzné, aby se pacient necítil izolovaný a anonymní (Gulášová, 2005a, s. 239–246). Sestra se nesmí pacientovi vyhýbat, nesmí být strohá, neosobní a „tvrdá“, neochotná, lhostejná – to vše způsobuje nespokojenost sester v zaměstnání a odráží se to na vztahu k nemocným (Stępień et Wiraszka, 2009, s. 61–66). Také napjaté vztahy mezi lékaři a sestrami mají za následek stres na pracovišti, což se negativně odráží na péči o pacienty (Bártlová, 2006, s. 31–35). Neschopnost spolupráce a zájmu o další vzdělávání je dle Gulášové dalším aspektem zhoršené ošetrovatelské péče (Gulášová, 2005b, s. 53–54). Na to navazují autorky Slamková et Vörösová, které zdůrazňují význam používání standardizované ošetrovatelské terminologie a aplikace ošetrovatelského procesu do praxe (Slamková et Vörösová, 2010, s. 288–297). Třetí cíl bakalářské práce byl splněn.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

1. BADER, J., L., STRICKMAN-STEIN, N. 2003. Evaluation of New Multimedia Formats for Cancer Communications. *Journal of Medical Internet Research* [online]. Pittsburgh: Journal of Medical Internet Research Publications, 2003, roč. V, č. 3, s. nenalezeny [cit. 2014–1–6]. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550563/>
2. BAHYRYCZ, J., et al. 2012. Aktualne zalecenia dotyczące profilaktyki i postępowania w przypadku wynacznienia cytostatyków. *Przegląd lekarski* [online]. 2012, roč. LXIX, č. 12, s. 1283–1286 [cit. 2013–12–5]. ISSN 1641-6565. Dostupné z: http://wple.net/plek/numery_2012/numer-12-2012/1283-1286.pdf
3. BAKKER, D., et al. 2001. Patient–health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling* [online]. 2001, roč. XLIII, č. 1, s. 61–71. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399100001476>
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt* [online]. 2006, roč. II, č. 1, s. 31–35. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326162725458760.pdf>
5. BARTOŠÍKOVÁ, Ivanka, et al. 2000. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-288-4
6. BENDER, C. M., BETHANY, T. D., 2013. Cancer and Cognitive Changes: The Complexity of the Problem. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 2013, roč. XXIX, č. 4, s. 232–23. [cit. 2014–1–6]. ISSN 0749-2081. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074920811300051X>
7. BENEŠ, Milan. 2008. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2580-2

8. BERGKVIST, K., WENGSTRÖM, Y. 2006. Symptom experiences during chemotherapy treatment – With focus on nausea and vomiting. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2006, roč. X, č. 1, s. 21–29. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388905000451>
9. VAN WEERT et al. 2013. Older cancer patients' information and communication needs: What they want is what they get? *Patient Education and Counseling* [online]. 2013, roč. XCII, č. 3, s. 388–397. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113001201>
10. BORSELLINO, M., YOUNG, M., M. 2011. Anticipatory Coping: Taking Control of Hair Loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2011, roč. XV, č. 3, s. 311–315. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1538-067X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=a3ba7161-1e26-430b-b6a8-fbaebe0f0317%40sessionmgr111&hid=121>
11. COX, A. et al. 2006. Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2006, roč. X, č. 4, s. 263–272. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/14623889/10/4>
12. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. 2003. Etický kodex sester (*Překlad ICN*) In *Seznam publikací České asociace sester*. 2003, [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
13. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20 [cit. 2014–1–6]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

14. DIALOG JESSENIUS. 2010. Průvodce onemocněním karcinomem prsu. *In Karcinom prsu*. 2010, [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: <http://www.dialog-jessenius.cz/projekt/karcinom-prsu>
15. DRUCIS, K., JASTRZĘBSKI, T., KOPACZ, A. 2002. Polska onkologia w Internecie. *Współczesna onkologia* [online]. 2002, roč. VI, č. 6, s. 405–410. [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Polish-oncology-in-Internet,3,87,1,1.html>
16. DUNKOVÁ, Olga, BUŽGOVÁ, Radka. 2012. Kvalita života pacientů s bronchogenním karcinomem plic před a po chemoterapii. *Kontakt* [online]. 2012, roč. XIV, č. 1, s. 14–20. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2012/633-kvalita-zivota-pacientu-s%C2%A0bronchogennim-karcinomem-plic-pred-a-po-chemoterapii>
17. EPSTEIN, R., M. 2006. Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling* [online]. 2006, roč. LX, č. 3, s. 272–278. [cit. 2014–1–6]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399105003265>
18. FIZIA, K., et al. 2013. Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory. *Pielęgniarstwo Polskie* [online]. 2013, roč. VII, č. 2, s. 105–110. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0860-8466 Dostupné z: http://www.amp.edu.pl/files/12_69_pp_2_2013.pdf
19. GRABIŃSKA, K., et al. 2011. Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. *Psychoonkologia* [online]. 2011, roč. III, č. 2, s. 39–47. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1429-8538. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-Problemy-i-potrzeby-psychosocjalne-pacjentow-r-npoddanych-chemioterapii-onkologicznej,63,18695,1,0.html>
20. GULÁŠOVÁ, Ivica. 2005a. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu. *Kontakt* [online]. 2005, roč. VII, č. 3, s. 239–246. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-4~2005/301-adaptacia-pacienta-na-zmeneny-zdravotny-stav-a-na-hospitalizaciju>

21. GULÁŠOVÁ, Ivica. 2005b. Sestra – obhajkyňa práv pacienta. *Kontakt* [online]. 2005, roč. VII, č. 1, s. 53–58. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1-2~2005/265-sestra-%E2%80%93-obhajkyňa-prav-pacienta>
22. HAJNOVÁ, Erika, BUŽGOVÁ, Radka. 2013. Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: Pilotní studie. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, roč. IV, č. 4, s. 708–714. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/9_hajnova_buzgova.pdf
23. HANNAWA, A.F. 2014. Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Education and Counseling* [online]. 2014, roč. XCIV, č. 3, s. 310–313. [cit. 2014–3–6]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113005065>
24. HERDMAN, T., H. et al. 2013. *NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing, 2013. 1.vyd, ISBN 978-80-247-4328-8
25. CHMIELARCZYK, W., GALICKA, M., WOJTASZCZYK, K. 2011. Refleksje na temat perspektywy edukacji onkologicznej w Polsce. *Nowotwory Journal of Oncology* [online]. 2011, roč. LXI, č. 2, s. 178–180. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0029-540X. Dostupné z: <http://www.nowotwory.edu.pl/archiwum.php?rok=2011&zeszyt=2>
26. JANEČKOVÁ, Brigita, TŘÍSKOVÁ, Zdena. 2012. Obstipace jako ošetrovatelský problém. Diagnóza a možnosti ovlivnění. *Kontakt* [online]. 2012, roč. XIV, č. 3, s. 315–330. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012110606667044.pdf>
27. JANSEN, C., E. 2013. Cognitive Changes Associated with Cancer and Cancer Therapy: Patient Assessment and Education. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 2013, roč. XXIX, č. 4, s. 270–279. [cit. 2014–1–6]. ISSN 0749-2081. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208113000557>
28. JEŽORSKÁ, Šárka, TOMANOVÁ, Danuška, SCHWETZOVÁ, Denisa. 2011. Vybrané psychosociální faktory u pacientů s chronickým onemocněním. *PROFESE*

on-line [online]. 2011, roč. IV, č. 2, s. 1–5. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/73-jezorska.pdf

29. JUŘENÍKOVÁ, Petra, *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2

30. KOWALIK, G. 2006. Nowy model opieki medycznej w chemioterapii. *Studia Medyczne* [online]. 2006, roč. III, s. 203–207. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1899-1874. Dostupné z: http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/stud_med_t_3.pdf

31. KVALE, K. 2007. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2007, roč. XI, č. 4, s. 320–327. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388907000191>

32. LEE, Y. M. et al. 2004. What are the information needs of Chinese breast cancer patients receiving chemotherapy? *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2004, roč. VIII, č. 3, s. 224–233. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S146238890300108X>

33. LEONARD, K. 2012. A European survey relating to cancer therapy and neutropenic infections: Nurse and patient viewpoints. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2012, roč. XVI, č. 4, s. 380–386. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388911001335#>

34. LEPPERT, W. et al. 2009. Postępowanie u chorych z zaparciem stolca w medycynie paliatywnej – zalecenia Grupy Roboczej Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna* [online]. 2009, roč. I, č. 1, s. 1–10. [cit. 2013–12–5]. ISSN 2081-0016. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Artykuly-przegladowe-i-wytyczne-Postepowanie-u-chorych-z-zaparciami-stolca-w-medycynie-paliatywnej-8211-zalecenia-Grupy-Roboczej-Ekspertow-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Paliatywnej,59,13654,1,0.html>

35. MACLEOD, A. et al. 2007. A nurse-/pharmacy-led capecitabine clinic for colorectal cancer: Results of a prospective audit and retrospective survey of patient experiences. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2007, roč. XI, č. 3, s.

247–254. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388906001815>

36. MACHNIK-CZERWIK, A. 2010. Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. *Psychoonkologia* [online]. 2010, roč. II, č. 2. s. 55–59. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1429-8538. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-Funkcjonowanie-na-plaszczyznie-psychofizycznej-a-jakosc-zycia-chorych-onkologicznie,63,16870,1,0.html>

37. MATSUYAMA, R., K. et al. 2013. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Education and Counseling* [online]. 2013, roč. XC, č. 1, s. 96–102. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112003825>

38. MILLER, M. et al. 2007. Evaluation of the feasibility and acceptability of an oral care diary by patients during chemotherapy. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2007, roč. XLIV, č. 5, s. 693–701. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000563>

39. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2008. Práva pacienta. In *Portál kvality a bezpečí*. 2008, . [cit. 2014–3–6]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

40. MOLLAOĞLU, M., ERDOĞAN, G. 2014. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2014, roč. XVIII, č. 1, s. 78–84. [cit. 2014–3–6]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388913000951>

41. MORRISON, V. et al. 2012. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2012, roč. XVI, č. 2, s. 115–123. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388911000627>

42. MULDER, M., VINGERHOETS, A., PLEMENO, W. 2008. The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2008,

roč. XII, č. 2, s. 97–102. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388907001329>

43. MYERS, J., S. 2013. Cancer- and Chemotherapy-Related Cognitive Changes: The Patient Experience. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 2013, roč. XXIX, č. 4, s. 300–307. [cit. 2014–1–6]. ISSN 0749-2081. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208113000582>

44. O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1295-8

45. PIETRZYK, A. 2010. Poznawcze funkcjonowanie pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kierunki pomocy medycznej i pozamedycznej w odzyskiwaniu sprawności umysłowej. Analizy przypadków dwojga studentów – kobiety i mężczyzny. *Psychoonkologia* [online]. 2010, roč. II, č. 1. s. 29–35. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1429-8538. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Opis-przypadku-Poznawcze-funkcjonowanie-pacjenta-onkologicznego-przed-chemioterapia-i-po-chemioterapii-Kierunki-pomocy-medycznej-i-pozamedycznej-w-odzyskiwaniu-sprawnosci-umyslowej-Analizy-przypadkow-,63,15648,0,0.html>

46. PIREDDA, M. et al. 2008. Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian oncology patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2008, roč. XII, č. 2, s. 120–126. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388907001330>

47. RUTTEN, L., J., F. et al. 2005. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling* [online]. 2005, roč. LVII, č. 3, s. 250–261. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399104001983>

48. RZEPKA, K., NOWICKI, A. 2010. Fatigue among breast cancer patients. *Współczesna onkologia* [online]. 2010, roč. XIV, č. 5, s. 321–325. [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Fatigue-among-breast-cancer-patients,3,15602,1,1.html>

49. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY. 2010. *Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení*. 1. vyd. sakcr.cz [online]. © Spojená akreditační komise, o. p. s. [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
50. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY. 2010. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. sakcr.cz [online]. © Spojená akreditační komise, o. p. s. [cit. 2014–1–6]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
51. SKLÁDALOVÁ, Marie, ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, MICHÁLEK, Roman. 2013. Potíže v komunikaci a vybrané psychické oblasti (napětí, obavy, podráždění, deprimace) u nemocných s nádorovým onemocněním hrtanu a slinných žláz. *PROFESE on-line* [online]. 2013, roč. VI, č. 2, s. 30–35. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_02/06_skladalova.pdf
52. SLAMKOVÁ, Alica, VÖRÖSOVÁ, Gabriela. 2010. Činnosti sestry v procese rozhodovania onkologických pacientov. *Kontakt* [online]. 2010, roč. XII, č. 3, s. 288–297. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2010/599-cinnosti-sestry-v-procese-rozhodovania-onkologickych-pacientov>
53. SPURNÁ, Zuzana, BRANČÍKOVÁ, Dagmar, KATOLICKÁ, Jana. 2009. Kvalita života pacienta při podávání perorální onkologické léčby. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, roč. III, č. 2, s. 101–105. [cit. 2013–12–5]. Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2009/06/10.pdf>
54. STEPIEŃ, R., WIRASZKA, G. 2009. Uwarunkowania relacji pacjent – pielęgniarka w onkologii. *Studia Medyczne* [online]. 2009, roč. XVI, s. 61–66 [cit. 2014–1–6]. ISSN 1899-1874. Dostupné z: http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/index.php?option=com_content&view=article&id=293:uwarunkowania-relacji-pacjent-pielgniarke-w-onkologii&catid=69:tom-xvi&Itemid=86
55. THORNE, S., OLIFFE, J. L., STAJDUHAR, K. I. 2013. Communicating shared decision-making: Cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling*

[online]. 2013, roč. XC, č. 3, s. 291–296. [cit. 2013–12–5]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112000912>

56. VENGLAŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8

57. VIALE, P., H. 2006. Chemotherapy and Cutaneous Toxicities: Implications for Oncology Nurses. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 2013, roč. XXII, č. 3, s. 144–151. [cit. 2014–1–6]. ISSN 0749-2081. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208106000611>

58. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda, *Klinická onkologie pro sestry. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3

59. WOOD, L. 2012. A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2012, roč. XVI, č. 4, s. 432–438. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388911001426>

60. WOŹNIAK-HOLECKA, J., ZBOROWSKA, K., HOLECKI, T. 2010. Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* [online]. 2010, roč. II, č. 1, s. 21–28. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1429-8538. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-Medycyna-alternatywna-jako-uzupelniajaca-forma-leczenia-chorob-nowotworowych-w-opinii-pacjentow-onkologicznych,63,15647,1,0.html>

61. ZACHAROVÁ, Eva. 2010. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. 2010, roč.20, č.7–8, s. 28–29. ISSN 1210-0404

62. ZÁŠKODNÁ, Helena, BOLKOVÁ, Gabriela. 2012. Zátěžové aspekty onkologického onemocnění a možnosti psychosociální pomoci v rámci sociální práce a svépomocných skupin. *Kontakt* [online]. 2012, roč. XIV, č. 4, s. 444–455. [cit. 2014–1–6]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2012/974-zatezove-aspekty-onkologickeho-onemocneni-a-moznosti-psychosocialni-pomoci-v-ramci-socialni-prace-a-svepomocnych-skupin>

63. ZIENIUK, A., M. 2009. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia* [online]. 2009, roč. I, č. 1. s. 17–27. [cit. 2013–12–5]. ISSN 1429-8538. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-Oczekiwania-pacjenta-onkologicznego-wobec-personelu-medycznego,63,15392,1,0.html>