

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Petra Žáková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům

Olomouc 2020

Vedoucí práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

.....

Petra Žákovská

Poděkování

Za vznikem diplomové práce vždy stojí několik lidí, kteří autorovi poskytují zpětnou vazbu a odborné rady, vysloví vlastní názor na věc, dovolí mu zkoumaný problém vidět z více úhlů pohledu a hluboce se zamyslet nad tématem. Poté jsou tu lidé, kteří jsou pro vás psychickou oporou, dávají vám motivaci k úspěšnému dokončení práce a mají důvěru ve vaše schopnosti. Proto poděkování patří nespočtu osob z mého profesního i osobního okolí. Ráda bych jako první poděkovala své vedoucí práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. Její skutečné a upřímné pomoci, kterou poskytuje studentům, a trpělivosti, kterou disponuje, si nesmírně vážím a velmi je v dnešní době oceňuji. Poté bych velice ráda poděkovala všem zaměstnancům Onkologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy za spolupráci při výzkumném šetření. Velké díky patří pacientům, kteří neodmítli podílet se na dotazníkovém šetření, ale i ostatním onkologicky nemocným pacientům, jejichž spokojenost pro mě byla motivem. Jeden z největších díků patří mé mamince. Za dobu celého studia mě podporovala po všech stránkách a jako zdravotní sestra pro mě byla celoživotním vzorem. Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat osobám, které mi poskytovaly konstruktivní kritiku v průběhu tvorby práce, a to zejména MUDr. Stanislavu Hlouškovi, Mgr. Petru Tomanovi, Ph.D., MUDr. Martinovi Matějů, Ph.D., MUDr. Mgr. Marii Opatrné, Ph.D. a MUDr. Jaroslavě Barkmanové. Velice děkuji.

Obsah

ÚVOD	6
1. CÍLE PRÁCE	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1. Zvládání nemoci pacientem	10
2.2. Informovanost pacienta/sdělování nepříznivých a závažných zpráv	14
2.3. Paliativní tým	16
2.3.1. Přínos činnosti paliativního týmu pro ošetřujícího lékaře	16
2.4. Doporučované komunikační postupy a strategie	17
2.4.1. Strategie SPIKES	18
2.5. Vzdělávání budoucích lékařů v oblasti komunikace	20
2.5.1. Výuka s využitím standardizovaných pacientů	21
2.5.2. Kurzy pro prohloubení dovedností a znalostí v oblasti komunikace s pacientem	23
2.6. Právní aspekty sdělování diagnózy	25
2.7. Pacient inklinující k alternativní léčbě	27
3. PRAKTICKÁ ČÁST	31
3.1. Metodika sběru dat	32
3.2. Výběrový soubor – cílová skupina	32
3.3. Strategie sběru dat a popis realizace	32
3.4. Vyhodnocení dat	33
3.5. Analýza dat	34
3.6. Analýza výzkumného problému	85
3.7. Zodpovězení výzkumných otázek	90
3.8. Testování stanovených hypotéz	93
4. DISKUSE	95
Doporučení pro praxi	103

5. ZÁVĚR	105
SOUHRN	107
SUMMARY	108
REFERENČNÍ SEZNAM	109
SEZNAM ZKRATEK	117
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	118
SEZNAM GRAFŮ	120
SEZNAM PŘÍLOH	122

ÚVOD

Nádorová onemocnění jsou jedním z největších současných zdravotních problémů. Jsou na druhém místě jako příčina úmrtí a patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. (Vorlíček a kol., 2012)

Pacienti s onkologickým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mohou mít také problémy sociální a psychické. Zdravotníci proto musí v práci s pacientem v jeho náročné životní situaci najít rovnováhu mezi šetrnou komunikací, empatií a profesionálním odstupem k zachování vlastní duševní pohody zároveň.

Multifaktoriální problematika ve smyslu udržení dobrého a do jisté míry důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem je proto velmi rozsáhlá. Obě komunikační strany musí spolupracovat k dosažení co nejlepších výsledků v léčbě závažné nemoci.

Pacient prochází různými fázemi od objevení prvních příznaků až po vyléčení či smrt. V diagnostické fázi, kdy pacient čeká na objasnění své nemoci, může pociťovat úzkost, strach a nejistotu. Mnohdy i po týdnech čekání přichází následně od lékaře špatná zpráva. Sdělování diagnózy je bezesporu pro obě komunikující strany velice náročné. Pro pacienty je proto důležité, aby sdělení bylo srozumitelné, komunikace probíhala ve vhodném prostředí a pro předchozí přípravě. Pro lékaře je pro změnu důležité, aby se v roli sdělujícího cítil sebejistě a měl dostatečné vědomosti a dovednosti k úspěšnému zvládnutí rozhovoru.

Zmapování problematiky v komunikaci závažných zpráv mezi lékařem a pacientem se věnuje právě tato práce.

Teoretická část je věnována několika tématům, která jsou k objasnění rozsáhlé problematiky zapotřebí. Referujeme o celkovém zvládnutí závažné nemoci pacientem. Popisujeme různé postoje, které může nemocný zaujmout, a fáze přijímání diagnózy. Předkládáme mnoha autory doporučovanou vhodnou komunikační strategii pro zdravotníky/lékaře. Dále pak zmiňujeme i náležitosti sdělování diagnózy a prognózy z právního hlediska, objasňujeme relativně mladý pojem *paliativní tým* a jeho roli v péči o pacienta. V práci neopomíjíme oblast vzdělávání. Jelikož je dle právní úpravy České republiky sdělování diagnózy a prognózy v gesci lékařů, věnujeme se právě jejich vzdělávání v komunikační oblasti. Představujeme také (pro české medicínské vzdělávání možná zcela revoluční) učení se komunikaci za pomoci využití tzv. standardizovaných pacientů.

Praktická část je poté věnována vlastnímu výzkumnému šetření, který bylo provedeno u 294 onkologických pacientů pomocí dotazníků. Reagujeme na výzkumný problém a otázky a testujeme stanovené hypotézy.

V závěru práce diskutujeme vyhodnocené výsledky a doplňujeme doporučení pro praxi.

Práce vznikla pro zlepšení péče o pacienty. Pouze tak, že se jich na jejich problémy zeptáme, jsme schopni se do situace více vcítit a detekovat napravitelné nedostatky.

1. CÍLE PRÁCE

V souladu s tématem práce byly stanoveny následující cíle:

Hlavní cíle práce

1. Představit problematiku komunikace závažných zpráv, konkrétně onkologické diagnózy a prognózy.
2. Zjistit míru informovanosti a vybrané aspekty problematiky sdělování onkologické diagnózy.

Cíle teoretické části práce

1. Přiblížit obecné problémy komunikace lékaře s pacientem.
2. Předložit doporučené postupy v komunikaci závažných zpráv.
3. Zvážit dostatečnost pregraduálního vzdělávání studentů všeobecného lékařství v oblasti komunikace.

Cíle praktické části práce

1. Reagovat na výzkumný problém.
2. Zodpovědět výzkumné otázky.
3. Ověřit stanovené hypotézy.
4. Po analýze získaných poznatků a výsledků výzkumného šetření vytvořit doporučení pro praxi.

Výzkumný problém

- Ovlivňuje věk nevléčitelně nemocného pacienta míru jeho informovanosti o infaustní prognóze?

Výzkumné otázky

1. Jaké bylo nejčastější místo/prostředí, kde byla pacientům sdělena onkologická diagnóza?
2. Kdo byl nejčastěji pro pacienty oporou po sdělení onkologické diagnózy?

Výzkumné hypotézy

H0.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, není závislá na pohlaví.

H1.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví.

H0.2: Pocit nedostatečné informovanosti není závislý na délce léčby.

H1.2: Pocit nedostatečné informovanosti je závislý na délce léčby.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Zvládání nemoci pacientem

V 60. a 70. letech 20. století se spolu se vznikem a rozvojem oboru psychosomatické medicíny začíná mluvit o tom, že na psychický stav pacienta s nádorovým onemocněním má vliv i jeho tzv. premorbidní osobnost.

Mezi faktory ovlivňující zvládání nemoci řadíme též míru příznaků nemoci a druh a závažnost onemocnění. Kalvodová a kol. (2010) jmenují hned několik typů osobností, které mohou mít vliv i na vznik nemoci samotné. U onkologických pacientů uvádějí označení typu osobnosti *C*, tedy osobnost s *copingovým* chováním, které se vyznačuje tím, že jedinec využívá *přizpůsobivých technik chování* a hledá *nejsmířlivější řešení složitých životních situací*. (Kalvodová a kol., 2010, s. 571) Nejnovější výzkumy a také praktické zkušenosti však dokazují, že osobnostní charakteristiky onkologického pacienta jsou mnohem složitější. Dle mnohých studií se u onkologických pacientů můžeme setkat s tzv. nezdolností (*hardiness*). Vyšší míra této vlastnosti je pro pacienta bezesporu z počátku benefitem. Je schopen odpovídat na výzvy, překonávat překážky, nemoci. Lze tuto vlastnost chápat i jako schopnost odpovědnosti, sebekontroly. Osobnostní struktura pacienta může obsahovat i tzv. bojového ducha (*fighting spirit*). Jedná se o velmi prospěšného činitele při zvládání nemoci. Pacienti mají silnou vůli, dostatek naděje v sebe a své schopnosti a velkou míru racionálního uvažování. (Kalvodová, 2010)

Na poli zdravotnickém je zřejmě nejznámější odbornicí, která se zajímala o prožitky pacientů v období nemoci a popsala v r. 1972 tzv. fáze umírání, švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler Rossová. Popsané fáze umírání jsou výsledkem jejího sledování více než čtyř set nevléčitelně nemocných pacientů po dobu pěti let. Znázorněné fáze (Tabulka A) jsou v tabulce seřazeny tak, jak obvykle dle Rossové (1992) přicházejí, avšak nemusí tomu tak být vždy. Mohou se různě prolínat, střídat, přeskakovat – některé mohou chybět a některé se opakují.

Tabulka A Fáze umírání dle E. K. Rossové (1969, cit. dle Venglářová a Mahrová, 2006)

<i>Fáze</i>	<i>Projevy</i>	<i>Vhodné reakce</i>
<i>Šok, popření</i>	<i>Popírání existence onemocnění.</i>	<i>Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného.</i>
<i>Hněv, vzpoura</i>	<i>Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů.</i>	<i>Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat.</i>
<i>Vyjednávání, smlouvání s osudem</i>	<i>Hledání zázračných léků, dávání slibů za uzdravení.</i>	<i>Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě.</i>
<i>Smutek, deprese</i>	<i>Obavy, vzdávání se, rezignace na léčbu.</i>	<i>Naslouchání, podpora komunikace s rodinou, hledání řešení.</i>
<i>Smiření (nemusí nastat u všech nemocných)</i>	<i>Vyrovnání, loučení se s blízkými, pokora.</i>	<i>Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky), POMOC rodině!</i>

(Venglářová a Mahrová, 2006, s. 78)

Bartošíková (2006) popisuje v souvislosti se zvládním nevy léčitelné nemoci pacientem (kromě reakcí totožných s předešlými fázemi E. K. Rossové) i depresivní rysy, stažení se do sebe, izolaci od druhých, obklopení se výčitkami a s tím spojené obviňování svého okolí.

Dle Zacharové (2013) je nemoc pro pacienta radikální, ale dočasnou změnou sociální situace a prostředí, v němž se odehrává pacientův dosavadní život. Většina nemocných reaguje na vznik/příchod nemoci přiměřeně, diagnózu přijímá a dodržuje doporučení a pokyny dané lékařem. Individuální osobnosti nemocných pacientů nám však dávají rozmanitý přehled různých postojů k nemoci dle toho, jakou hodnotu má daná nemoc pro pacienta.

- **Normální** postoj k nemoci odpovídá skutečnému stavu nebo tomu, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný je na nemoc přiměřeně adaptován.
- **Bagatelizující** postoj znamená, že nemocný podceňuje závažnost choroby, neléčí a nešetří se, navrhovaná opatření nedodrží. Důvodem bývá často nevhodné přeceňování svých možností, podceňování zdraví jako důležité hodnoty, ale často za tímto postojem je i strach (z bolesti, z potíží, z následků, ze ztráty osobní prestiže).
- **Repudiační** postoj znamená zapuzení nemoci. Nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc a úvahy o ní. Jde o nevědomou disimulaci.
- **Disimulační** postoj je takový, kdy nemocný záměrně zkresluje svoje potíže, případně je popírá, neinformuje lékaře správně. Motivy bývají různé, například často snaha ukončit pracovní neschopnost a co nejdříve se vrátit do zaměstnání z finančních důvodů či z pocitu nepostradatelnosti nebo ze strachu ze ztráty zaměstnání.
- **Nozofóbní** postoj charakterizujeme jako nepřiměřenou obavu z nemoci, kdy se nemocný nechává opakovaně vyšetřovat, střídá lékaře; přeceňuje své drobné, nevýznamné potíže, obává se zejména nevléčitelných chorob (nádorové onemocnění, AIDS). Nemocný si je vcelku vědom, že jeho obavy jsou přehnané, ty se mu však neustále vnucují a on se jim nedovede ubránit. Zde se můžeme setkat například s karcinofobií, kardiofobií atd.
- **Hypochondrický** postoj je takový, kdy se nemocný domnívá, že trpí vážnou tělesnou nemocí nebo prožívá potíže lehčí nemoci velmi zaujatě. Svým potížím podléhá, nebojuje s nimi.
- **Nozofilní** postoj bývá u člověka spojen s určitým uspokojením a s příjemnými stránkami nemoci. Znamená to, že nemocný nemusí plnit své povinnosti, okolí o něj více pečuje a jsou na něj brány větší ohledy. Například dítě si může hrát, číst, sledovat televizi, matka se mu více věnuje.
- **Účelový** postoj je vystupňovaný nozofilní stav. Může být veden získáním soucitu, ohledu, únikem z nepříjemné situace (například z vojenské služby), nebo získáním určitých hodnot (např. lázeňská léčba, odchod do důchodu atd.).

(Zacharová, 2013, s. 18-20)

Dostálová (2016) se ve své publikaci věnuje speciálně onkologickým pacientům. Zvládání nemoci zde poté rozlišuje dle období, kdy pacient vyhledal lékaře – v bezpříznakovém, v období prvních příznaků a v období rozvinutých příznaků. Pro zvládání nemoci je nejtěžší fází období rozvinutých příznaků, kdy pacient přichází k lékaři pozdě (mnohdy je pacientovi sdělena infaustní prognóza), z důvodu vlastního zanedbání nebo vinou pochybení jiného lékaře či zdravotníka. V této fázi se již objevují obtěžující příznaky, jsou dobře hmatné nádorové rezistence na těle, deformace, nádory prorůstají do okolních tkání nebo se fixují ke kůži, kde mohou způsobit vznik vředu a následného rozpadu tkáně s nekrotizací a silným hnilobným zápachem. U pacientů se také může objevit výrazný váhový úbytek, kašel s expektorací krve (příznaky dle druhu nádoru). Ti, kteří přijdou s takto závažnými příznaky tzv. na poslední chvíli, jsou též mnohdy velice úzkostliví a mají strach z toho, že jsou velmi vážně nemocni, ale stále si nemusí připouštět, že by mohlo jít o maligní onemocnění. Dostálová (2016) proto popsala způsoby přijímání diagnózy v tomto období takto:

- **Popření** – nemocný odmítá uznat skutečnost a přítomnost nemoci. Odvrátí se od racionálnosti a zaměřují se na možnosti více přijatelné. Např. žena s karcinomem prsu může tvrdit, že boulička na prsu je od toho, že se do daného místa pouze uhodila.
- **Vytěsnění** – pacient si je vědom nebezpečí, mnoho příznaků mu napovídá, že by mohlo jít o maligní onemocnění, avšak tyto myšlenky vytěsňuje a záměrně se lékaři vyhýbá. Jedná se vždy o obranou reakci. Tyto pacienty donutí teprve až okolí nebo katastrofální zdravotní stav vyhledat lékařskou pomoc, ale i přesto pacient instrukce od lékaře vytěsňuje, může např. tvrdit, že žádné informace o svém onemocnění nedostal apod.
- **Regrese** – tento způsob akceptace nemoci představuje návrat k méně zralým až k dětským formám chování. Např. imobilní pacient odmítá pomoc při sebeobsluze se slovy, že vše zvládne sám – zde ovšem hrozí riziko úrazu.
- **Projekce** – přítomna hlavně u agresivních pacientů. Pacienti mohou mít myšlenky, kde se cítí být záměrně zanedbáváni a poškozováni a hledají jak pro minulost, tak pro přítomnost viníky, kteří mohou za jejich současný stav.
- **Racionalizace** – pacienti si nesprávně zdůvodňují své vlastní pochybení. Jednoduše řečeno, proč už dávno neudělali to, co udělat měli. Např. pacientka s prorůstajícím nádorem prsu může tvrdit, že takovéto rozsáhlé poškození kůže má teprve od

minulého týdne; nebo mohou tvrdit, že už daný problém měli několikrát, ale vždy sám odešel, tak i tentokrát čekali.

- **Somatizace** – pacientova úzkost se přeměňuje v tělesné příznaky. Tento problém nastává hlavně poté, co si pacient např. přečte příbalový leták u některého z léků (nebo si o léčbě chemoterapií, radioterapií aj. přečte děsivé články na internetu) a poté uvádí, že je skutečně má, ač je to velice nepravděpodobné. (Dostálová, 2016)

2.2. Informovanost pacienta/sdělování nepříznivých a závažných zpráv

K tomu, aby se pacient mohl svobodně a zodpovědně rozhodnout, aby mohl svůj život správně uzavřít, potřebuje mít dostatek informací týkající se jeho nemoci a prognózy. Přesto, že v dnešní době musí každému zákroku předcházet svobodně podepsaný informovaný souhlas, setkáváme se s tím, že pacienti nejsou informováni o diagnóze, a co častěji, o prognóze. (Marková, 2010)

Umírají a nevědí o tom. A co hůř, často o tom ví jejich nejbližší a oni sami ne. Tito nemocní se nemohou připravit na tak důležitou etapu svého života, jakou je umírání, protože soustředí své síly na to, aby se uzdravili. Proto je tolik důležitá pravdivá informovanost. (Marková, 2010, s. 70)

Problém, který může nastat, pokud pacientovi lékař nesdělí pravdu, popsala ve svém výzkumu Anne Mai Theová, holandská antropoložka, která provázela 30 pacientů s malobuněčným karcinomem plic, jimž bylo sděleno, že jejich onemocnění je nevyléčitelné a u nichž byla nasazena paliativní terapie. Provázela je od prvního sdělení diagnózy až po jejich smrt. Chtěla zjistit, co způsobuje u pacientů tzv. fenomén neoprávněného optimismu, kdy pacienti byli optimističtí, i když měli vědět, že je jejich prognóza infaustní. Řada pacientů prožívala po stanovení diagnózy beznaděj a šok a procházela tzv. existenciální krizí. O to je pro pacienty horší, že problematika umírání je mnohdy tabu. Pacientovi blízcí mohou vytvářet iluzi nekonečnosti života, a pacient je mnohdy se svými strachy a úzkostmi sám. Pacienti se ovšem po beznaději postupně soustředili na léčbu a bylo u nich sledováno, že začínají věřit, že by se mohli vyléčit. Když se k tomu ještě přidalo to, že se subjektivně cítili lépe anebo na zobrazovacích metodách bylo zlepšení, považovali se dokonce za vyléčené. Když došlo ale následně ke zhoršení, bylo pro pacienty velice těžké jak před rodinou, tak i lékařem přiznat, že se mýlili a že jejich naděje na uzdravení byla jen iluze. Pacienti nadále ve svých vyprávěních byli optimističtí, to se okolí líbilo, a pacienti již ve svých starostech a

úzkostech zůstávali osamoceni – neměli se komu svěřit, aby neztratili tvář. Theová pak ozřejmila, proč se tento fenomén pravděpodobně děje: za prvé byla toho názoru, že lékaři neinformovali pacienty správně o prognóze, respektive ihned, jakmile sdělili diagnózu, přesměrovali komunikaci na léčbu, a i při dlouhodobé péči lékaři komunikovali na téma prognózy sporadicky. Veškerá komunikace se odváděla na účinky chemoterapie, instrukce apod. Za druhé Theová popisuje tzv. mlčenlivou dohodu mezi lékařem a pacientem, kdy lékař chce i nechce informovat pacienta o nevyhnutelnosti smrti, a pacient to chce i nechce slyšet. (Opatrná, 2017)

Milosrdná lež nebo vyhýbání se pravdě se může jevit v počátcích jako to nejlepší pro pacienta i jeho rodinu. Jakmile ale pacient přijde na to, že jeho iluze o jeho zdravotním stavu byla mylná, přichází bolest, beznaděj a zklamání. Na to, aby pacient přijal konec svého života, uzavřel svou životní dráhu, tzv. urovnal si život, již pak nemusí zbývat moc času a pacient poté neprojde poslední fází umírání, kterým je tak důležité smíření. Velice v tomto případě sympatizujeme s výrokem Marie Svatošové (2010, s. 65): *Lež je lež v každém případě, i ta tzv. milosrdná*. Svatošová (2010) též uvádí příklady ze své praxe, kdy byla svědkem toho, že lékaři zakládali pacientovi dva chorobopisy – jeden milosrdný, který byl dostupný na sesterně a jeden s pravdivými informacemi, který býval uzamčen. (Svatošová, 2010; Opatrná, 2017)

Nastává tu poté etický problém, zda je lepší pacienta držet v naději a podporovat jeho nadšení z léčby, anebo přenést konverzaci na to, jak se s konečností života postupně vyrovnat. Vážná nemoc nemusí být vždy nutně jen zlem. Je-li správně uchopena a zúročena, je obrovskou příležitostí k osobnostnímu i osobnímu zrání všech zúčastněných. (Svatošová, 2010)

Pokud ale vezmeme pacientovi naději na vyléčení, můžeme mu dát naději v dobré umírání, že nebude opuštěn a že nebude, pokud možno, trpět. (Opatrná, 2017)

Proces umírání je bezesporu bolestivou a velice problematickou záležitostí, jak pro pacienta, blízké a popř. i pro ošetřující personál. Dalo by se též mluvit o jakési krizi, ve které dominuje strach a beznaděj. Důvodem je veliká psychosociální zátěž, jejíž příčiny uvádí Boleloucký (2004, cit. z Bužgová, 2015, s. 61):

- *Pocity vlastní slabosti a neschopnosti, které vedou zpravidla k pokračující ztrátě kontroly nad svým životem. Ve stáří souvisejí zejména se ztrátou soběstačnosti.*
- *Ztráta a zármutek (syndrom ztráty), např. změna dosavadního životního stylu, ztráta moci nad svým životem, ztráta mobility atd.*

- *Nedokončená práce, pocit nedokončené práce často narušuje pocit celistvosti.*
- *Rodinné problémy, zhoršená komunikace a vztahy v rodině. Významným aspektem jsou komunikační nedostatky uvnitř rodiny.*

Před pacientem poté stojí řada hluboce lidských úkolů: přijmout (alespoň z části) svou novou životní roli (nesoběstačnost, vědomí blízkosti smrti), najít smysl života i v současné situaci, ocenit smysl života dosud žitého, vyrovnat se s obavami o sebe a ostatní, vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životním selháním a neúspěchy, umět odpustit a dospět k odpuštění. (Bužgová, 2015)

2.3. Paliativní tým

V rámci holistického přístupu k pacientům a systematického rozvoje paliativní péče v České republice byly v nemocnicích vytvořeny podpůrné a paliativní týmy (PT). Multidisciplinarita jejich složení může zajistit umírajícímu pacientovi specializovaný a individuální přístup. Benefit ve využití týmu však nalézají i ošetřující lékař a pečující nelékařský zdravotnický personál. (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2016; Fakultní nemocnice Olomouc, 2019)

Cíle paliativního týmu jsou ve shodě s obecnými cíli paliativní péče, a to *zmírnit bolest, dušnost a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.* (Umírání.cz, 2016) Principiálně je kladen důraz na kvalitu života, neusiluje se ani o urychlení, ani o oddálení smrti a na umírání se pohlíží jako na přirozený proces. PT vychází při svém jednání vždy ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, bolestí a utrpením. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 1 a 2, 2018)

2.3.1. Přínos činnosti paliativního týmu pro ošetřujícího lékaře

S lékařem paliatrem (či jiným členem PT) si nejprve v rámci vyžádaného konzilia upřesní, jakou konkrétní pomoc nebo podporu pacient potřebuje. Na bázi následného rozhovoru s pacientem poté ošetřující lékař a člen PT formulují léčebný plán, cíl a plán péče dle priorit, hodnot a preferencí nemocného. (Fakultní nemocnice v Motole, 2019; Centrum podpůrné paliativní péče, 2019)

2.4. Doporučované komunikační postupy a strategie

Sdělení nepříznivé diagnózy/prognózy je zajisté náročným momentem nejen pro pacienta, ale i pro lékaře. *Onkologická diagnóza je všeobecně považována za špatnou zprávu. Vzhledem k vysoké letalitě na rakovinu se velmi obtížně daří ovlivňovat strach z nemoci.* (Ptáček a kol., 2014, s. 272). Sdělující lékař může také pociťovat strach a obavu, a to z emocionální reakce pacienta (pláč, ataka úzkosti aj.) i jeho blízkých ve smyslu toho, že si s nastalou situací nebude umět poradit. (Bousquet a kol., 2015; Narayanan a kol., 2010)

Poté mohou být přítomny faktory, které situaci neulehčují, jako např. mládí pacienta, těhotenství či objevení diagnózy, která vyžaduje rychlou reakci apod.

Staří lidé, pokud jsou schopni vnímat realitu, vědí, že pro ně existuje především přítomnost, o nevyhnutelnosti smrti již přemýšleli, i když o této skutečnosti třeba nemluví. Lidé středního věku mají své povinnosti, své představy o jejich plnění a objevením nemoci jsou *zastaveni*. Mladí lidé si budují své postavení v životě, vztahy a jsou naplněni představami, čeho by v životě chtěli dosáhnout. Pokud jsou mladí lidé bez příznaků, nějakou dobu ani nevěří, že jsou nemocní. Trvá jim nějaký čas, než si skutečnost připustí, a pak může následovat propad do deprese. Také záleží na tom, jaké má pacient např. i sociální zázemí nebo finanční závazky. Dlouhodobá pracovní neschopnost může být pro některé doslova likvidační (např. pokud je na mužově práceschopnosti finančně závislá jeho rodina). Často se pak lze setkat s pacienty, kteří vnímají léčbu jako obtíž, nikoli jako záchranu. (Dostálová, 2016) Bartůněk, Ptáček a kol. (2014) proto apelují na lékaře, aby byli na rozhovor tohoto typu připraveni, tzn. kromě ověřených informací o onkologické diagnóze a celkovém zdravotním stavu by měl být lékař obeznámen i se sociálním zázemím nemocného a až poté s ním vést v soukromí rozhovor.

V onkologii jsou diagnózy, u kterých je v těhotenství možná cytostatická léčba, ale jsou typy maligních nálezů, které nutí pacientku k velmi těžké volbě – léčba s nutností interrupce, nebo pokračování v těhotenství s rizikem progresu onemocnění, vzniku metastáz a následná nevyléčitelnost. Jsou případy, kdy je těhotné ženě oznámeno, že je nález natolik závažný, že se bez léčby porodu dítěte ani nedožije.

V neposlední řadě jsou zde případy, které vyžadují rychlou léčebnou reakci. K typické diagnóze v tomto případě patří testikulární nádor (nádor varlat). Diagnóza se

nejčastěji prokáže po sonografickém vyšetření a pacient je obvykle operován i tentýž nebo následující den. Mladí pacienti s přáním založit v budoucnosti rodinu jsou mnohdy v den potvrzení diagnózy posláni i k odběru spermatu pro následné zamražení. Při operačním řešení chirurg totiž provede orchiektomii (odstranění varlete) a pacienti také následně velice často prodělají radioterapii (léčbu ozařováním). (Vorlíček a kol., 2012)

Těžkost komunikace s pacienty je tedy někdy opravdu významná. Proto pro sdělování nepříznivých zpráv existuje celá řada doporučení. Některá vymezují základní pravidla, jiná pro změnu poskytují velmi konkrétní návody včetně modelových příkladů vhodných formulací. (Halámková a kol., 2019)

2.4.1. Strategie SPIKES

Aktuálně mezinárodně uznávaný a v praxi osvědčený doporučený postup pro sdělování nepříznivých zpráv byl představen jeho tvůrcem Robertem Buckmanem v roce 1998 na setkání Americké společnosti klinických onkologů. Podle jeho slov tehdy až 74 % onkologů přiznalo, že nemají ustálenou strategii pro sdělování nepříznivých zpráv, a 90 % z nich uvádělo, že nejnáročnější je ustát nápor emocí během takového rozhovoru. Onkologové na jeho návrh reagovali pozitivně, jelikož ho považovali za lehce aplikovatelný a zapamatovatelný. (Baile a kol., 2000; Buckman, 2005)

- **Settings** (prostředí, okolnosti) – V této oblasti Buckman (2005) zdůrazňuje hned několik zásad, a to zajištění soukromí ve vhodné místnosti, pokud to provoz dovoluje, tak vypnutí pageru či mobilního telefonu, zajistit, aby během rozhovoru nebyli nikým rušeni a do místnosti nevcházeli nikdo, zvláště pak člověk nepovolaný (např. pracovník úklidu apod.). Pacientovi by se mělo nabídnout, zda chce mít u komunikace k dispozici blízkou osobu/osoby. Tato skutečnost může mít velmi pozitivní vliv na prvotní zvládnání a přijetí diagnózy, protože si s blízkou osobou může nemocný o všem promluvit opětovně např. v domácím prostředí. Navíc po sdělení tak závažného faktu má pacient mnohdy vytěsnit řadu dalších informací, které jsou mu podávány. Poté jsou mezi doporučeními i taková, která platí obecně pro komunikaci, a to zajištění stejné úrovně ve smyslu výšky úrovně očí. Lékař by tedy nad pacientem neměl stát, měl by zajistit, aby mezi ním a nemocným nebyla žádná překážka, a připravit sezení i pro jeho blízké.

- **Perception** (vnímání situace) – V této fázi je úkolem lékaře zjistit od pacienta, co o svém zdravotním stavu ví a co od schůzky očekává. Mohou být položeny otázky jako: „Už Vám někdo nějaké podrobnější informace sdělil?“ „Máte obavy z toho, že by to mohlo být něco vážného?“ Lékař v této fázi hlavně naslouchá, snaží se pacienta, pokud možno, nepřerušovat. Tento sběr informací od nemocného má lékaři usnadnit rozhodování, jak a o čem dále konverzovat.
- **Invitation** (výzva) – V další fázi lékař pacienta vyzývá k tomu, aby mu on sám sdělil, kolik informací si přeje vědět. Jak je uvedeno i v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (popsáno v kapitole Právní aspekty sdělování diagnózy), pacient má právo i na to nebýt informován. Lékař zároveň nesmí dopředu na bázi pouze svého subjektivního dojmu usuzovat, zda by pacient celou pravdu unesl, či nikoli.
- **Knowledge** (povědomí, poznatky, fakta) – Zde se Buckman (2005) zabývá vhodnou formou a obsahem samotného sdělení. Vlastní sdělení diagnózy by mělo začít tzv. *varovným výstřelem*. Upozorníme tím pacienta i jeho rodinu na skutečnost, že zazní nepříznivá zpráva, např. sdělením: „*Je mi velmi líto, co vám nyní musím sdělit*“ nebo „*Mám pro vás bohužel špatné zprávy*“. Baile (2000) zmiňuje zjednodušený postup *ask – tell – ask* neboli před každou informací se lékař zeptá, zda je pacient připraven na další informace a zároveň se po každém sdělení otázkou ujistí, zda pacient informacím porozuměl. Amery (2016) popisuje podobný postup pod názvem *chunk method* (dílková metoda), též označována akronymem WPC ke sloům *warn – pause – check*, tedy varujte, počkejte, ověřte. Jde o varování před podáním vlastní informace, podáním času pacientovi a jeho rodině a ujištění, že pacient i rodina informace pochopili.
- **Empathy, Emotions** (empatie, emoce) – Pro některé lékaře může být složité vhodným způsobem reagovat na aktuální emoce pacienta. Často také může v dané chvíli pacienta uklidňovat tím, že začne zlehčovat nebo vylepšovat prognózu. Toto jednání je však z dlouhodobého hlediska kontraproduktivní až nebezpečné. Klamavě podané informace pak mohou poškodit důvěru mezi lékařem a pacientem, vést k neoprávněnému optimismu či vzniku naděje na vyléčení u infaustních prognóz. Lékař neslibuje to, co nemůže splnit, a nikdy nesmí zastírat skutečnosti, které mohou mít potenciálně vážné důsledky.

- **Summary, Strategy** (shrnutí, strategie) – V poslední fázi lékař stručně shrne, co bylo řečeno. Ve shrnutí je dobré jmenovitě popsat hlavní obavy pacienta, čímž se dá najevo respekt a ujistění, že bylo pacientovi porozuměno. Následně lékař vyjmenuje nadcházející kroky a popř. nastíní dlouhodobý plán péče. Pacient má také právo svůj zdravotní stav kdykoli konzultovat s jiným lékařem/onkologem a na základě své autonomie se rozhodnout. Vhodné je pacientovi předat kontakty, ambulantní zprávu, kde je shrnut další postup, či doporučit vhodný zdroj dalších informací (pro onkologické pacienty vznikl web www.linkos.cz). Lékař nezapomíná dát prostor na pokládání dotazů.

(Amery, 2016; Raudenská a Javůrková, 2011; Halámková a kol., 2019; Ptáček a kol., 2014; Baile a kol.; 2000; Buckman, 2005)

2.5. Vzdělávání budoucích lékařů v oblasti komunikace

Pro každého lékaře je největším zadostiučiněním a satisfakcí z dobře odvedené práce správná diagnostika onemocnění a následná léčba, která vede ke zlepšení stavu a uzdravení pacienta. Na straně druhé může být frustrující léčit chronicky nebo infaustně nemocné, které vyléčit nelze. Proto se problémy v komunikaci ve vztahu lékař a pacient ukazují převážně u chronicky nemocných. (Raudenská a Javůrková, 2011)

Vzdělávání lékařů v této problematice, tak aby byl přítomen praktický nácvik, spíše zajišťují placené kurzy než povinná výuka na lékařských fakultách. Až v květnu 2019 vydala 3. LF UK prohlášení, že zařazuje po pilotním projektu s modelovými pacienty „komunikaci s pacientem“ do povinné části výuky jako první fakulta v České republice připravující studenty všeobecného lékařství. (Medical Tribune, 2019)

Pilotní projekt byl aplikován na celý druhý ročník, tj. 180 studentů programu českého a 80 studentů programu anglického. Studenti si (po vzoru zejména západních univerzit) mohli vyzkoušet komunikaci s pacientem v laboratorních podmínkách. Doposud se výuka v ČR prakticovala/praktikuje tak, že jsou studenti vysíláni k rozhovorům přímo se skutečnými pacienty. Nácvik komunikace probíhal po teoretické přípravě studentů v malých skupinkách, kde byly vedeny první anamnestické rozhovory. Poté následovaly rozhovory, které byly monitorovány přítomnými pedagogy, popř. studenty z vyšších ročníků, kteří průběh zaznamenávali. Oběma aktérům rozhovoru byla pak poskytnuta zpětná vazba. (Medical Tribune, 2019)

2.5.1. Výuka s využitím standardizovaných pacientů

Standardizovaný pacient (SP) je pečlivě vybraná a speciálně vyškolená osoba, která má pro účely výcviku komunikace zaujímat roli skutečně nemocného/pacienta v simulovaném klinickém prostředí. Raudenská a Javůrková (2011) ve své publikaci představují vzdělávání pomocí tzv. standardizovaných pacientů. V Kanadě, USA, Velké Británii, Holandsku, Švýcarsku i Skandinávii má využití SP v lékařském pregraduálním vzdělávání již více než padesátiletou tradici. SP se např. využívají i při obhajobě SZZ, ale také v postgraduálním vzdělávání a při závěrečných atestacích. Na 3. LF UK byli SP studenti univerzity třetího věku. V zahraničí jsou spíše využíváni k tomuto účelu školení herci, studenti herectví nebo jiní dobrovolníci (i studenti psychologie), kteří hrají roli pacienta podle opravdové klinické anamnézy s detailním klinickým obrazem. Je kladen důraz na co největší autenticitu. Studentům medicíny i SP je následně poskytována zpětná vazba, a to pomocí výpovědi přímých účastníků (student medicíny a SP), tak ostatních studentů, kolegů a učitele, kdy se společně analyzují klady a zápory modelového chování, návrhy na jeho zlepšení, učí flexibilitě a komunikační obratnosti. „Užití SP neznámá terapie, ale metodu vzdělávání se při praktickém konání činnosti (angl. *Learning by doing*).“ (Raudenská, 2011, s. 92) (Furman, 2009; Johns Hopkins Medicine, cit. 2020)

Poprvé byla tato metoda učení použita v USA v 60. letech 20. století v neurologii, později při sdělování špatných zpráv a u edukačních rozhovorů. V současné době má více než polovina z 36 lékařských fakult v Německu v pregraduálním vzdělávání vyčleněno 50 hodin komunikace s SP. Výuku v tomto případě zajišťují kliniky lékařské psychologie, psychoterapie, didaktiky a speciální pedagogiky. Například Univerzitní nemocnice v Kolíně nad Rýnem zaměstnává od roku 2002 šestnáct SP (pouze herců), kteří jsou na svou roli vycvičeni na Klinice psychoterapie a psychosomatiky. (Raudenská, 2011)

Nejen v Německu jsou pak k dispozici tzv. studijní nemocnice, ve kterých mohou být ambulance, lůžková oddělení i operační sály. Návuk veškerých komunikačních i praktických dovedností je zaznamenáván kamerou pro závěrečnou videoanalýzu. Diskutuje se o úrovni praktických dovedností a o autenticitě pacienta, lékaře a o stylu komunikace. Zpětná vazba je poskytována např. podle pozorovacích *vodítek Calgary – Cambridge* (Kurz a Silverman, 1996) nebo *Objective Structured Clinical Examination* (Koefler a kol., 2008; Smith a kol., 2015; Johns Hopkins Medicine, cit. 2020)

Výhody využití standardizovaných pacientů

- Flexibilní možnost využití v pregraduálním, postgraduálním a celoživotním vzdělávání lékaře, v komunikaci zdravotnického týmu kliniky (oddělení), v psychoterapeutickém výcviku psychosomatických lékařů a psychoterapeutů.
- Využití při dílčích, státních a specializačních zkouškách ve všech typech vzdělávání lékaře.
- Ve výzkumu k měření kvality, koheze a prosazení nových terapeutických postupů, k pozorování interakce mezi pacientem a lékařem, ke zkoumání etických aspektů komunikace.
- SP jsou flexibilní ve stupni obtížnosti.
- SP je možné využít v jednotlivých typech rozhovoru (edukace, snímání anamnézy, sdělování nepříznivých zpráv, podpůrné rozhovory).
- Modelová situace dovoluje experimentovat v komunikaci.
- Pokud je SP dobře proškolen, jde ho jen velmi těžce odlišit od reálného pacienta.
- Po proběhlém rozhovoru je medikovi/lékaři/SP poskytnuta zpětná vazba o způsobu a obsahu rozhovoru, ke kterému byli trénováni. (Raudenská, 2011; Johns Hopkins Medicine, cit. 2020)

Nevýhody využití standardizovaných pacientů

- „Medik nebo lékař může situaci s SP chápat jako zkoušku, pro některé je významnou psychickou zátěží pozorování ostatními kolegy a nahrávání rozhovoru na videokameru“. (Raudenská, 2011, s. 93)

2.5.2. Kurzy pro prohloubení dovedností a znalostí v oblasti komunikace s pacientem

Níže představíme několik kurzů, které jsou přínosem pro prohlubování schopnosti a umění komunikace mezi zdravotníkem a pacientem.

Centrum paliativní péče

Centrum paliativní péče bylo založeno psychologem PhDr. Martinem Loučkou, Ph.D., který je v současné době (2020) i jeho ředitelem. Centrum kurzy pořádá ve víře, že se komunikace dá cvičit a zlepšovat stejně jako jiné dovednosti, které jsou nezbytné pro výkon zdravotnického povolání a též s úsilím zlepšit paliativní péči v ČR.

Kurz ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium)

Intenzivní vzdělávací kurz, který je výhradně určen sestřám, které pracují v oblasti paliativní péče – tedy s pacienty v jejich posledních fázích života. Kurz je čtyřdenní a maximální počet účastníků je 25. Kurz vznikl v roce 2000 v USA a díky efektivnímu způsobu výuky se rozšířil do 89 zemí světa. Jakousi výhodou, např. pro větší či fakultní nemocnice, může být možnost provést kurz po dohodě kdekoli. Kurz se skládá z několika modelů, a to: „*Úvod do paliativní péče; Léčba bolesti; Léčba příznaků; Etické záležitosti v paliativní péči; Kulturní a duchovní aspekty péče; Komunikace; Ztráta, zármutek a žal; Poslední hodiny; Sociální práce; Sebepečer*“. (Centrum paliativní péče, 2020)

Kurz ESPERO (Naděje)

Jedná se kurz komunikačních dovedností, které by měly lékaře připravit na ty nejtěžší momenty – sdělování nepříznivé diagnózy, ukončování léčby, péče v závěru života a práce se silnými emocemi spojenými s těmito situacemi. Za cíl si kurz dává představit účastníkům evidence-based doporučené postupy pro komunikaci ve vyjmenovaných složitých situacích. Kurz je třídní a skládá se z 25 % teorie, 25 % ukázkových modelových situací a z 50 % nácviku konkrétních komunikačních dovedností na základě kazuistik z praxe. Kurz se věnuje následujícím otázkám: „*Jak sdělovat špatné zprávy?; Jak reagovat na emoce pacienta nebo jeho blízkých?; Co říct na otázku „Umřu, pane doktore?“; Jak reagovat na přehnaná očekávání a čekání na*

zázrak?; Jak poznat, zda pacient unese nepříznivé zprávy?; Co dělat, když rodina naléhá, abychom nemocného neinformovali o prognóze?“ (Centrum paliativní péče, 2020)

Komunikace závažných zpráv

Centrum paliativní péče kurz popisuje jako intenzivní trénink sdělování závažných zpráv pro lékaře. Kurz je třídní. Relativní limitací je skutečnost, že jelikož jsou lektoři pouze zahraniční národnosti, probíhá kurz pouze v angličtině. (Centrum paliativní péče, 2018)

Česká lékařská komora

Kurz Jak zvládat sdělování nepříznivých zpráv

Účast na tomto kurzu je limitována nutností účastnit se kurzu s názvem Důstojná péče ve zdravotnictví pro zdravotníky a nemocné. Kurz trvá pouze jednu hodinu a 40 minut (dle uvedeného rozvrhu) a obsahuje tři tematické přednášky. První nese název *Sdělování nepříznivých zpráv – možné reakce ze strany pacientů, příbuzných i personálu a jak na ně reagovat*. Druhá přednáška nese název *Mám pro vás špatnou zprávu...* Měla by se věnovat tomu, jaká je role zdravotníka jako sdělujícího, jak celou situaci unést a co v daném okamžiku pomáhá a co nikoli. Třetí, poslední část s názvem *Jaké bývají existenciální a spirituální otázky, které zpráva vyvolává, a jak na ně reagovat*. U této přednášky nejsou uvedeny žádné specifitější okruhy, kterým se bude přednášející věnovat. Nikde též není uvedeno, zda je kurz i s praktickým nácvikem nebo jaký je maximální počet účastníků. (Česká lékařská komora, 2011)

Paliativní semináře VFN pro mediky a odbornou veřejnost

V roce 2019 Všeobecná fakultní nemocnice 1. LF UK v Praze (VFN) pořádala sérii paliativních seminářů pro mediky a odbornou veřejnost. Účast byla nabídnuta všem zaměstnancům VFN. Účast nebyla nijak placená. Semináře účastníky seznamovaly s aktuální problematikou sociální i spirituální péče o nemocné v pokročilé fázi onemocnění, dále pak se současným právním ustanovením týkajícím se dříve vysloveného přání, přáním nebýt v případě zástavy oběhu resuscitován/oživován (DNR – do not resuscitate), limitací péče i právem na to nebýt a být informován. Poslední dva

semináře byly věnovány praktickým nácvikům komunikace. Semináře byly vedeny odborníky z paliativního týmu VFN. (Centrum podpůrné paliativní péče, 2019)

2.6. Právní aspekty sdělování diagnózy

Komunikace s jakýmkoli pacientem, a tedy i s pacientem onkologicky nemocným, má hned několik rovin. Nepochybně mezi ně řadíme roviny psychologické, medicínské a také roviny právní. Ač je tato kapitola věnována hlavně rovině právní, není možné odhlížet od rovin ostatních, protože se navzájem musí v komunikaci doplňovat. Dobrá komunikace mezi zdravotníky, rodinou a pacientem jednoznačně snižuje riziko vzniku sporů. Stížnosti pacienta a/nebo rodiny na zdravotnický personál jsou totiž až z 85 % podány z důvodu nevhodné komunikace. (Prudil, 2011; Tate, 2005)

Stát nemohl nechat takto závažnou problematiku, jako je sdělování diagnózy, bez právní úpravy, a proto existuje zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zde § 31 odst. 1, který ukládá poskytovateli povinnost zajistit, *aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách.*

Dále zákon uvádí, že pacient může klást otázky, které by mu měly být zodpovězeny, ale je zde také v § 32 psáno, že pacient si může zvolit tu možnost, že informován být o svém zdravotním stavu nechce. V tom případě je nutné, aby zvolil osobu, která dostane informace místo něj. Dále zákon v § 31 odst. 2 specifikuje obsah informací o zdravotním stavu, kterou lékař musí pacientovi poskytnout:

Informace o zdravotním stavu podle odstavce 1 obsahuje údaje o

- a. příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,*
 - b. účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,*
 - c. jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,*
 - d. další potřebné léčbě,*
 - e. omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a*
 - f. možnosti*
- 1. vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 a*

2. určit osoby podle § 32 a 33 nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu podle § 33.

Informace o zdravotním stavu je pacientovi sdělena při přijetí do péče a dále vždy, je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav pacienta účelné.

Je-li to tedy v pacientově zájmu (např. akutní stav, náhle vzniklá stresová reakce apod.) je možné podání pravdivé diagnózy oddálit. Nesmí však zde vzniknout poškození pacienta z prodlení (dlouhodobé nepodání léčby pro nemožnost získat informovaný souhlas kvůli neinformovanosti pacienta) ani provádění vyšetření či podávání léčby bez informovaného souhlasu, nebo pouze se souhlasem rodiny, pokud pacient není při vědomí a schopen sám o sobě rozhodovat.

Dalším dokumentem, kterým se lékaři musí řídit, je mezinárodní smlouva č. 96/2001 Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Tento dokument se v článku 9 věnuje plnění dříve vysloveného přání pacientem. Čl. 9 říká, že *bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*

Čl. 10 odst. 2 a 3 m. s. upřesňuje práva pacienta: *Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.*

Čl. 5 m. s. poté ustanovuje obecné pravidlo, že *jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*

Pro lékaře jsou jak požadavky mezinárodní smlouvy, tak zákony ČR závazné a pokládá se za povinnost se jimi řídit. Doplnkem těchto nařízení jsou etická pravidla, která jsou zakotvena v Etickém kodexu České lékařské komory (1996).

Prudil (2011) je toho názoru, že je nežádoucí, aby příslušný zdravotnický pracovník pouze technicky informoval pacienta, aniž by zohlednil i jeho aktuální rozpoložení, jeho osobnost, rodinnou či sociální situaci apod. Kdyby tyto aspekty nezohlednil, dopustil by se porušení etických principů nonmaleficence a beneficence (neškodit a prospívat).

V úvodu této kapitoly bylo zmíněno, že problémy s komunikací jsou považovány za nejčastější pacientův impuls podat na zdravotníka stížnost. I přesto, že je onkologická diagnóza mnohdy pro pacienta a rodinu zdrcující, může být podána takovým způsobem, aby nevyvolávala konflikt mezi účastníky komunikace, nedocházelo k poškození pacienta (iatropatogenie, sororigenie), a naopak vytvořila důvěru a pole pro další úspěšnou komunikaci. (Opatrná, 2017; Prudil, 2011).

2.7. Pacient inklinující k alternativní léčbě

V České republice se po listopadu 1989 mohla začít rozvíjet různá odvětví svobodného podnikání. Také došlo k výraznému vzestupu zájmu české populace o alternativní duchovní směry, které byly a jsou většinou součástí alternativních léčebných metod či přímo jejich zdrojem. Tato atmosféra proto přispěla k nebývalému rozmachu léčitelství a propagování alternativních metod léčby onkologicky nemocných. (Opatrná, 2017; Ptáček a kol., 2014)

Ptáček a kol. (2014) upozorňují, že je nutné si uvědomit, že i přesto, že se pojem alternativní medicína vžil do mysli lidí jako pojem pro jinou rovnocennou metodu léčby, není tomu tak. Haškovcová (2007) popisuje alternativní medicínu takto: *Alternativní medicína je soubor diagnostických a terapeutických postupů, které jsou založeny na iracionálních principech a/teré nerespektují objektivitu a vědecky zdůvodněné zásady v diagnostice a terapii.*

Dále Opatrná (2017) objasňuje další pojem, kterým je šarlatánství. Znamená vědomé léčení neúčinnými prostředky, kterým léčitel přisuzuje léčebnou moc, aniž jim sám věří. (Opatrná, 2017, s. 99) Rozhodnout, kde v praxi vede jakási hranice mezi léčitelstvím (alternativní medicínou) a šarlatánstvím, tedy mezi léčitelem, který záměrně podvádí (šarlatánem), a léčitelem, který svým postupům věří, je téměř nemožné. (Opatrná, 2017)

Několik autorů se ve svých publikacích též věnuje specifikaci lidí, kteří k tomuto typu léčby inklinují. Dle Koževnikovové (Meixnerová, 2018) *člověk, který vyhledává léčitele, je většinou člověk, který je v tísní, který má strach, že je nemocný, opravdu nemocný, a tím pádem zranitelný, a jestliže se takto nemocní lidé obracejí s prosbou o pomoc na léčitele a ti této situace takto zneužívají, je to trestuhodné, ale bohužel to není trestné.*

Ptáček a kol. (2014) uvádí, že racionálně myslící člověk bude pokládat metody v alternativní medicíně za nesmyslné, přičemž uvádí metody jako reiki, ajurveda, makrobiotickou a Breussovou dietu, urinoterapii, etikoterapii atd.

Ale strach z onemocnění, ze smrti, bezradnost, náročná terapie, ale i třeba hrozba ztráty vlasů u žen či práceneschopnost u mužů převáží u některých lidí nad zdravou racionalitou a ti se ve chvílích skutečné nebo zdánlivé beznaděje upínají k naději falešné. (Ptáček 2014; Opatrná 2017)

Kazuistika Opatrná (2017) – *Mladá pacientka s generalizovaným nádorem a infaustní prognózou má den co den nastavený budík, aby mohla nad ránem polknout jednu z kuliček, které ji někdo dovezl údajně z Tibetu a nad kterými se údajně modlili mniši. Jsou hnědé, zřejmě hliněné, o něco větší než ty dětské na hraní, bez barvy a povrchu. Jsou ale zabalené do lesklé barevné hedvábné látky. Každá kulička zvlášť, skupiny kuliček v různých barvách. Pacientka ve čtyři hodiny ráno vstane, odříká mantru a polkne kuličku. Polyká je tak dlouho, dokud jí nemoc polykání umožní. Pak zklamaná vše vzdává.* (str. 99)

Linhartová (2007) i další autoři (Parkers a kol., 2007) se ve svých publikacích věnují právě problematice odklonu pacientů od klasické léčby k té alternativní. Pacienti se podle nich rozhodují dle premorbidních názorů a postojů. Dalším faktorem může být to, že neslyšeli od lékaře povzbudivou zprávu a od léčitele očekávají opak. Medializování a propagování vědecky neověřených metod a získání důvěry pacienta však může být pro nemocného doslova rozsudkem smrti a mnohdy může vést k *znekvalitnění* jeho života.

Nebezpečí pro pacienta plyne hlavně ze ztraceného času. Pro obavy z chemoterapie, radioterapie, hormonální léčby či radikálního chirurgického zákroku se pacienti uchylují (i u včasné diagnostikovaných a dobře léčitelných malignit) dál od klasické lékařské medicíny do rukou léčitelů. Pro mnohé pacienty, kteří procitnou a v dalším návalu beznaděje, jež se objeví např. po zhoršení stavu (i po několika letech bez odborné onkologické léčby), opět vyhledají pomoc onkologa, je však velice často pozdě a je zahájena pouze podpurná a paliativní léčba. (Opatrná, 2017)

Kazuistika Opatrná (2017) – *Manželé se začali o reiki zajímat ve chvíli, kdy muž onkologicky onemocněl. Navzdory progredujícímu onemocnění stále věřili, že reiki vývoj nemoci zvrátí. Víra manželky byla tak silná, že i když muž umíral, stále tvrdila personálu, že manžel se „z toho dostane“, a to až do chvíle jeho posledního výdechu. Pak se teprve projevilo obrovské zklamání a zoufalství.* (str. 102)

Kazuistika Opatrná (2017) – *Padesátiletá lékařka zjistila, že má rezistenci v prsu. Vyšetření potvrdilo karcinom. Pacientka trvala na tom, že se bude léčit buď biologickou léčbou, neboť jak z chemoterapie, tak i z hormonální léčby měla velké obavy, nebo se léčit nebude. Vzhledem k tomu, že biologická léčba nebyla indikována, rozhodla se vyhledat léčitele. Do doby, než onemocnění metastazovalo, vyzkoušela řadu léčitelských metod. Až na konci života přiznala, že udělala velkou chybu.* (str. 100)

Dalším nebezpečím pro onkologicky nemocné mohou být i sami lékaři, kteří nabízejí či sami provádějí alternativní metody překračující řadu etických norem a především zásadu beneficence a non – maleficence (vždy pomáhat a nikdy neškodit). (Ptáček a kol., 2014)

Poškození nebo ublížení zahrnuje i nemorálnost a lež. (Opatrná, 2017, str. 106)

V roce 2018 jsme se v České republice mohli setkat s kauzou týkající se konzultačního a terapeutického centra AKTIP, u něhož byla spolujitelkou MUDr. Jarmila Klímová. Dokument o nemorálních praktikách, manipulacích, šarlatánství, podněcování ke kancerofobii a úzkosti z nemocí zveřejnila Česká televize (ČT) dne 21. 5. 2018. Dokument nesl název *Infiltrace – Obchod se zdravím*. (Meixnerová, 2018). Reportérka ČT v něm 6 měsíců docházela do jmenovaného centra na konzultace, které se týkaly její chronické únavy. Konzultace probíhaly s psychologkou s magisterským titulem, docházela na různá vyšetření k odborníkům s titulem MUDr., ale i k muži s titulem Ing. získaným studiem marketingu na VŠE. Tento muž klientům/nemocným prováděl tzv. *kvantovou biorezonanční metodu E – Lybra* v rámci kraniosakrální terapie. Za dané období reportérka nechala na různých vyšetřeních necelých 30 000 Kč a svého problému, chronické únavy, se samozřejmě nezbavila.

Důležité je poznamenat, že celý institut není zdravotnickým zařízením, avšak díky pracovníkům s akademickými tituly a kvůli provádění různých odborných vyšetření (EKG, podávání léků aj.), to je pro pacienty velice těžce rozpoznatelné a celý institut vytváří důvěryhodný dojem.

Dokument jasně představil problém alternativní medicíny v současnosti a též poukázal na absenci zákona, který by takovéto poškozování pacientů znemožňoval.

K poškození pacienta může však docházet i ve zdravotnickém zařízení. *Módní léčbou se v posledních letech stalo podávání vysokých dávek vitamínu C. Jak uvádí Vyjádření České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP k parenterální léčbě*

vysokými dávkami vitamínu C, podávání velmi vysokých dávek vitamínu C onkologickým pacientům (více než 7,5 g/den) není Státním ústavem pro kontrolu léčiv ani Českou onkologickou společností v současné době považováno za standardní léčbu, naopak jde o léčbu neověřenou a neschválenou, která může vést k poškození funkcí ledvin. (Opatrná, 2017, s. 99-100)

§ 1 Etického kodexu české lékařské komory odst. 2 říká, že *úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení*, proto když se nemocný svěří lékaři, že uvažuje o některé alternativní metodě, měl by ho lékař informovat o rizicích a nebezpečí neúčinnosti. Zároveň by ale neměl působit cynicky, neměl by zesměšňovat metody, vždy pouze profesionálně podat informace. Pokud by se zachoval posměšně, pacient by se už příště lékaři nemusel svěřit, nebo by v něj mohl ztratit důvěru. Bohužel, pro některé pacienty je alternativní léčba jakýmsi motivačním a *nadějetvorným* činitelem, a nelze ho od pacienta odpoutávat do ústraní.

Pacient má samozřejmě na základě své autonomie právo na to, zvolit si jakoukoli nabízenou léčbu. Pacientovu autonomii nelze zpochybňovat, lékař může ale vysvětlit, podat plné informace (tím autonomii nezpochybňuje) a popř. musí nechat pacienta podepsat negativní revers.

Pokud pacient negativní revers podepíše, odpovídá si za svůj zdravotní stav sám, ale má stále právo na to, aby s ním byl jeho zdravotní stav konzultován a též má právo na to, aby docházel k onkologovi, který může předepisovat různá zobrazovací nebo laboratorní vyšetření k monitoraci jeho stavu při alternativní léčbě. (Etický kodex České lékařské komory, 1996; Opatrná, 2017)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

Empirická část práce je zaměřena na zhodnocení dat z výzkumného šetření. Je zde představen výzkumný soubor, způsob jeho výběru a zvolená metodika šetření. V závěru kapitoly je prezentováno statistické zpracování dat dle testu nezávislosti k ověření/vyvrácení stanovených hypotéz.

Výzkumný problém

- Ovlivňuje věk nevléčitelně nemocného pacienta míru jeho informovanosti o infaustní prognóze?

Výzkumný cíl

- Zjistit míru informovanosti a vybrané aspekty problematiky sdělování onkologické diagnózy.

Výzkumné otázky

3. Jaké bylo nejčastější místo/prostředí, kde byla pacientům sdělena onkologická diagnóza?
4. Kdo byl nejčastěji pro pacienty oporou po sdělení onkologické diagnózy?

Výzkumné hypotézy

H0.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, není závislá na pohlaví.

H1.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví.

H0.2: Pocit nedostatečné informovanosti není závislý na délce léčby.

H1.2: Pocit nedostatečné informovanosti je závislý na délce léčby.

3.1. Metodika sběru dat

Pro získání potřebných dat byla použita metoda sběru pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku (Příloha E). Metoda byla vybrána pro svou efektivnost a vhodnost vzhledem k časové nenáročnosti pro pacienty a pro svou dostatečnou účelnost, tedy získání poměrně velkého množství respondentů a zabezpečení dostačujícího zmapování zkoumané problematiky.

Dotazník obsahoval 17 položek – uzavřené, polootevřené i otevřené.

3.2. Výběrový soubor – cílová skupina

Cílovou skupinou byli pacienti s onkologickým onemocněním, kteří se aktuálně léčili ve Všeobecné fakultní nemocnici 1. LF Univerzity Karlovy v Praze, kde bylo etickou komisí dotazníkové šetření povoleno. Respondenti byli vždy starší 18 let, neměli poruchu vědomí, nebylo u nich diagnostikováno metastatické postižení mozku, netrpěli toho času bolestí a vždy byli schopni dotazník vyplnit samostatně. Souhlas s vyplněním dotazníku byl vždy udělen pacientem ústně před svědkem v souladu s pokyny etické komise.

3.3. Strategie sběru dat a popis realizace

Pro zodpovězení výzkumných otázek a problému, pro možnost testování hypotéz a pro splnění cíle šetření, bylo nutné dotazník distribuovat mezi 4 různé skupiny pacientů, dle jejich prognózy a povahy onemocnění. K zachování eticky i právně správného přístupu nebyl dotazník viditelně pro pacienty odlišen. Pro naši potřebu byl dotazník vždy po vyplnění vyznačen jedním z číslic 1–4, přičemž čísla označovala následující skupiny:

1. **Kurativní:** pacienti s lehce léčitelným maligním onemocněním; léčba u těchto pacientů směřovala k úplnému vyléčení.
2. **Paliativní/Nekurativní:** pacienti s již nevléčitelným nálezem, často s generalizací a metastatickým postižením; léčba směřovala k prodloužení délky života.
3. **Neoadjuvantní:** pacienti s iniciální léčbou, u kterých není jisté, že dosáhnou na léčbu radikální/chirurgickou/kurativní; terapie měla za úkol nádor zmenšit a umožnit operabilitnost.

4. **Zajišťující:** pacienti, kteří prodělali léčbu kurativní, jejich onemocnění je v remisi; léčba měla za cíl zamezit či minimalizovat riziko vzniku relapsu onemocnění.

Na pracovišti, kde šetření probíhalo, si pacienti po předepsání léčby lékařem v ordinaci donesli svou dokumentaci (chorobopis s denním dekurzem, s výsledky vyšetření a informovanými souhlasy) na denní stacionář, kde jim byla následně léčba podána. Pokud pacient splňoval výše popsaná kritéria, byl během tohoto procesu dotázán na ochotu zúčastnit se šetření. V případě souhlasu mu byl vydán dotazník k vyplnění a dle popisu léčby a nálezů v dokumentaci pacienta, bylo označeno v pravém horním rohu číslo dle přiřazené skupiny (1–4).

K zamezení duplicitního vyplnění dotazníku během několikaměsíčního sběru dat, byla dokumentace (karta) pacienta označena na titulní straně černým bodem v pravém dolním rohu. Dokumentace byla shodně označována i v případě, kdy si pacient nepřál zúčastnit se šetření. Šetření probíhalo v období schváleném etickou komisí a to od 16. 11. 2018 do 28. 2. 2019.

Celkem se zúčastnilo 294 pacientů.

1. **Kurativní** – 38 respondentů
2. **Paliativní** – 144 respondentů
3. **Neoadjuvantní** – 64 respondentů
4. **Zajišťující** – 48 respondentů

Žádný z dotazníků nebyl vyřazen pro chybovost ve vyplnění. Ihned po odevzdání byl zkontrolován (zda je zodpovězena každá položka) a pacientem, popřípadě doopraven. Šetření se odmítlo zúčastnit 16 oslovených pacientů.

3.4. Vyhodnocení dat

Výsledky šetření byly zpracovány autorem práce. Absolutní četnosti byly po součtu formou transkripce převedeny do tabulek vytvořených v programu MS Office Excel. Zde pomocí vzorců byly generovány četnosti relativní a výsledky byly vizuálně zobrazeny formou výsečových grafů. Jelikož byl dotazník opatřen 17 položkami a byl rozdáván čtyřem různým skupinám, bylo vytvořeno 68 tabulek a grafů. Pro potřeby této práce budou v empirické části představeny výsledky nejstěžejnější. Ostatní výsledky jsou součástí Příloh této práce.

3.5. Analýza dat

Následující oddíly budou věnovány analýze dat z výzkumného šetření. Data budou prezentována formou tabulek (s absolutními a relativními četnostmi), grafů a textovou analýzou – tedy slovní interpretací získaných výsledků.

Skupina č. 1 – pacienti s kurativní léčbou

Položka 1 Vyznačte Vaše pohlaví:

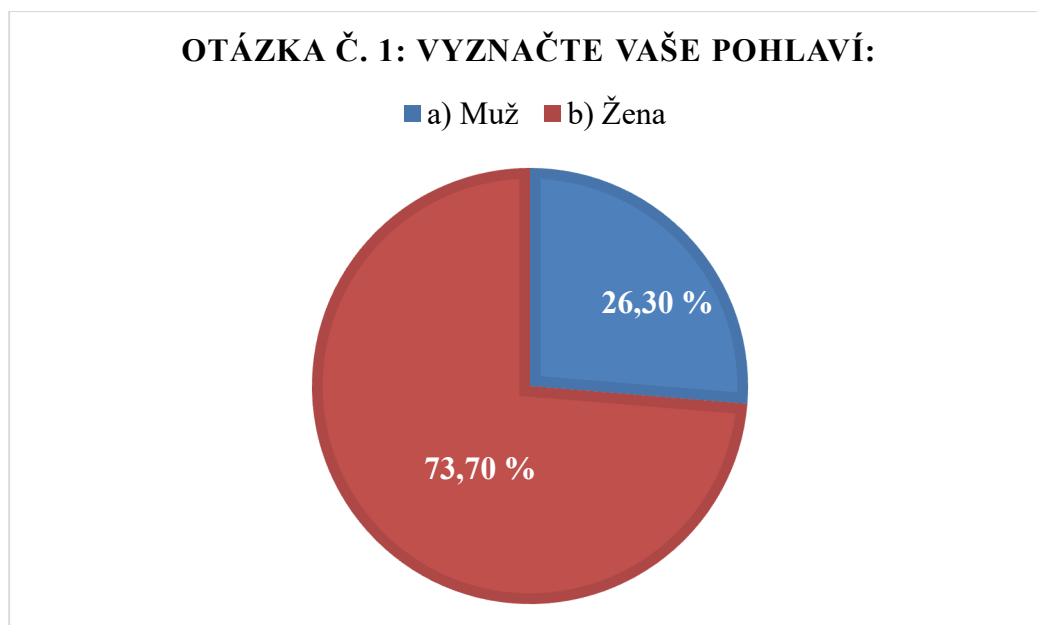
- a) Muž
- b) Žena

Tabulka 1.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1

Otázka č. 1: Vyznačte Vaše pohlaví:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	10	26,30 %
b) Žena	28	73,70 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 1.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Výrazně rozdílný poměr zúčastněných žen a mužů lze přisuzovat hned několika aspektům:

- **Poměru onkologických onemocnění v populaci.** Dle Národního onkologického registru (NOR) jsou zhoubné nádory s nejvyšší prevalencí k datu 31.12.2016 (mladší data v době psaní této kapitoly nejsou registrem zveřejněny) tyto: zhoubné nádory tlustého střeva (C18.), zhoubné nádory rektosigmoideálního spojení (C19.), zhoubný nádor rekta (C20.), zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic (C33.-34.) a zhoubné nádory prsu (C50.) u žen a zhoubné nádory prostaty (C61.) u mužů. Pro logiku nezařazujeme diagnózy C43. a C44. (zhoubné nádory kůže), ač mají prevalenci nejvyšší – nejsou léčeny na onkologické klinice, ale na klinice dermatologické. Celková prevalence výše vyjmenovaných diagnóz byla k uvedenému datu následující: 112 138 probíhajících onemocnění u žen a 97 566 u mužů.
- **Místu nálezu a způsobu léčby zhoubného onemocnění.** Nádory prostaty u mužů jsou velice často řešeny radikálně, tedy chirurgicky na urologických klinikách, kde následně i pacienti zajišťují případnou hormonální terapii. Pokud bychom vynechali v našich výpočtech prevalenci zhoubných nádorů prostaty, celková prevalence u vyjmenovaných diagnóz by se snížila o 57 607 u mužů (z 97 566 na 39 959).
- Dalším důvodem rozdílu může být roční **incidence zhoubných nádorů prsu**, který je nejčastějším zhoubným onemocněním (při nezařazení ZN kůže a ZN prostaty). Za rok 2016 činila incidence tohoto onemocnění 7220 u žen a jen 76 u mužů.

S fenoménem vyššího počtu respondentů ženského pohlaví jsme se setkávali u všech čtyř zkoumaných skupin. (ÚZIS – Národní onkologický registr, 2019)

Položka 2 V jakém rozmezí je Váš věk:

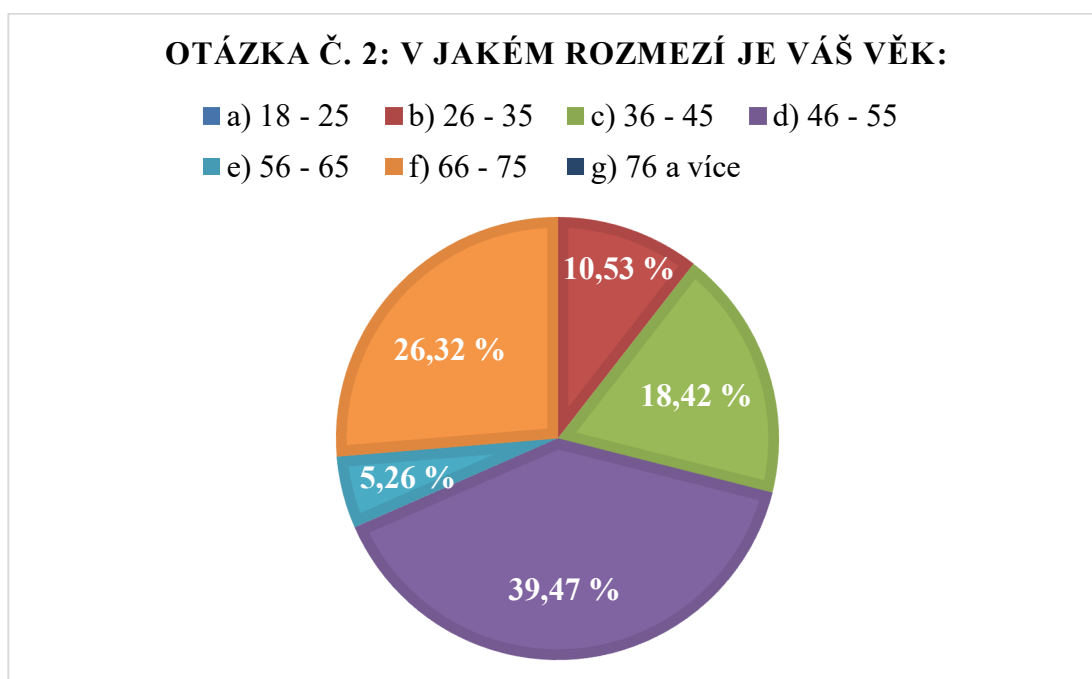
- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66-75
- g) 76 a více

Tabulka 2.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2

Otázka č. 2: V jakém rozmezí je Váš věk:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18-25	0	0 %
b) 26-35	4	10,53 %
c) 36-45	7	18,42 %
d) 46-55	15	39,47 %
e) 56-65	2	5,26 %
f) 66-75	10	26,32 %
g) 76 a více	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 2.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Věk respondentů byl zjišťován pro zodpovězení výzkumných otázek a k vytvoření bližšího obrazu o zúčastněných respondentech vzhledem k přiřazené skupině. Nejvyšší četnost je přítomna u respondentů s věkem od 46 do 55 let (39,47 %). 26,32 % pacientů bylo ve věkovém rozmezí 66-75 let. Třetí nejpočetnější skupinou byli s 18,42 % pacienti ve věkovém rozmezí 36-45 let. 10,53 % byli pacienti s lety mezi 26-35 roky. Nejmenší incidence byla u věkového rozmezí 56-65 let (5,26 %). Výzkumu se v této skupině nezúčastnil žádný dospělý pacient starší 76 a mladší 25 let.

Položka 3 Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?

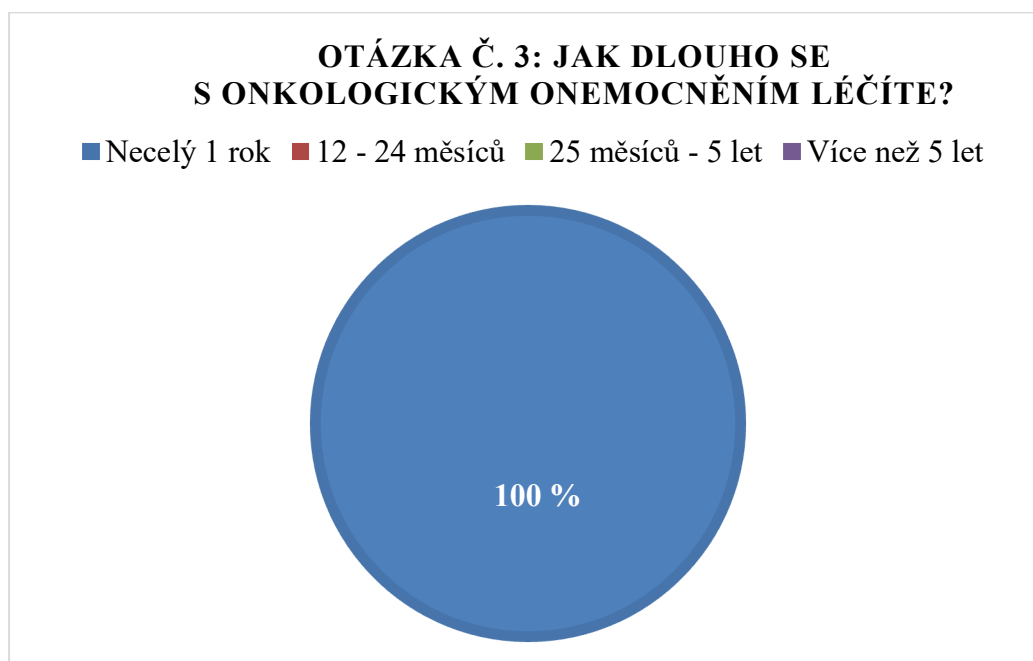
- a) Necelý jeden rok
- b) 12-24 měsíců
- c) 25 měsíců - 5 let
- d) Více než 5 let – prosím, uveďte:

Tabulka 3.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3

Otázka č. 3: Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Necelý 1 rok	38	100 %
b) 12-24 měsíců	0	0 %
c) 25 měsíců - 5 let	0	0 %
d) Více než 5 let	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 3.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Kurativně léčení pacienti nejčastěji podstupují po nálezů zhoubného nádoru radikální, tedy chirurgickou léčbu a následně jsou léčení adjuvantní chemoterapií nebo radioterapií. Tento postup si klade za cíl zničit případné mikrometastázy, které nejsou rozpoznatelné běžnými zobrazovacími metodami. Jelikož obecně zajišťující adjuvantní chemoterapie trvá přibližně 3-6 měsíců a radioterapie 3-7 týdnů a jsou optimálně zahájeny 2-3 měsíce po chirurgickém výkonu, je výsledek u této položky (100 % pacientů se léčí méně než 1 rok) zcela adekvátní. (Vorlíček a kol., 2012)

Položka 4 Co víte o své nemoci a prognóze?

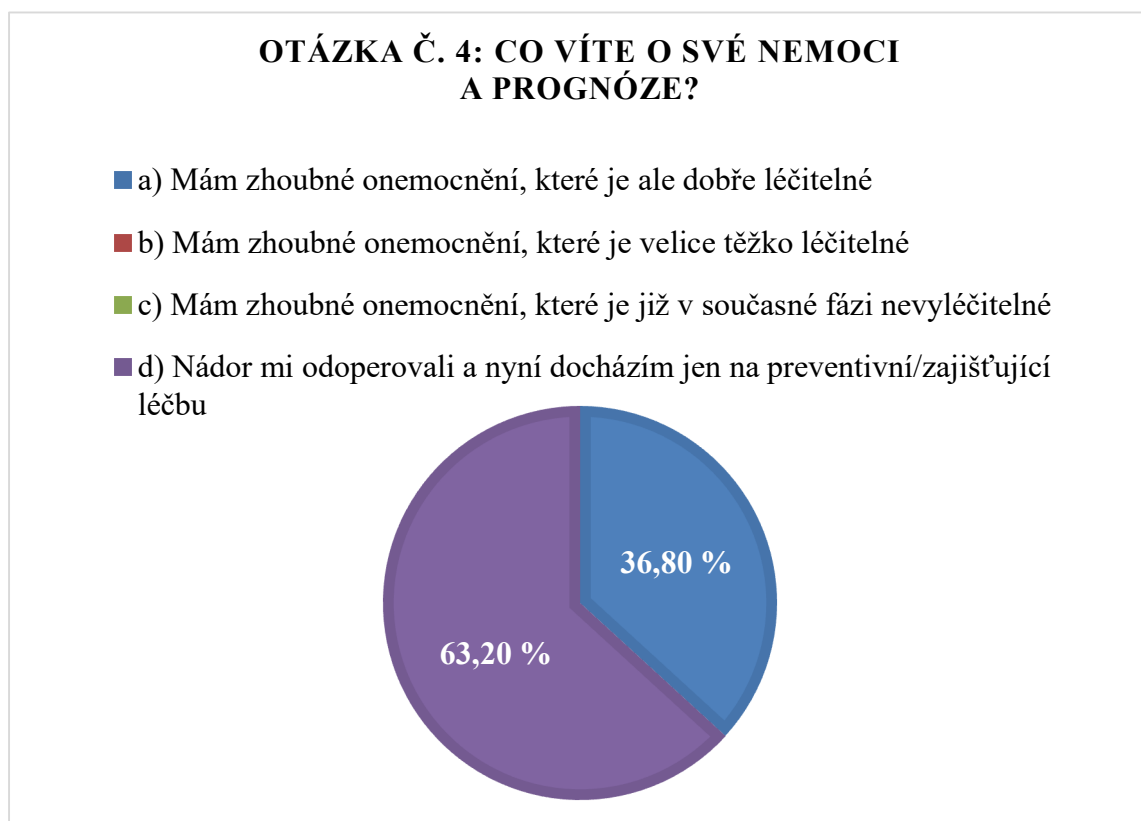
- a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné.
- b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné.
- c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné.
- d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu.
- e) Nevím, jiné (uveďte):

Tabulka 4.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4

Otázka č. 4: Co víte o své nemoci a prognóze?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné	14	36,80 %
b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné	0	0 %
c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné	0	0 %
d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu	24	63,20 %
e) Nevím, jiné (uveďte):	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 4.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Výsledky šetření u této položky lze považovat za velice uspokojivé. Dotazník byl skutečně podán pouze pacientům, u kterých se povaha onemocnění a prognóza skutečně ztotožňovala s odpověďmi *a)* a *d)*.

Položka 5 Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:

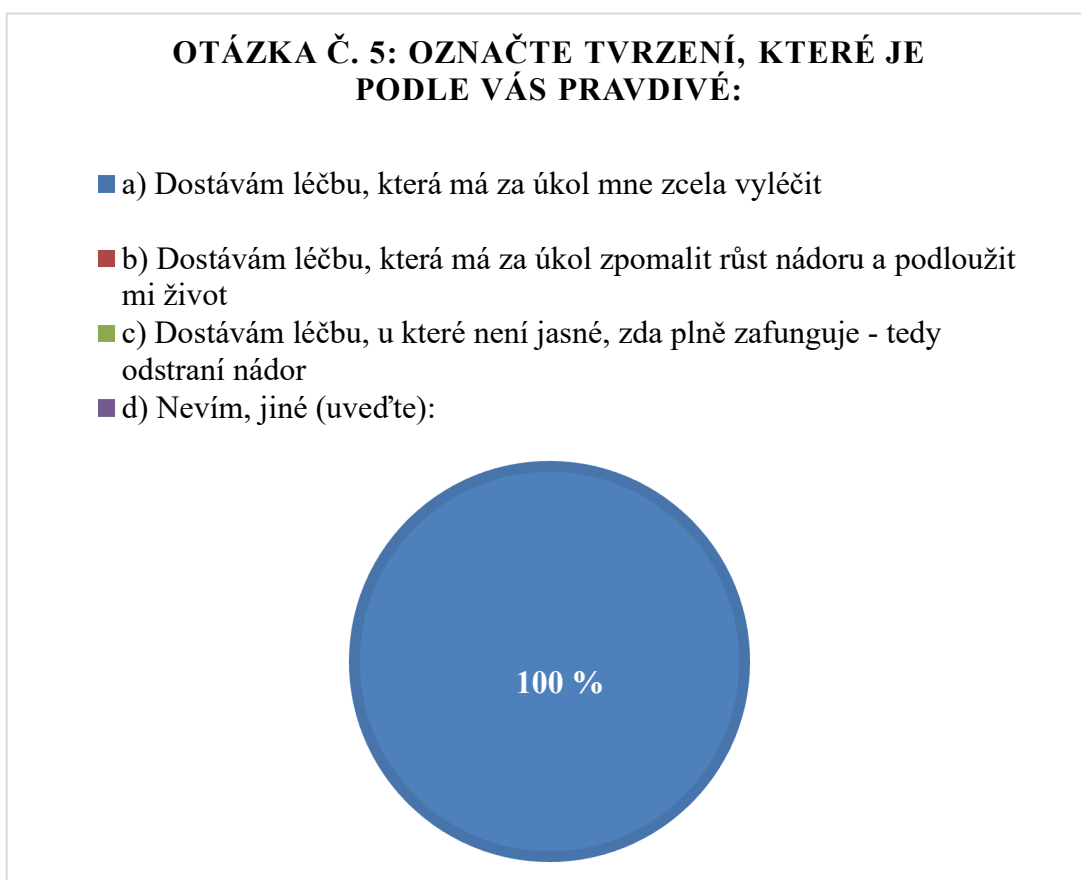
- a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit.
- b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život.
- c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor.
- d) Nevím, jiné (uveďte):

Tabulka 5.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5

Otázka č. 5: Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit	38	100 %
b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život	0	0 %
c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor	0	0 %
d) Nevím, jiné (uved'te):	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 5.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Všichni respondenti uvedli, že podstupují léčbu, která má za cíl je zcela vyléčit. Při sjednocení výsledků vyplývajících z položek 4 a 5 lze na základě těchto údajů konstatovat, že respondenti byli ve sta procentech pravdivě obeznámeni s povahou onemocnění, s prognózou a s druhem léčby.

Položka 8 Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?

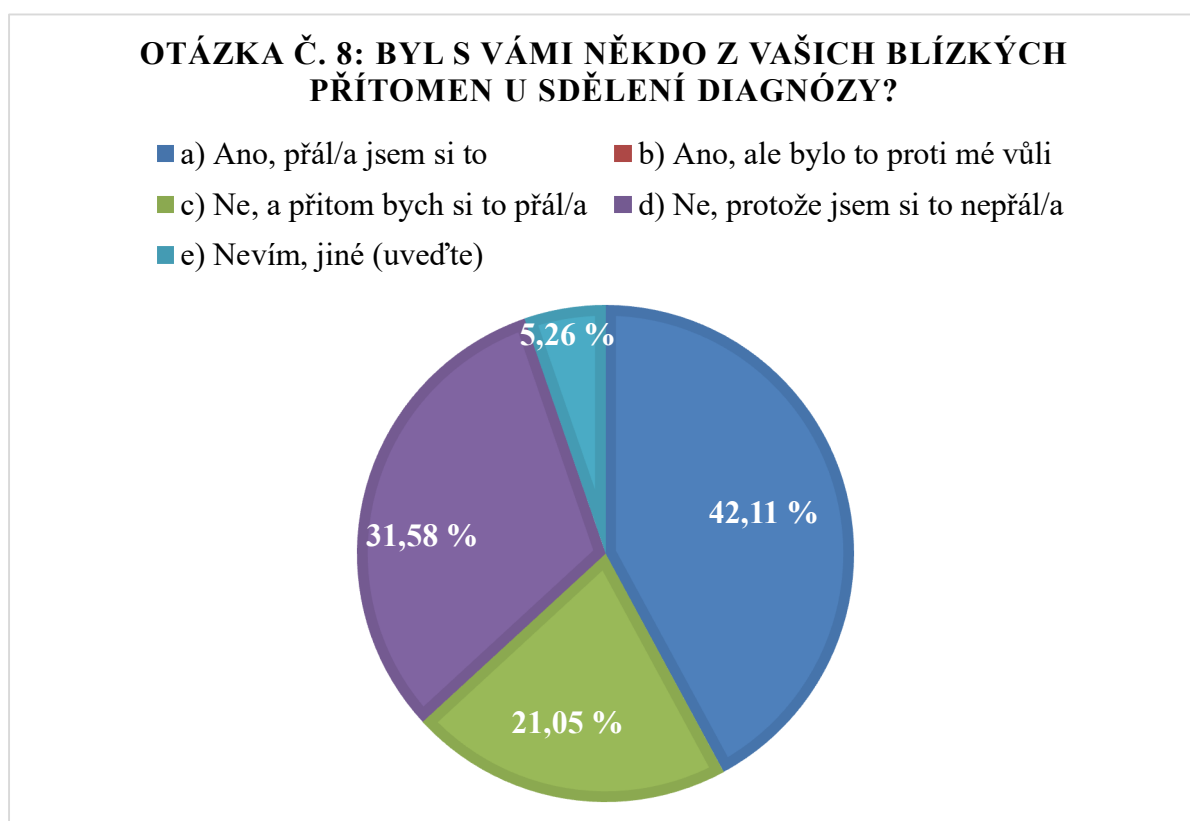
- a) Ano, přál/a jsem si to.
- b) Ano, ale bylo to proti mé vůli.
- c) Ne, a přitom bych si to přál/a.
- d) Ne, protože jsem si to nepřál/a.
- e) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 8.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8

Otázka č. 8: Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, přál/a jsem si to	16	42,11 %
b) Ano, ale bylo to proti mé vůli	0	0 %
c) Ne, a přitom bych si to přál/a	8	21,05 %
d) Ne, protože jsem si to nepřál/a	12	31,58 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	2	5,26 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 8.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Sdělování nepříznivých zpráv pacientovi, čímž sdělování onkologické diagnózy (ač s dobrou prognózou) bezpochyby jest, může být velice problematické. V rámci holistického přístupu k pacientům a vzhledem k jejich individualitě by mělo být vždy využito jeho práva na to, aby měl u sdělení diagnózy blízkou osobu. Některým nemocným není tato možnost nabídnuta, podmínky to v čase diagnostiky nedovolují nebo si sami nepřejí, aby se o onkologickém onemocnění dozvěděli jejich blízcí. Důvodem se jeví snaha o to je šetřit. Důsledkem tohoto jednání může být jakési odloučení od rodiny, kdy s ní pacient nemůže sdílet svůj smutek, otevřeně komunikovat, rodina nemůže poskytovat oporu. (Venglářová, 2006) Proto jsme tuto položku (společně se souvisejícími položkami 9 a 10) zařadili do dotazníku pro vhodnost k tématu problematiky sdělování pravdy. Téměř u tří čtvrtin dotázaných (73,69 %) bylo respektováno jejich přání mít či nemít u sdělení diagnózy některého z blízkých. 21,05 % respondentů však bylo o tuto možnost z neuvedených důvodů připraveno. 2 respondenti uvedli možnost *Nevím, jiné*, kde následně oba uvedli, že jim diagnóza byla sdělena ihned po mamografickém vyšetření. Tedy nebyl prostor k přizvání případné podpory.

Položka 9 Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?

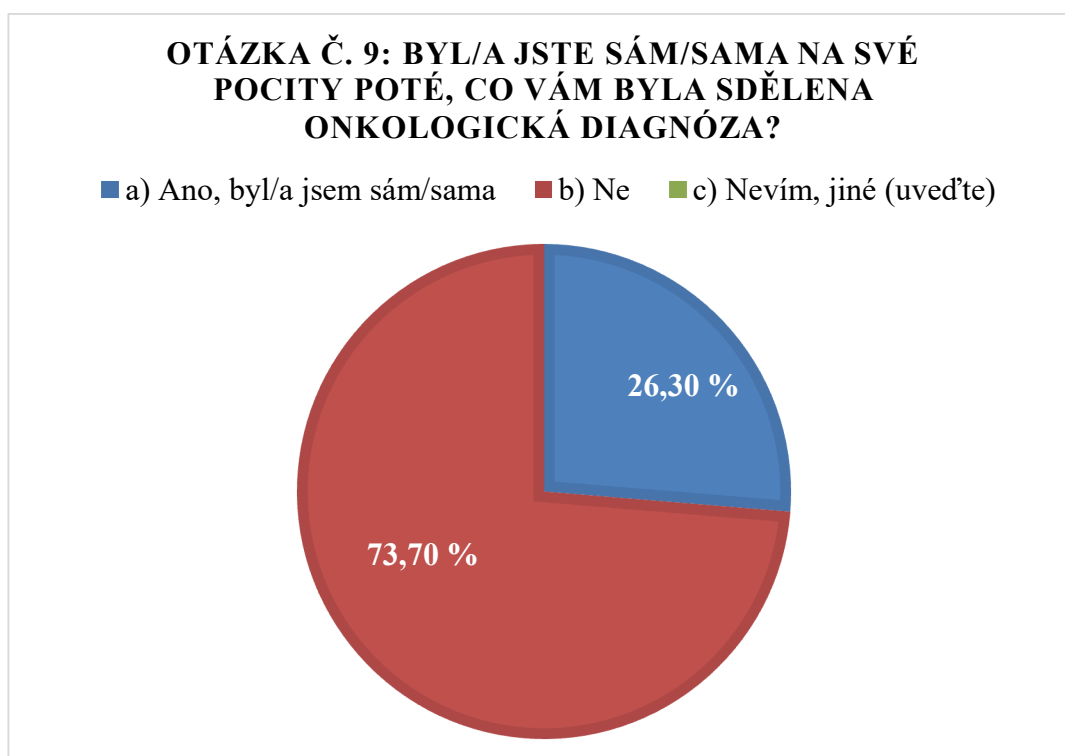
- a) Ano, byl/a jsem sám/sama
- b) Ne
- c) Nevím, jiné (uveďte):

Tabulka 9.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9

Otázka č. 9: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	10	26,30 %
b) Ne	28	73,70 %
c) Nevím, jiné (uveďte)	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 9.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Podporu kýmkoli z pacientova okolí při zvládnání náročné životní situace považujeme za jeden ze stěžejních aspektů, který má vliv na celkové zvládnání a akceptaci nemoci. Za kladné lze považovat, že téměř tři čtvrtiny respondentů nepocíťovali osamocení poté, co jim byla sdělena onkologická diagnóza. 26,30 % dotázaných však uvedlo, že se osamoceni cítili. Položka 10 se poté věnovala mapování toho, kdo byl pacientům oporou. Tabulky i grafy všech zkoumaných skupin jsou součástí Příloh této práce. Lze zde ale uvést, že nejčastěji bylo respondenty uvedeno, že jim na blízku byli: partner, děti a přátelé.

Položka 13 Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?

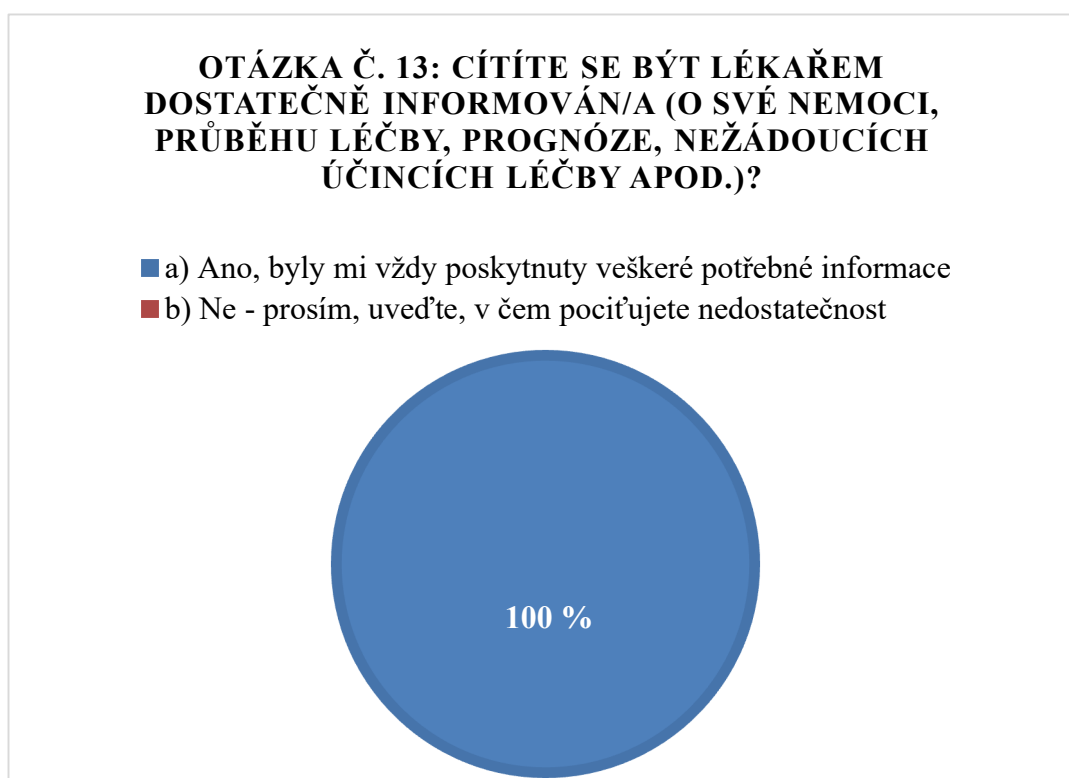
- a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace
- b) Ne – prosím, uveďte, v čem pocíťujete nedostatečnost:

Tabulka 13.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13

Otázka č. 13: Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace	38	100 %
b) Ne – prosím, uveďte, v čem pocíťujete nedostatečnost	0	0 %
Celkem	38	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 13.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Všichni respondenti ve skupině kurativně léčených pacientů byli pravdivě informováni o své prognóze, léčbě a povaze onemocnění, jež dokládala položka 4 a 5. Díky této položce bylo možné sledovat i subjektivní pocit pacientů na míru informovanosti. 100 % dotázaných uvedlo, že jim byly poskytnuty veškeré potřebné informace.

Položka 17 Uveďte prosím, co z Vašeho pohledu mohlo být uděláno jinak při sdělování Vaší diagnózy. Pokud jste byl/a s postupem lékařů/zdravotníků spokojen/a, otázku proškrtněte a vynechte.

Jednalo se o otevřenou položku a odpověděli na ní 2 respondenti z celkového počtu 38 dotazovaných.

Odpověď 1.1 (Žena, věk 26-35 let): *Diagnóza mi byla sdělena v MAMMA centru HÁJE po průchodu dlouhou nehezkou chodbou v malé místnosti podobné kumbálu. Nejsm si jista zda byla paní lékařka, ale bohužel nebyla obdařena sociálním citěním. Tvářila se tragicky a k léčbě mi neřekla na mé otázky téměř nic. Působila negativně, moc nemluvila, často jen krčila rameny. Několikrát do místnosti někdo vešel pro papíry.*

Následně mi slíbila telefonát za 24 h s oznámením termínu schůzky na onkologii. Druhý den přišla jen SMS že termín nemá a zavolá hned další den ráno. Ani to se nestalo. V 11 h jsem volala již velmi nervózní. Termín stále nebyl, po dalších urgencích mi zavolala večer doktorka. Toto považuji v dané situaci za zbytečné zhoršení stavu, čekání bylo hodně stresující. Pokud by rovnou oznámila, že bude termín za dva dny... Přístup volající lékařky byl již zcela odlišný. Poskytla mi veškeré informace a byla hodně pozitivně naladěná, až tehdy se mi ulevilo. Chápu, že se mohlo zkomplikovat objednání termínu, ale pokud by se tato část komunikace vylepšila, ušetřilo by to pacientům v těch prvních chvílích hodně stresu. Samozřejmě je to situace, která je nepříjemná za všech okolností, tím spíš bych ale každé zlepšení uvítala.

Odpověď 2.1 (Muž, věk 26-35 let): *Celkově jsem byl spokojený, ale osobně bych ocenil odkaz na další zdroje, ze kterých čerpat relevantní a ověřené informace. Sám jsem narazil na linkos.cz a informace, které jsem tam našel, mi velice pomohli – jak mně osobně, tak mé schopnosti komunikovat svou diagnózu s dalšími (lékařem a dalším postupem; především ale vysvětlení rodině). Celkově ale, jak píšeš, velice spokojený – sdělení bylo srozumitelné, citlivé, ale zároveň lidsky a bezprostředně předané. Nehledě na okolnosti jsem zatím velice spokojený s celým personálem a pracovištěm.*

Skupina č. 2 – pacienti s paliativní léčbou

Položka 1 Vyznačte Vaše pohlaví:

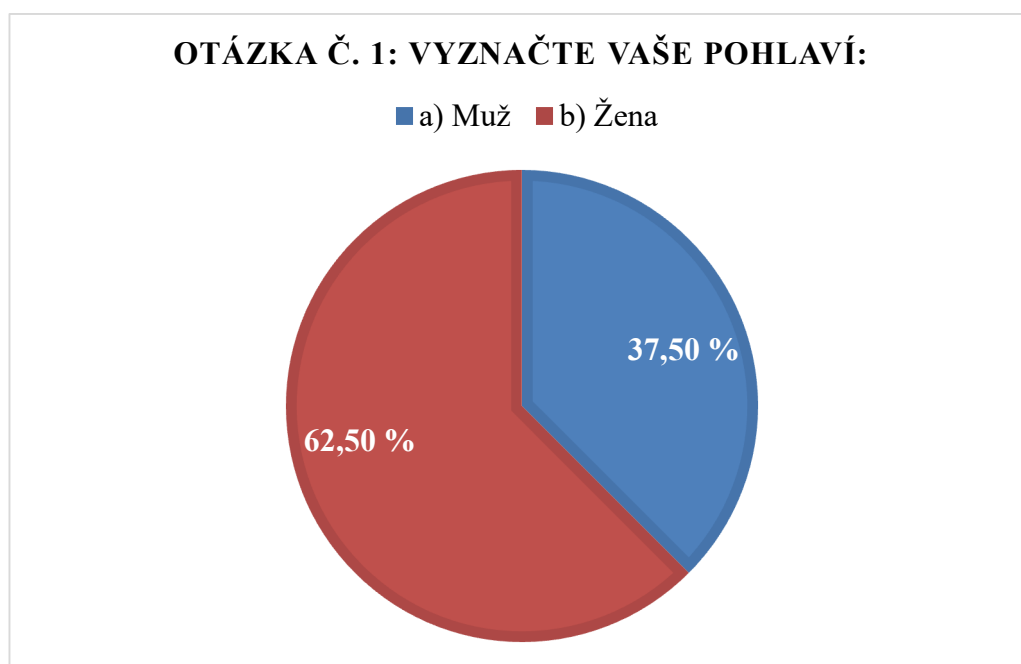
- a) Muž
- b) Žena

Tabulka 1.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1

Otázka č. 1: Vyznačte Vaše pohlaví:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	54	37,50 %
b) Žena	90	62,50 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 1.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Položka 1 byla věnována zjištění demografického údaje – pohlaví respondentů. Výzkumu se v této skupině pacientů zúčastnilo 62,50 % žen a 37,50 % mužů. Většinové zastoupení ženského pohlaví bylo již teoreticky zdůvodněno u položky 1, skupiny č. 1.

Položka 2 V jakém rozmezí je Váš věk:

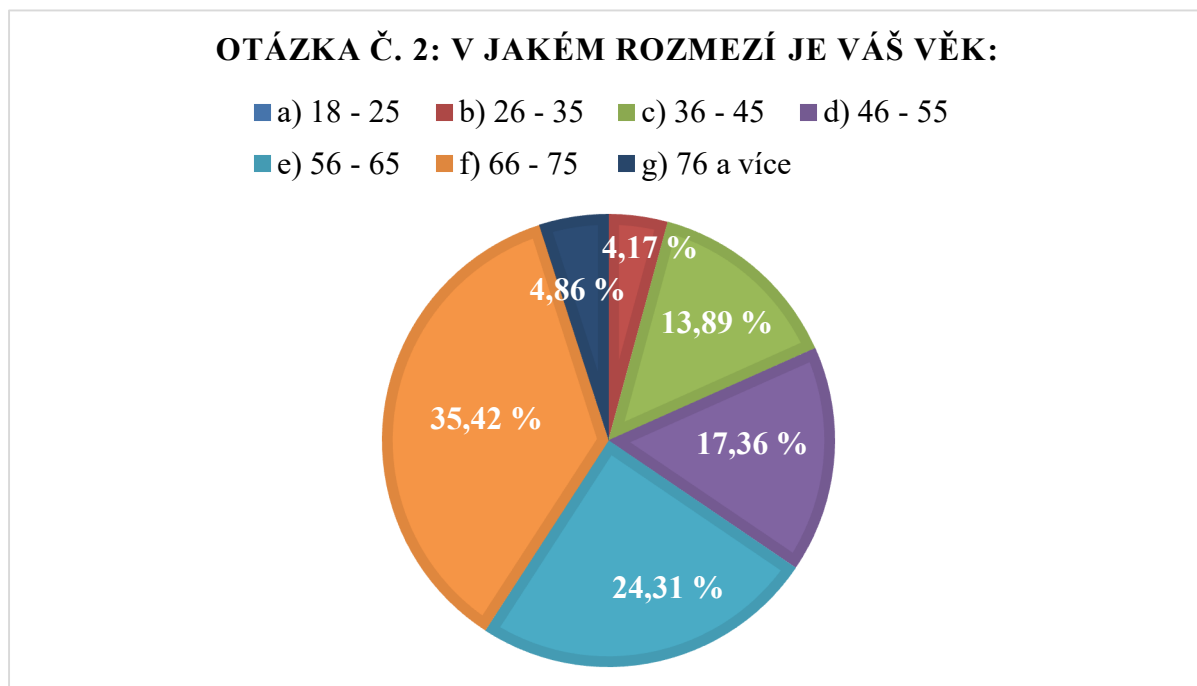
- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66-75
- g) 76 a více

Tabulka 2.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2

Otázka č. 2: V jakém rozmezí je Váš věk:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18-25	0	0 %
b) 26-35	6	4,17 %
c) 36-45	20	13,89 %
d) 46-55	25	17,36 %
e) 56-65	35	24,31 %
f) 66-75	51	35,42 %
g) 76 a více	7	4,86 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 2.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Pomocí položky 2 jsme zjišťovali další demografický údaj – věk pacientů. Věk nebyl zjišťován pro přehlednost přesně, ale v určeném věkovém rozmezí, které je pro potřeby práce dostačující. Nejčastější četnost věkového rozmezí paliativně léčených pacientů je 66-75 let (35,42 %) a 56-65 let (24,31 %). Dle NOR byla prevalence onkologických onemocnění k poslednímu dni roku 2016 nejvyšší u pacientů ve věku 65-74 let. (ÚZIS – Národní onkologický registr, 2019) Zde se naše výsledky téměř (téměř: z důvodu rozestupu 1 roku ve zkoumané oblasti) shodují. Třetí nepočetnější skupinou byli pacienti ve věkovém rozmezí 46-55 let (17,36 %). 13,89 % pacientů bylo ve věku od 36 do 45 let. Sedmi respondentům bylo více než 76 let (včetně; 4,86 %) a šesti respondentům bylo v rozmezí od 26 do 35 let (4,17 %). Ve zkoumané skupině nebyl žádný paliativně léčený dospělý pacient, kterému by bylo méně než 25 let (včetně).

Položka 3 Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?

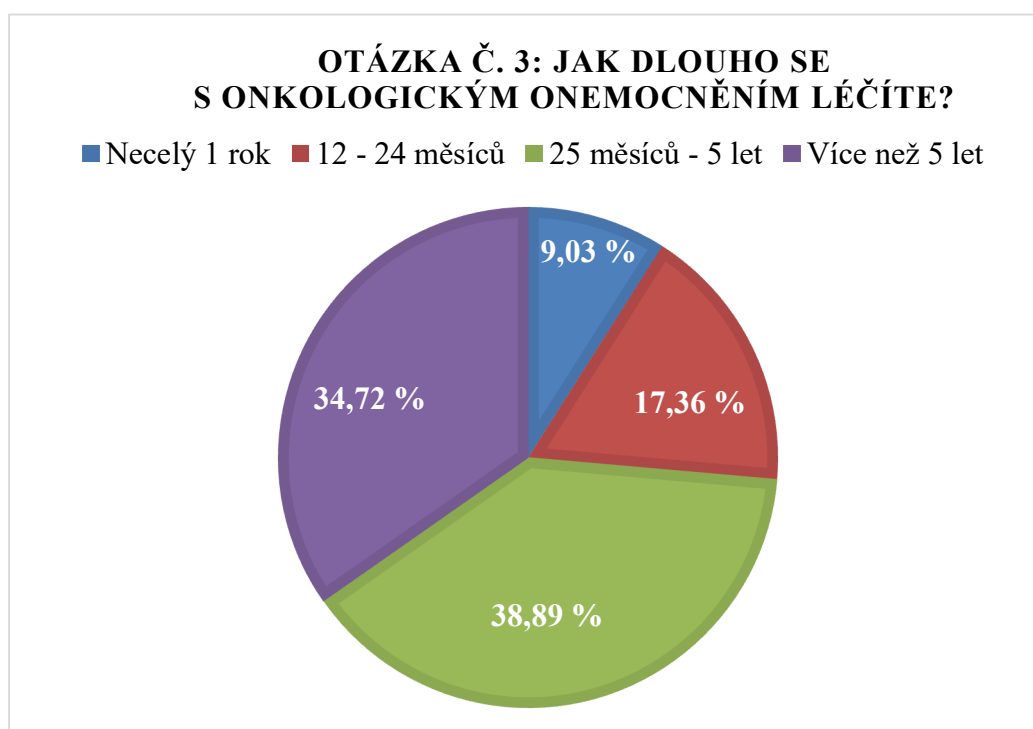
- a) Necelý jeden rok
- b) 12-24 měsíců
- c) 25 měsíců - 5 let
- d) Více než 5 let – prosím, uveďte:

Tabulka 3.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3

Otázka č. 3: Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Necelý 1 rok	13	9,03 %
b) 12-24 měsíců	25	17,36 %
c) 25 měsíců - 5 let	56	38,89 %
d) Více než 5 let	50	34,72 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 3.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Mediány přežití u paliativně/nekurativně léčených pacientů se liší dle druhu onemocnění, agresivity nádoru, míře metastatického postižení aj. Vysoký poměr pacientů, kteří se léčí déle než 25 měsíců, svědčí o rozvoji možností a druhů léčby pro pokročilá a nevléčitelná onemocnění. Pro potvrzení tohoto tvrzení nám mohou posloužit údaje z NOR. Absolutní incidence novotvarů za rok 1994 byla 53 610. Absolutní úmrtí na novotvary v tomto roce bylo 28 052. V roce 2016 téměř dvojnásobná a to 96 500, ale absolutní úmrtnost byla *pouze* 27 261. Údaje týkající se absolutní incidence jsou bezpochyby též ovlivněny lepší diagnostikou. (ÚZIS – Národní onkologický registr, 2019) Nejméně bylo respondentů, kteří se onkologicky léčí méně než jeden rok (9,03 %). Největší zastoupení bylo u pacientů, kteří se léčí 25 měsíců až 5 let (38,89 %), a u pacientů, kteří jsou v léčbě déle než 5 let (34,72 %). Pacientů, kteří se léčí v rozmezí 12 až 24 měsíců, bylo 17,36 %.

Položka 4 Co víte o své nemoci a prognóze?

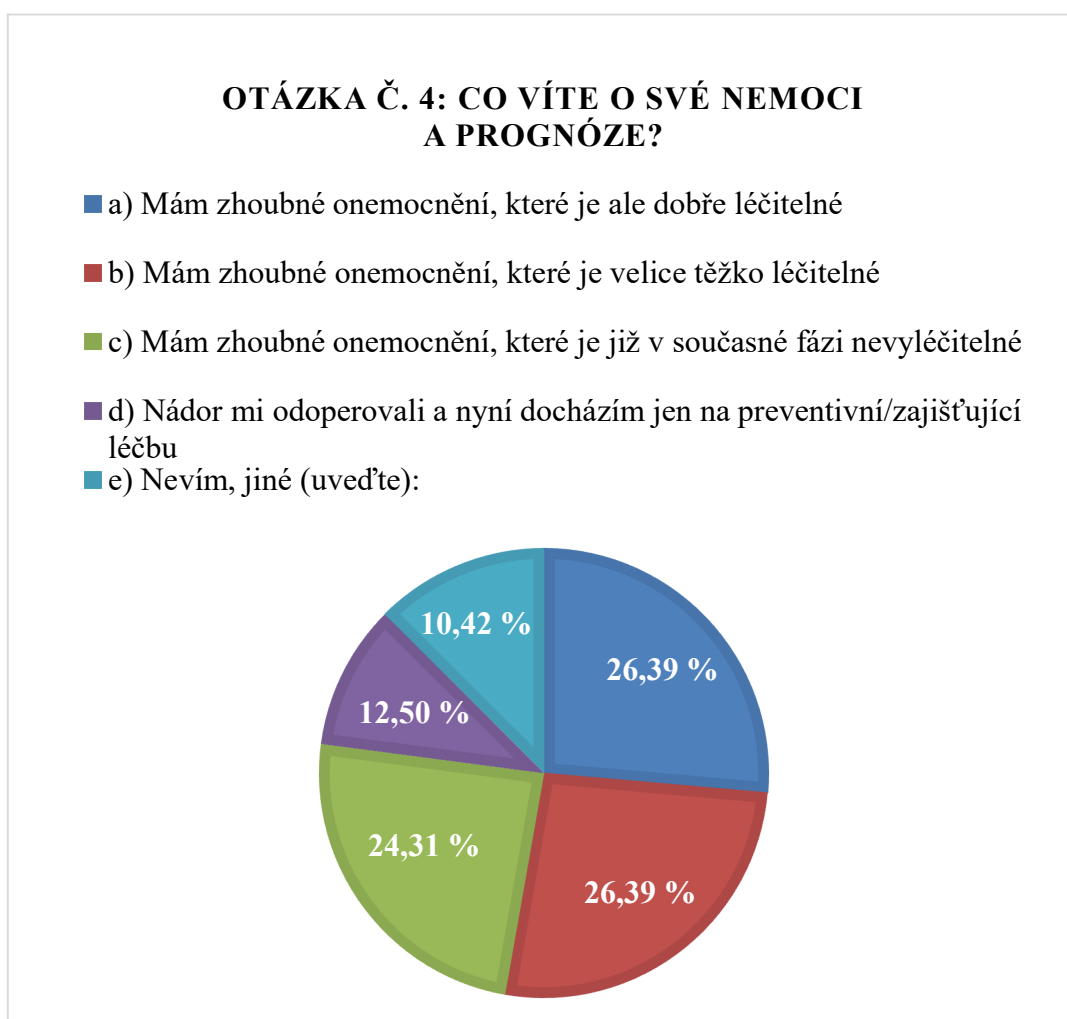
- a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné.
- b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné.
- c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné.
- d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu.
- e) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 4.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4

Otázka č. 4: Co víte o své nemoci a prognóze?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné	38	26,39 %
b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžko léčitelné	38	26,39 %
c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné	35	24,31 %
d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu	15	10,42 %
e) Nevím, jiné (uved'te):	18	12,50 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 4.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Odpovědi na tuto položku u paliativně léčených pacientů jsou (pro potřeby této práce) jedny z nejtěžejnějších/nejzajímavějších. Problematice míry informovanosti, resp. toho, zda si je pacient vědom povahy svého závažného onemocnění, se budeme věnovat obsáhleji níže v praktické části při ověřování hypotéz, u zodpovídání výzkumných otázek a v diskusi. Pokud bychom měli hodnotit jakousi *správnost* odpovědí u této skupiny pacientů, hodnotili bychom tak zřejmě možnost *b)* a *c)*. Celkem tyto dvě možnosti označilo 50,70 % respondentů (možnost *b)*: 26,39 %; možnost *c)*: 24,31 %). Následně se pak 26,39 % respondentů domnívalo, že mají onemocnění, které je velice dobře léčitelné. 10,42 % pacientů mělo za to, že po operačním zákroku jsou již téměř vyléčení a že nyní podstupují jen zajišťující chemoterapii vedoucí k co nejvyššímu možnému zamezení relapsu/recidivy onemocnění. 18 respondentů označilo možnost *Nevím, jiné*. Šlo o pacienty, kteří svou nemoc popisovali dle průběhu v letech –

např. že se u nich první onkologický nález objevil před několika lety, ale nyní se nemoc vrátila. Pacienti však ve svých odpovědích neuvedli řekněme nějaká přesná, a hlavně hodnotitelná fakta, na kterých by se dalo s jistotou usuzovat, jaká je míra jejich informovanosti či pravdivost jejich domněnek. Jejich odpovědi spíše vyjadřovaly naději. Slovně odpověď komentovalo 9 respondentů.

- *Mám onemocnění, které se stále vrací.;*
- *Mám metastáze na plicích (neoperovatelné) po adenokarcinomu střev. Zatím nevíme, zda léčba zabere.;*
- *Nevím, ale věřím, že to půjde.;*
- *2x recidiva, metastáze v játrech, asi už chronický stav;*
- *Před 9 roky odoperované prso a lymfatické uzliny, před rokem zjištěno nádor v játrech v současnosti udržovací léčba.;*
- *Věřím, že mi chemoterapie zabere.;*
- *Opakovaně se léčím již 19 let, nevím, zda je to nyní už konečné.;*
- *Před dvěma rokama mi odoperovali obě prsa. Ted' se našel nádor na plicích. K operaci už to prý není.;*
- *Paní doktorce, co mě má v péči věřím, že mě zachrání. Mám čtyřleté dítě.*

Položka 5 Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:

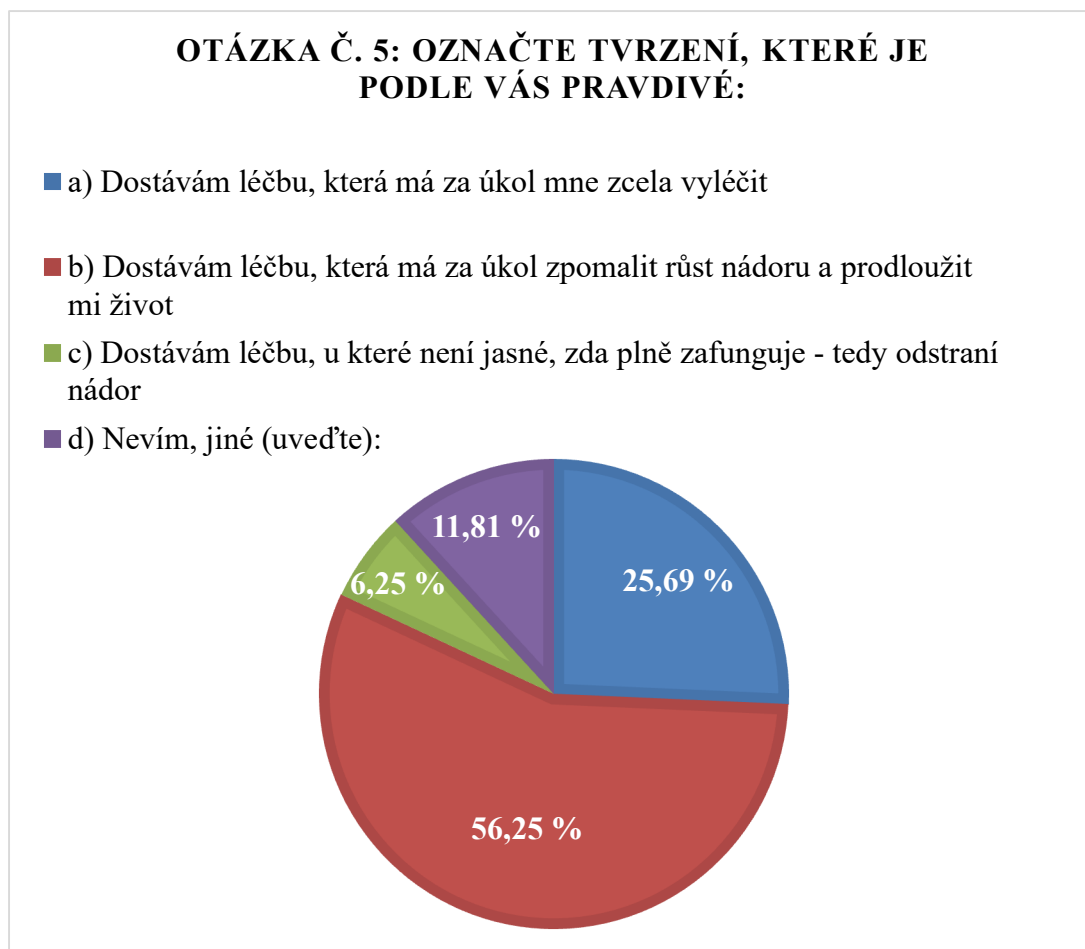
- a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit.
- b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život.
- c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor.
- d) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 5.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5

Otázka č. 5: Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit	37	25,69 %
b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život	81	56,25 %
c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor	9	6,25 %
d) Nevím, jiné (uved'te):	17	11,81 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 5.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Pro pacienty v této skupině bylo správnou odpovědí možnost *b)*. Tento dotazník skutečně obdrželi jen ti pacienti, u kterých již nebyla možnost vyléčení a podávaná terapie měla charakter udržovací – tedy co nejvíce zpomalit či dočasně i zastavit růst nádoru, šíření či tvoření nových metastáz a prodloužit tím tak pacientův život. Více než polovina dotázaných si byla vědoma tohoto druhu podávané léčby (56,25 %). Nezanedbatelně velkou část tvořila však skupina pacientů, kteří se domnívali, že je jejich onemocnění dobře léčitelné (viz položka 4 – 26,39 %). Zde 25,69 % respondentů uvádí/jsou v domnění, že jejich léčba směřuje k úplnému vyléčení. 9 respondentů uvedlo, že dostávají léčbu, u které není jisté, zda docílí úplného odstranění nádoru. Zde je opět nasnadě zdůraznit, že tomu tak u respondentů nebylo. U všech byla prognóza infaustní. 17 respondentů (11,81 %) uvedlo možnost *Nevím, jiné (uved'te)*. Slovně odpověď komentovali jen 3 pacienti.

- *Paliativní léčba.; Udržet při životě co nejdéle; Začátek léčby, zatím není jasné.*

Položka 8 Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?

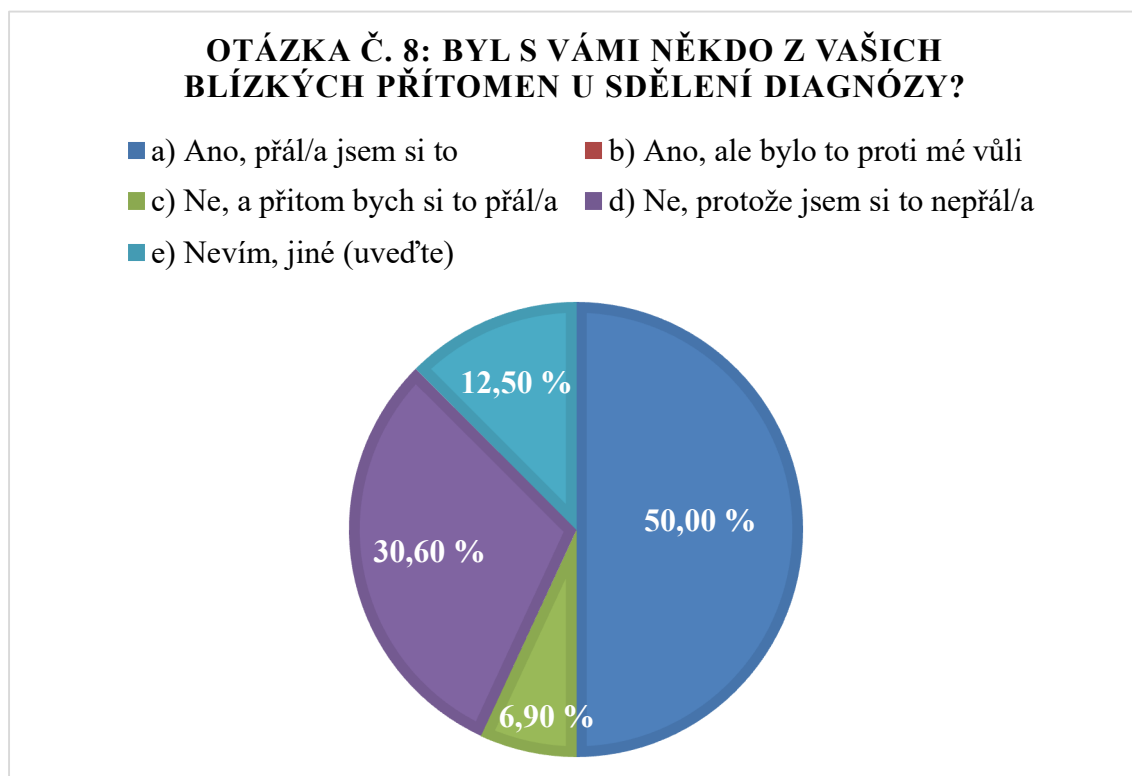
- Ano, přál/a jsem si to.
- Ano, ale bylo to proti mé vůli.
- Ne, a přitom bych si to přál/a.
- Ne, protože jsem si to nepřál/a.
- Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 8.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8

Otázka č. 8: Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, přál/a jsem si to	72	50,00 %
b) Ano, ale bylo to proti mé vůli	0	0 %
c) Ne, a přitom bych si to přál/a	10	6,90 %
d) Ne, protože jsem si to nepřál/a	44	30,60 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	18	12,50 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 8.2 Zobrazení četnosti odpovědí na položku 8



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Problematika sdělování diagnózy a důvody zařazení této položky do výzkumného šetření jsou objasněny u interpretace výsledků u předchozí skupiny č. 1 (kurativní) u stejné položky – 8. Níže tedy budou jen slovně shrnuty výsledky. U 80,60 % respondentů bylo respektováno jejich přání mít či nemít někoho z blízkých u sdělení své onkologické diagnózy. 50 % zúčastněných blízkou osobu přítomnou mělo. Žádný z respondentů neuvedl, že by měl blízkou osobu přítomnou proti své vůli. Možnost *Nevím, jiné (uved'te)* označilo 18 respondentů, z toho 7 ji slovně okomentovalo.

- *Na ambulanci při pravidelné prohlídce.;*
- *Ne, ráda jsem to řekla sama a v klidu.;*
- *Ne.;*
- *Ne.;*
- *Byl jsem po operaci sám.;*
- *Nebylo třeba.;*
- *Ne, bylo to nečekané.*

Položka 9 Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?

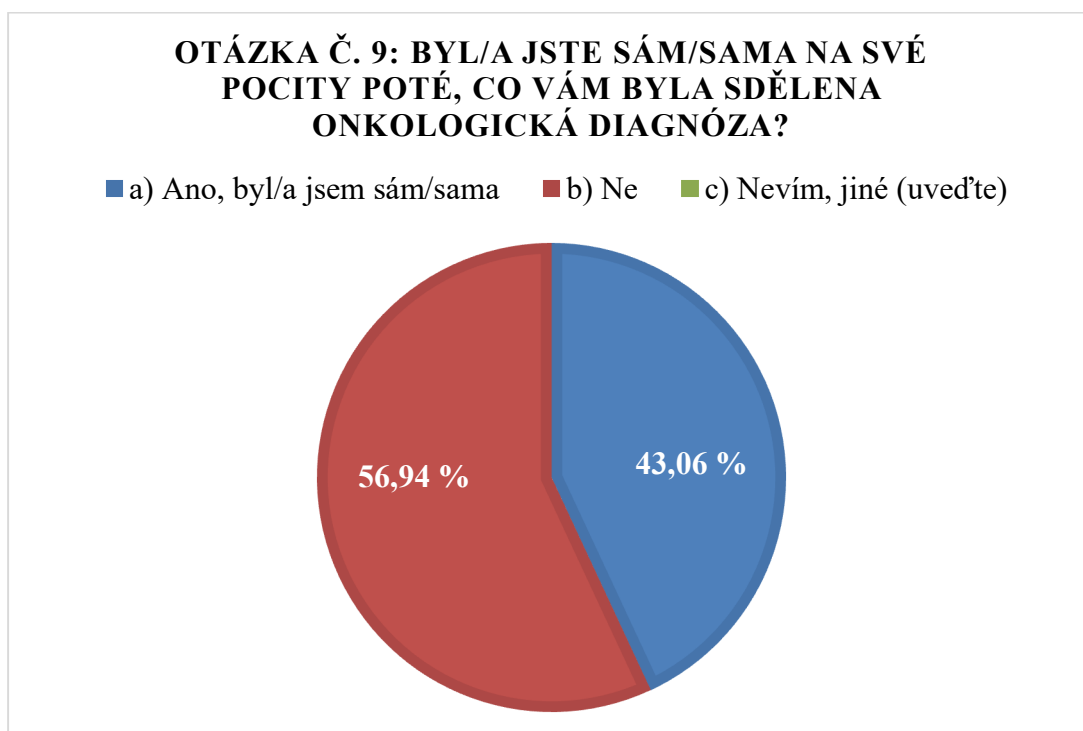
- a) Ano, byl/a jsem sám/sama
- b) Ne
- c) Nevím, jiné (uveďte):

Tabulka 9.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9

Otázka č. 9: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	62	43,06 %
b) Ne	82	56,94 %
c) Nevím, jiné (uveďte)	0	0 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 9.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Jak bylo poukázáno v interpretaci výsledků u předchozí skupiny, považujeme podporu od blízkých za kladnou a prospěšnou pro pacienta. 56,94 % respondentů uvedlo, že nebyli osamoceni se svými pocity po sdělení diagnózy. Z našeho pohledu je ovšem ne příliš pozitivní, že 62 pacientů (43,06 %) uvedlo opak.

Položka 13 Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?

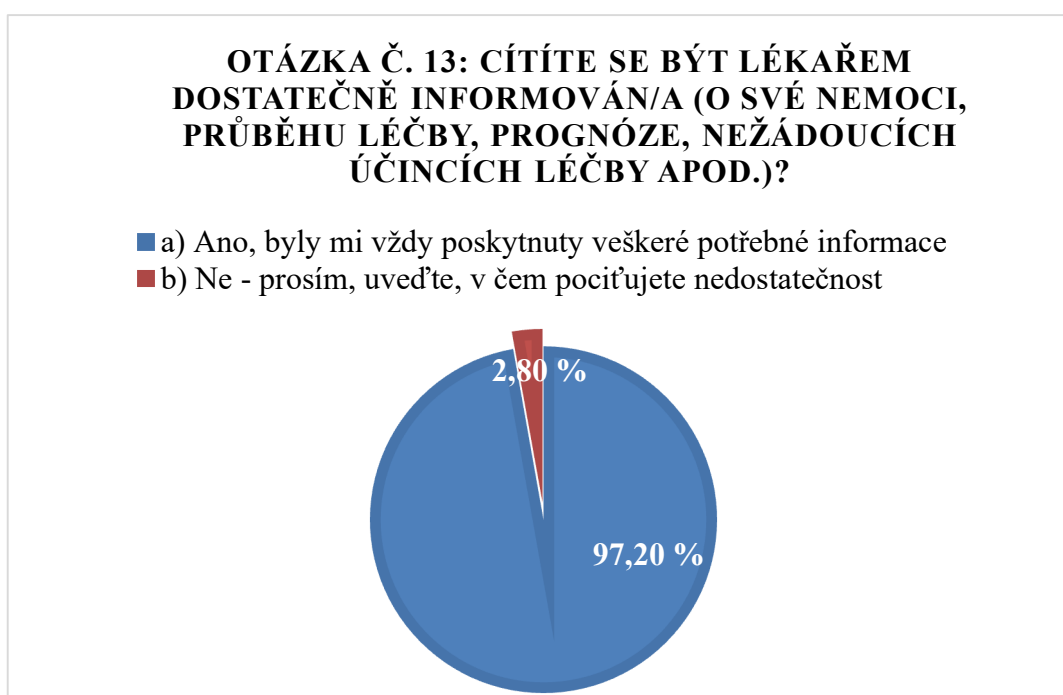
- a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace
- b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost:

Tabulka 13.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13

Otázka č. 13: Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace	140	97,20 %
b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost	4	2,80 %
Celkem	144	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 13.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Ač se v předchozích položkách prokázalo, že pacienti nebyli vždy přesně/pravdivě srozuměni s prognózou či účelem jejich léčby, subjektivně se cítí lékařem dobře informováni. 97,20 % respondentů uvedlo, že jim byly vždy poskytnuty veškeré potřebné informace. 2,80 % uvedlo, že nikoli. Slovně žádný z respondentů nepopsal, v čem pociťuje nedostatečnost.

Položka 17 Uved'te prosím, co z Vašeho pohledu mohlo být uděláno jinak při sdělování Vaší diagnózy. Pokud jste byl/a s postupem lékařů/zdravotníků spokojen/a, otázku proškrtněte a vynechte.

Jednalo se o otevřenou položku. Na otázku odpovědělo 12 respondentů.

Odpověď 1.2 (Muž, věk 66-75 let): *Jsem velmi spokojen s odborností i přístupem mé lékařky. Jsem na internetu celý den a rád si informace najdu. Viry jsou tu déle než my a jsou tedy úspěšné. Beru to jako symbiózu, která mě nejspíše usmrtí. Díky svému povolání jsem miloval adrenalin a tento stav mi ho nahrazuje. Jsem tedy spokojen. Bohužel vyléčit to asi nejde. Děkuji za péči.*

Odpověď 2.2 (Muž, věk 46-55 let): *Naprosto spokojen.*

Odpověď 3.2 (Žena, 36-45 let): *Optimismus, úsměv, ne lítost.*

Odpověď 4.2 (Žena, 46-55 let): *Nelíbilo se mi sdělení o mé první recidivě (meta. v játrech) lékařem na SONU FNKV. Na moji otázku, jestli je vše v pořádku mi dost „tvrdě“ oznámil stav a zavolal si dalšího pacienta. Myslím si, že špatná informace se dá sdělit jiným způsobem.*

Odpověď 5.2 (Žena, 66-75 let): *Jsmo velmi spokojeni s celým týmem lékařů i sester ve VFN, především MUDr. Matějů.*

Odpověď 6.2 (Žena, 46-55 let): *Jsem spokojena.*

Odpověď 7.2 (Muž, 56-65 let): *Poslední výsledky kontrolního vyšetření jsou pozitivní – léčba zabírá, ale zároveň vím, že se nemoc často vrací.*

Odpověď 8.2 (Žena, 36-45 let): *Větší komunikace, podpora, pozitivní jednání.*

Odpověď 9.2 (Žena, 36-45 let): *Více účasti, nepouštět pacienta domů po bezprostředním šoku po sdělení dg. Nesdělovat pac. Prognózu, pokud není přijatelná.*

Odpověď 10.2 (Žena, 36-45 let): *Diagnóza byla sdělena na chirurgii, takže mi moc neřekli. Prý to odstraní a bude dobře. Při příjmu na onkologii paní doktorka byla hodně odměřená a nedala mi žádný prostor. Moje onkoložka MUDr. Pazdrová je super a o všem se mnou mluví, i když stále nic moc nevím.*

Odpověď 11.2 (Žena, 46-55 let): *Uvítala bych větší empatii sester.*

Odpověď 12.2 (Muž, 56-65 let): *Byl jsem přijat na Bulovce špatná komunikace. Poté jsem si vyjednal nemocnici Vojenská nemocnice Střešovice kde jsem byl operován.*

Skupina č. 3 – pacienti s neoadjuvatní/iniciální léčbou

Položka 1 Vyznačte Vaše pohlaví:

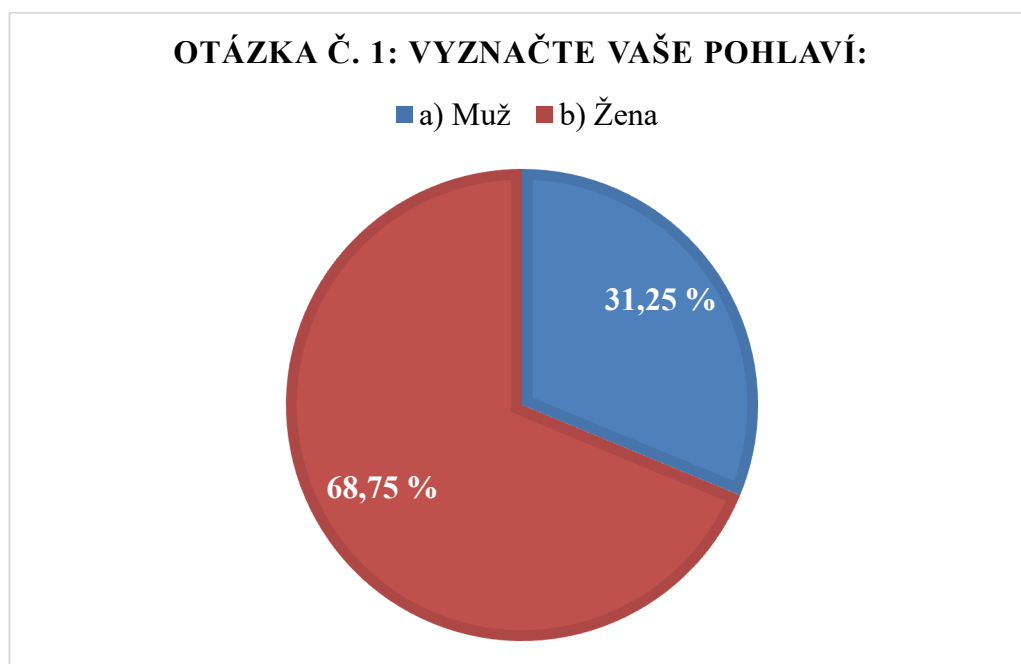
- a) Muž
- b) Žena

Tabulka 1.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1

Otázka č. 1: Vyznačte Vaše pohlaví:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	20	31,25 %
b) Žena	44	68,75 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 1.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Celkem se do výzkumu zařadilo 64 respondentů s neoadjuvantní/iniciální léčbou. Většinu opět tvořily ženy (68,75 %) a menšinu muži (31,25 %). Důvody vyššího počtu zúčastněných žen byl teoreticky objasněn u skupiny č. 1, položka 1.

Položka 2 V jakém rozmezí je Váš věk:

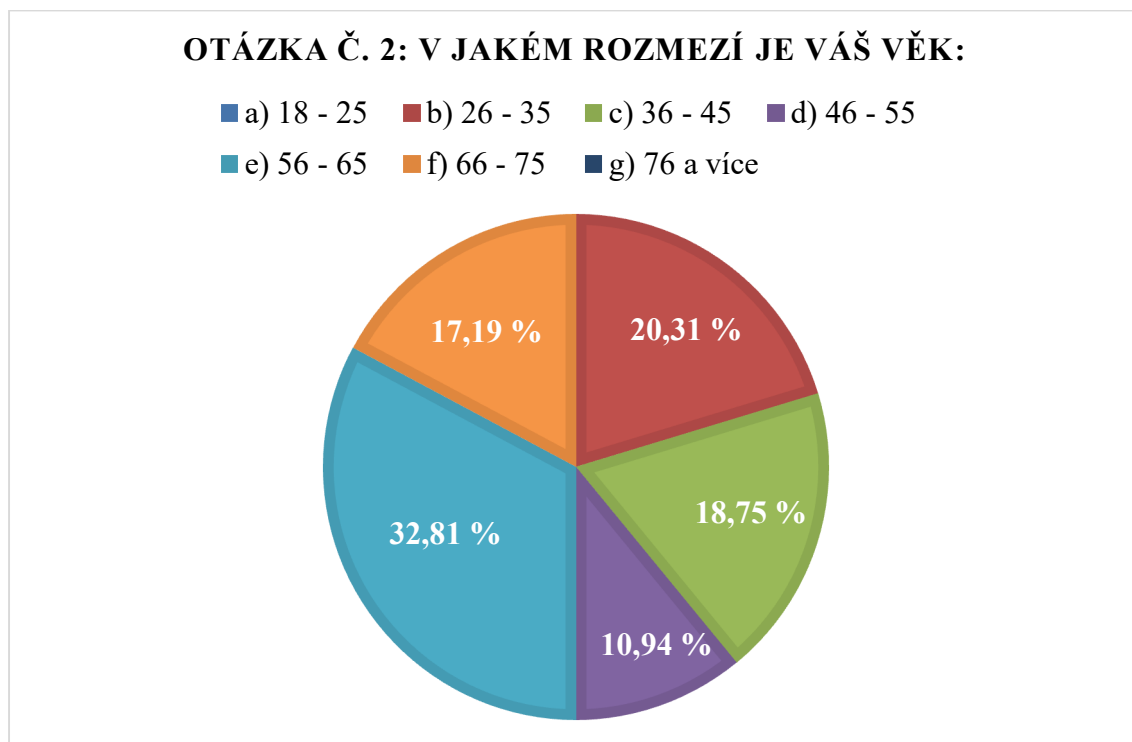
- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66-75
- g) 76 a více

Tabulka 2.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2

Otázka č. 2: V jakém rozmezí je Váš věk:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18-25	0	0 %
b) 26-35	13	20,31 %
c) 36-45	12	18,75 %
d) 46-55	7	10,94 %
e) 56-65	21	32,81 %
f) 66-75	11	17,19 %
g) 76 a více	0	0 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 2.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Věk respondentů byl zjišťován pro zodpovězení výzkumného problému a k vytvoření bližšího obrazu o zúčastněných respondentech vzhledem k přiřazené skupině. Nejpočetněji je zde zastoupena skupina pacientů ve věku 56 až 65 let (32,81 %). 13 respondentům bylo mezi 26 a 35 lety (20,31 %) a 12 respondentům bylo 36-45 let (18,75 %). Pacienti ve věkovém rozmezí od 66 do 75 let jsou zastoupeni v 17,19 %. Výzkumného šetření se nezúčastnil žádný dospělý pacient, kterému by bylo více než 76 let (včetně), a ani pacienti, kterým by bylo méně než 25 let.

Položka 3 Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?

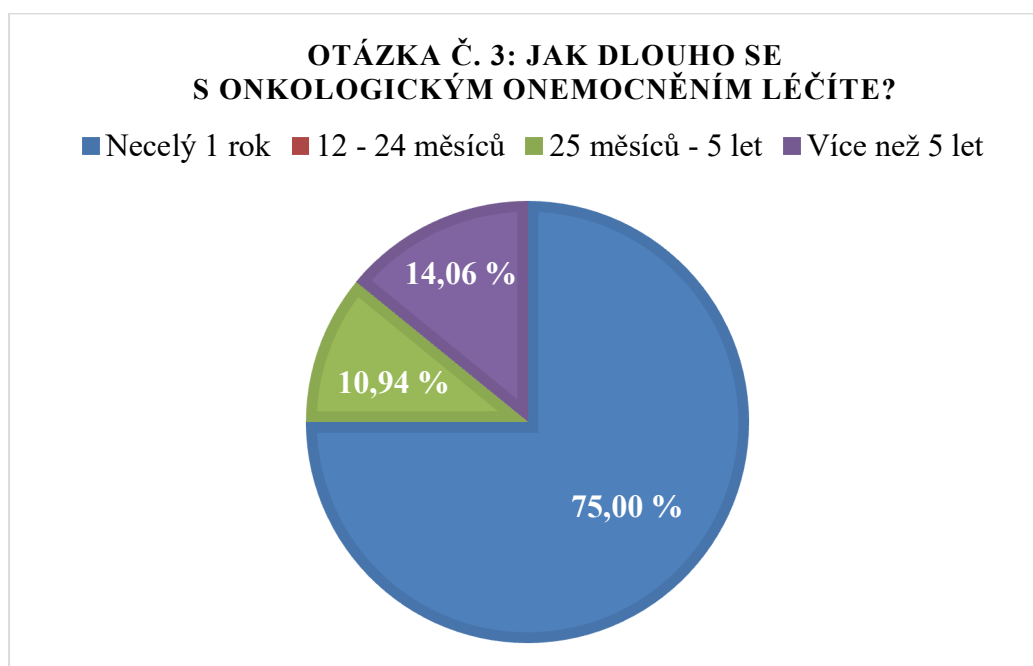
- a) Necelý jeden rok
- b) 12-24 měsíců
- c) 25 měsíců - 5 let
- d) Více než 5 let – prosím, uveďte:

Tabulka 3.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3

Otázka č. 3: Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Necelý 1 rok	48	75,00 %
b) 12-24 měsíců	0	0 %
c) 25 měsíců - 5 let	7	10,94 %
d) Více než 5 let	9	14,06 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 3.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Neoadjuvatní léčba je podávána s cílem zmenšit primární nález (nádor) a také má za cíl zničit případné mikrometastázy – stejně jako léčba adjuvatní. Tento postup se volí pro lepší následnou proveditelnost chirurgického výkonu a popř. tím i zachovat co nejvyšší funkci daného orgánu či tkáně. Tento typ léčby je však spojen s rizikem její neúčinnosti a oddálení chirurgického zákroku. Tato léčba se též podává v případech, kdy nádor příliš zasahuje do oblasti, která je neoperabilní a s nadějí zmenšení nálezu po chemoterapii či ozáření se směřuje k chirurgické léčbě. (Vorlíček a kol., 2012) Proto není překvapením, že tři čtvrtiny respondentů jsou v neoadjuvatní onkologické léčbě

méně než jeden rok. 14,09 % respondentů poté udává, že se léčí onkologicky déle než 5 let a 10,94 % pacientů uvedlo, že u nich léčba trvá v rozmezí 25 měsíců až 5 let. Tato skutečnost, týkající se délky léčby, mohla nastat u pacientů, kteří se s onkologickým nálezem léčili kurativně, byla jim např. podávána zajišťující hormonální léčba, ale po několika letech došlo k recidivě nebo metastatickému procesu.

Položka 4 Co víte o své nemoci a prognóze?

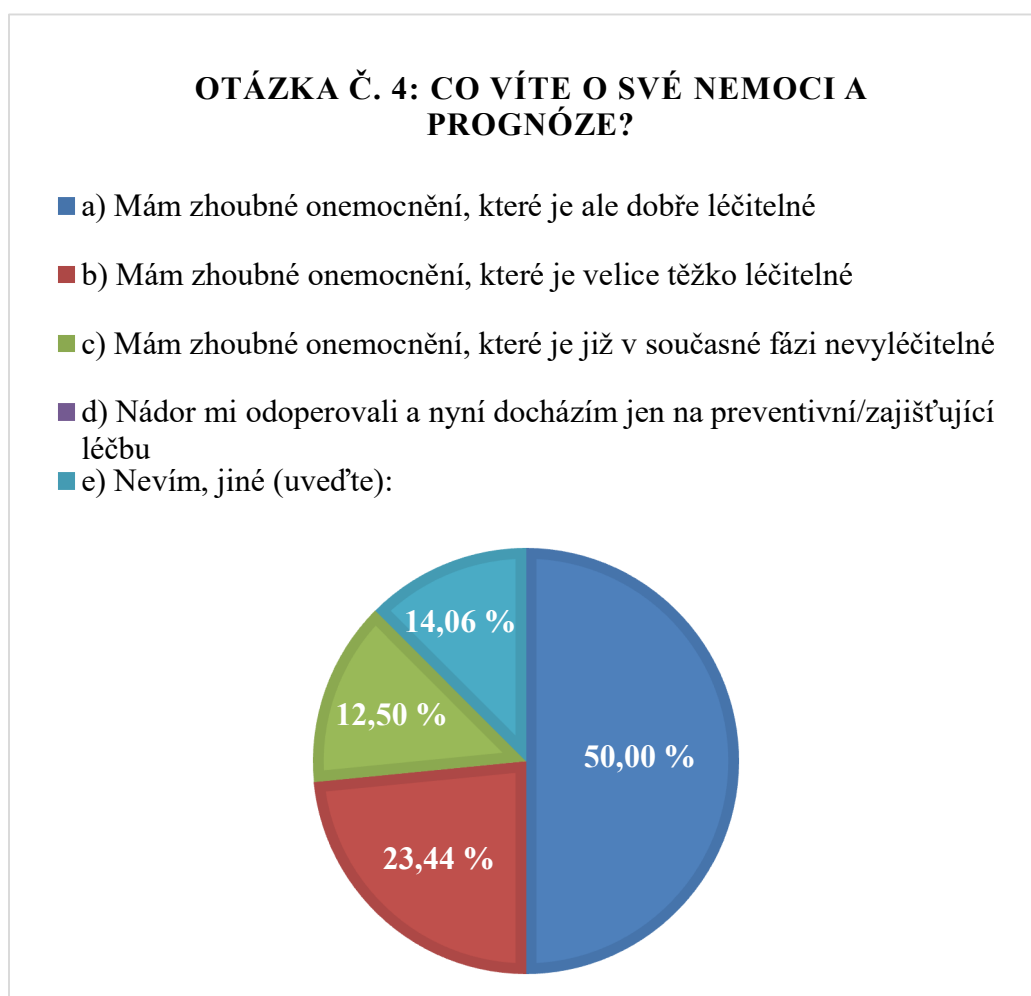
- a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné.
- b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné.
- c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné.
- d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu.
- e) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 4.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4

Otázka č. 4: Co víte o své nemoci a prognóze?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné	32	50,00 %
b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžko léčitelné	15	23,44 %
c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné	9	14,06 %
d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu	0	0 %
e) Nevím, jiné (uved'te):	8	12,50 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 4.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

U této skupiny pacientů je složité nějakým přesným způsobem definovat správnost odpovědí z pohledu toho, zda jsou správně/pravdivě informováni. Pacienti v této skupině mohou mít skutečně relativně dobře léčitelný typ nádoru, ale není 100% jistá odpověď na léčbu a tím dosažení radikálního zákroku. V tomto ohledu je pro posouzení podstatnější položka 5. Každopádně polovina zúčastněných hodnotí svůj nález jako dobře léčitelný. 23,44 % dotázaných udává, že je jejich nádor velice těžce léčitelný. 9 zúčastněných pacientů považuje svůj stav za již nevléčitelný (14,09 %). Žádný z respondentů se nedomníval, že by jeho nádor byl odstraněn a tím pádem by docházel jen na zajišťující léčbu. Tuto skutečnost považujeme za kladnou z pohledu informovanosti pacientů. Možnost *e) Nevím, jiné (uveďte)* označilo 8 respondentů. Slovně odpověď okomentovali dva pacienti takto: *Operabilnost se ukáže až po ukončení CHMT.; Nevím.*

Položka 5 Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:

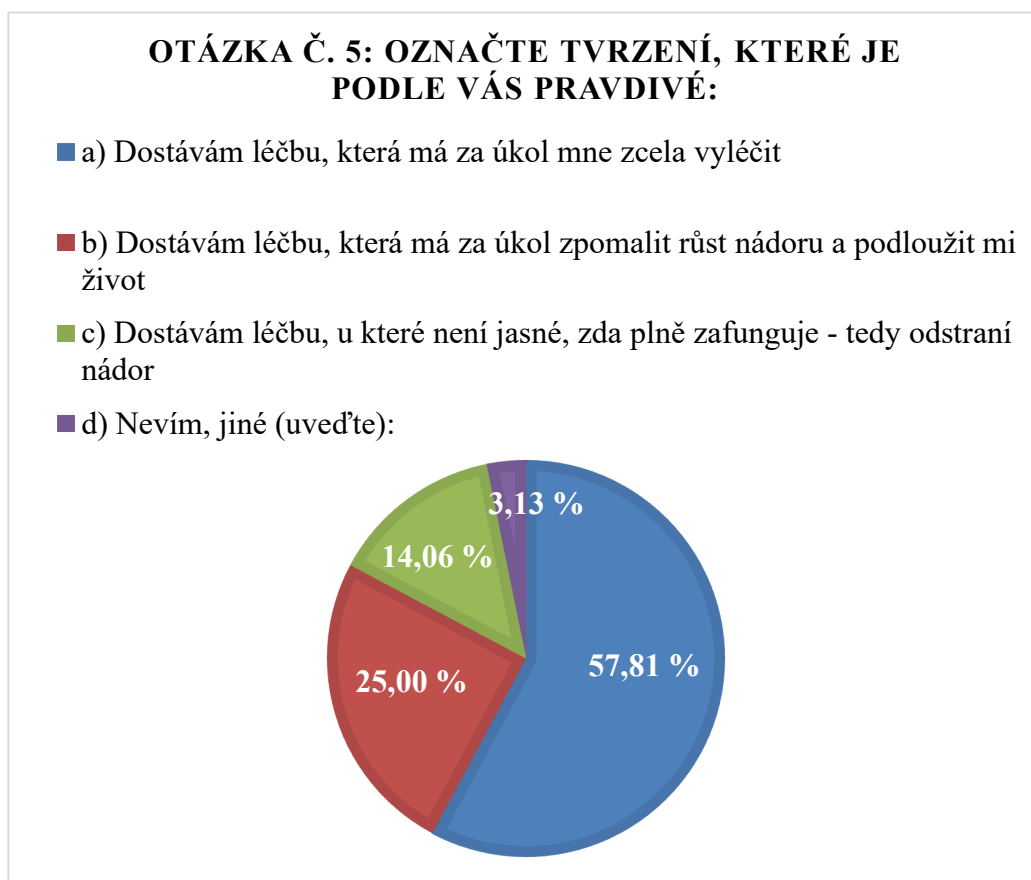
- a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit.
- b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život.
- c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor.
- d) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 5.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5

Otázka č. 5: Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit	37	57,81 %
b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život	16	25,00 %
c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor	9	14,06 %
d) Nevím, jiné (uved'te):	2	3,13 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 5.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Výsledky po zpracování této otázky jsou spíše pozitivní. 75 % dotázaných zhodnotilo svou léčbu pravdivě (odpovědi *a*); *c*); *d*) – do tohoto podílu byli zařazeni i respondenti, kteří označili odpověď *Nevím, jiné*, protože odpověď slovně shodně okomentovali tak, že až operace rozhodne, zda bude nález zcela vyléčitelný. Svou situaci poněkud skepticky (zda lze na toto tvrzení usuzovat pouze na podkladě odpovědi v této položce) vnímala čtvrtina dotázaných, kteří se domnívají, že je jejich nález už nevléčitelný a současná léčba jim pouze prodlužuje život.

Položka 8 Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?

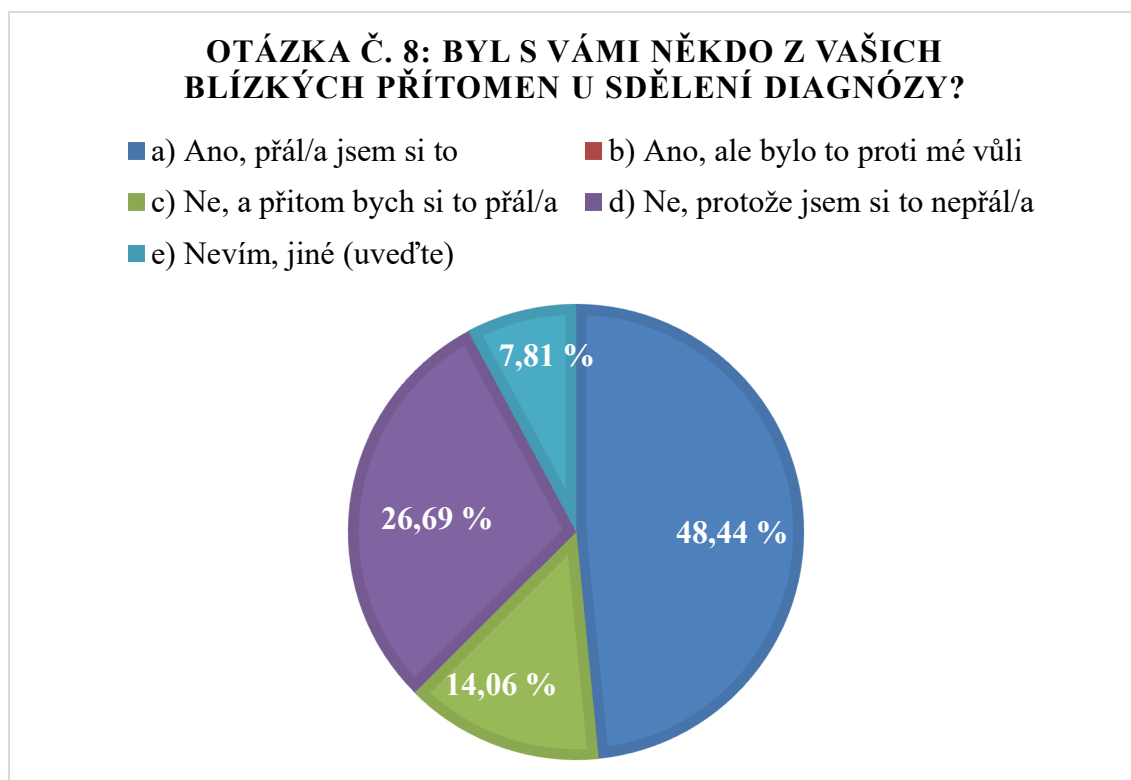
- a) Ano, přál/a jsem si to.
- b) Ano, ale bylo to proti mé vůli.
- c) Ne, a přitom bych si to přál/a.
- d) Ne, protože jsem si to nepřál/a.
- e) Nevím, jiné (uveďte):

Tabulka 8.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8

Otázka č. 8: Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, přál/a jsem si to	31	48,44 %
b) Ano, ale bylo to proti mé vůli	0	0 %
c) Ne, a přitom bych si to přál/a	9	14,06 %
d) Ne, protože jsem si to nepřál/a	19	29,69 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	5	7,81 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 8.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Jak bylo řečeno u předešlých skupin, tato položka měla zmapovat, zda bylo pacientům vyhověno/nevyhověno v jejich přání a práva na to, mít u sdělení své diagnózy blízkou osobu. U více než tří čtvrtin respondentů bylo vyhověno v jejich přání. 48,44 % pacientů mělo u sdělení onkologické diagnózy někoho z blízkých, 26,69 % nikoli. Obě skupiny to takto vyžadovaly. 14,06 % respondentů uvedlo, že blízkou osobu u sdělení diagnózy nemělo, ale přáli by si to.

Položka 9 Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?

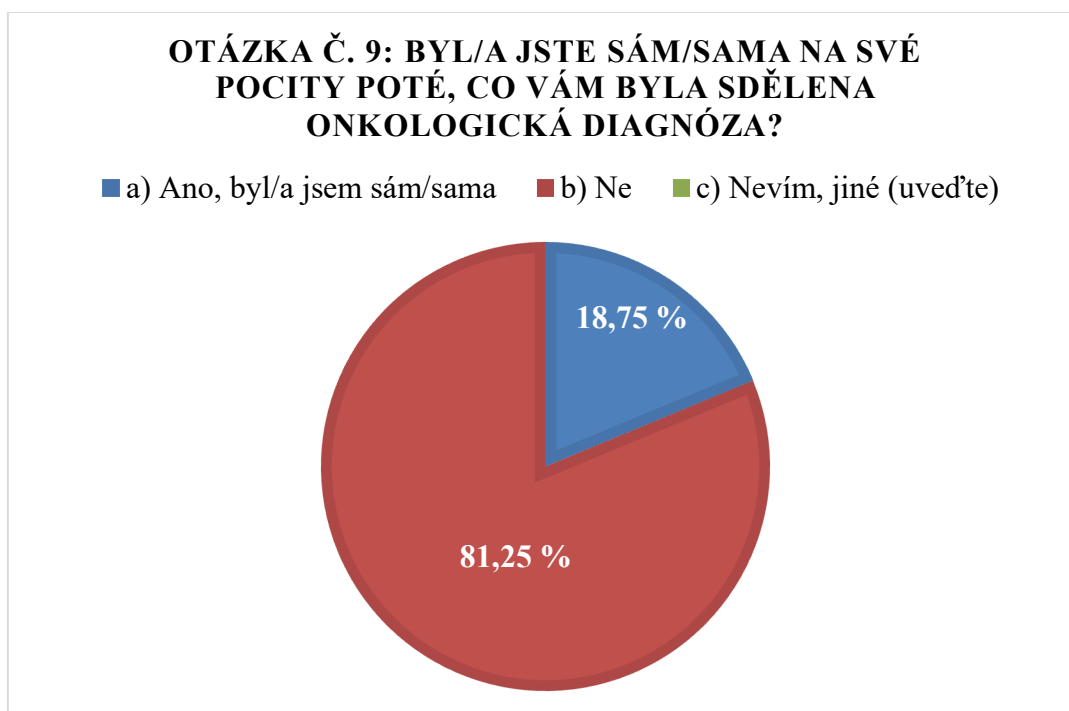
- a) Ano, byl/a jsem sám/sama
- b) Ne
- c) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 9.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9

Otázka č. 9: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	12	18,75 %
b) Ne	52	81,25 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 9.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9



Zdroj: výzkumné šetření autorky

U této položky výsledky ukazují, že většina pacientů, stejně jako u předešlých dvou hodnocených skupin, nebyla sama na své pocity po sdělení onkologické diagnózy. Uvedlo to tak 81,25 % respondentů. Pocit osamocení pak označilo 18,75 % dotázaných.

Položka 13 Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?

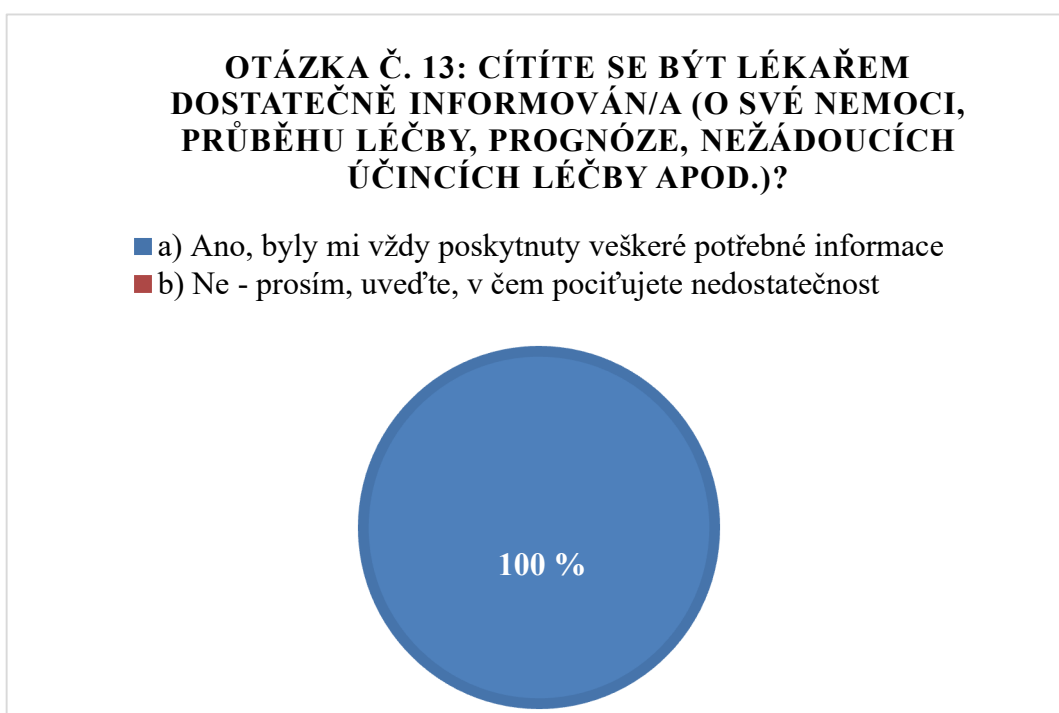
- a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace
- b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost:

Tabulka 13.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13

Otázka č. 13: Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace	64	100 %
b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost	0	0 %
Celkem	64	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 13 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Všichni respondenti ve skupině neoadjuvantně léčených pacientů uvedli, že se cítí být lékařem dostatečně informováni.

Položka 17 Uveďte prosím, co z Vašeho pohledu mohlo být uděláno jinak při sdělování Vaší diagnózy. Pokud jste byl/a s postupem lékařů/zdravotníků spokojen/a, otázku proškrtněte a vynechte.

Jednalo se o otevřenou položku a odpověděli na ní 3 respondenti z celkového počtu 64 dotazovaných.

Odpověď 1.3 (Muž, 46-55 let.: *Rozhodně by se leccos dalo udělat jinak, ale nemám to zatím ujasněno. Zatím řeším své vypořádání se s nemocí, ne interakci mezi mnou a lékařem.*

Odpověď 2.3 (Žena, 26-35 let): *Záleží na doktorce či doktorovi; tak i u sester; koho zrovna mám. Podle toho se odvíjí přístup. Určitě; ale čekám od každého z personálu příjemné chování. Většinou jsem spokojená.*

Odpověď 3.3 (Žena, 56-75 let): *Dlouhé čekání na vyšetření odborné, než se začalo léčit.*

Skupina č. 4 – pacienti se zajišťující léčbou

Položka 1 Vyznačte Vaše pohlaví:

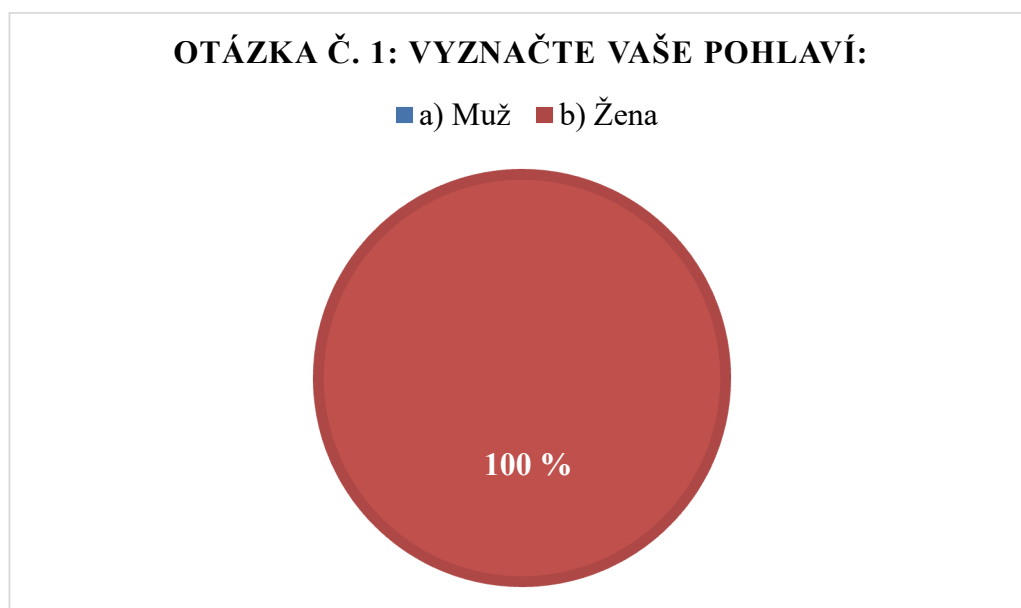
- a) Muž
- b) Žena

Tabulka 1.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1

Otázka č. 1: Vyznačte Vaše pohlaví:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	0	0 %
b) Žena	48	100 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 1.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Na oddělení, kde výzkumné šetření probíhalo, se zajišťující léčba seskládá nejčastěji z podávání hormonální nebo biologické léčby – ať pomocí tablet podávaných ústy, injekčně nebo i pomocí infuze. Na tuto léčbu se chodí v daných periodických cyklech a je podávána různě dlouhou dobu (nejčastěji od 1 roku až více než 5 let). Na tento druh léčby docházejí nejčastěji ženy po adjuvantní terapii s nádorem prsu. Hormonální léčba po adjuvantní chirurgické léčbě je též podávána mužům se zhoubných nádorem prostaty, ale jak již bylo výše zmíněno, tito pacienti jsou zajišťující hormonální léčbou takřka vždy léčeni na klinice urologie, kde jim byl proveden

radikální chirurgický zákrok. Takto lze odůvodnit, proč se v této skupině pacientů šetření zúčastnily pouze ženy. Celkem jich bylo 48.

Položka 2 V jakém rozmezí je Váš věk:

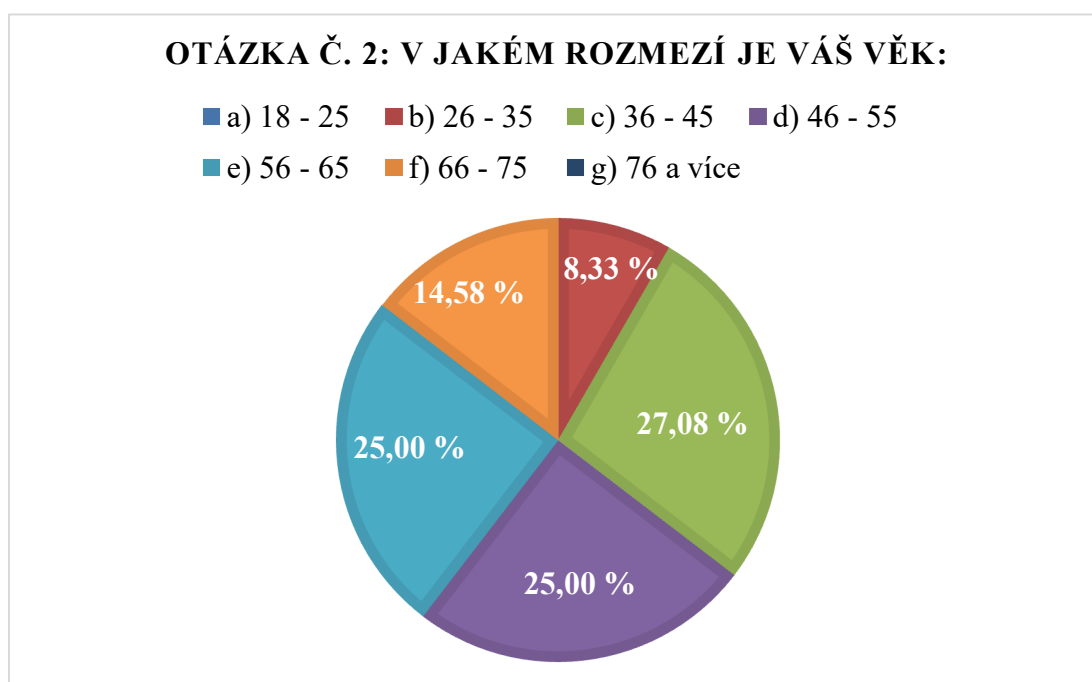
- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66-75
- g) 76 a více

Tabulka 2.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2

Otázka č. 2: V jakém rozmezí je Váš věk:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18-25	0	0 %
b) 26-35	4	8,33 %
c) 36-45	13	27,08 %
d) 46-55	12	25,00 %
e) 56-65	12	25,00 %
f) 66-75	7	14,58 %
g) 76 a více	0	0 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 2.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Jak je uvedeno u skupin výše, věk respondentů byl zjišťován pro zodpovězení výzkumného problému a k vytvoření bližšího obrazu o zúčastněných respondentech vzhledem k přiřazené skupině. Polovinu respondentů tvoří pacientky s věkem od 46 do 65 let, přesněji 25 % tvoří pacientky v rozmezí 46-55 let a 25 % pacientky v rozmezí 55-65 let. Nejvíce dotazovaných byly ženy ve věku od 36 do 45 let (27,08 %). Sedmi pacientkám (14,58 %) bylo mezi 66 a 75 lety. 4 pacientky (8,33 %) uvedly svůj věk v rozmezí 26-35 let. V této skupině se výzkumu nezúčastnil žádný dospělý respondent, kterému by bylo více než 76 let (včetně) ani nebyl mladší 25 let.

Položka 3 Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?

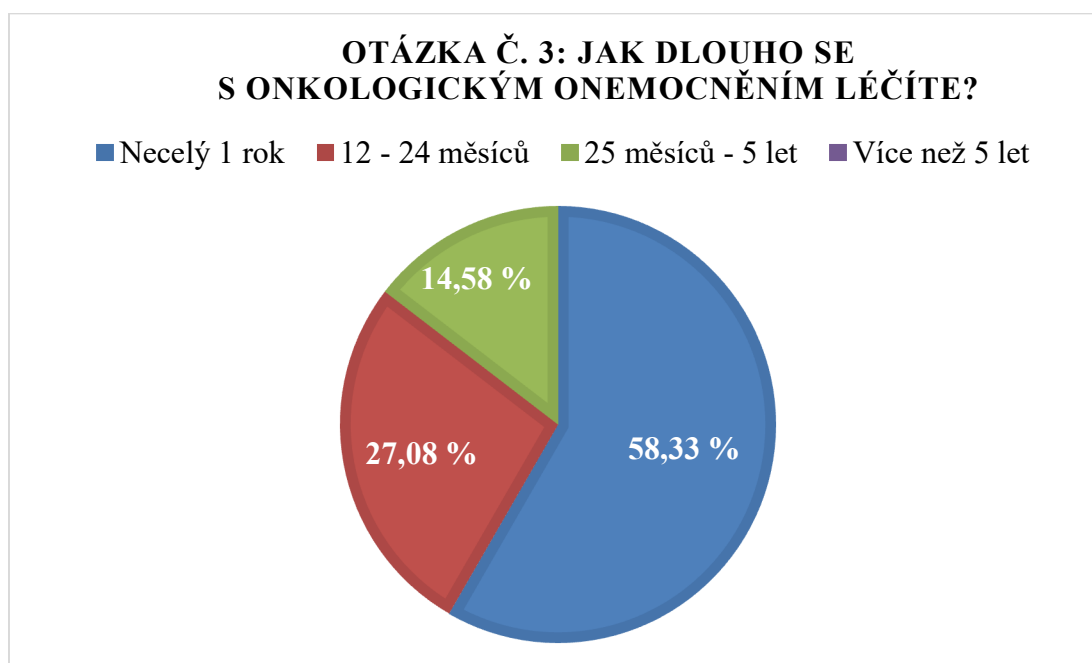
- a) Necelý jeden rok
- b) 12-24 měsíců
- c) 25 měsíců - 5 let
- d) Více než 5 let – prosím, uveďte:

Tabulka 3.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3

Otázka č. 3: Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Necelý 1 rok	28	58,33 %
12-24 měsíců	13	27,08 %
25 měsíců - 5 let	7	14,58 %
Více než 5 let	0	0 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 3.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Jak bylo řečeno výše, zajišťující léčba se podává pacientkám klasicky 1-5 let (dle druhu léčby a typu nálezu). Proto výsledky plynoucí z této položky považujeme za zcela adekvátní vzhledem ke zkoumanému vzorku. Více než polovina pacientek (58,33 %) se léčila méně než jeden rok. 27,08 % pacientek stanovilo svou dosavadní délku léčby mezi 12 a 24 měsíci. 25 měsíců až 5 let se léčilo 14,58 dotázaných. Žádná ze zúčastněných pacientek neuvedla, že by se léčila déle než 5 let.

Položka 4 Co víte o své nemoci a prognóze?

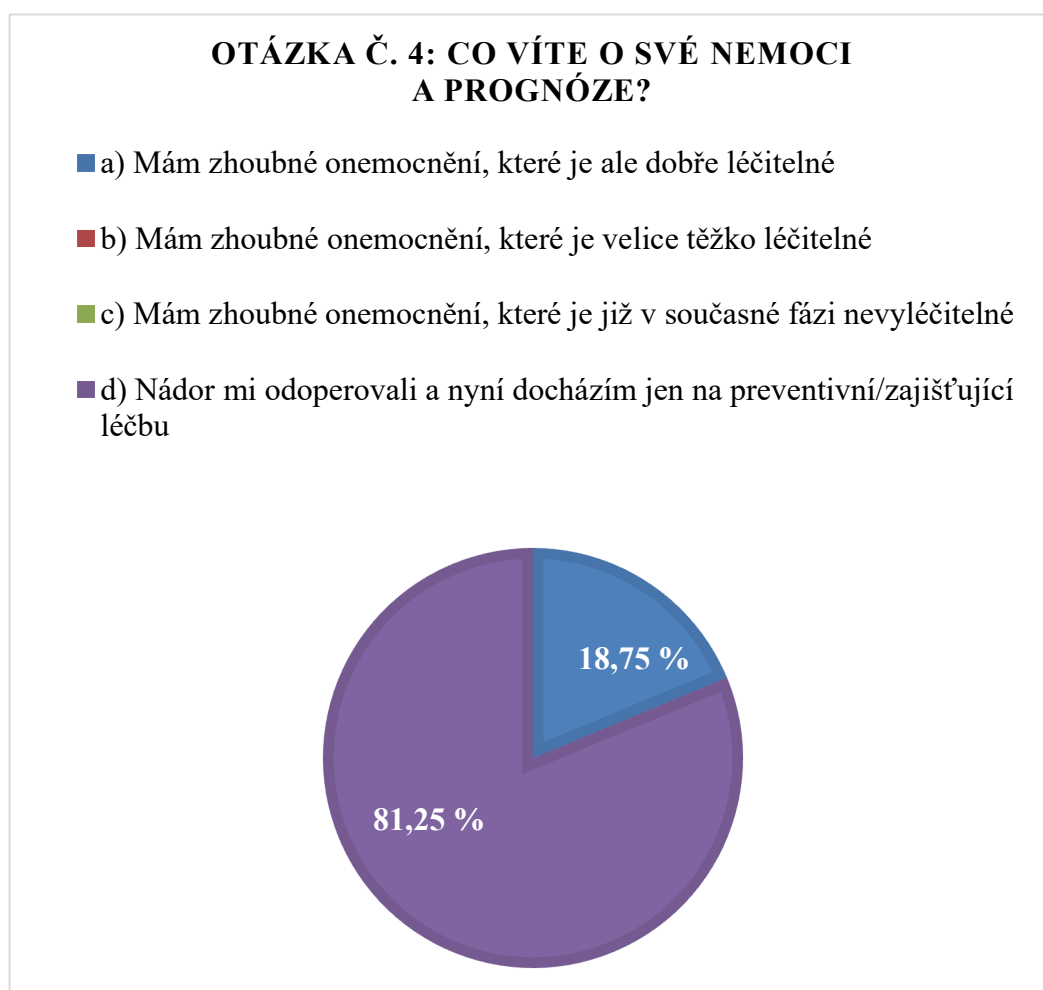
- a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné.
- b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné.
- c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné.
- d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu.
- e) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 4.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4

Otázka č. 4: Co víte o své nemoci a prognóze?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné	9	18,75 %
b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžko léčitelné	0	0 %
c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné	0	0 %
d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu	39	81,25 %
e) Nevím, jiné (uved'te):	0	0 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 4.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Výsledky plynoucí z odpovědí na tuto položku lze považovat za velmi uspokojivé. 100 % pacientek bylo správně/pravdivě informováno o povaze svého onemocnění. 81,25 % z nich uvedlo, že byl jejich nádor odoperován a nyní podstupují pouze zajišťující léčbu, a 18,75 % uvedlo, že je jejich onemocnění dobře léčitelné.

Položka 5 Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:

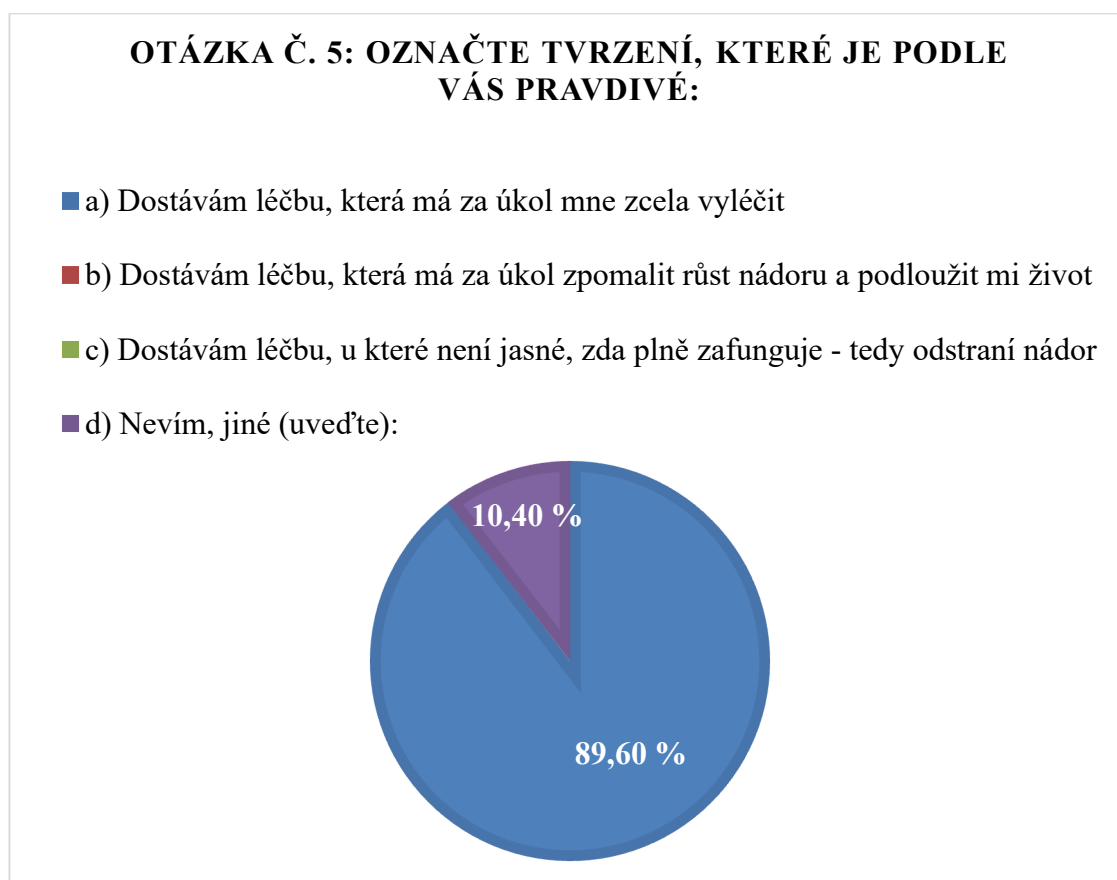
- a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit.
- b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život.
- c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor.
- d) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 5.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5

Otázka č. 5: Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit	43	89,60 %
b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život	0	0 %
c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor	0	0 %
d) Nevím, jiné (uved'te):	5	10,40 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 5.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

I zde lze považovat výsledky za velmi potěšující. Téměř 90 % patientek uvedlo správný druh podávané léčby, resp. její povahu. 10,40 % patientek označilo možnost *Nevím, jiné*, ale žádná k otázce nenapsala komentář.

Položka 8 Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?

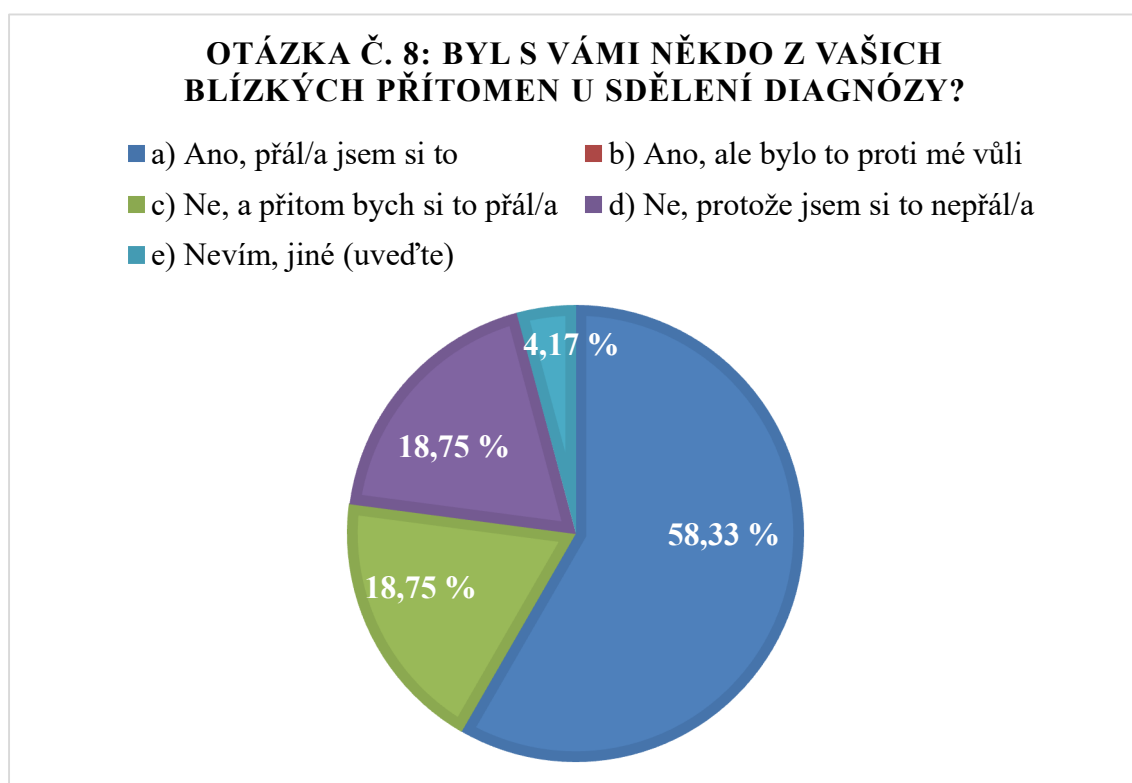
- a) Ano, přál/a jsem si to.
- b) Ano, ale bylo to proti mé vůli.
- c) Ne, a přitom bych si to přál/a.
- d) Ne, protože jsem si to nepřál/a.
- e) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 8.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8

Otázka č. 8: Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, přál/a jsem si to	28	58,33 %
b) Ano, ale bylo to proti mé vůli	0	0 %
c) Ne, a přitom bych si to přál/a	9	18,75 %
d) Ne, protože jsem si to nepřál/a	9	18,75 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	2	4,17 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 8.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Jak bylo již řečeno u předešlých skupin, tato položka měla zmapovat, zda bylo pacientům vyhověno/nevyhověno v jejich přání a právu na to, mít u sdělení své diagnózy blízkou osobu. 58,33 % dotázaných někoho blízkého u sdělení mělo; žádný z dotázaných neuvedl, že by blízkého u sdělení měl proti své vůli. 9 respondentek uvedlo, že blízkého u sdělení neměly, ale přály by si to, tentýž počet uvedl, že blízký nebyl přítomen, ale bylo to jejich přání. Možnost *Nevím, jiné* označily dvě respondentky. Slovně odpověď okomentovala jedna respondentka slovem: *Nebyl*.

Položka 9.4 Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?

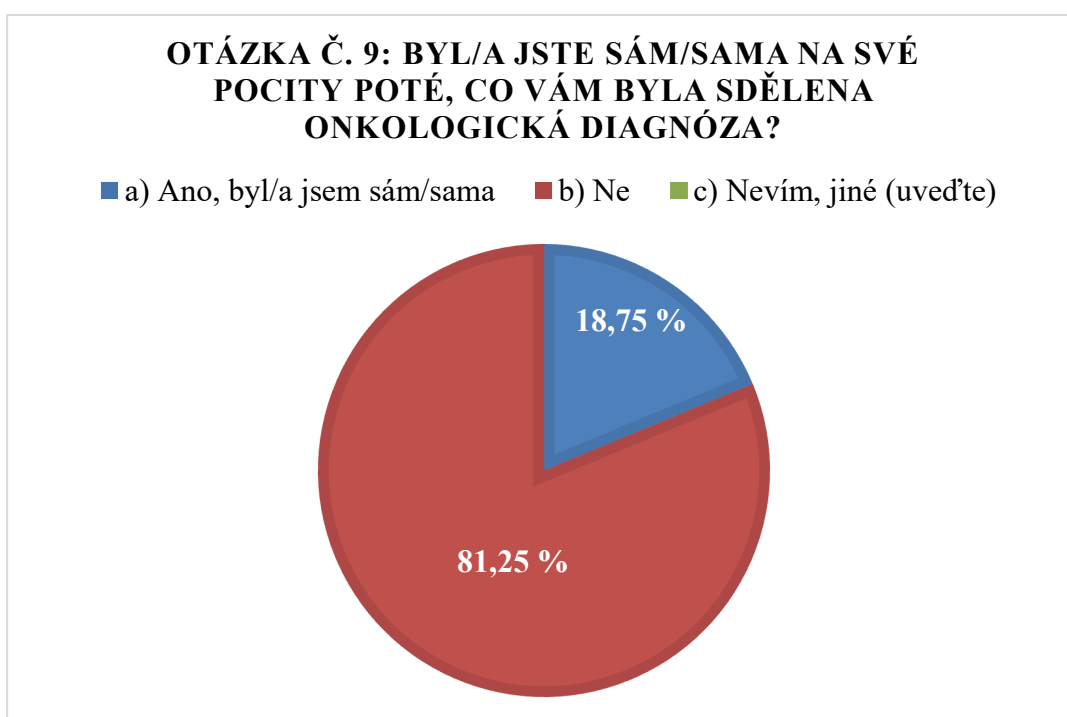
- a) Ano, byl/a jsem sám/sama
- b) Ne
- c) Nevím, jiné (uved'te):

Tabulka 9.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9

Otázka č. 9: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	9	18,75 %
b) Ne	39	81,25 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 9.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9



Zdroj: výzkumné šetření autorky

U této položky výsledky ukazují, že většina respondentů, stejně jako u předešle hodnocených skupin, nebyla sama na své pocity po sdělení onkologické diagnózy. Uvedlo to tak 81,25 % respondentek. Pocit osamocení pak označilo 18,75 % dotázaných. V relativní četnosti se tento výsledek shoduje se skupinou č. 3.

Položka 13 Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?

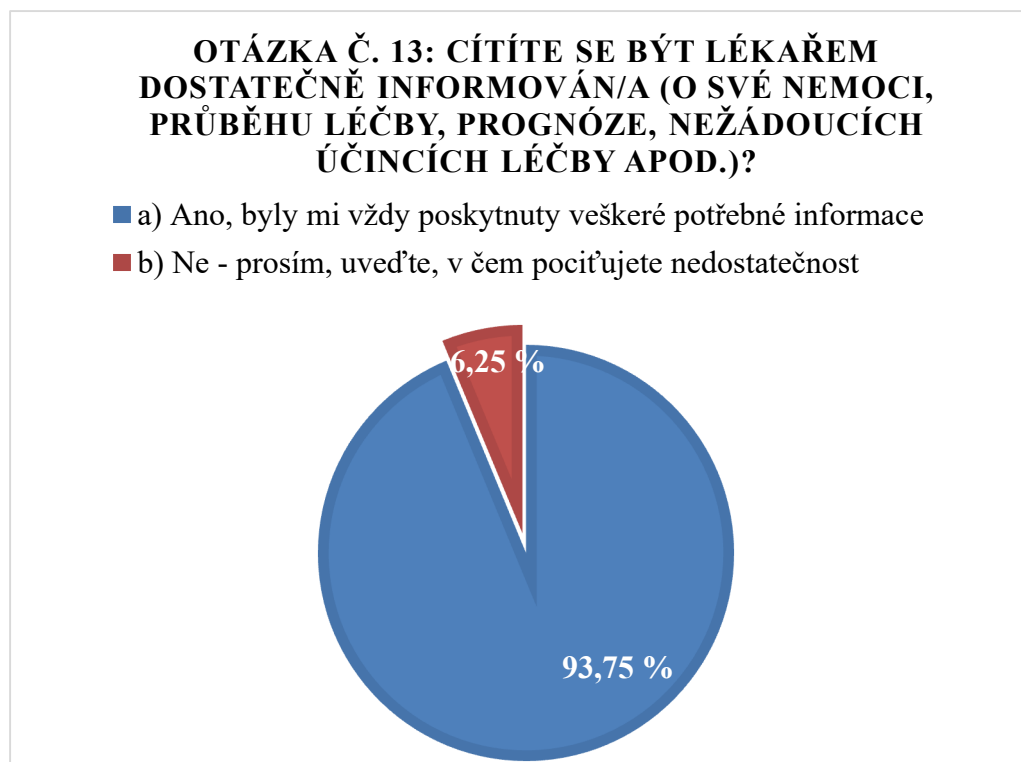
- a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace.
- b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost:

Tabulka 13.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13

Otázka č. 13: Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace	45	93,75 %
b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost	3	6,25 %
Celkem	48	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 13.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13



Zdroj: výzkumné šetření autorky

93,75 % respondentek uvedlo, že se cítí být dostatečně lékařem informováno. 3 pacientky uvedly (6,25 %), že nikoli. Slovně však odpověď okomentovala pouze jedna z nich, a to takto: *Z odborné literatury jsem získala více informací.*

Položka 17 Uvedte prosím, co z Vašeho pohledu mohlo být uděláno jinak při sdělování Vaší diagnózy. Pokud jste byl/a s postupem lékařů/zdravotníků spokojen/a, otázku proškrtněte a vynechte.

Jednalo se o otevřenou položku a odpověděly na ní 3 respondentky z celkového počtu 48 dotazovaných.

Odpověď 1.4 (Žena, 46-55 let): *Po operaci mi byla sdělena diagnóza na pokoji, před ostatními pacientkami. Bylo mi to sděleno v rychlosti, bez citlivého přístupu.*

Odpověď 2.4 (Žena, 26-35 let): *V Thomayerově nemocnici to byl můj nejhorší den v životě a paní doktorka se mě zeptala zda má v rodině někdo rakovinu prsu, že je dost divné, že v takovém věku mám takhle pozitivní nález. Doktorka, která mě měla léčit mi podala papírek s datumem a časem, kam se mám dostavit bez jediného slova. Přístup byl příšerný co se týká psychiky. Ve VFN paní doc. Tesařová byla naprosto ÚŽASNÁ! Uklidnila mě a vše vysvětlila.*

Odpověď 3.4 (Žena, 46-55 let): *Z nadhledu, tj. po cca 3 letech to bylo rychle a dobře. Původně to byl šok a málo času na rozhodnutí (10 min).*

Pozn. autora: Všechny transkripce z dotazníků všech skupin byly přepsány v přesném znění, pravopisné či jiné chyby nebyly opravovány.

3.6.

Analýza výzkumného problému

Ovlivňuje věk nevléčitelně nemocných pacientů míru jejich informovanosti o infaustní prognóze?

K zodpovězení výzkumného problému jsme provedli několik úkonů, které nám objektivně dokázaly jednotlivé prvky výzkumu zhodnotit.

V tomto případě byla předmětem hodnocení skupina č. 2, tedy pacienti, kteří měli již nevléčitelné onemocnění a jejich léčba byla paliativní/nekurativní. Míru informovanosti o jejich nepříznivé prognóze lze sledovat na dvou položkách v dotazníku – položky 4 a 5. Dotazníky tedy byly rozřazeny podle rozmezí věku, které bylo respondenty označováno v položce 2, a dále pak jednotlivé odpovědi zaznamenávány do tabulek transkripcí.

U položek 4 i 5 byla možnost označit odpověď *Nevím, jiné (uved'te)*. Pokud byl k odpovědi připsán respondentem komentář, který byl hodnotitelný (tedy vykazoval povědomost pacienta o jeho nemoci/prognóze/typu léčby), byla odpověď příslušně přiřazena. Pokud nebyla tato možnost u těchto položek nijak okomentována, byla odpověď pro tuto věc označena za nehodnotitelnou. Z celkového počtu 144 respondentů skupiny č. 2 bylo zařazeno 133 respondentů u položky 4 a 130 respondentů u položky 5.

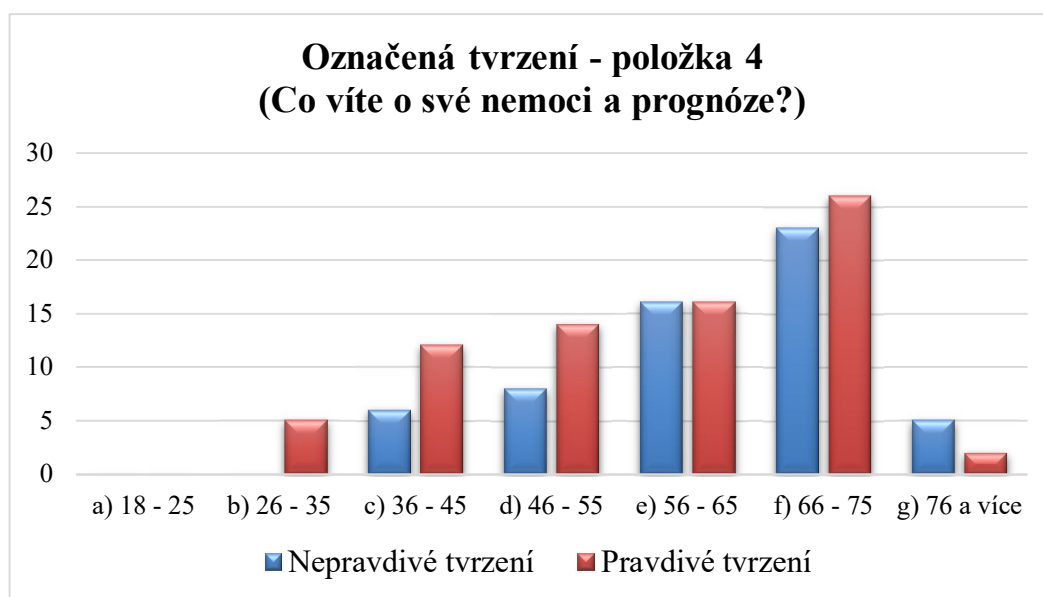
Zda je správná/pravdivá informovanost závislá na věku pacientů, jsme otestovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát dostupného ve webové aplikaci. (Kábrt, 2011) Aby byly splněny předpoklady pro možnost provedení chí-kvadrát testu, tedy že pouze 20 % hodnot může být menší než 5 a ani jedna z hodnot nesmí být menší než jedna, rozdělili jsme pacienty na 2 věkové skupiny (mladší a starší). Tuto skutečnost nepovažujeme za nežádoucí. Výzkumný problém byl stanoven s předpokladem, že mladším pacientům s nepříznivou prognózou se bude pravdivá informace o jejich stavu sdělovat z úst lékařů hůře. Jelikož se výzkumného šetření v této skupině nezúčastnili žádní pacienti v rozmezí let 18-25, byly skupiny vytvořeny symetricky – tedy 3/3 zkoumaným věkovým rozmezím.

Tabulka 14 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4

Označená tvrzení - položka 4 (Co víte o své nemoci a prognóze?)		
	Nepravdivé tvrzení	Pravdivé tvrzení
a) 18-25	0	0
b) 26-35	0	5
c) 36-45	6	12
d) 46-55	8	14
e) 56-65	16	16
f) 66-75	23	26
g) 76 a více	5	2
Celkem	133	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 14 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Za nepravdivá/nesprávná tvrzení byly považovány možnosti a) *Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné* a možnost d) *Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu*, popř. možnost e) *Nevím, jiné (uved'te)* pokud byla slovně okomentována a komentář byl vzhledem k onemocnění pacienta nepravdivý. Za pravdivé/správné tvrzení byly považovány následně možnosti b) *Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné* a odpověď c) *Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné*. Odpověď e) byla taktéž posuzována podle případného připsaného komentáře.

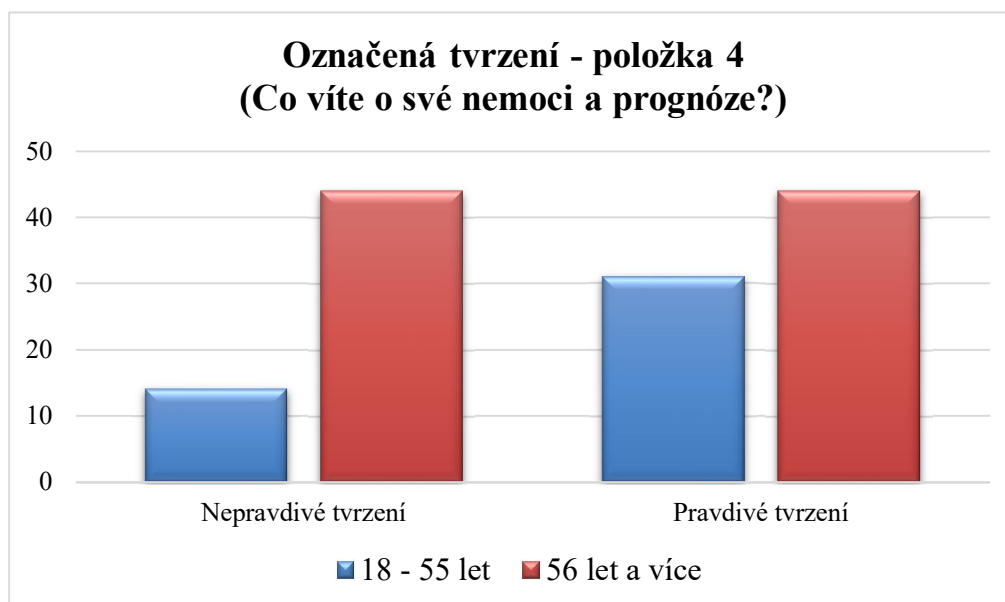
Hodnocená skupina byla pro možnost provedení testu rozdělena následovně.

Tabulka 15 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4

Označená tvrzení - položka 4 (Co víte o své nemoci a prognóze?)		
	Nepravdivé tvrzení	Pravdivé tvrzení
18-55 let	14	31
56 let a více	44	44
Celkem	133	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 15 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Hladina významnosti byla stanovena na 5 %. Kritická hodnota byla 3,841. Testové kritérium bylo vypočteno $G = 4,314$. Jelikož je testové kritérium vyšší než kritická hodnota – test nezávislosti chí-kvadrát u skupiny pacientů č. 2 nám říká, že zde **existuje závislost** mezi zkoumanými znaky.

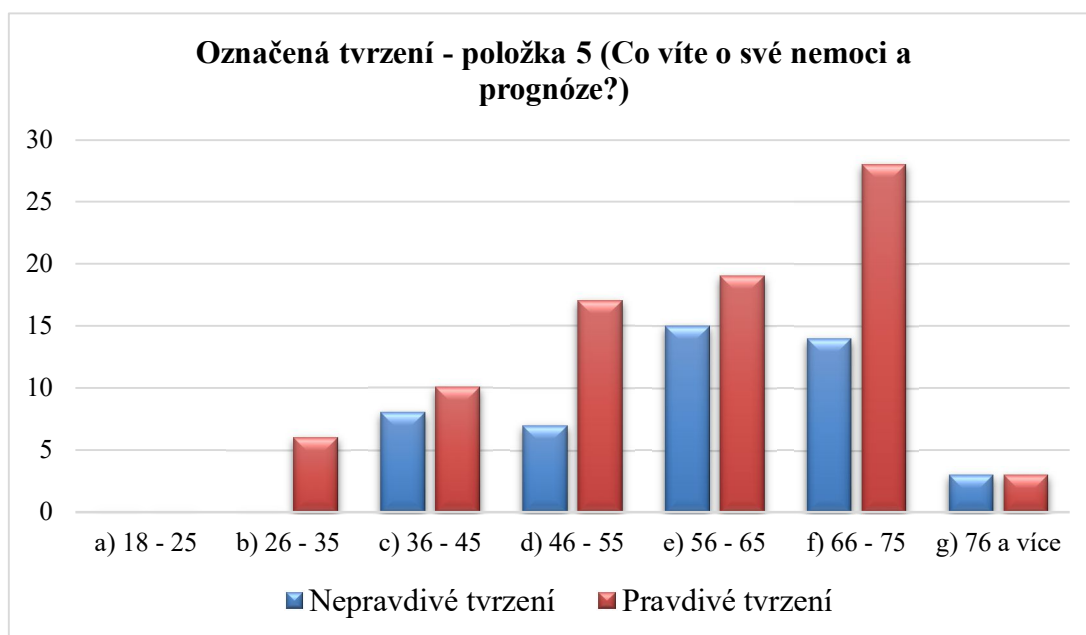
Pro úplné zodpovězení otázky jsme ovšem otestovali i četnosti odpovědí u položky 5.

Tabulka 16 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5

Označená tvrzení - položka 5 (Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé)		
	Nepravdivé tvrzení	Pravdivé tvrzení
a) 18-25	0	0
b) 26-35	0	6
c) 36-45	8	10
d) 46-55	7	17
e) 56-65	15	19
f) 66-75	14	28
g) 76 a více	3	3
Celkem	130	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 16 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Za nepravdivá/nesprávná tvrzení byly považovány možnosti a) *Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit* a možnost c) *Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor*, popř. možnost d) *Nevím, jiné (uved'te)* pokud byla slovně okomentována a komentář byl vzhledem k onemocnění pacienta nepravdivý. Za pravdivé/správné tvrzení byly považovány následně možnosti b) *Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život*. Odpověď e) byla taktéž posuzována podle případného připsaného komentáře.

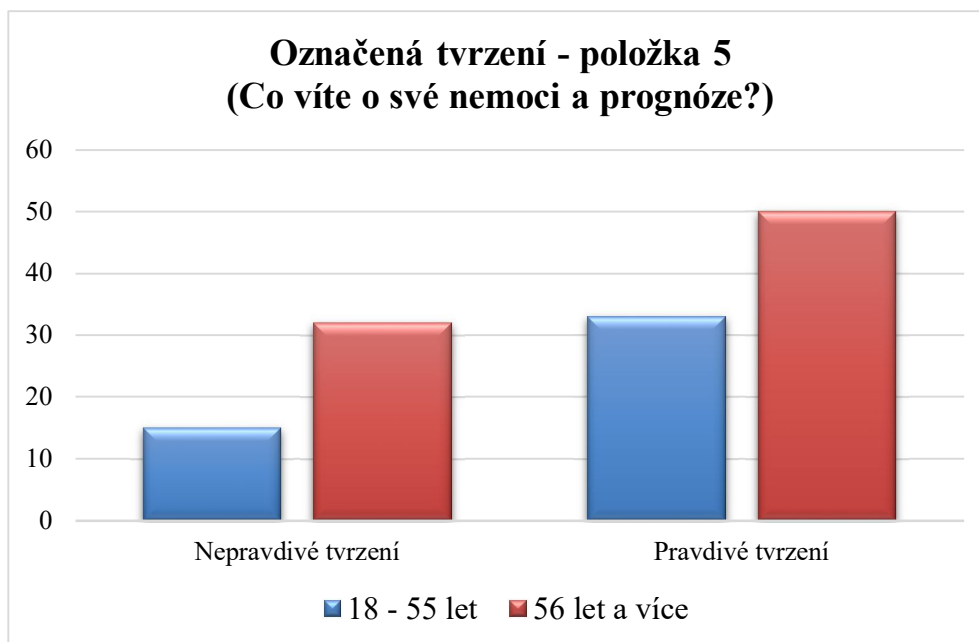
Hodnocená skupina byla pro možnost provedení testu rozdělena následovně.

Tabulka 17 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5

Označená tvrzení - položka 5 (Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé)		
	Nepravdivé tvrzení	Pravdivé tvrzení
18-55 let	15	33
56 let a více	32	50
Celkem	130	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 17 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Hladina významnosti byla stanovena na 5 %. Kritická hodnota byla 3,841. Testové kritérium bylo vypočteno $G = 0,79$. Jelikož je testové kritérium nižší než kritická hodnota – test nezávislosti chí-kvadrát u skupiny pacientů č. 2 nám říká, že zde **nelze prokázat závislost** mezi zkoumanými znaky.

Jelikož oba testy měly různé výsledky – nelze na výzkumný problém s jednoznačností odpovědět.

3.7. **Zodpovězení výzkumných otázek**

Výzkumná otázka 1: Jaké bylo nejčastější místo/prostředí, kde byla pacientům sdělena onkologická diagnóza?

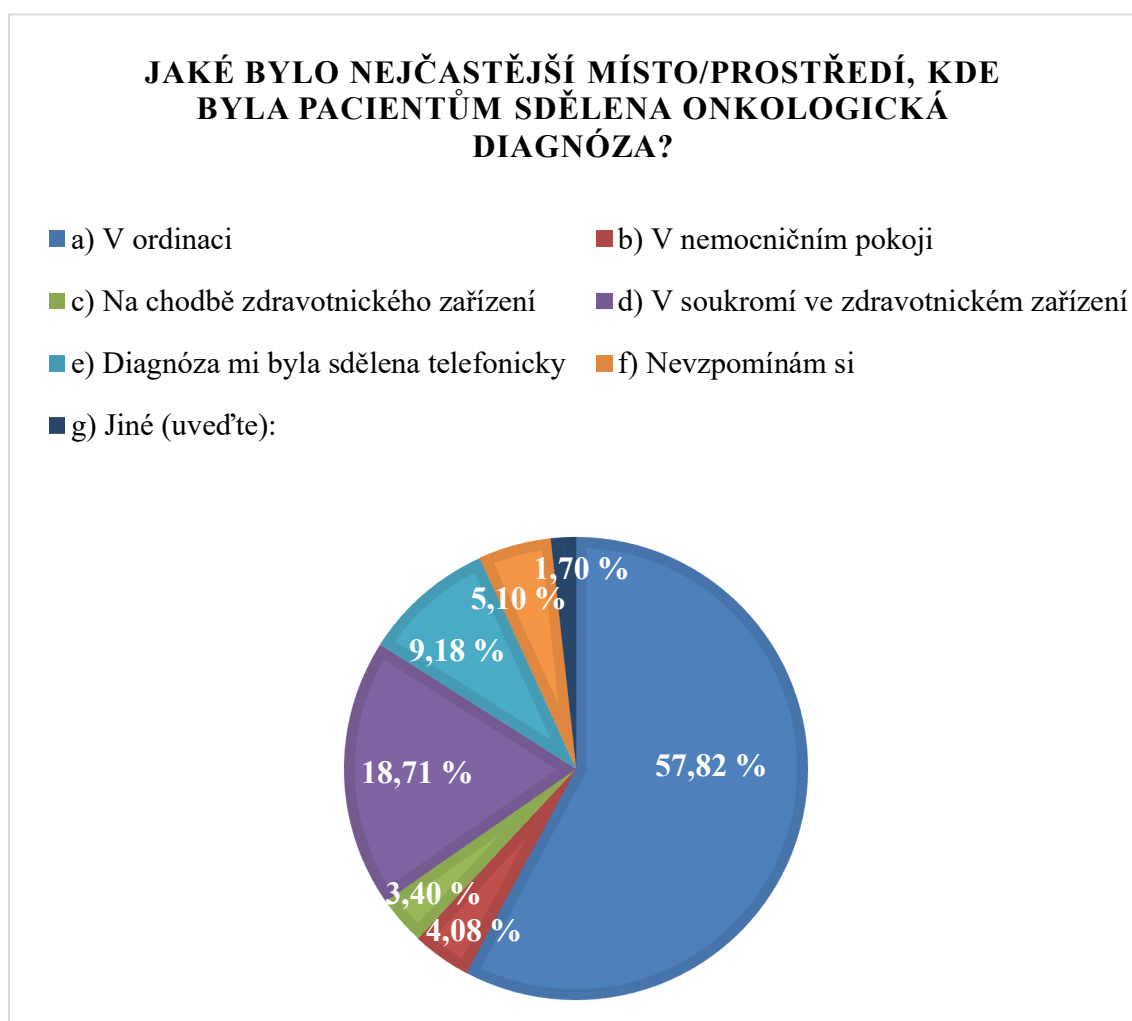
K zodpovězení otázky nám posloužila položka 7. Hodnocena byla v celém vzorku, tedy u všech skupin pacientů.

Tabulka 18 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 7 všech skupin

Položka 7: Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) V ordinaci	170	57,82 %
b) V nemocničním pokoji	12	4,08 %
c) Na chodbě zdravotnického zařízení	10	3,40 %
d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení	55	18,71 %
e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky	27	9,18 %
f) Nevzpomínám si	15	5,10 %
g) Jiné (uved'te):	5	1,70 %
Celkem	294	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 18 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 7 všech skupin



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Výsledky u této položky jsou z pohledu problematiky komunikace s pacientem považovány za kladné. Nejčastějším místem sdělení onkologické diagnózy pacienti udávali ordinaci v 57,82 %.

Výzkumná otázka 2: Kdo byl nejčastěji pro pacienty oporou po sdělení onkologické diagnózy?

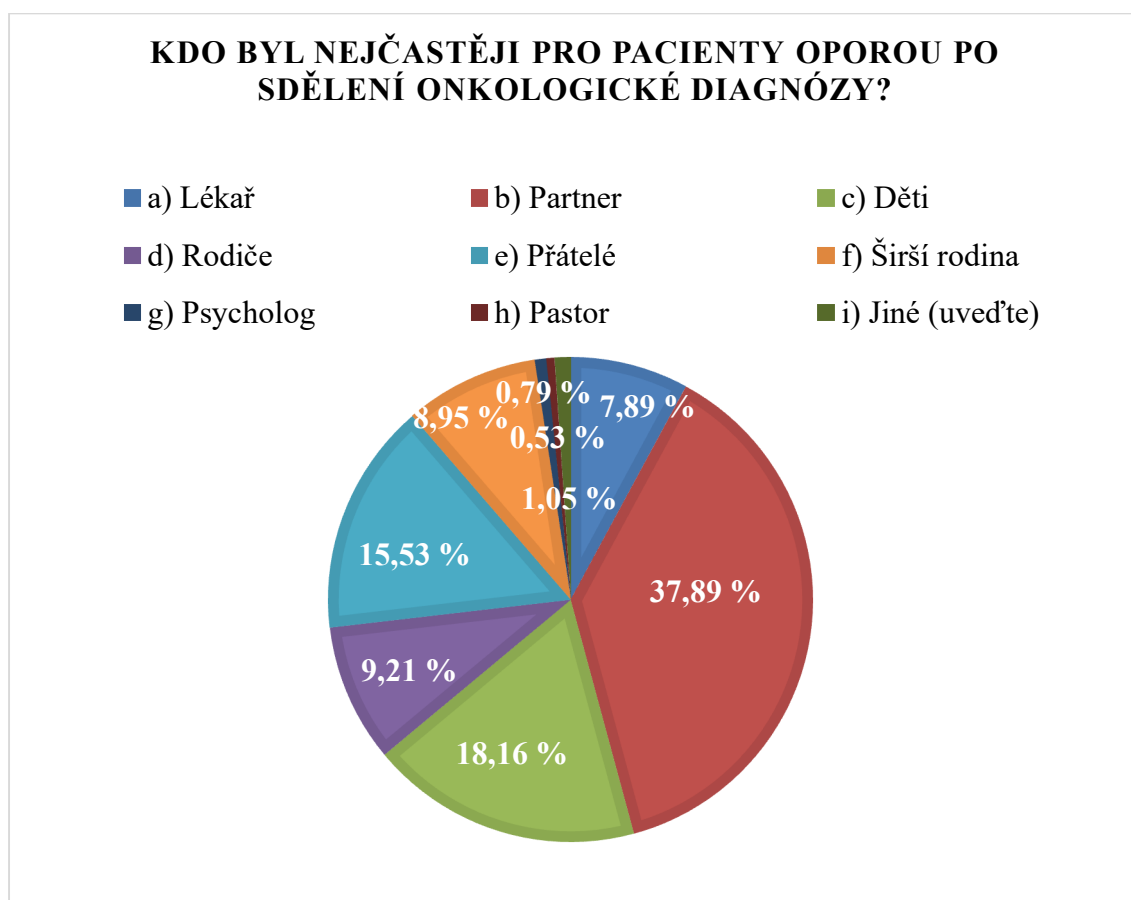
K zodpovězení této stanovené otázky nám posloužila položka 10. Hodnocena byla též v celém vzorku, tedy u všech skupin.

Tabulka 19 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 10 u všech skupin

Položka 10: Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9 za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Lékař	30	7,89 %
b) Partner	144	37,89 %
c) Děti	69	18,16 %
d) Rodiče	35	9,21 %
e) Přátelé	59	15,53 %
f) Širší rodina	34	8,95 %
g) Psycholog	3	0,79 %
h) Pastor	2	0,53 %
i) Jiné (uved'te)	4	1,05 %
Celkem odpovídalo z celého vzorku	201	68,37 %
Celkem odpovědí	380	100 %

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 19 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 10 u všech skupin



Zdroj: výzkumné šetření autorky

V této položce mohli respondenti označit více odpovědí, aby odpověď byla co nejbližší realitě. Pacienti uvedli, že nejčastěji jim byl po sdělení diagnózy oporou partner. 93 pacientů, kteří na tuto otázku neodpovídali, uvedlo v předešlé otázce, že jim po sdělení oporou nikdo nebyl.

3.8. Testování stanovených hypotéz

H0.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, není závislá na pohlaví.

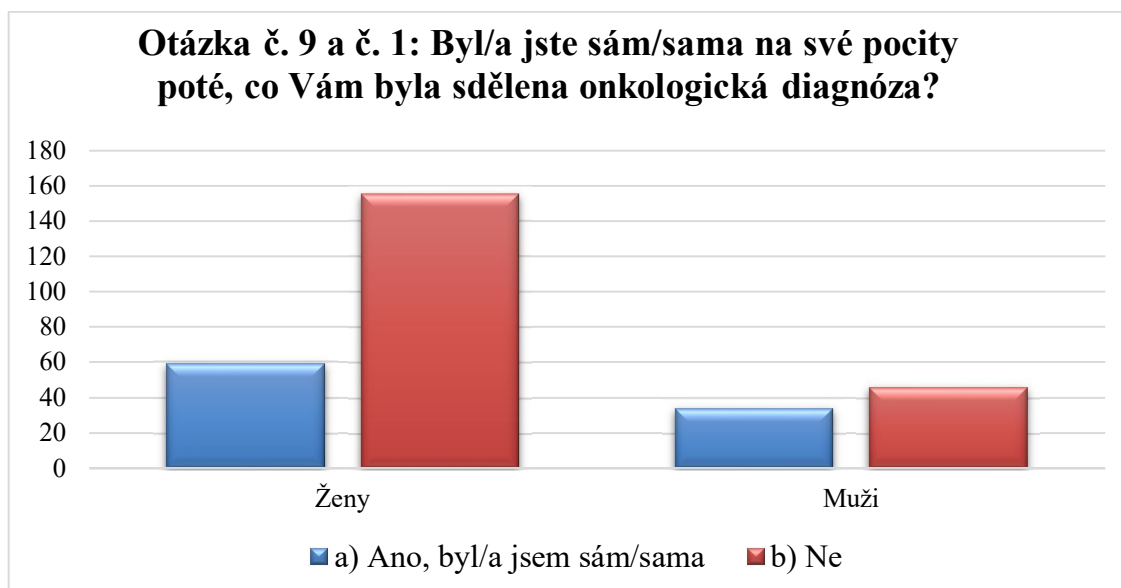
H1.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví.

Tabulka 20 Uvádí skutečnou četnost odpovědí na položky 9 a 1 u všech skupin

Otázka č. 9 a č. 1: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?				
	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	59	34	20,07 %	11,56 %
b) Ne	155	46	52,72 %	15,65 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0	0 %	0 %
Celkem	294		100 %	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Graf 20 Zobrazení absolutní četnosti odpovědí na položku 9 a 1 všech skupin



Zdroj: výzkumné šetření autorky

Tabulka 21 Uvádí očekávanou četnost při použití testu nezávislosti chí-kvadrát

Otázka č. 9 a č. 1: Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?			
	Ženy	Muži	Celkem
a) Ano, byl/a jsem sám/sama	67,69	25,31	93
b) Ne	146,31	54,69	201
Celkem	214	80	294

Zdroj: Kábrt. 2011

Hladina významnosti byla stanovena na 5 %. Kritická hodnota byla 3,841. Testové kritérium bylo vypočteno $G = 5,996$. Jelikož je testové kritérium vyšší než kritická hodnota – test nezávislosti chí-kvadrát prokázal, že **existuje závislost** mezi zkoumanými jevy. Tímto zamítáme hypotézu nulovou a přijímáme hypotézu alternativní tedy, že skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví.

H0.2: Pocit nedostatečné informovanosti není závislý na délce léčby.

H1.2: Pocit nedostatečné informovanosti je závislý na délce léčby.

Tabulka 22 Uvádí skutečnou četnost odpovědí na položky 3 a 13

Pocit dostatečné informovanosti s ohledem na délku léčby				
	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	A	B	A	B
Necelý jeden rok	127	0	43,20 %	0 %
12-24 měsíců	34	4	11,56 %	1,36 %
25 měsíců - 5 let	70	0	23,81 %	0 %
Více než 5 let	59	3	20,07 %	1,02 %
Celkem	294		100 %	

Zdroj: výzkumné šetření autorky

Hypotézu nelze ověřit pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát, protože skutečné četnosti neodpovídají vhodným parametrům pro použití tohoto testu, tj. ani jedna z hodnot nesmí být menší než jedna.

4. DISKUSE

Poskytování špatných/nepříznivých zpráv pacientovi je v současné době jedním z nejvíce studovaných komunikačních problémů v onkologii. Téma je intenzivně diskutované, protože jsou autoři, kteří tvrdí, že lékaři nejsou v oblasti komunikace s pacientem dostatečně vybaveni. (Linhartová, 2007) Taktéž je nespočet výzkumů, které se problematikou kvalitní a správné komunikace zabývají jako nedílnou součástí současné bezpečné a *lege-artis* poskytované zdravotní péče. Například Butow a kol. (2003) popisuje, že pacienti, kteří uvedli negativní zkušenost se způsobem, jakým jim byla špatná/nepříznivá zpráva sdělena, měli pak mnohem více negativních zkušeností i v průběhu léčby a celkově byli méně spokojeni s chováním zdravotnického personálu. (Butow a kol., 2003) Do tématu zasahuje i etická a právní problematika například v provádění vizit lékařů, kdy je pacientův stav diskutován na pokoji i před ostatními pacienty.

Stěžejní v této práci však bylo více zmapovat subjektivní vnímání pacientova stavu (jak pacient vnímá svou nemoc aj.) a v některých aspektech porovnatelnost se skutečností (prognóza, typ léčby). Výzkumné šetření bylo v tomto ohledu ojedinělé. Následující diskuse výsledků našeho výzkumného šetření bude nejen porovnávat šetření, výzkumy a studie jiných autorů, ale též bude diskutováno o problematice jako takové. Porovnávání bude vždy spjato s vybranými položkami v dotazníku, které s výzkumy jiných autorů v daném případě souvisejí.

Ojedinělost tohoto šetření spočívala v tom, že u položky 4 a 5, kdy byli pacienti dotazováni na povědomí o své nemoci, prognóze a typu léčby, se daly odpovědi následně objektivně a podle skutečnosti zhodnotit. V daném případě šlo o to, aby bylo ověřeno, jestli mají pacienti správné povědomí o povaze svého onemocnění. Tento fakt však nemusí být vždy ovlivněn jen komunikací s lékařem, nebo lépe řečeno, lékařem jako takovým, ale tento faktor zároveň nevylučujeme. Pohlaví, věk, etnicita a další individuální specifika pacienta mohou být faktory ovlivňující to, co si pacient přeje o svém onemocnění vědět, kolik si toho po rozhovoru s lékařem zapamatuje a do jaké míry si závažnost onemocnění dokáže připustit. Lobb a kol. (2000) provedl výzkum se stovkou žen, které onemocněly rakovinou prsu. Zhodnocuje, že potřeba informovanosti u takovýchto pacientek je velká, ale míra se liší. 84 pacientek uvedlo, že si přejí dostat co nejvíce informací, 16 žen by naproti tomu informovanost preferovalo v omezeném

množství. Lobb a kol. (2000) také uvedli, že 90 ze 100 žen si přejí, aby jim lékař při rozhovoru zdůraznil spíše ty dobré a příznivé aspekty prognózy.

Jak bylo řečeno v teoretické části této práce, je v České republice právně ošetřeno právo být informován i neinformován. Lékař má jedinou možnost, jak přání pacienta respektovat, a to je položit otázku a zjistit, jaké informace si pacient přeje znát. Buttow a kol. (1996) provedl výzkum u pacientek s rakovinou prsu nebo melanomem. 57 % z nich se chtělo lékaře před návštěvou ordinace zeptat na prognózu, ale jen 27 % tak skutečně učinilo. Rovněž, 63 % pacientek chtělo více informací o vlivu maligního onemocnění na jejich dosavadní život, ale jen 35 % z nich se zeptalo. (Butow a kol., 1996) Ptáček (2002) ve své diplomové práci mapoval praxi sdělování onkologické diagnózy na vybraných onkologických pracovištích. Ze 62 sledovaných případů sdělování závažné diagnózy byla lékařem pouze v 53 % případů položena otázka na to, co pacient do té doby o svém onemocnění ví. (Ptáček, 2002) Podle Maquire (1997, cit. dle Baštecká, 2015) si je přibližně 80 % pacientů vědomo podstaty svého maligního onemocnění, i když s nimi nebylo na dané téma hovořeno.

Blackholle a kol. (1995) se svým výzkumem dotkli faktoru etnicity. Ve výzkumu, který provedli v Los Angeles, do kterého se zapojilo 800 seniorů, 87 % bělošských Američanů věřilo, že by jim měla být sdělena diagnóza metastazujícího karcinomu, pokud by byla přítomna, zatímco stejný názor zastávalo pouze 35 % Američanů korejských.

Lidským faktorem, hlavně rolí lékaře v komunikaci závažných zpráv s pacientem, se zabývá nespočet studií. V níže uvedených výzkumech se budeme věnovat především tématu sdělování prognózy. Studie se problematikou zabývající totiž ukazují, že přesnost podaných informací je mnohdy proměnná a že podstatná část onkologů se zdráhá sdělit pacientovi jakoukoli prognózu. Lee a kol. (2001) v kohortové studii, které se účastnilo 313 pacientů podstupující transplantaci krvetvorných buněk pro maligní onemocnění krve, měli lékaři tendenci přežítí pacientů přeceňovat, a to zejména u těch se špatnou prognózou. Ve studii Lamonta a Christakise (2001) lékaři uvedli, že ve 22 % případů neposkytují žádnou prognózu ohledně doby přežití. U 37 % poskytli svůj upřímný odhad dohledatelný dle stádia onemocnění v klinických studiích a ve 40 % případů poskytli odhad jiný, obvykle optimistický. Důvodem tohoto jednání může být samotná obtížnost komunikace na toto téma. Lékař v něm jen obtížně může poskytnout předpověď délky pacientova života. Lékař také může svým optimistickým přístupem podporovat pacientovu naději. Zde ale narážíme na mnohdy naději falešnou, která může

být v závěru velice poškozující pro pacienta i jeho rodinu. Závěry korespondují se studií Theové (2007), který probíhal mezi lety 1993-1997 u 30 pacientů s maligním onemocněním plic s infaustní prognózou. V závěru svého pozorování popisuje takzvanou mlčenlivou dohodu mezi lékařem a pacientem, kdy lékař informace chce i nechce sdělit a pacient je zároveň chce i nechce slyšet. Podle Meredith a kol. (1996) si ale 96 % onkologických pacientů přeje vědět, zda se jedná o maligní nádorové onemocnění.

V námi provedeném výzkumném šetření jsme v položce 4 hodnotili, co pacienti vědí o své nemoci a prognóze. Pokud se jednalo o pacienty, kteří byli vyléčitelní, tzn. s dobrou prognózou, měli ve 100 % správné povědomí o své nemoci. Pokud však byli pacienti léčeni již jen paliativně nebo u nich nebyl znám výsledek léčby, tedy byli buď nevyléčitelní, nebo velice těžce léčitelní s nejistým výsledkem, povědomí pacientů o nemoci bylo mnohdy v rozporu se skutečností. Správně/pravdivě v případě paliativně léčených pacientů odpověděla polovina z nich (50,70 %). Druhá polovina se dle dotazníku domnívala, že má onemocnění velice dobře léčitelné, či dokonce, že po proběhlé operaci jsou již vyléčení. Jisté procento respondentů zastupovali i tací, kteří označili odpověď *Nevím, jiné*. U vyléčitelných pacientů kupříkladu tuto možnost neoznačil žádný respondent. U pacientů s nejistou prognózou se objevuje ještě výraznější kontrast se skutečností. Pacienti zde v 50 % udávají, že je jejich onemocnění dobře léčitelné. U položky 5 je trend v pravdivosti označených tvrzení vzhledem ke zkoumané skupině podobný. Setkáváme se zde tedy též s tím, že pacienti s horší prognózou jsou hůře informovaní nebo nemají správné povědomí o své nemoci. Na bázi dotazníku však nelze zcela objasnit, jaký z faktorů je tohoto fenoménu důsledkem. V praktické části u daných položek byla hodnocena vždy správná/pravdivá odpověď. Toto slovní spojení bylo nevyhnutelné použít. Nelze totiž soudit, zda pacient, který má nevyléčitelné onemocnění již nesmí doufat ve zlepšení (neznamená to však v úplné vyléčení). Nekurativní léčba může trvat i několik let.

Položka 6 nám měla zmapovat postup lékaře při poskytování možnosti pacientovi podílet se na volbě nabízené/možné medicínské léčby. Výzkum provedený u pacientů s maligním hematologickým onemocněním (Lee a kol., 2002), kteří byli indikováni k transplantaci krvetvorných buněk, uvedli ve 44 %, že volbu léčby by chtěli provést společně se svým ošetřujícím lékařem. Signifikantní minorita, tedy 14 % pacientů uvedla, že by rozhodnutí chtěli provést sami s částečným podílem lékaře. 9 % pacientů chtělo rozhodovat zcela autonomně. 17 % pacientů chtělo, aby naopak rozhodl o léčbě

lékař s částečným podílem jich samých a nakonec 18 % respondentů uvedlo, že by rozhodnutí nechalo pouze a přímo na ošetřujícím lékaři. Výstupem této studie je skutečnost, že pacienti chtějí většinou, ale v rozdílných mírách, do volby a postupu léčby zasahovat. Studie u onkologických pacientů v USA ukázala, že pacienti jsou pro změnu díky informacím z internetu více plní naděje, ale zároveň se cítí zmatení, nervózní a dobře informovaní současně. (Helft a kol., 2003) U onkologických pacientů jsou internetové zdroje velice problematické. Je několik organizací, které se zabývají zvýšením informovanosti pacientů a veřejnosti na odborné srozumitelné úrovni. Téma zhoubného onemocnění je však velice často medializováno novináři v neodborných periodikách, které mohou zveřejňovat zpovědi či zkušenosti pacientů, které mají pro nově diagnostikované nemocné mnohdy až odstrašující charakter. Této problematice jsme se věnovali i v teoretické části.

V našem výzkumném šetření byli pacienti dotazováni, zda jim dal lékař možnost podílet se na volbě léčby položkou 6. Téměř 58 % pacientů uvedlo, že tuto možnost dostali, ale přesto nechali rozhodnutí na lékaři. Necelá čtvrtina pacientů uvedla, že tuto možnost vůbec nedostali, ale zároveň by ani o podílení se na rozhodnutí neměli zájem z důvodu nízké informovanosti a/nebo erudovanosti. 10 % pacientů poté uvedlo, že dostali prostor pro to, vyjádřit svá přání, a ta byla lékařem respektována. 4 pacienti uvedli, že i při vyslovení přání nebylo jejich přání respektováno. Zde je ale vhodné též zdůraznit, že pacienti právě díky internetu a celkově lepšímu přístupu k informacím mnohdy chtějí po lékaři, aby jim podal léčbu (např. biologickou nebo imunologickou), o které se dočetli, že je velice drahá, zároveň účinná a prodlužující život. Onkologové však rozhodují o léčbě vždy po klinickém semináři, kde je případ každého jednotlivého pacienta přednesen před několika lékaři a ti společně na základě nejlepší klinické praxe rozhodnou dle výsledků vyšetření, pokročilosti nálezu a celkového stavu pacienta o té nejlepší vhodné léčbě. Pacienti si velice často nemusí být vědomi skutečnosti, že jimi požadovaná léčba není vůbec vhodná pro jejich typ nádoru nebo že požadovaná léčba má schválenou úhradu zdravotní pojišťovnou pouze v určitém cyklu chemoterapie. Trpělivost a dobré komunikační schopnosti lékaře jsou pak dobrým nástrojem pro prevenci nespokojenosti pacienta z toho důvodu, že mu nebylo vyhověno.

Jak již bylo uvedeno v praktické části, vhodné prostředí, ve kterém s pacientem lékař komunikuje, je jeden z faktorů, který může přispět k zvládnutí náročné komunikace závažných zpráv. Figg a kol. (2010) upozorňuje ve svém výzkumu i na to, že se jedna čtvrtina z dotázaných nemocných dozvěděla o své diagnóze jinde než

osobně od svého ošetřujícího lékaře. Následně poté kolektiv výzkumníků našel prokazatelnou korelační spojitost mezi těmito pacienty a následnou nespokojeností s počáteční fází diagnostiky a léčby. V rámci první výzkumné otázky této práce jsme se zajímali o místo/prostředí, kde byla pacientům onkologická diagnóza nejčastěji sdělena. Necelých 58 % pacientů uvedlo, že se tak stalo v ordinaci. Výsledek považujeme za kladný, protože více než u tří čtvrtin pacientů (76,5 %) byla diagnóza vyřčena v ordinaci nebo v soukromí zdravotnického zařízení. 4 % pacientů poté uvedlo, že diagnózu vyslechli v nemocničním pokoji. Na bázi tohoto dotazníku však nelze usuzovat, zda správně – tedy bez přítomnosti jiných pacientů i jiných lékařů (např. při vizitě). 27 pacientů dokonce uvedlo, že jim diagnóza byla sdělena telefonicky. Někdy je tato situace nevyhnutelná, zvláště z rizika prodlení, ale rozhodně se nejedná o vhodný způsob sdělování onkologické diagnózy.

Podle Kawaga-Singera a Blackhalla (2001) pacienti popisují po sdělení nepříznivé zprávy pocity, jako jsou šok, strach, smutek, ale dokonce i přijetí diagnózy. Berterö, Vanhanen a Appelin (2008) zkoumali též myšlenky pacientů s karcinomem plic. V jejich výsledcích dominuje u nemocných pocit nejistoty. Respondenti uvedli možný faktor, a tím je obecně čekání – na provedení potřebných vyšetření, na sdělení konečné diagnózy, na poskytnutí léčby. Ke stejným závěrům došli i Loscalza s Brintzenhofsocem (1998) a Bottomley a Jones (1997). Pacienti podle nich vnímají jako silně zatěžující a stresující celé období, kdy dochází k zpřesňování diagnózy, a jako příčina jsou popisovány právě pocity nejistoty. Podle Rossina a kol. (2006) byli pacienti, kteří uvedli, že při komunikaci s lékařem přestali vnímat a tím pádem si následně nepamatovali důležité skutečnosti. Také popisují, že by pacienti uvítali, kdyby jim lékař aktivně nabídl možnost mít u sdělení špatné zprávy někoho z blízkých. Berterö, Vanhanen a Appelin (2008) provedli výzkumné šetření u pacientů s rakovinou plic. Respondenti uvedli, že při sdělování diagnózy je nejpodstatnější cítit podporu, mluvit o pocitech a o nastalé situaci. Tuto podporu podle šetření dostávají nejčastěji od svých nejbližších příbuzných. Lékaře a sestřičky nemocní také vnímají jako důležitý faktor podpory. Ačkoli nemocní uváděli, že je pro ně podpora od blízkých důležitá, stejně tak se báli i jejich reakce na takto závažnou zprávu. V některých z případů doprovod pacienta reagoval mnohem emotivněji a s větší intenzitou než sám pacient. Důležitost přítomnosti někoho blízkého potvrdil i výzkum Lobba a kol. (2000). 72 z jednoho sta pacientek s diagnostikovanou rakovinou prsu by bylo rádo, kdyby se jejich lékař ujistil, zda mají s sebou doprovod. A vzhledem k mnohdy nepředvídatelným

reakcím pacienta po sdělení diagnózy je též vhodné, aby si lékař ověřil, jaké jsou jeho další kroky až ordinaci opustí.

Položky 8, 9 a 10 se věnovali právě přítomnosti blízkých u sdělení diagnózy, zda byl někdo nemocnému na blízku po sdělení, a poté, kdo byl nejčastěji pro pacienta oporou, což byla i druhá výzkumná otázka. Polovina dotázaných měla u sdělení diagnózy někoho z blízkých, což bylo zároveň jejich přání. 28,6 % pacientů blízkého u sdělení neměla, ale též to bylo jejich přání. Oproti tomu 36 dotazovaných (12,3 %) nemělo blízkého u sdělení, ale přitom by to tak chtěli. Nikdo z respondentů neoznačil tvrzení, že by u sdělení někdo z blízkých byl, ale proti jeho vůli. Tento fakt považujeme za pozitivní.

V další části dotazníku jsme se zajímali o to, zda lékař dává respondentům prostor k vyjádření svých obav souvisejících s léčbou nemocí. Maguire P. (1999) došel ke stejným závěrům jako Theová (2007), a to že lékaři mají obecně tendenci se při rozhovoru zaměřovat na témata týkající se výlučně léčby a boje s maligním onemocněním po medicínské stránce. Maguire (1999) při výzkumu u onkologických pacientů zjistili, že pacienti, kteří právě dokončili svůj rozhovor s lékařem, mají četné obavy, ale lékaři se s nimi nesvěřili. Tento fakt poté koreloval s horším přizpůsobením se na nemoc. Tyto výsledky ukazují, že lékař by měl aktivně obavy při rozhovoru vyhledávat. I Lobb a kol. (2000) došli ve výzkumném šetření preferencí pacientek s rakovinou prsu k závěru, že si 97 % pacientek přeje, aby se lékař zabýval jejich obavami a starostmi, které v tu chvíli mají/prožívají. Eggly a kol. (1997) popisuje nedostatky lékařů ve sdělování nepříznivé zprávy v modelových situacích. Identifikovali absenci zájmu sdělujících lékařů o pacientův pohled na nastalou situaci.

V našem výzkumném šetření 100 % pacientů s kurativní nebo zajišťující léčbou uvedlo, že jim lékař při návštěvě ordinace dává dostatek prostoru k pokládání dotazů. Pouze někteří pacienti nevléčitelní nebo léčení s nejistým výsledkem uvedli (7 respondentů), že jim lékař dostatek prostoru nedává. Celkem šlo o 2,4 % z celého zkoumaného vzorku. Za pozitivní považujeme, že téměř 82 % dotazovaných uvedlo, že jim lékař dává prostor k vyjádření svých obav a též že o jejich vyslechnutí projevil sám zájem. 3 % poté sdělují, že byli vyslechnuti, ale podpora od lékaře nepřišla. Stejný podíl zastupují ti, kteří označili, že je lékař nevyslechnul, a přitom to potřebují. 21 pacientů poté žádné obavy, o kterých by chtěli s lékařem mluvit, nemá.

Další položka v dotazníku byla zařazena pro lepší mapování subjektivních pocitů pacienta, co se týče informovanosti (o nemoci, léčbě, prognóze, nežádoucích účincích

léčby apod.). Navzdory výsledkům položek 4 a 5 zde pacienti v necelých 98 % uvedli, že se cítí být dostatečně informovaní a že jim byly vždy poskytnuty potřebné informace. Pacienti, kteří uvedli opak, byli ve skupině pacientů se zajišťující léčbou a paliativně léčení. Jako pozitivní považujeme skutečnost, že informovanost je dostatečná z pohledu pacientů. Podle Parkera a kol. (2001) totiž dostatečné vysvětlení podstaty a dalších aspektů léčby zvyšuje u pacienta naději v její zdárnost a úspěšnost. Pokud léčba není dostatečně vysvětlena, může to u pacienta vyvolat pocity úzkosti a vést ke snížení ochoty spolupráce.

Výše je nastíněno, že sdělení onkologické diagnózy je pro pacienta náročnou životní situací. Dotčena může být pacientova stránka sociální, ale v první řadě psychická. Pacienta může zpráva zasáhnout natolik, že je nutná pomoc odborníka. To, že ošetřující lékař/onkolog pacientovi nabídne pomoc psychologa/psychiatra, je známkou toho, že si je vědom svých psychoterapeutických hranic a dovedností, odbornosti a praxe. Buttow a kol. (1993) prováděli výzkumné šetření s pacienty s rakovinou prsu a melanomem. Z celkového počtu 144 zúčastněných obdrželo 46 % z nich informace o podpůrných službách, ale jen u 25 % z nich byl zdrojem lékař. Zároveň kolektiv autorů uvádí, že informace byly poskytnuty všeobecnými sestrami nebo sociálními pracovníci, což nepovažují za chybné. Lobb a kol. (2000) představili výsledky svého výzkumného šetření s ženami s rakovinou prsu, kdy 80 % účastnic uvedlo, že by měly zájem o to, aby jim lékař poskytl informace nebo aby od lékaře obdržely kontakt na instituci či osobu, která by jim nebo jejich rodinám byla zdrojem emocionální podpory. Stálá přítomnost klinického psychologa na pracovištích onkologie je totiž v České republice stále spíše raritou.

Naše výzkumné šetření ukázalo následující: téměř 60 % dotazovaných uvedlo, že jim nebyla nabídnuta pomoc klinického psychologa, ale že si ani nemyslí, že ho potřebují. Totéž si myslí 63 z 294 pacientů, ale jim pomoc odborníka nabídnuta byla. Nabízené pomoci poté se souhlasem využilo 7,5 % pacientů a 6,5 % nemocným pomoc nabídnuta nebyla, ačkoli uvádějí, že by pomoci využili.

Relativně nízké procento pacientů, kteří vyžadují pomoc psychologa v takto náročné životní situaci může být podle Kalvodové (2008) ovlivněn přežitkem ve vnímání psychologa ve stejné rovině jako psychiatra. Pacienti mohou pociťovat stud. Kubátová (2002) dodává, že psychologická intervence není vždy u každého pacienta aplikovatelná a ne všichni indikovaní pacienti tento druh pomoci umějí přijmout. Pomoc klinického psychologa lze shrnout jako možný benefit jak pro pacienta, tak pro

lékaře. Tomu může pomoci zvládat komunikační a vztahové problémy s pacientem a jeho rodinou. Pro pacienta pak může být podporou, která může zamezit zahlcení informacemi hlavně v iniciálních fázích léčby, panice, vyčerpání či neadaptivním projevům chování. Spurná (2007)

V závěru dotazníku byli pacienti dotazováni, zda lékaři používají v ordinaci často odborné výrazy, kterým následně nemocní nerozumí. Považujeme srozumitelné vyjadřování bez užívání odborných medicínských termínů a eufemismů, stejně jako Davidson a Milles (2005), za jeden ze základních požadavků na dobrou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Problematikou používání odborných výrazů lékaři se zabývali i Wernich a kol. (2001). Pacienti v terminálních stádiu onkologického onemocnění pociťovali frustraci, protože se domnívali, že lékař odbornými termíny maskuje nepříznivou situaci. Používání odborných výrazů poté autoři shrnují tak, že může jít i o neschopnost vcítit se do pocitů pacienta, neochotu přizpůsobit se úrovni pacientova chápání a možnostem jejich porozumění. Baštecká (2003) dává tuto problematiku do souvislosti s dominancí lékaře, která tím může být tímto stylem komunikace vyjadřována. Používání eufemismů, tedy jakýchsi změkčujících formulací, může být podle Vybírala (2005) snahou o to, co nejvíce se vyhnout přímému pojmenování skutečnosti, maskování nepříznivé reality nebo také nešťastným výběrem komunikační strategie, kdy chce lékař uchránit pacienta a snaží se jednat ohleduplně.

Naše výsledky hodnotíme po stránce kvality komunikace kladně. Bez mála 60 % dotazovaných uvedla, že lékař v ordinaci odborné výrazy používá, ale že následně vysvětlí jejich význam. 34 % pacientů poté uvedlo, že lékař odborné výrazy, kterým by nerozuměli, nepoužívá. 3 %, tedy 9 nemocných, slychává z úst lékaře odborné výrazy a lékař jim nevysvětlí, co znamenají. Stejný počet pacientů označilo odpověď *Nevím*.

Předposlední položka byla do dotazníku zařazena na žádost pracoviště, kde šetření probíhalo. Pacienti byli dotazováni na průměrnou dobu, kterou stráví v čekárně. Nebyla dohledána žádná studie, která by dávala do souvislosti délku čekání s mírou informovanosti pacienta, což bylo hlavním tématem práce. Proto výsledky této otázky nebudeme diskutovat.

Položka poslední byla jako jediná položkou otevřenou. Pacienti zde mohli volně vyjádřit, co mohlo být z jejich pohledu při sdělování diagnózy provedeno jinak. Závěrečné zpracování výsledků bylo až překvapující. Pacienti totiž popsali téměř všechny zde diskutované problémy. Nevhodné prostředí, vlastní pocity nejistoty i chyby v komunikaci s lékaři. Práce potvrzuje, že tématu a zdokonalování se v této věci je

potřeba se stále a intenzivněji věnovat. I výzkum Wenricha a kol. (2001) zaměřený na onkologické pacienty s pokročilým stádiem rakoviny i na členy jejich rodiny ukázal, že si lidé přejí, aby byli lékaři při sdělování čestní, přímí, ale také citliví.

Přestože je navrženo několik protokolů popisujících jednotlivé kroky v komunikaci závažných zpráv, žádná studie dosud neposoudila důležitost kroků jednotlivě nebo neporovnaly použití různých protokolů. (Back, 2006) Zde se nám naskytuje pole pro další výzkumné šetření v budoucnu.

Doporučení pro praxi

Při provedení celkové analýzy problematiky v této práci shledáváme za nutné usměrnit vzdělávání lékařů v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání. Výuka pomocí praktického nácviku komunikace s tzv. standardizovanými pacienty je v zahraničí ověřená metoda, která připraví budoucí lékaře na složité a emotivně napjaté situace.

Z výsledků světových výzkumů vyplývá (viz *Diskuse*), že mnoho lékařů používá odborné výrazy, eufemismy, záměrně se vyhýbají tématu sdělení prognózy, je snížený zájem o vyslechnutí si obav nemocného a mnohdy před komunikací pociťují i strach, že si s emocemi pacienta nebudou moci v dané situaci poradit.

V České republice probíhá nácvik komunikace s modelovými pacienty povinně nyní jen na 3. LF UK (zde se studenty Univerzity třetího věku), na ostatních lékařských fakultách je nácvik někdy zahrnut do volitelných předmětů. Modelové pacienty u těchto předmětů však zastupují neproškolení studenti.

Jsme si vědomi toho, že projekt, ve kterém by bylo nutné vyškolit studenty/herce, aby byli věrohodnými modelovými pacienty, že zajistit prostory, které by byly monitorovány pro následné poskytnutí kvalitní zpětné vazby, je finančně náročné. Proto při zpracování této práce vznikl projekt, který se pokusíme navrhnout jako možnou cestu k řešení s co nejmenším vynaložením finančních prostředků.

Výuka by probíhala za spolupráce studentů herectví a studentů všeobecného lékařství. Budoucí herci by měli za úkol nastudovat svou roli pacienta, tím by se zdokonalovali ve svém umění a studenti lékařské fakulty by po proškolení ohledně správné komunikace mohli prohlubovat a zdokonalovat své komunikační dovednosti.

Reálný nemocný by poté nebyl vystavován tomu, že je pro budoucího lékaře prvním komunikačním „pokusem“ a pro obě fakulty by byl přínos v prohlubování

dovedností u obou oborů. Tím by se výrazně snížila potřeba finančního zatížení, které by za běžné situace plynulo z nákladného najímání si herců specialistů, jako je tomu v zahraničí.

Postgraduální výuku též shledáváme za podstatnou a nutnou. Mladší lékaři se učí od svých starších kolegů na oddělení, a to vždy nemusí být kladně produktivní. Osvětou a zdůrazněním toho, že správná komunikace patří mezi základní a mnohdy opomíjenou součást holistického přístupu k pacientovi, by mohlo zaměstnavatele i samotné lékaře motivovat k další výuce, například pomocí odborných kurzů.

5. ZÁVĚR

Tato práce se věnovala problematice komunikace závažných zpráv, konkrétně sdělování onkologické diagnózy. Problematika byla pojata jako náročný moment pro pacienta i pro sdělujícího lékaře.

Teoretická část byla věnována několika tématům, která korespondovala se stanovenými cíli diplomové práce. Práce obsahuje kapitoly, které popisují zvládání nemoci pacientem, fáze, kterými si pacient může procházet. Téma doplňujeme o shrnutí problematiky komunikace s pacientem ve sdělování špatných zpráv a zároveň uvádíme v praxi používanou strategii pro dobré vedení takto náročného rozhovoru. Popisujeme pojem a funkci paliativního týmu v nemocnicích. V práci není opomenuto ani téma vzdělávání lékařů v oblasti komunikace i právní normy upravující některé náležitosti a postupy pro sdělování diagnózy a prognózy.

Výzkumné šetření, které je vyhodnoceno v empirické části práce, ukazuje ovlivnitelné nedostatky v komunikaci, které byly pozorovány i v jiných světových výzkumech (viz kap. *Diskuse*). Cílem výzkumného šetření bylo *zjistit míru informovanosti a vybrané aspekty problematiky sdělování onkologické diagnózy*. Cíl byl splněn.

Při volbě otázek v dotazníku jsme se soustředili na to, co pacienti o své nemoci, prognóze a léčbě vědí. Jejich domněnky jsme pak mohli porovnat se skutečností. Dotazníky byly totiž rozdávány čtyřem různým skupinám pacientů – pacienti léčeni kurativně, paliativně, iniciálně a pacienti se zajišťující terapií. Dotazník byl danému pacientovi poskytnut až po zhodnocení jeho dokumentace, aby mohl být řádně označen skupinou, do které se svou nemocí spadá.

Výsledkem bylo, že pacienti, kteří měli prognózu příznivou, byli informováni ve sta procentech správně, ale pacienti, kteří měli prognózu nepříznivou nebo nejistou, měli často mylné mínění o své nemoci a její vyléčitelnosti. V tomto případě hovoříme o přílišném optimismu u obou skupin i nečekaném pesimismu u iniciálně léčených pacientů.

Dále jsme se věnovali otázkám, jejichž zodpovězení nám podává zpětnou vazbu o tom, zda probíhala péče o pacienty dle nejlepší klinické praxe, standardů, v souladu s etickým a empatickým přístupem i dle zákona. Např. kde/v jakém prostředí byla pacientům nejčastěji onkologická diagnóza sdělena, zda byl u sdělení s pacientem někdo z blízkých a zda to bylo jeho přání, zda byla pacientům nabídnuta psychologická

pomoc, jestli lékař dává pacientovi prostor k vyjádření svých obav, ale i k pokládání dotazů. Pacienti byli též doptáváni na subjektivní otázky, např. zda se cítí být dostatečně informovaní svým lékařem a popř. co by na procesu sdělování změnili – co podle nich nebylo správné.

Po prezentaci výsledků jsme analyzovali výzkumný problém: *Ovlivňuje věk nevyléčitelně nemocného pacienta míru jeho informovanosti o infaustní prognóze?* Při provádění testu nezávislosti byla u jedné z otázek závislost na věku prokázána, u druhé však nikoli. Jelikož u zodpovězení nelze upřednostnit pouze jeden z výsledků, nebylo možné na výzkumný problém jednoznačně odpovědět.

Dále jsme zodpovídali výzkumné otázky, kdy bylo zjištěno, že nejčastějším místem sdělení diagnózy byla ordinace a že nejčastěji byl pacientům po sdělení diagnózy oporou partner.

V závěru byly testovány stanovené hypotézy. U první hypotézy byla prokázána závislost. Výsledek nám tedy vypovídá, že skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví. Druhou hypotézu nebylo možné otestovat pro nesplnění parametrů pro provedení testu nezávislosti chí-kvadrát. Skutečné četnosti byly menší než 1.

Díky poznatkům, které byly získány při zpracování teoretické části a faktům vyplývajících z výzkumných šetření i jiných autorů, bylo vypracováno stručné doporučení pro praxi.

Cíle práce byly splněny.

SOUHRN

Tato diplomová práce pojednává o rozsáhlé problematice sdělování nepříznivých zpráv, zejména pak diagnózy, onkologickým pacientům. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se zabýváme subjektivním zvládnutím nemoci pacientem. Dále pak tématům věnujícím se komunikaci, přesněji sdělování závažných a nepříznivých zpráv, doporučeným postupům a strategii komunikace s vysvětlením funkce paliativního týmu v tomto procesu. Důraz je též kladen na nedostatečnou výuku, konkrétně praktického nácviku komunikace u lékařů v pregraduálním vzdělávání. V práci jsou vymezeny právní normy pro podávání informací pacientovi. Poslední kapitola je věnována úskalím alternativní léčby v onkologii. V praktické části jsou analyzována data z dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 294 onkologických pacientů v různých stádiích nemoci. Cílem praktické části bylo zmapovat míru informovanosti a vybrané aspekty problematiky sdělování onkologické diagnózy a komunikace s lékařem.

Klíčová slova: Komunikace. Pacient. Lékař. Problém. Diagnóza. Prognóza.

SUMMARY

The scope of this project is focused on the manner how unfavour information (as terminal diagnosis or poor prognosis) is delivered to oncologic patients from the healthcare professionals. In the theoretical part the thesis deals with subjective feelings of patients about their illnesses. Furthermore, the communication topics of this part include the description of the process of unfavour information delivery such as recommended strategies. The importance of the multidisciplinary team is also highlighted. It is noted that the education of such soft skills is not developed in desired quality, especially in manner of practical training of such difficult dialogues of a physician with a patient. In the literature review the codified guidelines for patient information dissemination are highlighted. One of the chapters is also dedicated to alternative ways of oncologic treatment. The experimental part of the thesis focusses on questionnaires from 294 oncologic patients in various stages of the illness. The aim was to map the selected features of delivering the unfavour messages to patients.

Keywords: Communication. Patient. Physician. Problem. Diagnosis. Prognosis.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AMERY, J. *Practical Handbook for Children's Palliative Care for Doctors and Nurses Anywhere in the World*. Lulu Publishing services, 2016. 413 stran. ISBN 978-1-4834-4402-4.
2. BACK A. Patient-Physician Communication in Oncology: What Does the Evidence Show? [online] *Cancer Network*, 2006. [cit. 23. 6. 2020]. Dostupné na: <https://www.cancernetwork.com/view/patient-physician-communication-oncology-what-does-evidence-show>
3. BAILE, W. F., BUCKMAN, R., LEUZI, R., a kol. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. [online] *The Oncologist*, 2000. 5(4), s. 302-311 [cit. 9. 5. 2020]. Dostupné na: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1634/theoncologist.5-4-302>
4. BARTOŠÍKOVÁ, I. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: IPDVZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
5. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2015. 640 s. ISBN 978-80-262-0617-0.
6. BERTERÖ, C., VANHANEN, M. a G. APPELIN. Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. [online] *Acta Oncologica*, 2008. 47(5), s. 862-869 [cit. 2. 6. 2020]. DOI:10.1080/02841860701654333
7. BLACKHALL, L. J., MURPHY, S. T., FRANK, G. A kol. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. [online] *JAMA*, 1995. 274(10), s. 820-825 [cit. 15. 6. 2020] Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7650806/>
8. BOUSQUET, G. A kol. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *Journal Of Clinical Oncology*. [online] *Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 2015. 33(22), s. 2437-2443 [cit. 30. 5. 2020]. Dostupné na: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2014.59.6759>.
9. BUCKMAN, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. [online] *Community Oncology*, 2005. 2(2), s. 138-142 [cit. 9. 5. 2020]. Dostupné na: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

10. BUTOW, P. a kol. 2003. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer.[online] *Annals Of Oncology*, 2003. 14(1), s. 48-56 [cit. 2.6.2020] DOI:10.1093/annonc/mdg01
11. BUTOW, P. N., KAZEMI, J. N., BEENEY, L. J., a kol. When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 1996. 77(12), s. 2630-2637 [cit. 2. 6. 2020] Dostupné na: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960615\)77:12%3C2630::AID-CNCR29%3E3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19960615)77:12%3C2630::AID-CNCR29%3E3.0.CO;2-S)
12. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
13. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
14. *Centrum paliativní péče*. [online] 2018. Komunikace závažných zpráv. [cit. 29. 5. 2020] Dostupné na: <https://paliativnicentrum.cz/akce/komunikace-zavaznych-zprav>
15. *Centrum paliativní péče*. [online] 2020. ELNEC. [cit. 29. 5. 2020] Dostupné na: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/el nec>
16. *Centrum paliativní péče*. [online] 2020. ESPERO. [cit. 29. 5. 2020] Dostupné na: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero>
17. *Centrum podpůrné paliativní péče. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*. [online] 2019. Paliativní semináře pro mediky a odbornou veřejnost. Copyright: 2020. [cit. 5. 6. 2020] Dostupné na: <https://paliace.cz/paliativni-seminare-pro-mediky-a-odbornou-verejnost/>
18. *Centrum podpůrné paliativní péče. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*. [online] Paliativní péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Copyright: 2020 [cit. 27. 4. 2020] Dostupné na: <https://paliace.cz/paliativni-pece-ve-vseobecne-fakulni-nemocnici/#onas>
19. *Česká lékařská komora*. [online] 2011. Kurz – Jak zvládat sdělování nepříznivých zpráv. Copyright: 2011. [cit. 27. 5. 2020] Dostupné na: [https://www.lkcr.cz/kurzy-clk-255.html?item.id=92015&do\[load\]=1](https://www.lkcr.cz/kurzy-clk-255.html?item.id=92015&do[load]=1)

20. DAVIDSON, R. a M. E. MILLS. Cancer patient's satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. [online] *European Journal of Cancer Care*, 2005.14(1), s. 83-90 [1. 6. 2020]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00530.x>
21. DOSTÁLOVÁ, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
22. *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*. [online] Úvod, 2016. Copyright: 2010–2020. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: <https://www.fnkv.cz/paliativni-pece-uvod.php>
23. *Fakultní nemocnice Olomouc*. [online] Fakultní nemocnice Olomouc má svůj paliativní tým. Pomůže pacientům se závažným, život ohrožujícím onemocněním, 2019. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: <https://www.fnol.cz/aktuality/fakulni-nemocnice-olomouc-ma-svuj-paliativni-tym-pomuze-pacientum-se-zavaznym-zivot-ohrozujicim-onemocnenim>
24. *Fakultní nemocnice v Motole*. [online] Tým podpůrné a paliativní péče FN Motol, 2019. Copyright: 2012. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: <https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/paliativni-pece/dospela-paliativni-pece/>
25. FIGG, W. a kol. (2010). Disclosing a Diagnosis of Cancer: Where and How Does It Occur? [online] *Journal of Clinical Oncology*, 2010. 28(22), s. 3630-3635 [cit. 1. 6. 2020]. Dostupné na: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2009.24.6389>
26. FURMAN, G. E. The Role of Standardized Patient and Trainer Training in Quality Assurance for a High-Stakes Clinical Skills Examination. [online] *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 2009. 24(12), s. 651-655 [cit. 9. 5. 2020]. Dostupné na: [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70031-2](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70031-2)
27. HALÁMKOVÁ, J. a kol. Komunikace s onkologickým pacientem. [online] *Vnitřní lékařství*, 2019. 65(5), s. 359-362 [cit. 11. 5. 2020]. Dostupné na: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/05/06.pdf>
28. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-471-3.
29. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání*. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-726-2471-3.

30. HELFT, P. R., HLUBOCKY, F., DAUGHERTY, C. K. American oncologists' views of Internet use by cancer patients. [online] *Journal of Clinical Oncology*, 2003. 21(5), s.942-947 [cit. 1. 6. 2020]. Dostupné na: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2003.08.007>
31. *Johns Hopkins Medicine*. [online] Standardized Patient Program. [cit. 18. 5. 2020] Dostupné na: https://www.hopkinsmedicine.org/simulation_center/training/standardized_patient_program/
32. KÁBRT, M. *Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce*. [online aplikace] Hradec Králové, 2011. Dostupné na: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti>
33. KALVODOVÁ, L. Psycholog v onkologickém týmu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008. 4(1), s. 8 [cit. 4. 4. 2020]. ISSN 1801-1349.
34. KALVODOVÁ, L., VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a P. SVAČINA. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. Brno. 28.5.2010. 56(6), s. 570-581.
35. KOEFER, A. a kol. 2008. Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. [online] *Gesprächsforschung Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. 9. s. 34-78.[cit. 10. 5. 2020] ISSN 1617-1837. Dostupné na: <http://www.gesprachsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2008/ag-koerfer.pdf>
36. KUBÁTOVÁ, J. 2002 *Psychologická péče o onkologicky nemocné. Bronchogenní karcinom*. 1. vydání Praha: Galén, 2002. 235 s. ISBN 80-7262-115-7.
37. KURZ, S. M. a D. J. SILVERMAN. The Calgary – Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes.[online] *Medical Education*, 1996. 30(2), s. 83-89 [cit. 10.5.2020]. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>
38. LAMONT, E. B. a N. A. CRISTAKIS. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Annals of Internal Medicine*, 2001. 134(12), s. 1096-1105 [cit. 12. 6. 2020]. Dostupné na: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-134-12-200106190-00009>

39. LEE, S. J., BACK, A. L., BLOCK, S. D. a kol. Enhancing physician-patient communication. [online] *American Society of Hematology Education Program*, 2002. 2002(1), s. 464-483 [cit. 9. 6. 2020]. Dostupné na: <https://ashpublications.org/hematology/article/2002/1/464/18604/Enhancing-Physician-Patient-Communication>
40. LEE, S. J., FAIRCLOUGH, D., ANTIN, J. H. a kol. Discrepancies between patient and physician estimates for the success of stem cell transplantation.[online] *JAMA*, 2001. 285(8), s.1034-1038[cit. 14. 6. 2020] Dostupné na: <https://doi.org/10.1001/jama.285.8.1034>
41. LINHARTOVÁ V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 80-247-17-84-0.
42. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 80-247-17-84-0.
43. LOBB, E., a kol. Women's preferences for discussion of prognosis in early breast cancer. [online] *Health Expectations*, 2000. 4, s. 48–57 [cit. 25. 4. 2020]. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1369-6513.2001.00119.x>
44. Maguire P. Improving communication with cancer patients. [online] *European Journal of Cancer*, 1999. 35(14), s. 2058-2065 [cit. 28. 5. 2020]. Dostupné na: [https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049\(99\)00301-9/fulltext](https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049(99)00301-9/fulltext)
45. MAIXNEROVÁ, Š. *Infiltrace – Obchod se zdravím*. [online vysílání] Česká televize, prem. 6 21. 5. 2018. [cit 20. 10. 2018]. Dostupné na: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1092813857-infiltrace/417235100061001-obchod-se-zdravim>
46. *Medical Tribune*. [online] Komunikaci s pacientem učí na 3. LF UK za pomoci figurantů, 2019. Copyright: 2000 – 2020. [cit. 30. 5. 2020]. Dostupné na: <https://www.tribune.cz/clanek/44588-komunikaci-s-pacientem-uci-na-lf-uk-za-pomoci-figurantu>
47. MEREDITH, C. a kol. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients views.[online] *British Medical Journal*, 1996. 313(7059), s. 724-726 [cit. 9. 6. 2020]. Dostupné na: <https://www.bmj.com/content/313/7059/724>

48. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. 1 [online] Zahraniční data o vlivu specializované paliativní péče na kvalitu života, místo úmrtí a celkové náklady na zdravotní péči. Copyright: 2018. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/pro-odbornou-spolecnost/zahranicni-data-o-vlivu-specializovane#_ftn7
49. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. 2 [online] Informace o projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče, 2018. Copyright: 2012. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-zdravotnich-s_14874_2452_8.html
50. NARAYANAN, V., BISTA, B. a C. Koshy. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. [online] *Indian Journal Of Palliative Care*, 2010. 61(2), s. 61-65 [cit. 30. 5. 2020] DOI:10.4103/0973-1075.6840.
51. OPATRŇÁ, M. 2017. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 118 s. ISBN 978-80-204-4522-3.
52. PARKER, P. a kol. Breaking Bad News About Cancer: Patient's Preferences for Communication. [online] *Journal of Clinical Oncology*, 2001. 19(7), s. 2049-2056 [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné na: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2001.19.7.2049>
53. PARKERS, C. M., REFLOVÁ, M. a A. COULDRICHOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
54. PRUDIL, L. Jak správně informovat pacienta. [online] *Onkologie*, 2011. 5(5), s. 302-304 [cit. 17.10.2018]. Dostupné na: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/05/15.pdf>
55. PTÁČEK, O. 2002. *Psychologické aspekty sdělování onkologické diagnózy z pohledu pacienta*. Diplomová práce na FF MU v Brně
56. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol. *Etické problémy na prahu 21. století*. Praha: Grada 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
57. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol. *Etické problémy na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. 520 stran. ISBN 978-80-247-5471-0.

58. RASSIN, M. a kol. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. [online] *Cancer nursing*, 2006. 29(4), s. 302-308 [cit. 3. 4. 2020]. Dostupné na: https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2006/07000/Caregivers__Role_in_Breaking_Bad_News__Patients,.9.aspx
59. RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
60. ROSS, E. K. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Hradec Králové: Signum Unitali, 1992. 134 s. ISBN 80-85439-04-2.
61. SMITH, J. M., CARPENTER, D. R. a J. J. FITZPATRICK. *Encyclopedia od Nursing Education*. New York: Springer Publishing Company, 2015. 403 stran. ISBN 978-0-8261-2031-1.
62. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory*. Etický kodex České lékařské komory. 1996. Novelizován r. 2007.
63. SVATOŠOVÁ, M. Záludnost takzvané milosrdné lži. *Sestra*, 2010. 20(6),64-65 s. ISSN 1210-0404.
64. TATE, P. 2005. *Komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
65. THEOVÁ, A. M. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.
66. *Umírání.cz*. [online] Paliativní péče, 2016. [cit. 27. 4. 2020]. Dostupné na: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
67. *Ústav zdravotnických informací a statistik*. Národní onkologický registr. Platný od 1. 1. 2019. [cit. 3. 4. 2020]. ISSN 1210-857x.
68. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
69. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované vydání, Grada, Praha, 2017. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

70. VYBÍRAL Z. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
71. WENRICH, M. D. a kol. Communicating With Dying Patients Within The Spectrum of Medical Care From Terminal Diagnosis To Death. [online] *Archives of Internal Medicine*, 2001. 161(6), s. 868-874 [1. 6. 2020]. DOI: 10.1001/archinte.161.6.868
72. ZACHAROVÁ a kol. *Základy zdravotnické psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 100 s. ISBN 978-80-7464-275.
73. Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ze dne 6. 11. 2011. In Sbíрка zákonů.

SEZNAM ZKRATEK

3. LF UK:	3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
PT:	Paliativní tým
SP:	Standardizovaný pacient

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka A Fáze umírání dle E. K. Rossové.....	11
Tabulka 1.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 1	34
Tabulka 2.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2 u skupiny č. 1	36
Tabulka 3.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3 u skupiny č. 1	37
Tabulka 4.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4 u skupiny č. 1	38
Tabulka 5.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5 u skupiny č. 1	40
Tabulka 8.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8 u skupiny č. 1	41
Tabulka 9.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9 u skupiny č. 1	43
Tabulka 13.1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13 u skupiny č.1	44
Tabulka 1.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 2	47
Tabulka 2.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2 u skupiny č. 2	48
Tabulka 3.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3 u skupiny č. 2	49
Tabulka 4.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4 u skupiny č. 2	51
Tabulka 5.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5 u skupiny č. 2	54
Tabulka 8.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8 u skupiny č. 2	55
Tabulka 9.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9 u skupiny č. 2	57
Tabulka 13.2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13 u skupiny č.2	58
Tabulka 1.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 3	61
Tabulka 2.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 2 u skupiny č. 3	62
Tabulka 3.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 3 u skupiny č. 3	64
Tabulka 4.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 4 u skupiny č. 3	65

Tabulka 5.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 5 u skupiny č. 3	63
Tabulka 8.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 8 u skupiny č. 3	69
Tabulka 9.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 9 u skupiny č. 3	70
Tabulka 13.3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 13 u skupiny č.3	71
Tabulka 1.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	73
Tabulka 2.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	74
Tabulka 3.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	76
Tabulka 4.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	77
Tabulka 5.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	79
Tabulka 8.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	80
Tabulka 9.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	82
Tabulka 13.4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 1 u skupiny č.4	83
Tabulka 14 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4.....	86
Tabulka 15 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4.....	87
Tabulka 16 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5.....	88
Tabulka 17 Uvádí četnost označených tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5.....	89
Tabulka 18 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 7 všech skupin.....	90
Tabulka 19 Uvádí četnost výskytu odpovědí na položku 10 všech skupin.....	92
Tabulka 20 Uvádí skutečnou četnost odpovědí na položky 9 a 1 u všech skupin.....	93
Tabulka 21 Uvádí očekávanou četnost při použití testu nezávislosti chí-kvadrát	94
Tabulka 22 Uvádí skutečnou četnost odpovědí na položky 3 a 13.....	94

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1 u skupiny č. 1	34
Graf 2.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2 u skupiny č. 1	36
Graf 3.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3 u skupiny č. 1	37
Graf 4.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4 u skupiny č. 1	39
Graf 5.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5 u skupiny č. 1	40
Graf 8.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8 u skupiny č. 1	42
Graf 9.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9 u skupiny č. 1	43
Graf 13.1 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13 u skupiny č. 1	45
Graf 1.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1 u skupiny č. 2	47
Graf 2.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2 u skupiny č. 2	48
Graf 3.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3 u skupiny č. 2	50
Graf 4.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4 u skupiny č. 2	52
Graf 5.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5 u skupiny č. 2	54
Graf 8.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8 u skupiny č. 2	56
Graf 9.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9 u skupiny č. 2	57
Graf 13.2 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13 u skupiny č. 2	58
Graf 1.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1 u skupiny č. 3	61
Graf 2.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2 u skupiny č. 3	63
Graf 3.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3 u skupiny č. 3	64
Graf 4.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4 u skupiny č. 3	66
Graf 5.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5 u skupiny č. 3	68

Graf 8.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8 u skupiny č. 3	69
Graf 9.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9 u skupiny č. 3	70
Graf 13.3 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13 u skupiny č. 3	72
Graf 1.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 1 u skupiny č. 4	73
Graf 2.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 2 u skupiny č. 4	75
Graf 3.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 3 u skupiny č. 4	76
Graf 4.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 4 u skupiny č. 4	78
Graf 5.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 5 u skupiny č. 4	79
Graf 8.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 8 u skupiny č. 4	81
Graf 9.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 9 u skupiny č. 4	82
Graf 13.4 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 13 u skupiny č. 4	83
Graf 14 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4	86
Graf 15 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 4	87
Graf 16 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5	88
Graf 17 Zobrazení četnosti tvrzení pacientů skupiny č. 2 u položky 5	89
Graf 18 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 7 všech skupin.....	91
Graf 19 Zobrazení relativní četnosti odpovědí na položku 10 všech skupin.....	92
Graf 20 Zobrazení absolutní četnosti odpovědí na položku 9 a 1 všech skupin.....	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Průvodní dopis pro schválení dotazníkového šetření	124
Příloha B Žádost o umožnění dotazníkové akce	126
Příloha C Souhlasné stanovisko Etické komise VFN a 1. LF. UK v Praze.....	127
Příloha D Rešeršní strategie.....	129
Příloha E Dotazník pro pacienty	130
Příloha F Tabulky a grafy položek nezařazených do praktické části práce.....	134

Příloha A Průvodní dopis pro schválení dotazníkového šetření

Vážená paní, vážený pane, členové etické komise,

tento dokument je průvodním listem k *Žádosti o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací.*

Jmenuji se Bc. Petra Žáková a v současné době pracuji na Onkologické klinice VFN na FP. Též studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Tématem mé diplomové práce je *Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům.* O toto téma se zajímám po celý čas, který pracuji na onkologii, ale pozorování v ordinaci či na infuzních stacionářích nepostačuje k tomu, aby byl takto rozsáhlý problém jednou osobou postihnut.

Proto jsem se rozhodla, že se formou dotazníků zeptám pacientů, co vědí o své nemoci, jakou mají prognózu, kde jim byla jejich onkologická diagnóza sdělena, zda byla popřípadě i respektována jejich přání, která jsou ukotvena v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, apod.

Dotazník bude rozdáván vždy se souborem stejných otázek, ale pod čtyřmi různými označeními (číselné označení 1-4 v záhlaví dotazníku). Označení byla zvolena proto, abychom při vyhotovení byli schopni posoudit, zda byl pacient informován o své diagnóze „správně“, či lépe řečeno – pravdivě. Např. dotazník bude poskytnut pacientovi s paliativní chemoterapií, ale pacient by do dotazníku vyznačil, že jeho onemocnění je velice dobře léčitelné a že dochází na léčbu, která má za úkol ho plně vyléčit – bez číselného označení, by nebylo možné data spolehlivě verifikovat.

Dotazníky jsou samozřejmě anonymní, budou rozdávány pouze pacientům, kteří vyjádří souhlas s výzkumem a výsledky budou publikovány pouze prostřednictvím výše jmenované diplomové práce.

Níže uvádím výzkumný problém a hypotézy, které se k výzkumnému šetření vztahují:

Výzkumný problém

- Ovlivňuje věk nevyléčitelně nemocného pacienta míru jeho informovanosti o infaustní prognóze?

Výzkumné otázky

5. Jaké bylo nejčastější místo/prostředí, kde byla pacientům sdělena onkologická diagnóza?
6. Kdo byl nejčastěji pro pacienty oporou po sdělení onkologické diagnózy?

Výzkumné hypotézy

H0.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, není závislá na pohlaví.

H1.1: Skutečnost, zda byl pacient sám na své pocity po sdělení diagnózy, je závislá na pohlaví.

H0.2: Pocit nedostatečné informovanosti není závislý na délce léčby.

H1.2: Pocit nedostatečné informovanosti je závislý na délce léčby.


Realizaci výzkumu bych velice ráda započala začátkem měsíce listopadu a trval by do konce měsíce února.

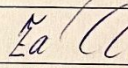

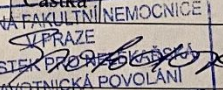
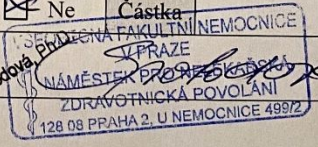
Předem Vám velice děkuji

S úctou

Bc. Petra Žáková

Příloha B Žádost o umožnění dotazníkové akce

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Žákovská Petra		
Kontaktní adresa	Anny Drabíkové 534/3, Praha 4, 14900		
Telefon	+420 776 800 503	e-mailová adresa	Petra.zakovska@vfn.cz
Škola / fakulta	Univerzita Palackého v Olomouci/Pedagogická fakulta		
Obor studia	Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy		
Téma závěrečné práce	Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům		
Termín sběru dat	01.11.2018 – 28.02.2019		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Onkologická klinika – ambulance FP (n. s. 23620)		
Zjišťované informace	Viz. přiložený průvodní list		
Forma prezentace dat:	Analýzy a výsledky průzkumu budou zveřejněny v diplomové práci žadatele		
Povučení 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. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	15.10.2018	Podpis žadatele	 Bc. Petra Žákovská
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	15. 10. 2018	Podpis	Vrchní sestra  Zdeňka Dlouhá
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	15.10.18	Podpis	 

Příloha C Souhlasné stanovisko Etické komise VFN a 1. LK UK v Praze

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel.: 224964131
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

Vážená paní
Bc. Petra Žákovská, DiS
Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze
U Nemocnice 2, Praha 2 128 08

15.11.2018
č.j.: 1843/18 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 15.11.2018 Vámi předložený individuální výzkum č.j. 1843/18 S-IV – diplomovou práci

Název studie/Title of CT: Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům.

Žadatel/Applicant: Bc. Petra Žákovská, DiS, Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC: Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 10.10.2018 a 25.10.2018 doplnění podání pod č.j. 1879/18 D

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 15.11.2018 (15,30 – 18,15 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Petra Žákovská, DiS, Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis s popisem výzkumu ze dne 15.10.2018	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci ze dne 15.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Bc. Petra Žákovská	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1879/18 D				
Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii ze dne 24.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Dokument doručen			
Čestné prohlášení o provádění výzkumu včetně podpisu přednosta 24.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení individuálního výzkumu – diplomové práce na Onkologické klinice VFN a 1. LF UK v Praze.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

1/2

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 15.11.2018

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1
128 08 Praha 2

Příloha D Rešeršní strategie

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI (provedená NLK)

Jméno: Petra Žáková

Název práce: Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina, němčina, slovenština

Rešeršní strategie

Je kombinací různých způsobů hledání – neváže se pouze na klíčová slova; klíčová slova (= deskriptory MeSH).

Časové vymezení:

Od r. 1990 do r. 2020

Druhy dokumentů:

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, kvalifikační (diplomové práce)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Bibliographia medica Slovaca

Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Repozitář závěrečných prací

Internet

Medline

CINAHL

Science Direct

Příloha E Dotazník pro pacienty

Výzkumné šetření pro potřeby diplomové práce na téma: Problematika sdělování pravdy onkologickým pacientům

Vážená pacientko, vážený paciente,

jmenuji se Petra Žáková, pracuji na Onkologické klinice VFN jako všeobecná sestra

a též studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Dotazník, který právě držíte, by měl pomoci zmapovat problematiku komunikace mezi lékařem (onkologem) a pacientem, a to z vašeho pohledu jako pacientů.

Chtěla bych Vás tedy požádat, se vší úctou k Vašemu času a k Vaší životní situaci, o spolupráci při tomto výzkumném šetření. Tento dotazník je zcela dobrovolný a samozřejmě anonymní. Výsledky výzkumu budou publikovány pouze prostřednictvím mé diplomové práce.

Předem Vám velice děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

1. Vyznačte vaše pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. V jakém rozmezí je Váš věk:

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 55
- e) 56 – 65
- f) 66 – 75
- g) 76 a více

3. Jak dlouho se s onkologickým onemocněním léčíte?

- a) Necelý jeden rok
- b) 12 – 24 měsíců
- c) 25 měsíců – 5 let
- d) Více než 5 let – prosím, uveďte: _____

4. Co víte o své nemoci a prognóze?

- a) Mám zhoubné onemocnění, které je ale dobře léčitelné
- b) Mám zhoubné onemocnění, které je velice těžce léčitelné
- c) Mám zhoubné onemocnění, které je již v současné fázi nevléčitelné
- d) Nádor mi odoperovali a nyní docházím jen na preventivní/zajišťující léčbu
- e) Nevím, jiné (uveďte): _____

- 5. Označte tvrzení, které je podle Vás pravdivé:**
- a) Dostávám léčbu, která má za úkol mne zcela vyléčit
 - b) Dostávám léčbu, která má za úkol zpomalit růst nádoru a prodloužit mi život
 - c) Dostávám léčbu, u které není jasné, zda plně zafunguje – tedy odstraní nádor
 - d) Nevím, jiné (uved'te): _____
- 6. Dal Vám lékař možnost podílet se na volbě léčby?**
- a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři
 - b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu
 - c) Ano, vyjádřil/a jsem svá přání a ta byla respektována
 - d) Ano, vyjádřil/a jsem svá přání, ale nebyla respektována
 - e) Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby
 - f) Jiné, nevím (uved'te): _____
- 7. Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?**
- a) V ordinaci
 - b) V nemocničním pokoji
 - c) Na chodbě zdravotnického zařízení
 - d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení
 - e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky
 - f) Nevzpomínám si
 - g) Jiné (uved'te): _____
- 8. Byl s Vámi někdo z Vašich blízkých přítomen u sdělení diagnózy?**
- a) Ano, přál/a jsem si to
 - b) Ano, ale bylo to proti mé vůli
 - c) Ne, a přitom bych si to přál/a
 - d) Ne, protože jsem si to nepřál/a
 - e) Nevím, jiné (uved'te): _____
- 9. Byl/a jste sám/sama na své pocity poté, co Vám byla sdělena onkologická diagnóza?**
- a) Ano, byl/a jsem sám/sama
 - b) Ne
 - c) Nevím, jiné (uved'te): _____
- 10. Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9. za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:**
- a) Lékař
 - b) Partner
 - c) Děti
 - d) Rodiče
 - e) Přátelé
 - f) Širší rodina
 - g) Psycholog
 - h) Pastor
 - i) Jiné (uved'te): _____

**11. Dal Vám lékař prostor vyjádřit své obavy související s léčbou, nemocí?
Projevil zájem o to si Vás vyslechnout?**

- a) Ano, a jsem za to rád/a, pomohlo mi to
- b) Ano, byl/a jsem vyslechnut/a, ale podpora od lékaře nepřišla
- c) Ne, a přitom se potřebuji se svými obavami svěřit
- d) Ne, a ani žádné obavy nemám, o kterých bych chtěl/a s někým mluvit
- e) Nevím, jiné (uved'te): _____

12. Dává Vám lékař při návštěvě v ordinaci dostatek prostoru k pokládání dotazů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, jiné (uved'te): _____

13. Cítíte se být lékařem dostatečně informován/a (o své nemoci, průběhu léčby, prognóze, nežádoucích účincích léčby apod.)?

- a) Ano, byly mi vždy poskytnuty veškeré potřebné informace
- b) Ne – prosím, uveďte, v čem pociťujete nedostatečnost:

14. Byla Vám nabídnuta pomoc klinického psychologa?

- a) Ano, ale myslím si, že ho nepotřebuji
- b) Ano a nabídky jsem využila
- c) Ne, a přitom bych nabídky ráda využila
- d) Ne, ale myslím si, že ho nepotřebuji
- e) Nevím, jiné (uved'te): _____

15. Používá lékař v ordinaci často odborné výrazy, kterým nerozumíte?

- a) Ano, ale také mi je posléze vysvětlí
- b) Ano a nevysvětlí mi, co znamenají
- c) Ne
- d) Nevím

16. Jak dlouho v průměru čekáte v čekárně, než přijdete na řadu?

- a) Do 10 minut
- b) 11 - 30 minut
- c) 31 – 60 minut
- d) 61 – 120 minut
- e) Více než 2 hodiny, prosím, uveďte: _____

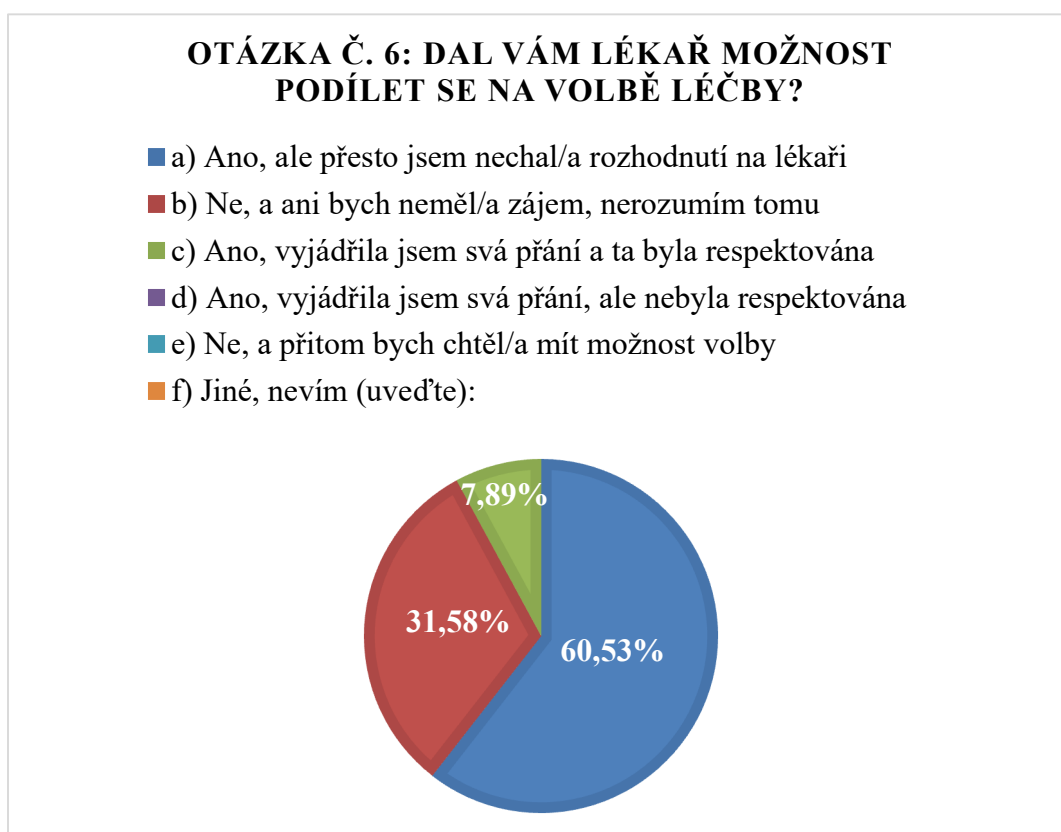
17. Uveďte prosím, co z Vašeho pohledu mohlo být uděláno jinak při sdělování Vaší diagnózy. Pokud jste byl/a s postupem lékařů/zdravotníků spokojen/a, otázku proškrtněte a vynechte.

Příloha F Tabulky a grafy položek nezařazených do praktické části práce
(zdroj: výzkumné šetření autorky)

Tabulka 6.1

Otázka č. 6: Dal Vám lékař možnost podílet se na volbě léčby?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři	23	60,53 %
b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu	12	31,58 %
c) Ano, vyjádřila jsem svá přání a ta byla respektována	3	7,89 %
d) Ano, vyjádřila jsem svá přání, ale nebyla respektována	0	0 %
e) Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby	0	0 %
f) Jiné, nevím (uveďte):	0	0 %
Celkem	38	100 %

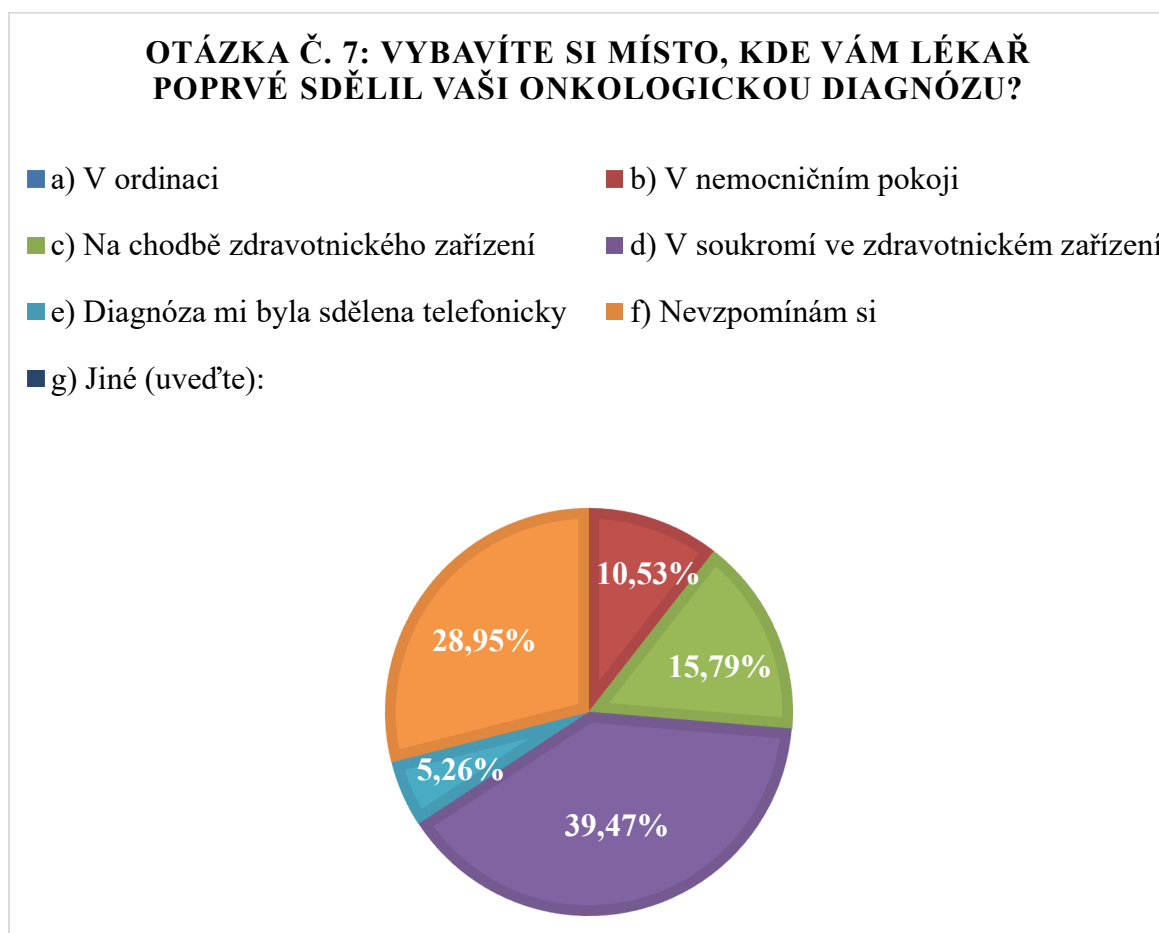
Graf 6.1



Tabulka 7.1

Otázka č. 7: Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) V ordinaci	0	0 %
b) V nemocničním pokoji	4	10,53 %
c) Na chodbě zdravotnického zařízení	6	15,79 %
d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení	15	39,47 %
e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky	2	5,26 %
f) Nevzpomínám si	11	28,95 %
g) Jiné (uveďte):	0	0 %
Celkem	38	100 %

Graf 7.1



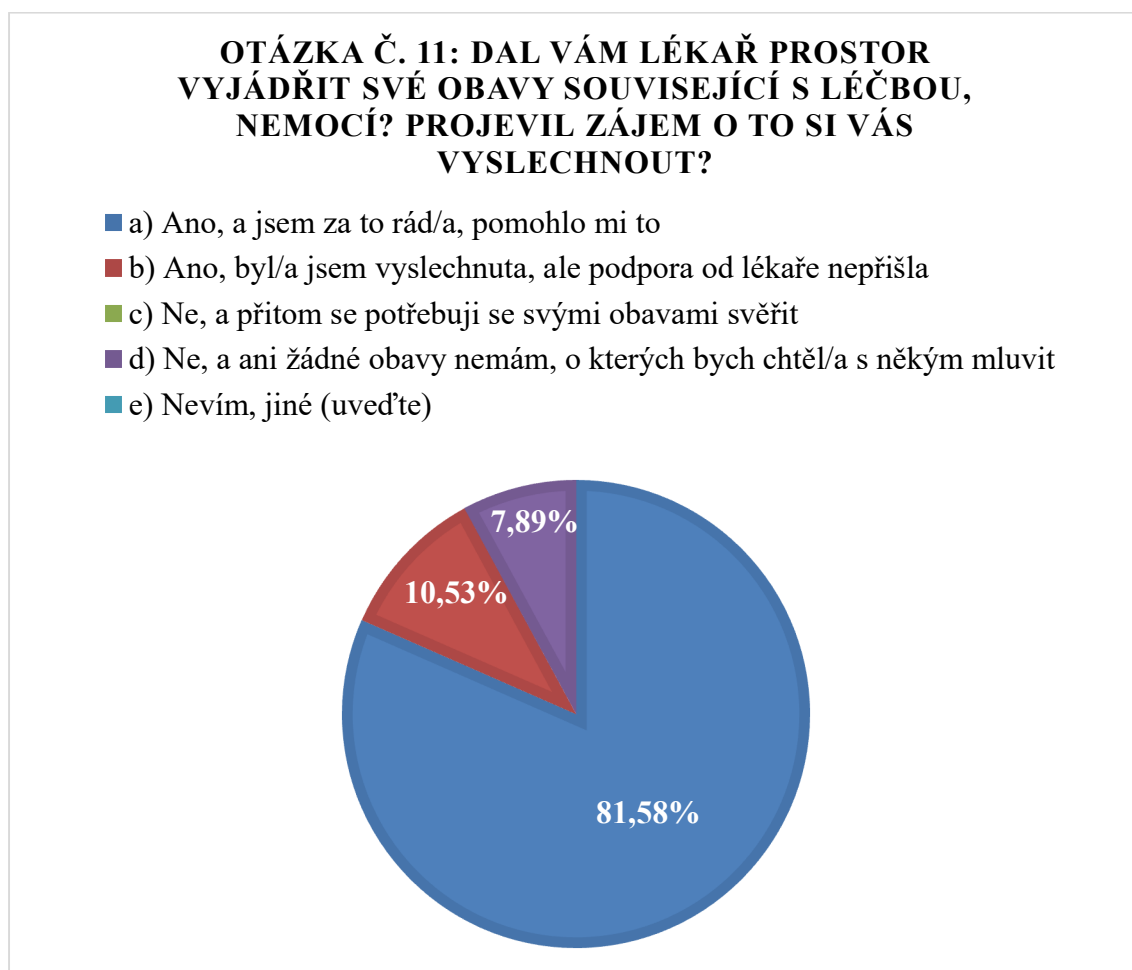
Tabulka 10.1

Otázka č. 10: Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9 za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Lékař	4	14,3 %
b) Partner	16	57,1 %
c) Děti	12	42,9 %
d) Rodiče	8	28,6 %
e) Přátelé	10	35,7 %
f) Širší rodina	8	28,6 %
g) Psycholog	0	0 %
h) Pastor	0	0 %
i) Jiné (uveďte)	0	0 %
Celkem odpovídalo	28	73,7 %

Tabulka 11.1

Otázka č. 11: Dal Vám lékař prostor vyjádřit své obavy související s léčbou, nemocí? Projevil zájem o to si Vás vyslechnout?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, a jsem za to rád/a, pomohlo mi to	31	81,58 %
b) Ano, byl/a jsem vyslechnuta, ale podpora od lékaře nepřišla	4	10,53 %
c) Ne, a přitom se potřebuji se svými obavami svěřit	0	0 %
d) Ne, a ani žádné obavy nemám, o kterých bych chtěl/a s někým mluvit	3	7,89 %
e) Nevím, jiné (uveďte)	0	0 %
Celkem	38	100 %

Graf 11.1



Tabulka 12.1

Otázka č. 12: Dává Vám lékař při návštěvě v ordinaci dostatek prostoru k pokládání dotazů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	38	100 %
b) Ne	0	0 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	38	100 %

Graf 12.1



Tabulka 14.1

Otázka č. 14: Byla Vám nabídnuta pomoc klinického psychologa?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale myslím si, že ho nepotřebuji	6	15,8 %
b) Ano a nabídky jsem využil/a	6	15,8 %
c) Ne, a přitom bych nabídky rád/a využil/a	0	0 %
d) Ne, ale myslím si, že ho nepotřebuji	22	57,9 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	4	10,5 %
Celkem	38	100 %

Graf 14.1



Tabulka 15.1

Otázka č. 15: Používá lékař v ordinaci často odborné výrazy, kterým nerozumíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale také mi je posléze vysvětlí	21	55,26 %
b) Ano a nevysvětlí mi, co znamenají	0	0 %
c) Ne	17	44,74 %
d) Nevím	0	0 %
Celkem	38	100 %

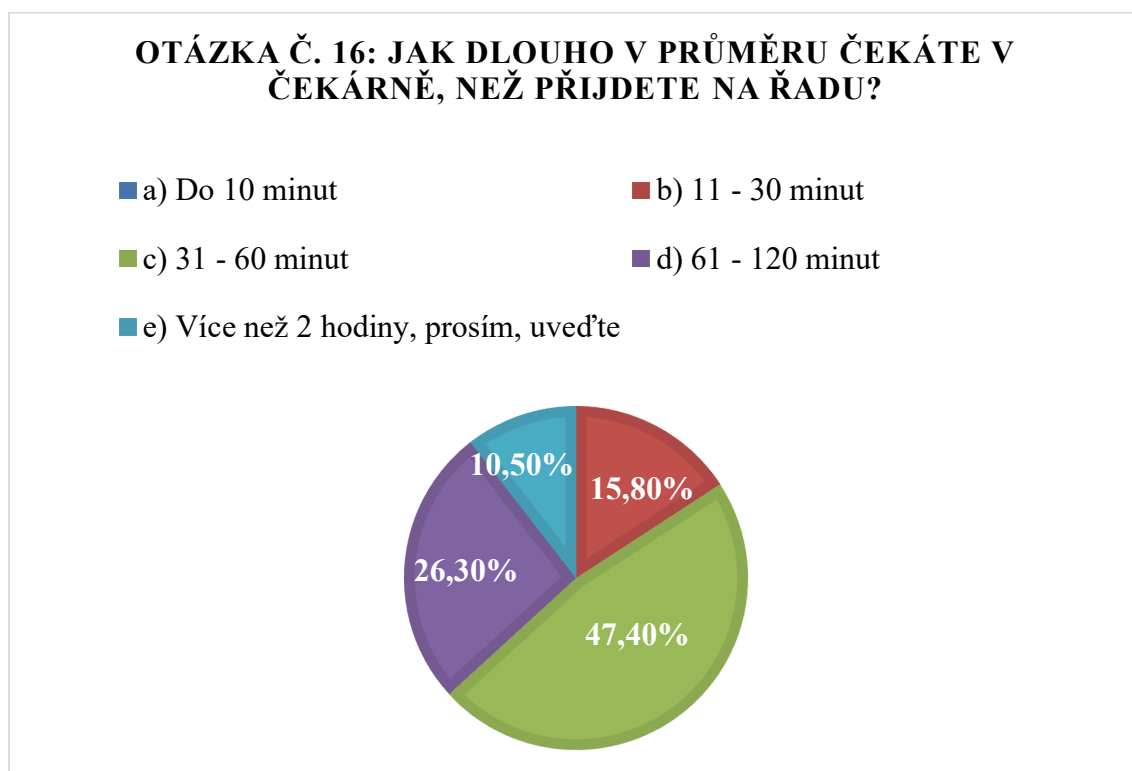
Graf 15.1



Tabulka 16.1

Otázka č. 16: Jak dlouho v průměru čekáte v čekárně, než přijdete na řadu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Do 10 minut	0	0 %
b) 11 - 30 minut	6	15,80 %
c) 31 - 60 minut	18	47,40 %
d) 61 - 120 minut	10	26,30 %
e) Více než 2 hodiny, prosím, uveďte	4	10,50 %
Celkem	38	100 %

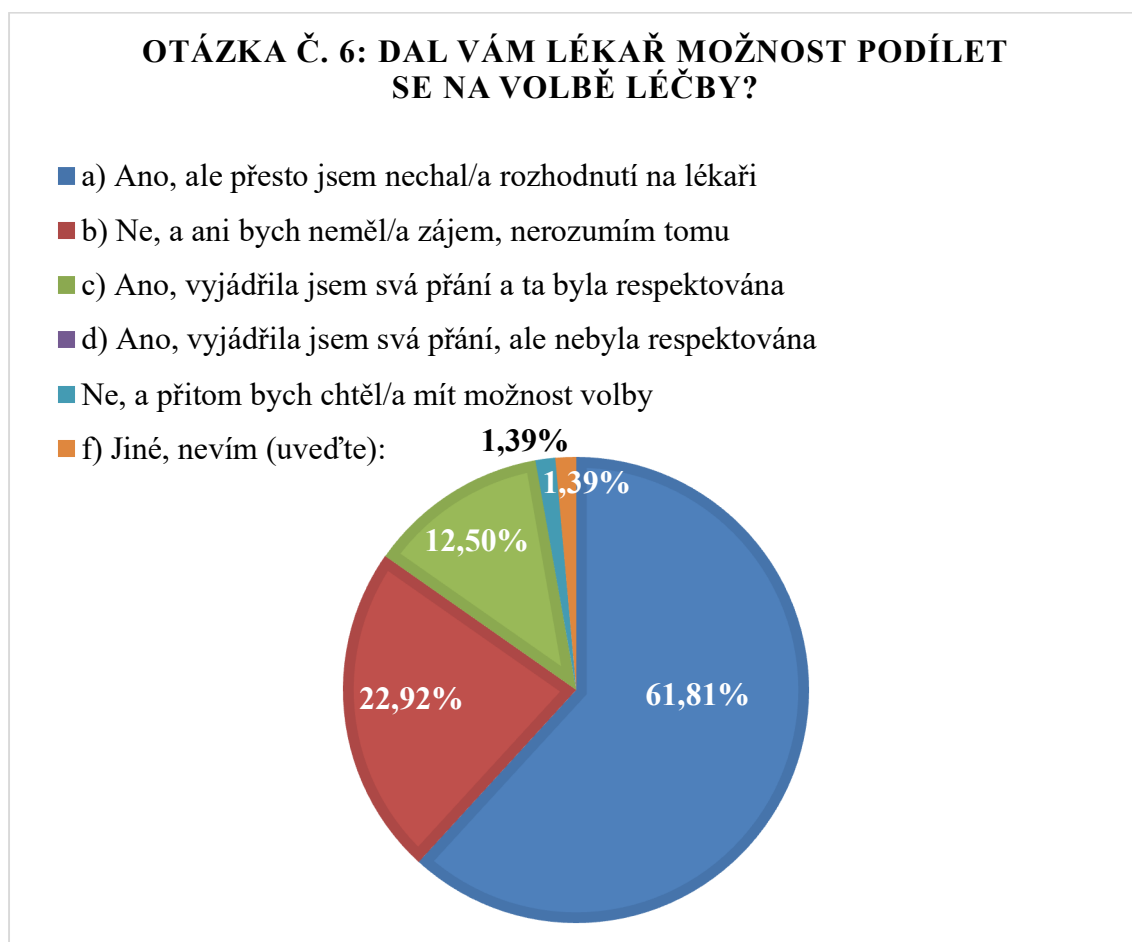
Graf 16.1



Tabulka 6.2

Otázka č. 6: Dal Vám lékař možnost podílet se na volbě léčby?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři	89	61,81 %
b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu	33	22,92 %
c) Ano, vyjádřila jsem svá přání a ta byla respektována	18	12,50 %
d) Ano, vyjádřila jsem svá přání, ale nebyla respektována	0	0 %
Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby	2	1,39 %
f) Jiné, nevím (uveďte):	2	1,39 %
Celkem	144	100 %

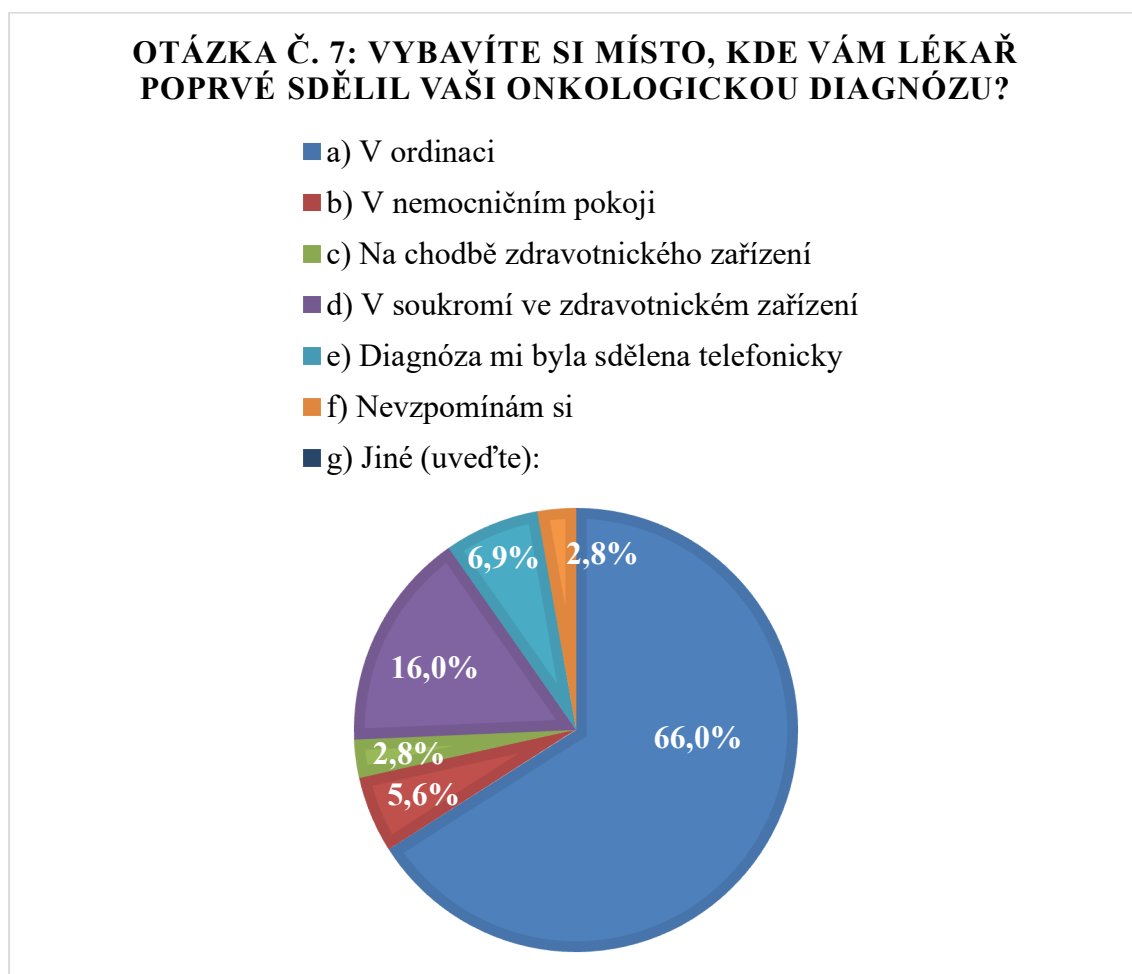
Graf 6.2



Tabulka 7.2

Otázka č. 7: Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) V ordinaci	95	66,0 %
b) V nemocničním pokoji	8	5,6 %
c) Na chodbě zdravotnického zařízení	4	2,8 %
d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení	23	16,0 %
e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky	10	6,9 %
f) Nevzpomínám si	4	2,8 %
g) Jiné (uveďte):	0	0 %
Celkem	144	100 %

Graf 7.2



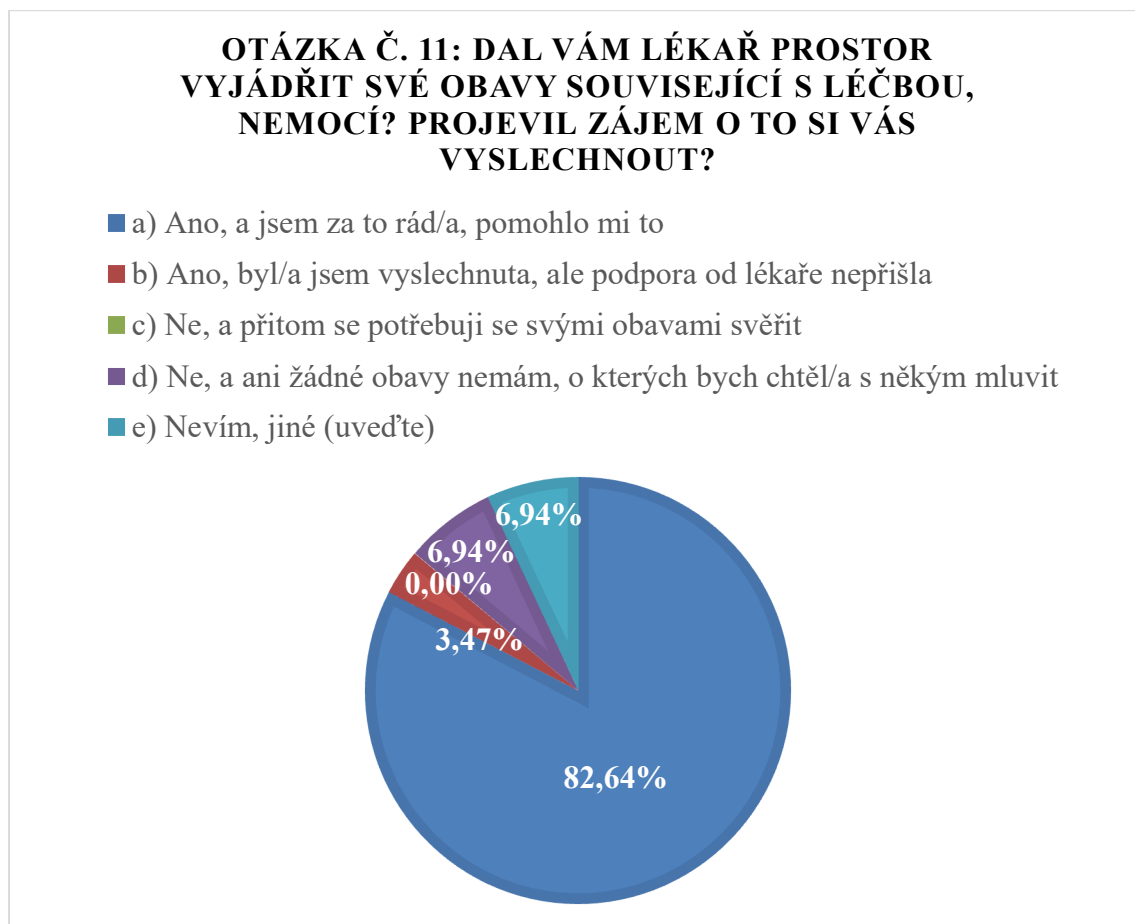
Tabulka 10.2

Otázka č. 10: Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9 za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Lékař	17	20,7 %
b) Partner	62	75,6 %
c) Děti	37	45,1 %
d) Rodiče	12	14,6 %
e) Přátelé	19	23,2 %
f) Širší rodina	13	15,9 %
g) Psycholog	0	0 %
h) Pastor	2	2 %
i) Jiné (uved'te)	4	5 %
Celkem odpovídalo	82	56,9 %
Celkem odpovědí	166	

Tabulka 11.2

Otázka č. 11: Dal Vám lékař prostor vyjádřit své obavy související s léčbou, nemocí? Projevil zájem o to si Vás vyslechnout?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, a jsem za to rád/a, pomohlo mi to	119	82,6 %
b) Ano, byl/a jsem vyslechnuta, ale podpora od lékaře nepřišla	5	3,5 %
c) Ne, a přitom se potřebuji se svými obavami svěřit	0	0 %
d) Ne, a ani žádné obavy nemám, o kterých bych chtěl/a s někým mluvit	10	6,9 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	10	6,9 %
Celkem	144	100 %

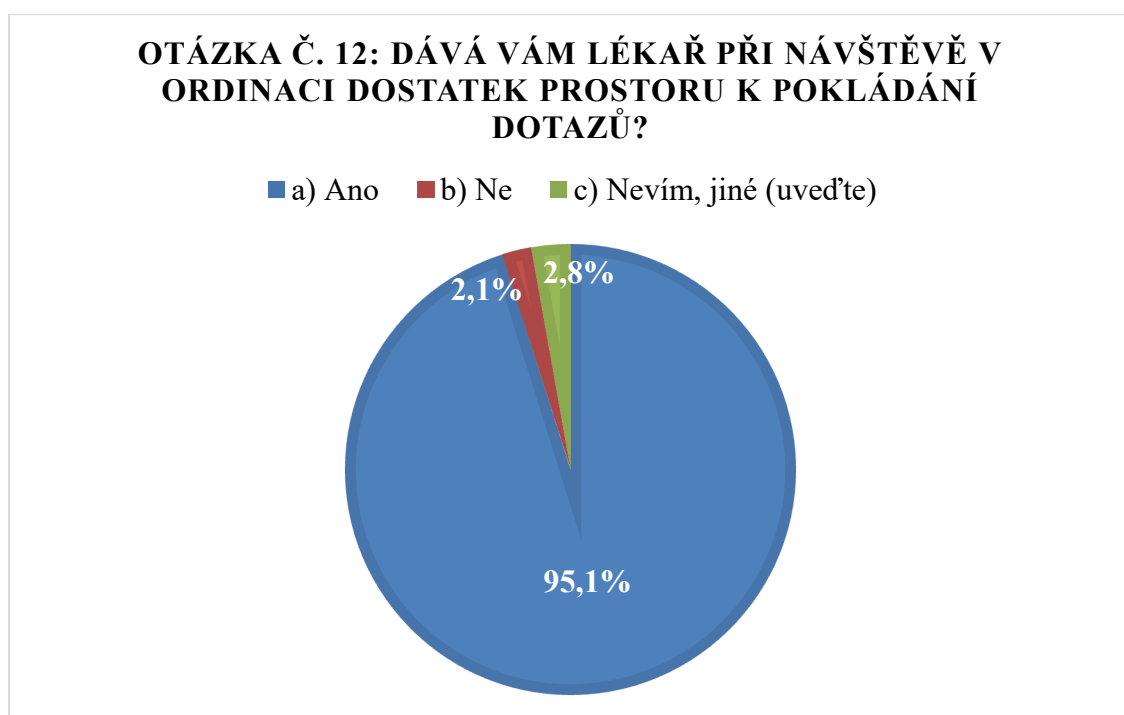
Graf 11.2



Tabulka 12.2

Otázka č. 12: Dává Vám lékař při návštěvě v ordinaci dostatek prostoru k pokládání dotazů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	137	95,1 %
b) Ne	3	2,1 %
c) Nevím, jiné (uveďte)	4	2,8 %
Celkem	144	100 %

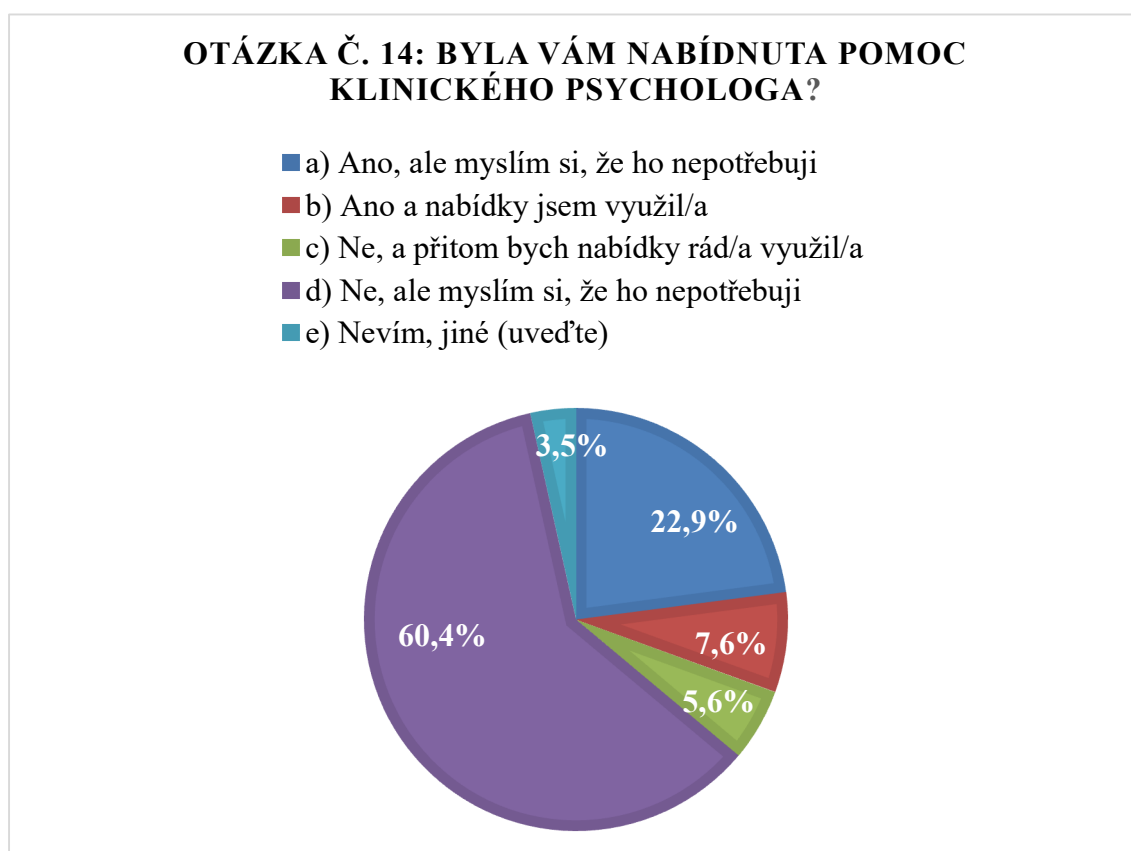
Graf 12.2



Tabulka 14.2

Otázka č. 14: Byla Vám nabídnuta pomoc klinického psychologa?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale myslím si, že ho nepotřebuji	33	22,9 %
b) Ano a nabídky jsem využil/a	11	7,6 %
c) Ne, a přitom bych nabídky rád/a využil/a	8	5,6 %
d) Ne, ale myslím si, že ho nepotřebuji	87	60,4 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	5	3,5 %
Celkem	144	100 %

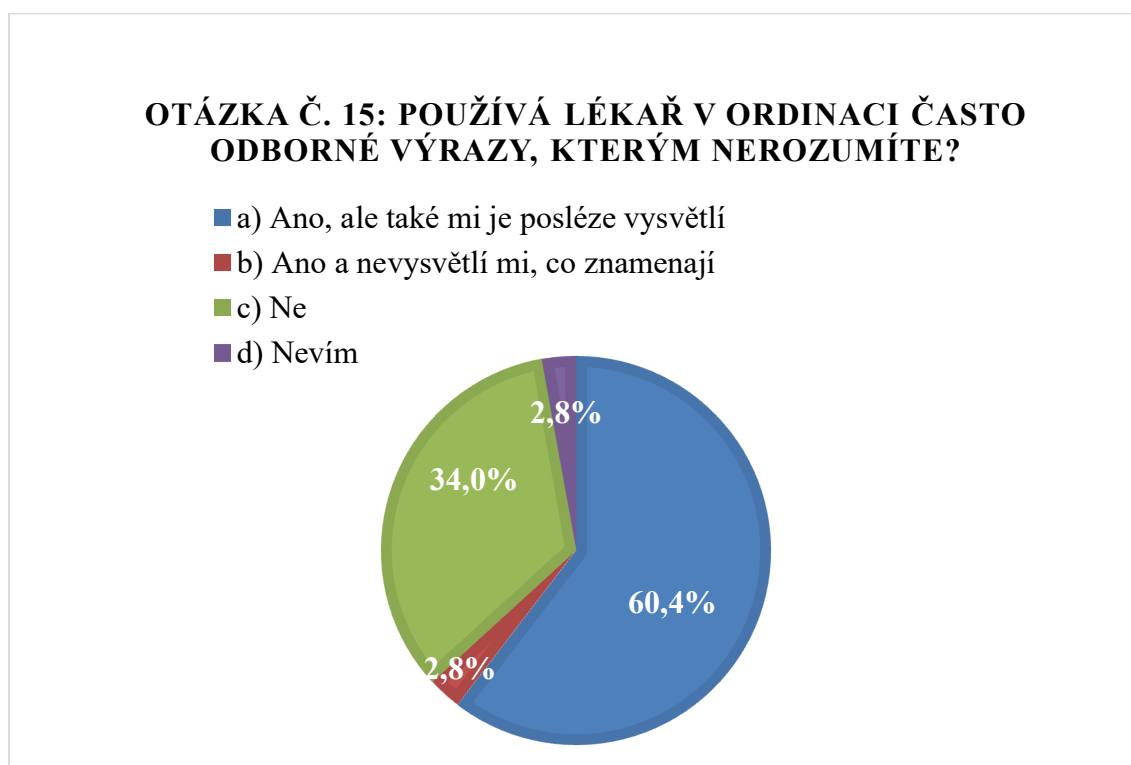
Graf 14.2



Tabulka 15.2

Otázka č. 15: Používá lékař v ordinaci často odborné výrazy, kterým nerozumíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale také mi je posléze vysvětlí	87	60,4 %
b) Ano a nevysvětlí mi, co znamenají	4	2,8 %
c) Ne	49	34 %
d) Nevím	4	2,8 %
Celkem	144	100 %

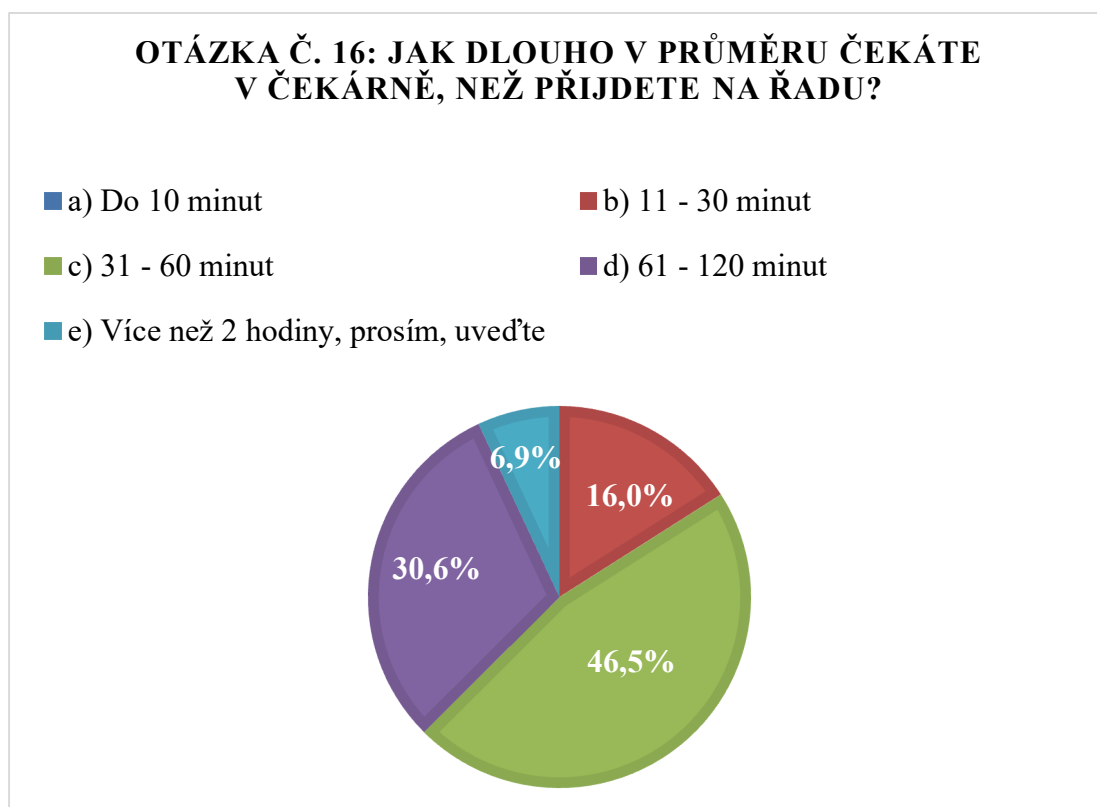
Graf 15.2



Tabulka 16.2

Otázka č. 16: Jak dlouho v průměru čekáte v čekárně, než přijdete na řadu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Do 10 minut	0	0 %
b) 11 - 30 minut	23	16,0 %
c) 31 - 60 minut	67	46,5 %
d) 61 - 120 minut	44	30,6 %
e) Více než 2 hodiny, prosím, uveďte	10	6,9 %
Celkem	144	100 %

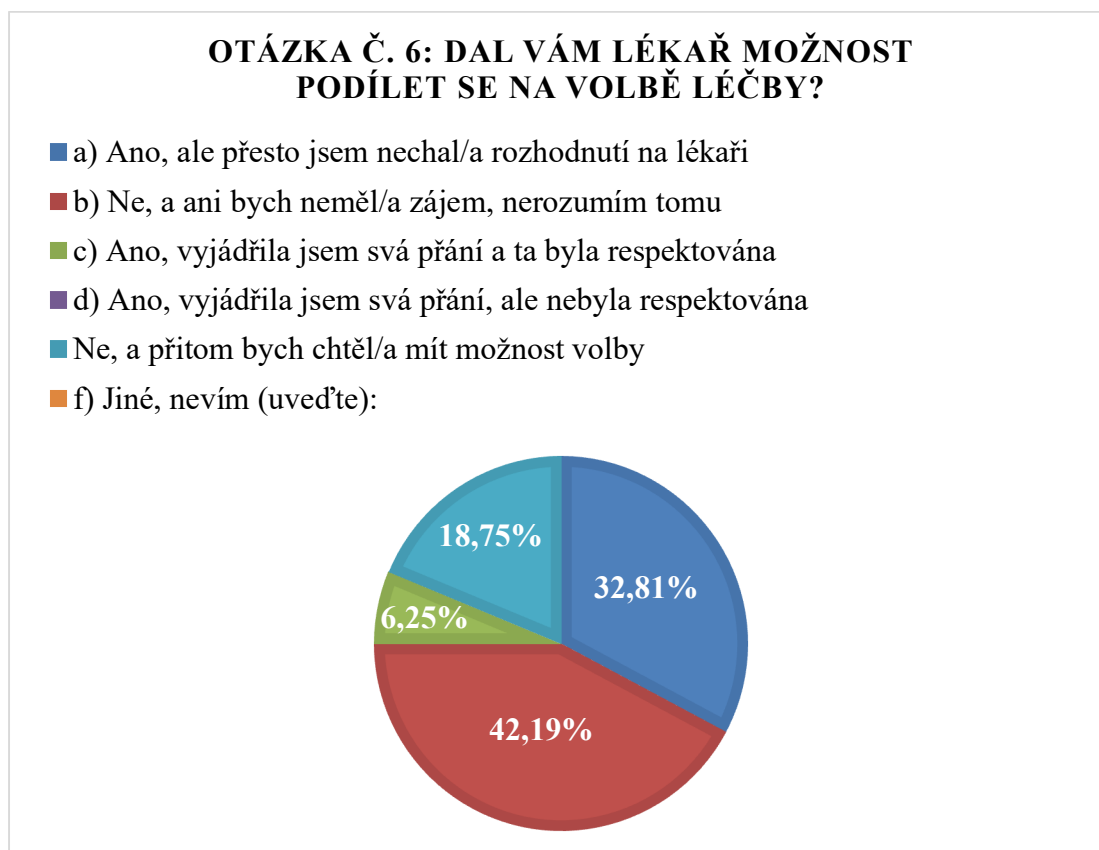
Graf 16.2



Tabulka 6.3

Otázka č. 6: Dal Vám lékař možnost podílet se na volbě léčby?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři	21	32,81 %
b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu	27	42,19 %
c) Ano, vyjádřila jsem svá přání a ta byla respektována	4	6,25 %
d) Ano, vyjádřila jsem svá přání, ale nebyla respektována	0	0 %
Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby	12	18,75 %
f) Jiné, nevím (uved'te):	0	0 %
Celkem	64	100 %

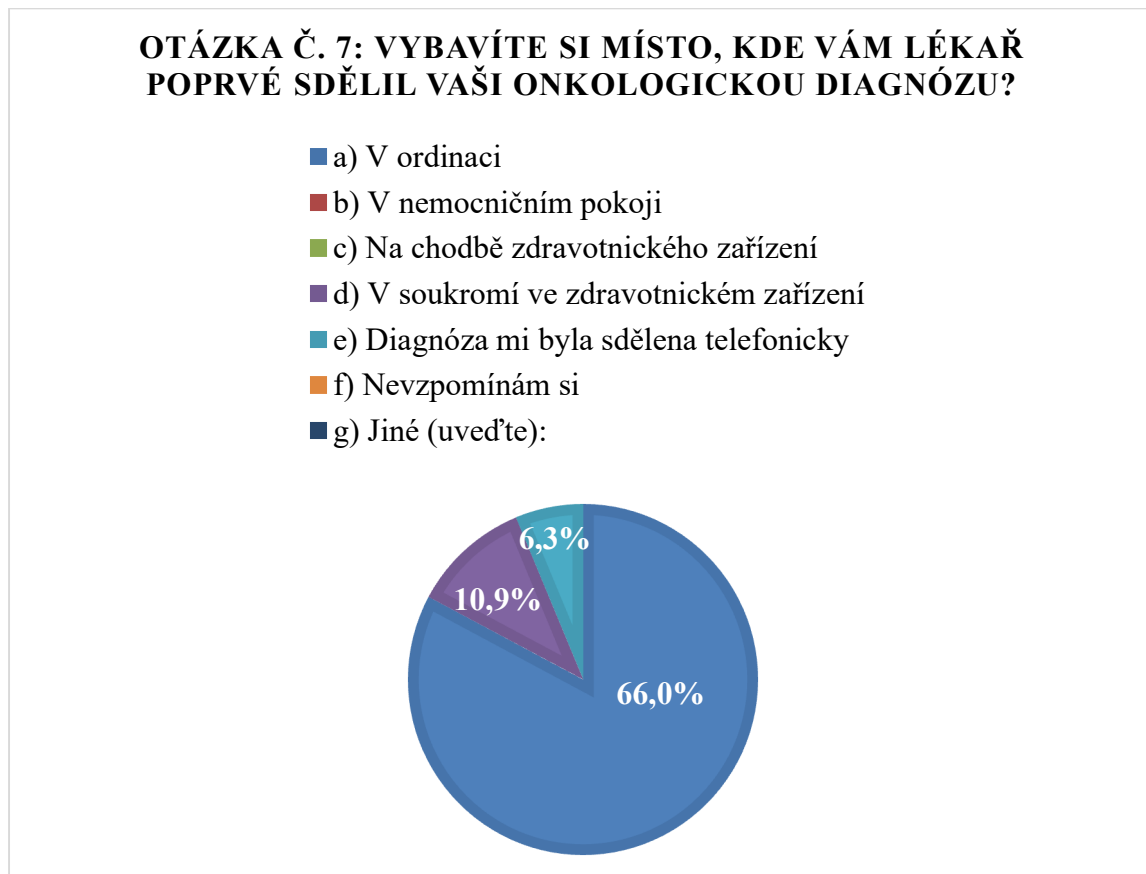
Graf 6.3



Tabulka 7.3

Otázka č. 7: Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) V ordinaci	53	82,8 %
b) V nemocničním pokoji	0	0 %
c) Na chodbě zdravotnického zařízení	0	0 %
d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení	7	10,9 %
e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky	4	6,3 %
f) Nevzpomínám si	0	0 %
g) Jiné (uved'te):	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf 7.3



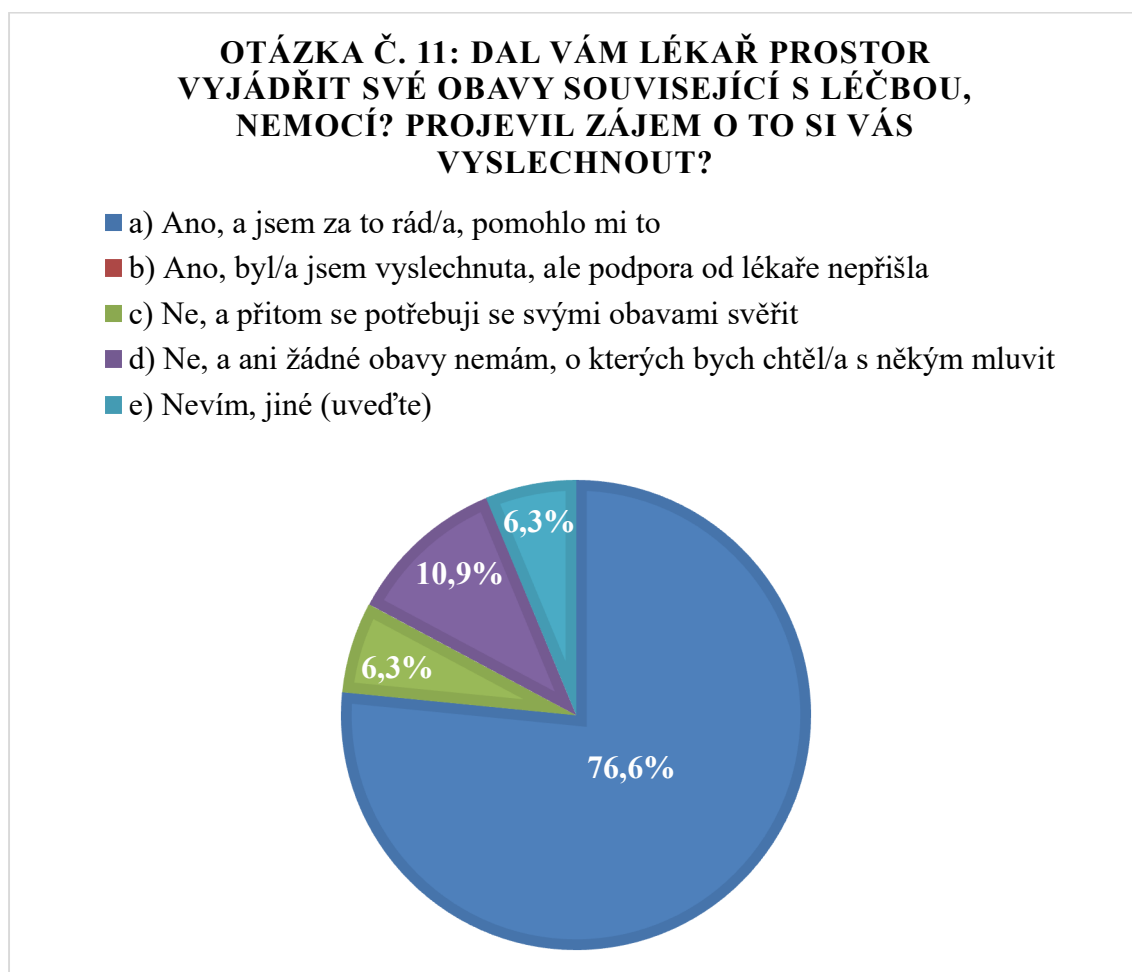
Tabulka 10.3

Otázka č. 10: Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9 za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Lékař	4	7,7 %
b) Partner	38	73,1 %
c) Děti	9	17,3 %
d) Rodiče	8	15,4 %
e) Přátelé	21	40,4 %
f) Širší rodina	8	15,4 %
g) Psycholog	0	0 %
h) Pastor	0	0 %
i) Jiné (uveďte)	0	0 %
Celkem odpovídalo	52	81,3 %
Celkem odpovědí	88	

Tabulka 11.3

Otázka č. 11: Dal Vám lékař prostor vyjádřit své obavy související s léčbou, nemocí? Projevil zájem o to si Vás vyslechnout?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, a jsem za to rád/a, pomohlo mi to	49	76,6 %
b) Ano, byl/a jsem vyslechnuta, ale podpora od lékaře nepřišla	0	0 %
c) Ne, a přitom se potřebuji se svými obavami svěřit	4	6,3 %
d) Ne, a ani žádné obavy nemám, o kterých bych chtěl/a s někým mluvit	7	10,9 %
e) Nevím, jiné (uveďte)	4	6,3 %
Celkem	64	100 %

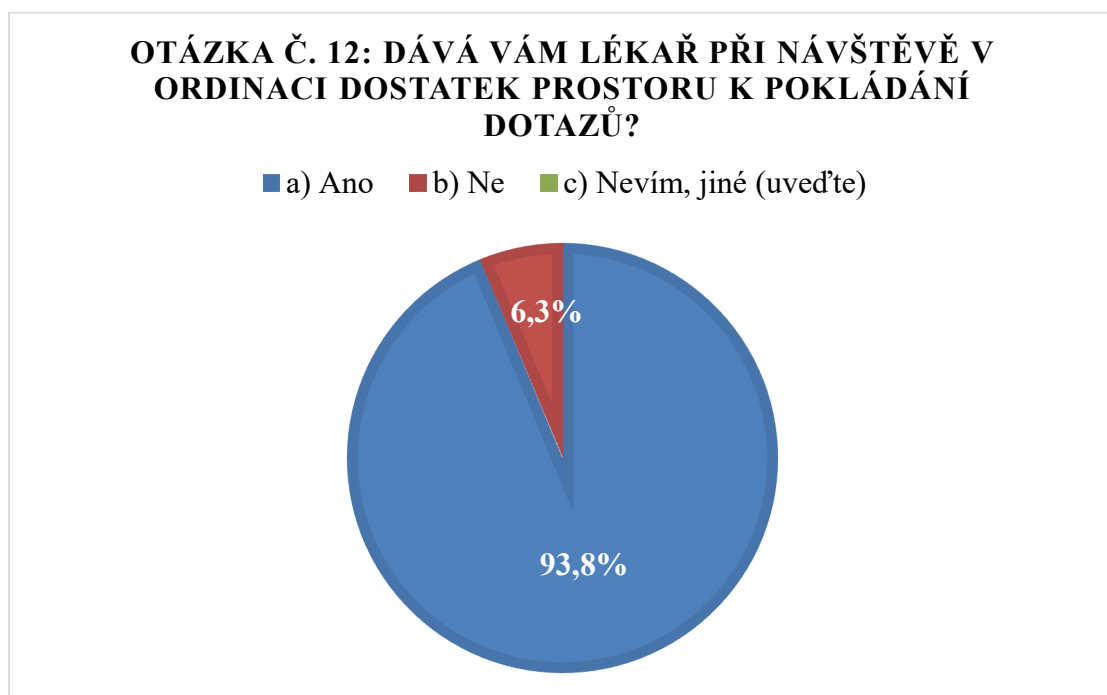
Graf 11.3



Tabulka 12.3

Otázka č. 12: Dává Vám lékař při návštěvě v ordinaci dostatek prostoru k pokládání dotazů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	60	93,8 %
b) Ne	4	6,3 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	64	100 %

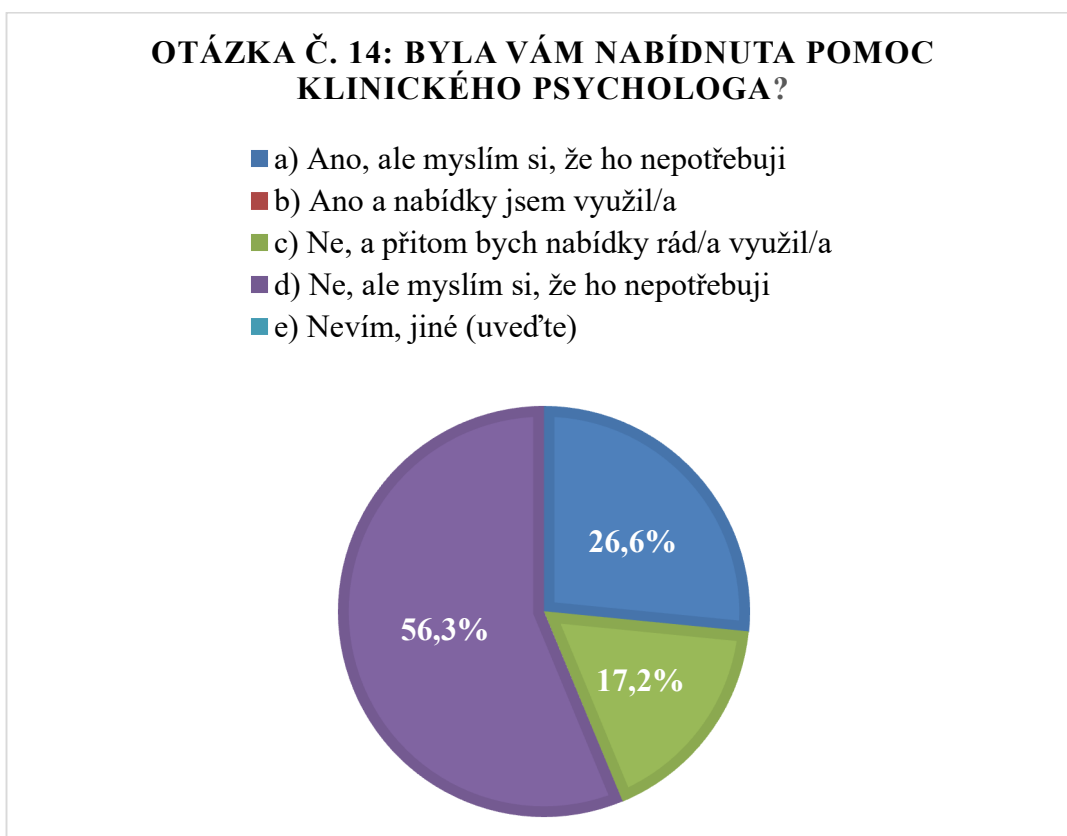
Graf 12.3



Tabulka 14.3

Otázka č. 14: Byla Vám nabídnuta pomoc klinického psychologa?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale myslím si, že ho nepotřebuji	17	26,6 %
b) Ano a nabídky jsem využil/a	0	0 %
c) Ne, a přitom bych nabídky rád/a využil/a	11	17,2 %
d) Ne, ale myslím si, že ho nepotřebuji	36	56,3 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	64	100 %

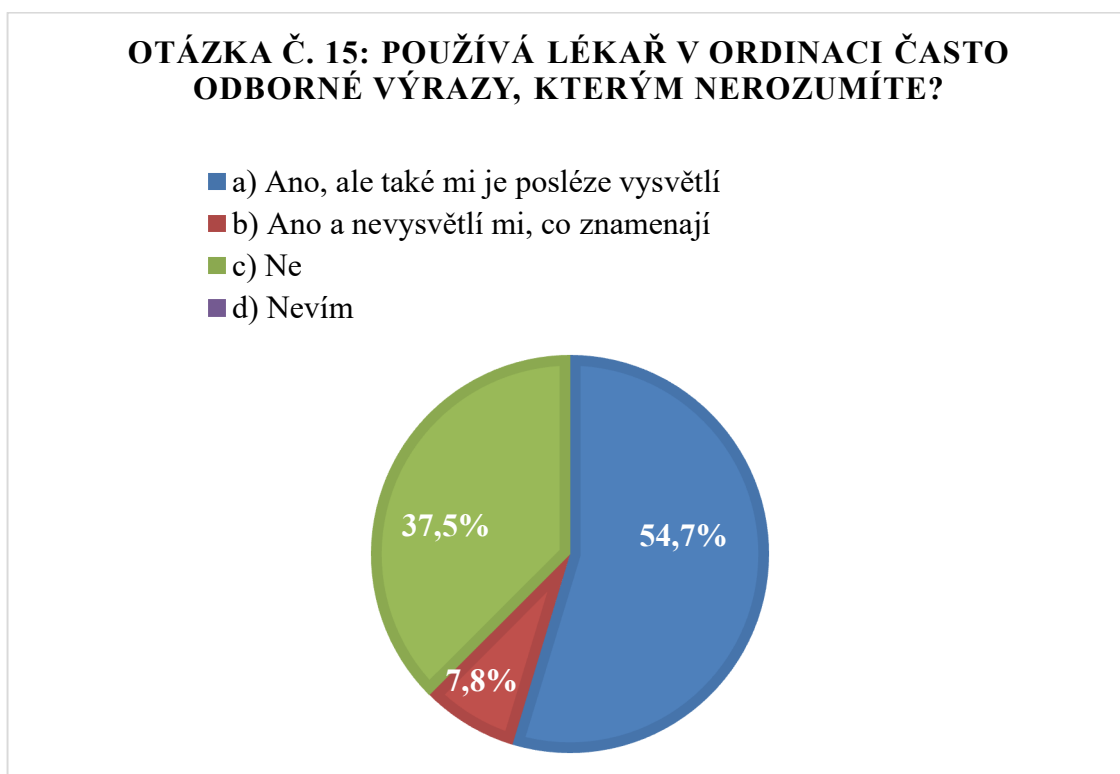
Graf 14.3



Tabulka 15.3

Otázka č. 15: Používá lékař v ordinaci často odborné výrazy, kterým nerozumíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale také mi je posléze vysvětlí	35	54,7 %
b) Ano a nevysvětlí mi, co znamenají	5	7,8 %
c) Ne	24	37,5 %
d) Nevím	0	0 %
Celkem	64	100 %

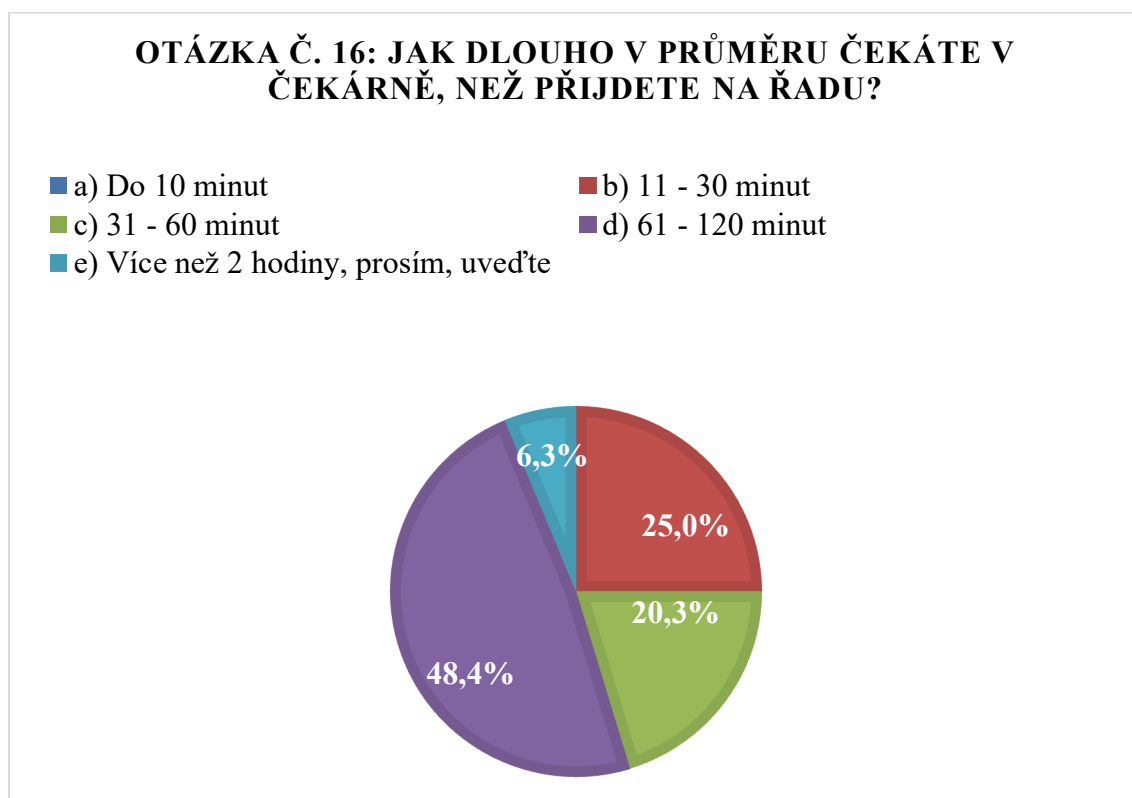
Graf 15.3



Tabulka 16.3

Otázka č. 16: Jak dlouho v průměru čekáte v čekárně, než přijdete na řadu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Do 10 minut	0	0 %
b) 11 - 30 minut	16	25,0 %
c) 31 - 60 minut	13	20,3 %
d) 61 - 120 minut	31	48,4 %
e) Více než 2 hodiny, prosím, uveďte	4	6,3 %
Celkem	64	100 %

Graf 16.3



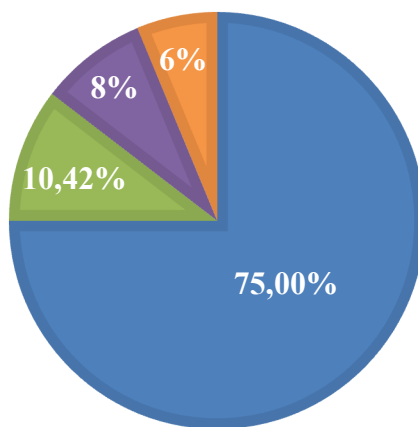
Tabulka 6.4

Otázka č. 6: Dal Vám lékař možnost podílet se na volbě léčby?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři	36	75,00 %
b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu	0	0 %
c) Ano, vyjádřila jsem svá přání a ta byla respektována	5	10,42 %
d) Ano, vyjádřila jsem svá přání, ale nebyla respektována	4	8,33 %
Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby	0	0 %
f) Jiné, nevím (uveďte):	3	6,25 %
Celkem	48	100 %

Graf 6.4

OTÁZKA Č. 6: DAL VÁM LÉKAŘ MOŽNOST PODÍLET SE NA VOLBĚ LÉČBY?

- a) Ano, ale přesto jsem nechal/a rozhodnutí na lékaři
- b) Ne, a ani bych neměl/a zájem, nerozumím tomu
- c) Ano, vyjádřila jsem svá přání a ta byla respektována
- d) Ano, vyjádřila jsem svá přání, ale nebyla respektována
- e) Ne, a přitom bych chtěl/a mít možnost volby
- f) Jiné, nevím (uved'te):



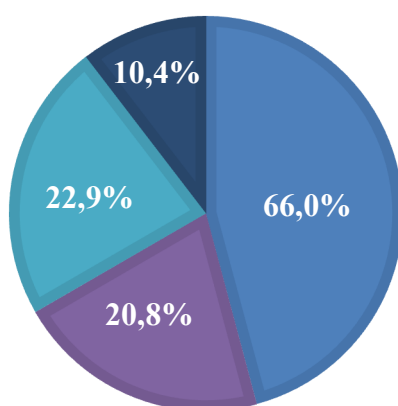
Tabulka 7.4

Otázka č. 7: Vybavíte si místo, kde Vám lékař poprvé sdělil Vaši onkologickou diagnózu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) V ordinaci	22	45,8 %
b) V nemocničním pokoji	0	0 %
c) Na chodbě zdravotnického zařízení	0	0 %
d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení	10	20,8 %
e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky	11	22,9 %
f) Nevzpomínám si	0	0 %
g) Jiné (uved'te):	5	10,4 %
Celkem	48	100 %

Graf 7.4

OTÁZKA Č. 7: VYBAVÍTE SI MÍSTO, KDE VÁM LÉKAŘ POPRVÉ SDĚLIL VAŠI ONKOLOGICKOU DIAGNÓZU?

- a) V ordinaci
- b) V nemocničním pokoji
- c) Na chodbě zdravotnického zařízení
- d) V soukromí ve zdravotnickém zařízení
- e) Diagnóza mi byla sdělena telefonicky
- f) Nevzpomínám si
- g) Jiné (uved'te):



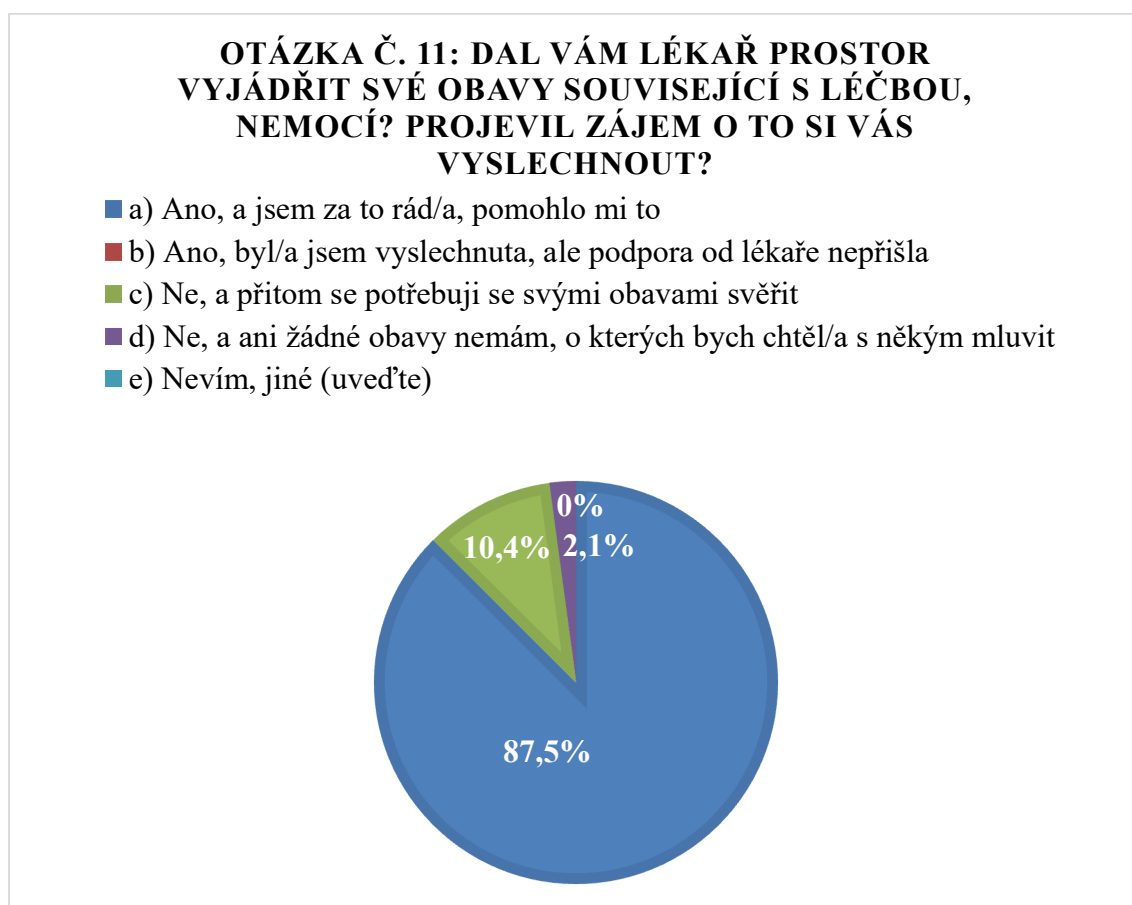
Tabulka 10.4

Otázka č. 10: Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 9 za b) Ne, označte, prosím, kdo Vám byl nablízku:		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Lékař	5	12,8 %
b) Partner	28	71,8 %
c) Děti	11	28,2 %
d) Rodiče	7	17,9 %
e) Přátelé	9	23,1 %
f) Širší rodina	5	12,8 %
g) Psycholog	3	8,0 %
h) Pastor	0	0 %
i) Jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem odpovídalo	39	81,3 %
Celkem odpovědí	68	

Tabulka 11.4

Otázka č. 11: Dal Vám lékař prostor vyjádřit své obavy související s léčbou, nemocí? Projevil zájem o to si Vás vyslechnout?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, a jsem za to rád/a, pomohlo mi to	42	87,5 %
b) Ano, byl/a jsem vyslechnuta, ale podpora od lékaře nepřišla	0	0 %
c) Ne, a přitom se potřebuji se svými obavami svěřit	5	10,4 %
d) Ne, a ani žádné obavy nemám, o kterých bych chtěl/a s někým mluvit	1	2,1 %
e) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	48	100 %

Graf 11.4



Tabulka 12.4

Otázka č. 12: Dává Vám lékař při návštěvě v ordinaci dostatek prostoru k pokládání dotazů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	48	100 %
b) Ne	0	0 %
c) Nevím, jiné (uved'te)	0	0 %
Celkem	48	100 %

Graf 12.4



Tabulka 14.4

Otázka č. 14: Byla Vám nabídnuta pomoc klinického psychologa?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale myslím si, že ho nepotřebuji	7	14,6 %
b) Ano a nabídky jsem využil/a	5	10,4 %
c) Ne, a přitom bych nabídky rád/a využil/a	0	0 %
d) Ne, ale myslím si, že ho nepotřebuji	30	62,5 %
e) Nevím, jiné (uveďte)	6	12,5 %
Celkem	48	100 %

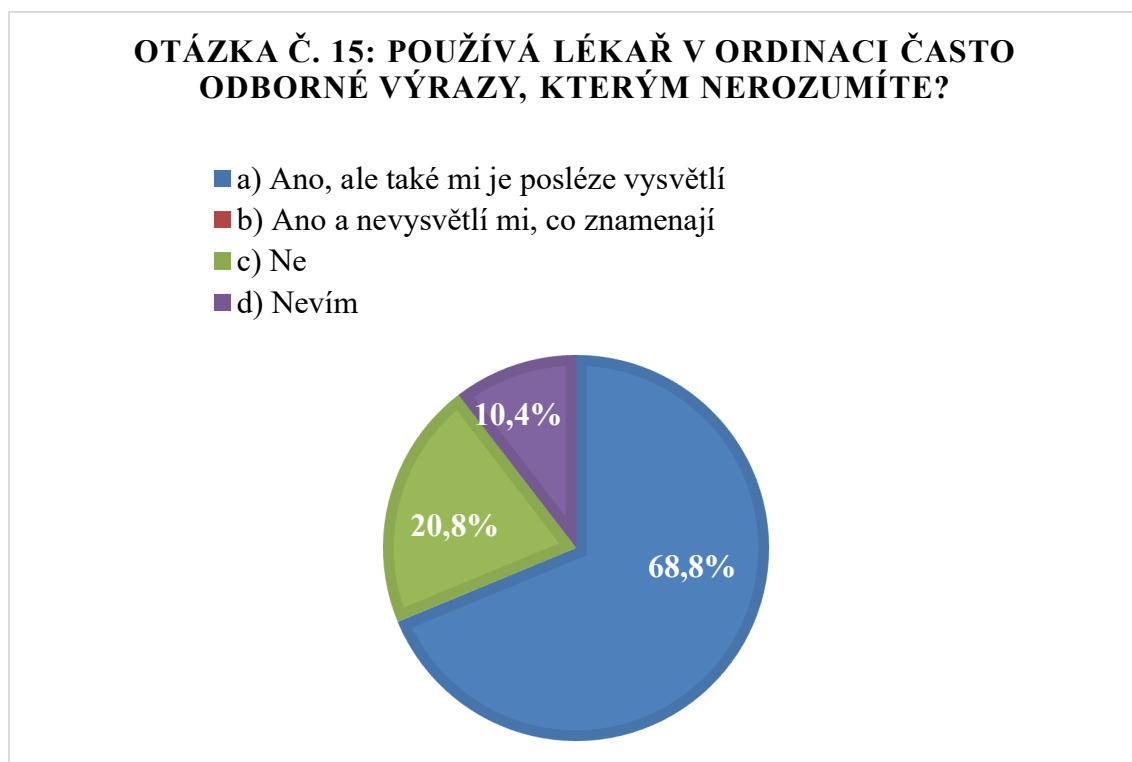
Graf 14.4



Tabulka 15.4

Otázka č. 15: Používá lékař v ordinaci často odborné výrazy, kterým nerozumíte?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, ale také mi je posléze vysvětlí	33	68,8 %
b) Ano a nevysvětlí mi, co znamenají	0	0 %
c) Ne	10	20,8 %
d) Nevím	5	10,4 %
Celkem	48	100 %

Graf 15.4



Tabulka 16.4

Otázka č. 16: Jak dlouho v průměru čekáte v čekárně, než přijdete na řadu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Do 10 minut	0	0 %
b) 11 - 30 minut	7	14,6 %
c) 31 - 60 minut	33	68,8 %
d) 61 - 120 minut	3	6,3 %
e) Více než 2 hodiny, prosím, uveďte	5	10,4 %
Celkem	48	100 %

Graf 16.4

