



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Únava u onkologicky nemocných

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Gabriela Nejedlá

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Únava u onkologicky nemocných*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2. 5. 2019

.....
podpis

Poděkování

Touto formou bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí této práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a čas, který mi byl věnován při konzultacích. Dále děkuji všem respondentům za ochotné poskytnutí rozhovorů a umožnění provedení výzkumu.

Únava u onkologicky nemocných

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo popsat, jakou úlohu zastávají sestry v problematice únavy u onkologických pacientů. Zjistit jaké existují možnosti ovlivnění únavy onkologických pacientů a jak jsou v praxi uplatňovány. Jakým způsobem je únava pacientů podstupujících onkologickou léčbu zaznamenávána a hodnocena v dokumentaci pacientů a jak je únava vnímána samotnými pacienty. V rámci praktické části bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen devíti sestrami a devíti pacienty vybraných onkologických oddělení v nemocnicích ČR. Výběr respondentů byl záměrný. Získané rozhovory byly zpracovány pomocí techniky otevřeného kódování metodou tužka a papír. Při vyhodnocování rozhovorů se sestrami bylo vytvořeno devět kategorií, rozhovory s pacienty byly vyhodnoceny v sedmi kategoriích. Některé kategorie byly námi dále rozděleny do několika podkategorií dle jejich zaměření.

Z výsledků práce vyplývá, že se jedná o příznak, který je často ze strany ošetrovatelského personálu zanedbáván. Výzkum prokázal skutečnost, že sestry se hodnocením a zaznamenáváním únavy v dokumentaci nemocného nezabývají, jak by měly. Nejsou jimi prováděné veškeré možné intervence k ovlivnění únavy. Z výsledků byl dále zjištěn fakt, že pacienti nejsou převážnou většinou sester řádně edukováni o možnostech ovlivnění únavy i přes skutečnost, že sestra může kvalitní ošetrovatelskou péčí ovlivnit pacientův fyzický, ale i psychický stav, což se přímo odráží na míře únavy pacientů.

Klíčová slova

kvalita života; onkologické onemocnění; onkologický pacient; ošetrovatelská péče; únava

Fatigue in cancer patients

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic and problematics of the role, aspect and contribution of the professional nurses in the case of the oncology patient's fatigue. The aim is To find out not only what are the possibilities of influencing the whole process of oncology patients' fatigue but how they are applied in practice as well. Furthermore the process of how is the cancer patients' fatigue documented and evaluated is also pointed out as well as the patients' perception of tiredness.

In the practical part of the thesis was used qualitative research in the form of semi-structured interviews. The research group consisted of nine nurses and nine patients of selected oncology departments in the Czech hospitals. The choice of all the respondents was deliberate. The given interviews were processed by the open coding technique using pencil and paper. Nine categories were created during the process of evaluation of the interviews with nurses. Patient interviews were evaluated in seven categories. Some of the groups are divided into subcategories according to their specialization.

The research shows that this – the whole process of fatigue is a symptom that is often neglected by nursing staff. The research also points out has shown that nurses do not follow up with assessing and recording fatigue in the patient's documentation as they should. They don't carry out all possible interventions to affect fatigue. The results also showed that the majority of nurses do not educate the patients about the possibilities of affecting tiredness despite the fact that the nurse can influence not only the patient's physical condition but the psychological state as well by good nursing care, which is directly reflected in the level of patients' fatigue.

Keywords

quality of life; cancer; oncological patient; nursing care; fatigue

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Výskyt nádorového onemocnění	9
1.2 Nádorové onemocnění	10
1.3 Klinická klasifikace zhoubných nádorů.....	11
1.4 Základní symptomatologie a diagnostika nádorového onemocnění.....	12
1.5 Vedlejší účinky onkologické léčby.....	13
1.5.1 Vedlejší účinky spojené s chemoterapií a možnosti jejich řešení	13
1.5.2 Vedlejší účinky spojené s radiační léčbou.....	19
2. Únava.....	20
2.1 Definice a etiologie únavy	20
2.2 Symptomatologie a hodnocení únavy.....	21
2.3 Metody ovlivnění únavy	23
2.4 Úlohy sestry v ovlivnění únavy	24
2.5 Únava v paliativní péči	27
2.6 Přístup sester k onkologicky nemocným	29
3. Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
3.1 Cíle práce	30
3.2 Výzkumné otázky	30
4. Metodika.....	31
4.1 Popis metodiky	31
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
5. Výsledky.....	33
5.1 Identifikační údaje dotazovaných sester	33
5.2 Analýza výsledků 1	34
5.3 Identifikační údaje dotazovaných pacientů.....	47
5.4 Analýza výsledků 2.....	49
6. Diskuze	57

Závěr	64
Seznam literatury	66
Seznam zkratek	74
Seznam příloh	75

Úvod

Nádorová onemocnění provázela lidstvo již od pradávna, důkazem o jejich existenci jsou dochované archeologické nálezy. První a dodnes používaný pojem karcinom-karkinóma byl poprvé použit v antickém Řecku nejslavnějším lékařem starověku Hippokratem, označovaným za „otce medicíny“. Také termín onkos-tumor pochází z Hippokratových dob (Klener, 2002).

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, jelikož mě problematika onkologie všeobecně zajímá. Nádorové onemocnění osobně zasáhne většinu lidí. Diagnóza onkologického onemocnění představuje velkou zátěž, jak pro nemocného, tak jeho rodinu a okolí. Samotné nádorové onemocnění je provázeno mnoha vedlejšími příznaky, které výrazně snižují kvalitu života nemocného.

V bakalářské práci se zaměřujeme na únavu, která je neodmyslitelně spojená s nádorovým onemocněním. Únava je doprovodný projev nemoci a léčby patřící k velmi častému, ale bohužel i opěťovaně přehlíženému problému mnohých onkologických pacientů. Jedná se o příznak, který nemocným ovlivňuje kvalitu života více než obávaná nevolnost a bolest. V této práci jsme se chtěli více přiblížit dané problematice. Úkolem bakalářské práce bylo zjistit, jak únavu vnímá samotný pacient podstupující onkologickou léčbu. Zjistit existující možnosti ovlivnění únavy onkologických pacientů a v jaké míře jsou v praxi uplatňovány a v neposlední řadě jakou úlohu v problematice únavy u onkologických pacientů hrají samotné sestry.

1. Současný stav

1.1 Výskyt nádorového onemocnění

Dušek et al. (2014) onkologické onemocnění řadí mezi civilizační choroby, které v současnosti postihují značnou část populace vyspělých zemí. Klener (2011) doplňuje tvrzení, že nádory patří dokonce na druhou příčku z příčin úmrtí. Stránský a Ryšavá (2014) uvádějí, že onkologickou chorobou onemocní na celém světě až 11 milionů lidí během jednoho roku. Z toho téměř 7 milionů onkologicky nemocných tomuto onemocnění podlehne.

Národní onkologická společnost (2018) s určitou nadsázkou prohlašuje, že s nádorovým onemocněním se bez výjimky v průběhu svého života setkáme všichni a riziko nádorového onemocnění se týká prakticky každého z nás. S prodlužující se délkou lidského života narůstá pravděpodobnost, že nás zhoubný nádor postihne. Každý rok zemře v České republice na onkologické onemocnění téměř 27 tisíc lidí. V počtu onkologicky nemocných zaujímá Česká republika přední místa v Evropě. Petruželka et al. (2014) dokonce konstatují, že zátěž české populace zhoubnými nádory patří k nejvyšším na světě. Dle Vorlíčka (2011) ze statistických údajů vyplývá, že každých 20 minut v České republice na nádorové onemocnění umírá jeden člověk.

Dle Komárka et al. (2007) Státní zdravotní ústav ročně eviduje přes 30 tisíc případů pracovní neschopnosti způsobené onkologickým onemocněním. Celkově tvoří finanční ztráty vydané na léčbu, hospitalizaci, nemocenské dávky a invalidní důchody téměř 8,3 miliardy Kč ročně. Příčiny vysokých ekonomických ztrát dle státního zdravotního ústavu spočívají v narůstajícím počtu nemocných, jednak také v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění.

Národní onkologická společnost (2018) jako nejčastěji diagnostikované zhoubné onemocnění u mužů uvádí karcinom tlustého střeva a konečníku, u žen je to karcinom prsu. Mezi další časté zhoubné nádory u nás se řadí zejména nádory prostaty, plic či kožní nádory. Celková čísla a fakta týkající se onkologicky nemocných lidí, jak v České republice, tak celosvětově nejsou příznivá, tudíž nikdo nemůže o sobě tvrdit, že se ho

onkologické onemocnění netýká. Výskyt nádorových onemocnění, počet každoročně nově se objevujících případů a především počet osob umírajících na nádorové onemocnění je natolik alarmující, že onkologicky postiženého najdeme prakticky v každé širší rodině.

1.2 Nádorové onemocnění

Zhoubné nádory patří do skupiny onemocnění, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Příčinou je trvalé poškození mechanismu kontrolující růst buněk. Výsledkem takového poškození vzniká nárůst buněčné masy nádoru, který napadá a ničí zdravou fyziologickou tkáň (Vorlíček, 2006).

Vorlíček (2012) nádory rozděluje na benigní a maligní. Benigní neboli nezhoubné mají omezenou schopnost růstu, nešíří se do okolí a zůstávají na místě vzniku. Benigní nádory nemohou metastazovat a ve většině případů neohrožují okolní tkáň. Maligní neboli zhoubné nádory se chovají mnohem agresivněji, rostou zpravidla rychleji, šíří se do okolních tkání a mohou vytvářet vzdálená ložiska – metastázy.

Slezáková (2010) metastazování definuje jako proces, při kterém vzniká metastáza-druhotné ložisko, vznikající z jedné nádorové buňky. Metastázy se mohou vyskytovat ve tkáních, orgánech, tělních dutinách a lymfatických uzlinách. Přítomnost metastáz značí pro nemocného nepříznivou prognózu. Maligní buňky se mohou šířit lymfatickým systémem, krevním oběhem, prorůstáním do okolí či šířením v ohraničených anatomických prostorech.

Fabian (2015) s Vorlíčkem (2012) se shodují na rozčlenění nádorů do skupin dle toho, v jaké tkáni nádor vzniká na tzv. histogenetickém dělení. Benigní mezenchymové nádory, tvořící se z pojivových tkání, se dále dělí na fibrom vzniklý z kolagenního vaziva, lipom z tukové tkáně, hemangiom z krevních cév, myxom z hlenového pojiva, chondrom z chrupavky, synovialom ze synovie, angiom z cév a rabdomyom vznikající z příčně pruhovaného svalstva. Mezenchymové maligní nádory se dělí obdobným způsobem, souhrnně se nazývají sarkomy. Z křevetvorné tkáně kostní dřevě jsou to nádory nazývané leukemie, patřící do tzv. hematopoetických nádorů. Epitelové nádory,

vznikající z epitelových žláзовých buněk či z krycích epitelů. Epitelové benigní nádory se dělí na papilom z povrchového epitelu a adenom ze žláзовého epitelu. Maligní epitelové nádory nazývané karcinomy jsou nejčastějším vyskytujícím se typem maligních novotvarů. Neuroektodermové nádory mají původ v centrální či periferní nervové soustavě. Benigní variantou těchto nádorů je pigmentový névus, zhoubnou variantou maligní melanom. Germinální nádory vznikají v zárodečných buňkách pohlavních žláz. Šafránková a Nejedlá (2006) chorikarcinom definují jako nádor vznikající v embryonální části placenty. Nádor ze tkání, vystýlající dutiny pleurální, perikardiální a peritoneální nazývají mezoteliom.

Fabian (2015) rozdělení doplňuje o nádory smíšené. Dle Mačáka et al. (2004) se smíšené nádory vyznačují složením ze dvou nebo více odlišných histologických struktur. Mluvíme o smíšených benigních mezenchymových nádorech, kdy obě tkáně mohou být mezenchymového původu. Smíšené epitelové a mezenchymové nádory jsou tvořeny z epitelové a mezenchymové struktury.

1.3 Klinická klasifikace zhoubných nádorů

Rozsah zhoubného onemocnění se hodnotí dle mezinárodní klasifikace TNM systému. TNM systém představuje jednotnou celosvětově uznávanou a používanou klasifikaci. Tato klasifikace neplatí v případě nádorových chorob týkajících se krve, které mají vlastní specifické klasifikace. TNM systém umožňuje plánování léčby, stanovení prognózy onemocnění, dále pomáhá při vyhodnocování výsledků léčby, usnadňuje předávání informací o výsledcích a způsobu léčení mezi jednotlivými pracovišti. Významnou roli hraje také při výzkumu zhoubných nádorů (Vorlíček et al., 2012).

Dle Sobina et al. (2010) podstatou této mezinárodní klasifikace je popis rozsahu primárního nádoru T (tumor), postižení regionálních uzlin N (noduli), přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz M. Přidáním čísla k jednotlivým písmenům je určován rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému. K jednotlivým písmenům se přiřazuje číslo 0 – 4. Čím vyšší přiřazené číslo je, tím vyšší je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii.

Slezáková et al. (2013, s. 102) dodávají „*Jestliže není možné klasifikaci stanovit v důsledku nedostatku provedených vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbol X*“. Vorlíček (2012) uvádí možná hodnocení. Pro T jsou T0 (žádná informace o přítomnosti primárního nádoru), T1-T4 (postupně se zvětšující nádor), TX (primární nádor není možno zhodnotit). Pro N platí hodnocení N0 (regionální uzliny nepostiženy), N1-N3 (postupně se zvětšující postižení regionálních uzlin), N0 (regionální uzliny nepostiženy). Pouze u písmene M se přidává číslo 0 – 1, kdy platí M0 (žádné vzdálené metastázy), M1 (vzdálené metastázy přítomné) a MX (vzdálené metastázy nelze zhodnotit).

1.4 Základní symptomatologie a diagnostika nádorového onemocnění

American Cancer Society (2014) zdůrazňuje, že pokud na sobě člověk ucítí změnu zdravotního stavu, značí to o tom, že je něco v nepořádku a je nutné co nejdříve vyhledat lékaře. Někdy lidé symptomy záměrně ignorují, mohou se jim zdát nedůležité, zvláště pokud jejich existenci přisuzují banální příčinu. Žádný příznak onemocnění by však neměl být ignorován, zvláště pokud trvá delší dobu či se zhoršuje. Podle Klenera (2013) včasná diagnostika hraje v boji s nádorovým onemocněním zásadní roli.

Mezi nejběžnější varovné příznaky nádorového onemocnění patří nevysvětlitelná ztráta hmotnosti, horečka, únava. Mezi další příznaky se řadí bolest, kašel, chraptot či změny na kůži- svědění, zčervenání kůže či nehojící se rány (American Cancer Society, 2014).

Klener (2013) ve své publikaci uvádí další manifestní příznaky nádorového onemocnění, mezi které řadí krev v moči a ve stolici, krvácení u žen mimo periodu, nápadnou změnu mateřského znaménka, kdekoliv na těle vytvořené zatvrdliny anebo zvětšené uzliny.

Diagnostika nádorových onemocnění se rozděluje na několik základních vyšetření. Dle Vorlíčka (2012) se diagnostika skládá z odebrání anamnézy, která nám poskytne informace o životním stylu a varovných příznacích pacienta. Dále z celkového vyšetření pacienta, které zahrnuje podrobné vyšetření, zvláště se zaměřením na krk a dutinu ústní,

prsy u žen, kůži a lymfatické uzliny celého těla. Provádí se digitální vyšetření konečníku a prostaty u mužů, gynekologické vyšetření u žen.

Mezi laboratorní metody patří hematologické vyšetření zaměřené na poruchy vyskytující se v krevním obraze a jeho komponentů. Dále biochemické vyšetření, pomocí něhož se zjišťuje přítomnost nádorových markerů, provádí se odběr vzorku stolice na okultní krvácení a vyšetření moči. Chocenská et al. (2009) za nejvhodnější diagnostickou metodu považují mikroskopické vyšetření biologického materiálu, při kterém je možno vyšetřit buňky tzv. cytologické vyšetření či tkáně tzv. histologické vyšetření.

Vorlíček et al. (2012) mezi další diagnostické metody zařazují endoskopické vyšetření a zobrazovací vyšetření, mezi které se řadí ultrasonografie, rentgenové vyšetření, výpočetní tomografie, magnetická rezonance, radionuklidová diagnostika a pozitronová emisní tomografie (PET). Zobrazování metody slouží k určení uložení a velikosti nádoru, případné jeho rozšíření do okolních tkání, vymezení krevní zásoby nádoru a postižení lymfatického systému.

1.5 Vedlejší účinky onkologické léčby

1.5.1 Vedlejší účinky spojené s chemoterapií a možnosti jejich řešení

V onkologii chemoterapeutická léčba spočívá v podávání léků tzv. cytostatik. Cytostatika mohou být připraveny synteticky či mohou být přirozeného původu-deriváty látek získaných z rostlin či plísní. Cytostatika mají cytotoxický účinek, jinými slovy potenciál zabít buňky. Cílem léčby cytostatiky je zasáhnout a poškodit genetickou informaci buňky, uloženou v DNA (Klener, 2006).

Šachlová a Mlíchová (2014) poukazují na neselektivní účinek cytostatik, kdy je potlačen růst jak nádorových buněk, ale i buněk zdravých tkání. Z poškození normálních tkání pramení nežádoucí účinky, které jsou důsledkem každé protinádorové chemoterapie. Kozáková et al. (2011) z časového hlediska rozdělují nežádoucí účinky na bezprostřední dostavující se v hodinách až dnech po podání, časné přicházející po

dnech a týdnech, oddálené účinky objevující se po týdnech až měsících a pozdní nežádoucí účinky, které se mohou projevit až po letech ukončení léčby.

Bezprostřední nežádoucí účinky chemoterapie

Zvýšené riziko výskytu nevolnosti a zvracení může být způsobeno podáním cytostatika s vysokým emetogenním účinkem (způsobující nevolnost), nižší tolerancí na předchozí podání cytostatika, nedostatkem spánku noc před aplikací cytostatické léčby, sníženou výkonností a úzkostí (Novotný, 2012). Tento typ nežádoucích účinků je nutno tlumit podáváním antiemetik- léků tlumících zvracení. Tyto léky je nutné podávat již před první chemoterapií, aby pacient nezískal zkušenost spojenou s velkou nevolností a zvracením (Vorlíček, 2012).

Úkolem sestry je podání antiemetické premedikace dle ordinace lékaře s cílem zamezit vzniku a rozvoji nevolnosti. Sestra by měla u pacienta eliminovat faktory úzkosti a strachu. Provést edukaci pacienta o vhodnosti lehké stravy. Doporučuje se vyvarovat sladkému, tučnému a masnému jídlu. Jíst po menších porcích vícekrát denně a vyhnout se intenzivní vůni. Po najedení si odpočinout ve zvýšené poloze. Preferovat studenou stravu a nápoje. Nedoporučuje se pít při jídle, těsně před ním a po něm. Úlevu přináší cumláni ledu či bonbónu (Vorlíček, 2013).

Slezáková et al. (2013) upozorňuje, že v průběhu podání chemoterapie může dojít k alergické reakci na podaný lék. Mezi projevy alergie patří začervenání v obličeji nebo červené skvrny po celém těle, svědění, vyrážka a otok. Můžou se objevit i dechové obtíže, v extrémních případech může dojít i k poruše vědomí. V průběhu chemoterapie je každý pacient sledován sestrou a lékařem v případě uvedených obtíží je ihned zahájena odpovídající léčba (Karešová, 2010).

Při aplikaci některých cytostatik může organismus na podané léčivo reagovat příznaky podobné chřipce. Nemocní pociťují zimnici a třesavku, zvýšenou teplotou až nad 38 °C (Adam et al., 2013). Sestra dle ordinace lékaře podá pacientovi antipyretikum (Abrahámová, 2009).

Dle Kuchtíkové et al. (2012) při opakovaných nitrožilních aplikacích do žíly může dojít k reakci v okolí vpichu, kdy jsou patrné známky, jako je zarudnutí, otok a bolestivé zduření v místě vpichu. Rovněž může dojít k úniku aplikovaného léčebného roztoku do okolí žíly, projevující se bolestivým zarudnutím, otokem až vzniklou nekrózou, vše záleží na druhu a velikosti úniku cytostatik (Karešová, 2010). Sestra po konzultaci s lékařem aplikuje příslušnou lokální nebo celkovou terapii bránící cytostatiku poškodit tkáň v okolí (Vorlíček et al., 2013).

Časné nežádoucí účinky chemoterapie

Jako časný nežádoucí účinek chemoterapeutické léčby se může objevit snížení hmotnosti. U onkologických pacientů se velmi často objevuje ztráta chuti k jídlu a následná malnutrice neboli podvýživa vedoucí k nutričnímu riziku uvádí Křížová (2016). Úbytek hmotnosti dle Chocenské et al. (2009) je způsoben nízkým příjmem potravy, nauzeou, zvracením, ztrátou chuti k jídlu či depresí. Určitý podíl na snížení hmotnosti má i únava, slabost či ztráta energie. Cassidy et al. (2015) za příčinu nádorové anorexie také považují velké bolesti, které nejsou léčeny a zmírňovány. Sláma (2012) se zabývá závažností podávání velkého množství léků, neboť i ty podle Slámy mohou ovlivňovat celkovou chuť k jídlu. Po zjištění nádoru je ideálním postupem dle Starnovské et al. (2007) okamžitá podpora léčby vhodnou výživou. Důležité je udržovat si během léčby váhu v normě, jinak tělo začne čerpat energii ze zásob a následkem toho dochází k oslabení imunity a náchylnosti k infekcím nebo oslabení funkce svalové tkáně. Onkologicky nemocní by měli mít zvýšený celkový energetický příjem, zejména pomocí tuků a bílkovin.

Nádorová kachexie je zánětlivý stav, při kterém se z tumoru začnou uvolňovat cytokiny (Bruera et al., 2017). Autoři dále uvádí, že se nádorová kachexie vyznačuje inzulinovou rezistencí, únavou a ztrátou svalstva, která následně vede k poklesu fyzické aktivity. Nádorová kachexie není již pouhé hladovění s úbytkem hmotnosti, ale dochází k celkovým ztrátám jak tukové, tak svalové hmoty s porušením celkového metabolismu a to sacharidů, tuků i bílkovin (Cassidy et al., 2015). Kachektický pacient by měl mít ve svém jídelníčku obsaženy potraviny obsahující hodně tuků, sacharidů, bílkovin,

vitamínů, minerálních látek a stopových prvků (Chocenská et al., 2009). Nutné je zajištění nutriční podpory v podobě popíjení farmaceutické výživy tzv. sipping v případě nutnosti se přechází na umělou enterální nebo parenterální výživu (Slezáková et al., 2013). V případě nádorové kachexie je také nezbytné zahájit včasnou rehabilitaci z důvodu nárůstu svalové hmoty (Kohout et al., 2016).

Abrahámová (2009) uvádí, že střevní sliznice je na cytostatickou léčbu jednou z nejcitlivějších tkání. U pacientů se proto může objevit průjem či zácpa. Průjem je opakovaná řídká stolice několikrát za den. Při přetrvávajícím průjmu více než jeden den, lékař předepisuje léky antidiarhoika potlačující průjem. Základem léčby bývá dieta založená na menších porcích, strava by měla být lehká, nekořeněná, nenadýmavá s menším množstvím vlákniny. Vorlíček et al. (2013) upozorňují na důležitost pitného režimu vzhledem k velkým ztrátám tekutin. Při průjmu se ztrácí draslík a další minerální látky ty lze doplnit stravou či je nutné jejich doplnění v lécích. Pokud pacient naopak trpí zácpou, podávají se léky tzv. projímadla. V případě podávání projímadel by se měla upřednostňovat laktulóza a solná projímadla, eventuálně glycerinové čípky. Doporučí se tělesný pohyb, dostatek tekutin, strava s vlákninou a ovoce (Šachlová, Mlíchová, 2014).

V rámci chemoterapeutické léčby mohou nastat infekční komplikace vznikající, jako následek snížené obranyschopnosti pacienta. V důsledku aplikace cytostatik může dojít k poklesu leukocytů, jejichž funkcí je ochrana před infekcí (Abrahámová et al., 2009). Pokud celkový počet bílých krvinek poklesl pod normální hodnoty, označujeme tento stav obecně jako leukopenie. Komplikací poklesu leukocytů je riziko vzniku infekce vyznačující se zvýšenou tělesnou teplotou, zimnicí a třesavkou, pocením, kašlem, bolestí v krku, zčervenáním či otokem místa infekce, pásovým oparem, bolestivým a častým močením (Karešová, 2010). Vorlíček et al. (2013) zdůrazňují přísné dodržování hygienických pravidel. Sestra by měla dbát na zvýšenou hygienu pacienta obzvláště rukou, konečníku a genitálu, hygienu dutiny ústní prováděnou 4x až 6x denně. Úkolem sestry je zajistit izolaci pacienta od míst s větším shromážděním lidí, především infekčních, vhodný je

pro nemocného samostatný pokoj. Při ošetřování nemocného sestra důsledně dodržuje používání ochranných pomůcek (rukavice, ústenka, plášť) chránící pacienta před poraněním, popřípadě ihned provede dezinfekci rány. Sestra pro pacienta zajistí dietu s vyloučením rizikových složek potravy, podává antibiotickou léčbu dle ordinace lékaře (Slezáková et al, 2013).

V důsledku cytostatické léčby může nastat pokles dalších krevních elementů. Tzv. trombocytopenie, což je snížený počet trombocytů, podílející se na zástavě krvácení. Při jejich poklesu je nemocný ohrožen rizikem krvácení (Mechl, Brančíková, 2009). Podle Karešové (2010) se trombocytopenie projevuje modřinami, aniž by se nemocný udeřil, červenou či růžovou močí, černou či krvavou stolicí, neočekávaným krvácením rodidel, dásní či dutiny nosní a drobným tečkovitým krvácením do kůže. Sestra dle Vorlíčka et al. (2013) podává dle ordinace lékaře léky podporující srážlivost krve a transfuze. Edukuje nemocného o nutnosti předcházení i drobným poraněním při běžných denních činnostech nošením rukavic, opatrném čištění ústní dutiny, omezením sportovních aktivit vzhledem k riziku úrazu.

Mezi nepříjemný vedlejší příznak především po stránce psychologické a společenské patří alopecie (Mechl, Brančíková, 2009). Ne však všechny cytostatika způsobí alopecii. Vznik alopecie závisí na druhu a dávce cytostatika (Slezáková, 2007). Poškození není trvalé a po ukončení chemoterapie vlasy narůstají v lepší kvalitě než v předchozí. Nemocným je ošetřujícím lékařem předepisována paruka. Doporučuje se nepoužívat šampóny, které by mohli dráždit pokožku, česat se měkkým kartáčem a vlasy sušit fénem na nejnižší teplotu. Nemocným je doporučováno vlasy ostříhat na krátko hned v počátcích (Karešová, 2010).

Bolestivým vedlejším příznakem vyskytující se u nemocných podstupujících chemoterapeutickou léčbu je zánět v dutině ústní (Abrahámová et al., 2009). Jedná se o postižení, které omezuje a snižuje požadovanou dávku chemoterapie (Tsubaki et al., 2018). Zánět se projevuje jako bolestivé zduření sliznic. Sliznice je zarudlá, krvácející, povleklá a mohou se na ni tvořit afty. Při léčbě sestra provádí výplachy dutiny ústní fyziologickým roztokem, odvarem ze šalvěje či speciálními dezinfekčními roztoky,

popřípadě vyjme zubní protézu (Abrahámová et al., 2009). Zánět v dutině ústní vede k přetrvávajícím bolestem, které mají za následek potíže se stravováním. Dochází k poruchám příjmu potravy, tekutin či vnímání chuti (Riley et al., 2017). Bolest způsobující poruchy příjmu potravy může vést až k malnutrici (Kohout et al., 2016). Nemocnému se doporučuje konzumace nedráždivých, nekořeněných horkých jídel a nápojů (Abrahámová et al., 2009). V případě perorálního příjmu potravy je vhodná strava kašovitá společně s mléčnými výrobky (Kohout et al., 2016). Pokud nemocný není schopen přijímat tuhou či kašovitou stravu přechází se na stravu tekutou, popřípadě se nemocnému zavede sonda do žaludku, zajišťující přísun živin, přičemž nedochází ke dráždění postižených sliznic (Abrahámová et al., 2009). Při bolesti zanícené sliznice je nutné přistoupit k farmakologickému tlumení bolesti. Při neustupující bolesti je nutná celková analgetická léčba pomocí opioidů (Vokurka, 2015).

Oddálené účinky chemoterapie

Mezi oddálené účinky chemoterapie se řadí anémie. Pacient s nízkým počtem červených krvinek je slabý, unavený, bledý, dušný, má lámající se nehty. Točí se mu hlava a trpí závratěmi (Kozák, 2010). Sestra dle ordinace lékaře podává transfuze masy červených krvinek nebo aplikuje erythropoetin- speciální růstový faktor pro červené krvinky (Mechl, Brančíková, 2009). Červené krvinky lze také doplnit podáváním železa (Kuchtíková et al., 2012).

Pozdní účinky chemoterapie

Dle Adama (2013) by se mělo před zahájením léčby u pacientů, kteří plánují rodinu doporučit odebrání a uložení vajíčka nebo spermie s následnou možností umělého oplodnění, jelikož následkem chemoterapeutické léčby může dojít k neplodnosti.

Každý, kdo prodělal zhoubné onemocnění je v budoucnu ohrožen vznikem sekundárního nádorového onemocnění (Holánek, 2016). Za nejčastější sekundární malignitu jsou považovány leukemie, jelikož jsou na léčbu cytostatiky nejcitlivější. Druhotné nádory se mohou vyskytnout po více než deseti letech od prodělání léčby cytostatiky (Abrahámová et al., 2009).

1.5.2 Vedlejší účinky spojené s radiační léčbou

Hynková (2012) tvrdí, že část záření při ozařování nádorové tkáně působí také na tkáň zdravé. Ve zdravé tkáni tento efekt vede k nežádoucím poiradiačním jevům. Nežádoucí účinky ozařování jsou dvojího typu časné a pozdní.

Časné (akutní) poiradiační změny

Tomášek (2015) jako časné nežádoucí účinky označuje ty, které se objevují v průběhu radiační léčby nebo do tří měsíců po jejím skončení a odeznívají do pár týdnů po jejím skončení. Nejčastějším nežádoucím účinkem dle Abrahámové et al. (2009) jsou kožní reakce pozorovatelné na kůži, jako časný erytém, ke konci ozařování pak suchou nebo vlhkou deskvamaci. Podle Vorlíčka et al. (2012) na pacientovi po ozařování můžeme pozorovat celkové příznaky tzv. poiradiační syndrom projevující se únavou, otupělostí, bolestí hlavy, sníženou chutí k jídlu, nauzeou a zvracením nebo průjmy. Vyskytuje se zejména při celotělových ozářeních. Může dojít k akutnímu poškození orgánů, mezi orgány citlivé na ozáření patří zejména srdce, plíce, játra, ledviny, reprodukční orgány, centrální nervový systém a močový měchýř. Většina těchto nežádoucích reakcí jsou dočasná a dají se léčit, závažnější reakce však mohou přecházet do pozdních změn, u nichž je léčba obtížnější.

Pozdní (chronické) poiradiační změny

Pozdní poiradiační poškození se dle Slezákové et al. (2013) objevuje po třech a více měsících po ukončení léčby. Toto poškození je většinou nevratné. Za běžný pozdní vedlejší účinek radioterapie Vorlíček (2012) považuje změnu zabarvení kůže a ztuhnutí podkožní tkáně. Chronické změny se mohou projevit na sliznicích a podslizničním vazivu. V trávicím traktu mohou vznikat poiradiační stenózy (zúžení) v oblasti konečníku či píštěle (komunikace vytvořené mezi vaginou a střevem). Chronické plicní změny vedoucí k chronickým pneumonitidám (zánět plicní tkáně) a plicním fibrózám (zhuštění vaziva ve tkáni) doprovázených dušností. Slezáková et al. (2013) mezi pozdní poiradiační změny zařazují sterilitu, menopauzu, kataraktu (šedý zákal), poškození sítnice, hypofunkci štítné žlázy či vznik gastroduodenálního vředu. Za velmi pozdní

změnu je podle Vorlíčka (2012) považován vznik druhého zhoubného nádoru, vznikající v ozařovaném místě.

2. Únava

2.1 Definice a etiologie únavy

Vokurka et al. (2005, s. 55) únavu při nádorovém onemocnění charakterizují jako „*Pocit celkové fyzické slabosti, nedostatku životní energie (síly) a duševní vyčerpanosti, což negativně ovlivňuje život postiženého.*“

Gates et al. (2011) nádorovou únavu ve srovnání s fyziologickou únavou vyznačují jako nepřekonatelnou, neúprosnou a přetrvávající. Charakteristická je nemožností odstranit ji běžným odpočinkem či spánkem. Dle Lukáše et al. (2014) fyziologická únava na rozdíl od nádorové únavy odpovídá intenzitě provedených činností, která únavě předcházela a po odpočinku odeznívá.

„*Únava u nádorového onemocnění je považována za nemoc: trvá-li nejméně dva týdny, má-li pacient zvýšenou potřebu odpočinku, která neodpovídá výdeji jeho energie.*“ (Hůlová, 2018, s. 32) Americká společnost pro klinickou onkologii (2018), (dále ASCO) uvádí, že většina nemocných podstupujících onkologickou léčbu vykazují známky únavy a přibližně jedna třetina přeživších trpí přetrvávající únavou i několik let po ukončení léčby. Únava je jedním z nejčastějších dlouhodobých vedlejších účinků léčby rakoviny, což významně ovlivňuje kvalitu života pacientů (Bower et al., 2014).

Vokurka et al. (2005) poukazují na obtížnost definovat a určit vlastní mechanismus vzniku únavy u onkologicky nemocných. Dle Bruery (2015) ve vzniku únavy hraje roli řada rozmanitých vlivů, jako např. látky produkované nádorem, hladiny chemických látek, iontů, hormonů či metabolitů. Únava je výsledkem často kombinovaných mechanismů, které ji způsobují.

Vokurka et al. (2005) určili několik situací, pro které je přítomnost únavy typická. Přítomnost nádorového onemocnění a jeho léčba značně vyčerpává energii nemocného, rovněž na únavu mohou negativně působit metabolity při rozpadu nádoru. Nedostatečný odpočinek a spánek, zde se podílí jak vlastní přítomnost nádorového onemocnění, tak další faktory. Zejména řada prodělaných vyšetření, noční aplikace léků, nežádoucí účinky léčby. Dle Sirackého (2009) je to zejména bolest, kvůli které se pacienti méně pohybují, dochází k oslabení svalstva a celého organismu, což je spojené s pocitem stále větší únavy. Intenzita únavy je přímo závislá na hloubce anémie. V důsledku anémie je snižena schopnost krve dodávat kyslík tkáním, což se negativně odráží na energii pacienta. Léky s tlumivým účinkem zejména užívání hypnotik, opioidů, sedativ, antidepresiv či některých antihistaminik mohou u pacienta vyvolat únavu jako vedlejší příznak. V neposlední řadě se na únavě podílí i duševní vypětí nemocného. Dlouhodobé obavy, smutek, deprese jsou častými doprovodnými jevy života onkologických pacientů a spotřebovávají mnoho energie (Kozák, 2010). Siracký (2009) mezi další možné příčiny únavy řadí podvýživu a dehydrataci.

Dle Vokurky et al. (2005) ošetřující sestra v případě únavy může udělat mnoho pro odhalení možné základní příčiny. Sestra by si zejména u nemocného měla ověřit kvalitu a délku spánku, zkontrolovat skladbu a užívání léků s tlumivým účinkem, provést vyšetření hodnot hemoglobinu, brát v úvahu i jiné problémy pacienta mající souvislost s únavou, zejména se jedná o bolest, nevolnost, zvracení a průjemy.

2.2 Symptomatologie a hodnocení únavy

Vokurka et al. (2005) projevy únavy rozdělují na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní projevy zařazují pocit únavy, slabosti a ospalosti, omezení v denních činnostech, pocit smutku, ztrátu koncentrace, motivace a energie nemocného. Objektivní projevy únavy jsou na nemocném pozorovatelné jako apatie, podrážděnost a mlčenlivost. Typickým znakem je pomalá chůze, řeč a pohyby.

Schapira et al. (2015) uvádějí aspekty života, které tyto symptomy negativně ovlivňují. Jedná se zejména o oblast pacientových nálad a emocí, denních činností, pracovních

výkonů, zálib, sociálních vztahů, schopností zvládat léčbu či naději do budoucna. Siracký (2009) upozorňuje i na sexuální oblast života.

Bischel et al. (2016) se věnovali studii týkající se zjištění věkových rozdílů ve výskytu společných fyzikálních příznacích zahrnující únavu, snížení energie a poruchy spánku spojených s nádorovým onemocněním a jeho léčbou. Zjištěním studie bylo, že ve srovnání se staršími pacienty se u mladších nemocných pod 65 let projevuje vyšší nebo podobná úroveň únavy, snížení energie a poruchy spánku. V obou věkových skupinách byla zaznamenána vysoká míra výskytu všech zmíněných symptomů střední až těžké intenzity. Studie apeluje na důležitost posouzení těchto příznaků u všech onkologických pacientů, kteří podstupují chemoterapeutickou léčbu.

Únava je subjektivní příznak, který je dobře vnímaný, ale těžko potvrditelný a změřitelný nějakým vyšetřením (Androšová, 2008). V roce 2014 ASCO vyvinulo klinické praktické pokyny pro lékaře vyžadující pravidelný screening únavy, její hodnocení a edukaci pacienta o možnostech zmírnění tohoto problému. Všichni poskytovatelé zdravotní péče by měli sledovat přítomnost únavy od její diagnózy až po ukončení primární léčby. Bower et al. (2014) doporučují sledování přítomnosti únavy i po ukončení primární léčby. U všech onkologických pacientů by měl být proveden screening pro odhalení únavy alespoň jedenkrát ročně.

Při vyšetření únavy hraje významnou roli odběr anamnézy. Zaleta et al. (2018) zkoumali souvislost mezi fyzickou a psychosociální pohodou a otevřeností pacienta při rozhovoru s lékařem. Z jejich zjištění vyplývá, že funkční pohoda, deprese a obraz těla nemocného hraje zásadní roli v komfortu a otevřenosti při diskuzi o jejich problémech a obavách. Z průzkumu vyplynulo, že 52 % nemocných ze zkoumaného souboru s lékařem hovoří o svých problémech až tehdy, když jim výrazně ovlivňují kvalitu života. Jako důvod uváděli nedůvěru v pochopení jejich problému a schopností lékaře jim pomoci, což souvisí s depresivním myšlením onkologických pacientů.

U únavy se hodnotí její intenzita, průběh v čase (začátek, denní průběh a trvání), faktory a prostředky, které ji ovlivňují a zátěž způsobující únavu. Při hodnocení se pozornost

upíná na nedostatek energie, svalovou slabost, poruchy spánku, špatné nálady a kognitivní funkce nemocného (Androšová, 2008).

Vokurka et al. (2005) k subjektivnímu hodnocení únavy uvádějí vizuální analogové škály (VAS), díky kterým lze zajistit poměrně uspokojivé monitorování stupně únavy. Pacient na úsečce s body od 0 do 10 vyznačí pozici odpovídající intenzitě jeho únavy. Z provedeného výzkumu Suzukiho et al. (2018) vyplynulo, že ze zkoumaného souboru 60 % onkologických pacientů hodnotilo intenzitu únavy na VAS škále ≥ 7 . Pro hodnocení únavy se využívají další hodnotící škály. Němcová (2007) zmiňuje lineární analogovou škálu (LASA) pro hodnocení energie pacienta. Kdy 0 znamená nejnižší možnou energii a 100 maximální možnou energii. Pro vytvoření zpětného přehledu za určité období je možný měsíční záznam v podobě měsíčního kalendáře energie, který zjišťuje vývoj pacientovy energie v průběhu času. Mezi další metody hodnotící únavu patří dotazníky. Existují dotazníky zaměřené na kvalitu života v různých doménách, kdy dotazy na únavu jsou pouze jedním z aspektů či dotazníky tvořené přímo pro hodnocení únavy. Meneses-Echávez et al. (2015) uvádějí FS- Piper Fatigue Scale, Schwartzovu stupnici únavy (SCFS), multidimenzionální inventář únavy (MFI). Huri et al. (2018) mezi používané stupnice v praxi řadí Rhoton Fatigue Scale a Cancer Fatigue Scale (CFS).

Dle O'connor a Arandy (2005) při hodnocení únavy u pacienta má kromě lékaře svou nezastupitelnou úlohu i ošetřující sestra, která za hospitalizace sleduje projevy únavy a aktivně se pacienta dotazuje na její přítomnost.

2.3 Metody ovlivnění únavy

Vokurka et al. (2005) upozorňují na individuální přístup k léčbě a ošetřování každého pacienta. O'connor a Aranda (2005) konstatují, že únavu nelze léčit jako izolovaný problém, principem léčby je holistická péče, v rámci všech symptomů nádorového onemocnění.

Snahou lékařské a ošetřovatelské péče dle Vokurky et al. (2005) by mělo být maximální ovlivnění těch příčin únavy, které ovlivnit lze. Saikiová et al. (2017) v léčbě únavy

uvádějí dva přístupy, spočívající ve farmakologických a nefarmakologických intervencích.

Mezi základní farmakologické možnosti Vokurka et al. (2005) zařazují podávání léků navozující spánek (hypnotik) s upřednostněním léků III. generace (urychlují nástup spánku, působí cca 6h., nevzniká po nich závislost). Užívání hypnotik by mělo být vždy s rozvahou a pokud možno jenom na přechodnou dobu. K léčbě únavy se používají nejčastěji kortikosteroidy. Při léčbě anémie se podávají substituční transfuze erytrocytů či podkožní aplikace erythropoetinu. Malé pilotní studie hodnotily účinky doplňků jako je ženšen, vitamín D a dalších přípravků na únavu související s nádorovým onemocněním. Neexistují však žádné důkazy o jejich účinnosti. V léčbě únavy by měly být upřednostňovány spíše nefarmakologické intervence před farmakologickými, které nesou při užívání některých léků určitá rizika (ASCO, 2018).

Nefarmakologické přístupy jsou založené zejména na doporučení, nejdůležitějším krokem je edukace pacienta a jeho rodiny (Androšová, 2008). Nefarmakologické intervence zahrnují vzdělávání pacientů ohledně únavy, psychickou podporu, zmírnění stresu, cvičení a rehabilitaci. Mnoho studií prokázalo, že mezi nejúčinnější metodu ke zmírnění únavy patří právě cvičební a rehabilitační program, který přináší nejlepší účinky v ovlivňování únavy (Saikiová et al., 2017). Jednu ze studií provedl Vulpen (2018), který potvrdil pozitivní vliv pohybové aktivity na zmírnění únavy. Výsledkem studie bylo zjištění příznivého působení kontrolovaného tréninkového programu během chemoterapie proti růstu zánětlivých markerů způsobující únavu. Dle National Comprehensive Cancer Network Guidelines (2018) by měl být cvičební program přizpůsoben věku, pohlaví pacienta, typu nádorového onemocnění a fyzické kondici.

2.4 Úlohy sestry v ovlivnění únavy

Ošetřovatelská diagnóza únava s číslem 00093 vychází z mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA-International. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozřazeny do tzv. diagnostických domén a dále do tzv. tříd. Ošetřovatelská diagnóza únava spadá do čtvrté domény tzv. aktivita a odpočinek a třetí třídy tzv. rovnováha energie. NANDA-International pro jednotlivé ošetřovatelské diagnózy vytvořila

ošetřovatelské intervence vedoucí ke zmírnění či odstranění daného ošetřovatelského problému (Herdman, Kamitsuru, 2017).

Ošetřovatelské intervence sestry v péči o onkologického pacienta s únavou

Sestra hodnotí aktuální stav pacienta. Všimá si projevů únavy, aktivně se nemocného dotazuje na přítomnost a intenzitu únavy. Úkolem sestry je zvážit možné příčiny únavy a rozpoznat ty, které lze ošetřovatelsky ovlivnit (Vokurka et al., 2005). Zaměření na zmírnění poruch spánku pacienta je důležitou složkou ošetřovatelské péče. Gordon (2010) mezi faktory prostředí ovlivňující kvalitu spánku řadí světlo, hluk během spánku, vlhkost a teplotu ovzduší. Gurková et al. (2009) související faktory doplňují o psychické a tělesné. Poruchy spánku považují za následek dlouhodobého užívání hypnotik, nepravidelnosti ve spánku a stresových situacích. Sestra pacientovi doporučuje maximální možný pohyb mimo lůžko, teplou koupel a nápoj před spaním, dále se snaží zajistit klid během noci, v pokoji nemocného čerstvý vzduch a pro něj příjemnou teplotu. Sestra by měla s lékařem zvážit omezení intenzity diuretických infuzí ve večerních hodinách. Podstatné je vyslechnutí a uklidnění pacienta sestrou před spánkem v případě psychických problémů. Dále se pokusit o odstranění souvisejících problémů narušující spánek. Nelze-li spánek pozitivně ovlivnit zmiňovanými intervencemi sestra se s lékařem domlouvá na vhodné medikaci (hypnotika, analgetika, antidepressiva aj.) (Vokurka et al., 2005). Sestra nemocného aktivně povzbuzuje ke snaze zlepšit spánek. Jedním z určujících znaků spolupráce pacienta je pro sestru dodržování spánkového režimu k dosažení spacích návyků. Pacient se po spánku cítí odpočatý. Léky k navození spánku užívá pouze příležitostně. Nemocný vyjadřuje ochotu zlepšit spánek (Herdman, Kamitsuru, 2017).

Sestra provádí hodnocení a intervence k odstranění dalších problémů pacienta. Jde především o bolest, nevolnost, zvracení, horečku, průjem, stres aj. Zajišťuje dostatečný příjem tekutin a výživy. Sestra u nemocného pečlivě hlídá dostatečný příjem tekutin, potřeba u horečnatého pacienta se zvyšuje nad 2l / den, popřípadě zajistí intravenózní příjem tekutin, pozorně sleduje známky malnutrice (Vokurka, 2018). Dle ordinace lékaře podává léky a sleduje reakci pacienta. Zaměřuje se na léky zvyšující únavu

a spavost, jedná se zejména o některá antihistaminika, hypnotika, opioidní analgetika, antidepresiva, sedativa a antiemetika. Sestra pozoruje, jak pacient na lék reaguje. V případě negativní reakce prokonzultuje s lékařem jejich nezbytnost, popřípadě jejich redukci.

Sledování příznaků anémie je součástí ošetrovatelské péče. Sestra sleduje aktuální hladiny hemoglobinu, negativní dopad na únavu, lze předpokládat již při hodnotě hemoglobinu 100 g/l. Mobilní pacienti jsou sestrou podporováni k pohybové aktivitě a dechové gymnastice, popřípadě sestra zajistí kondiční cvičení pod vedením cvičitele (Bruera, 2015). Dále intervence směřují k podpoře pacienta při šetření silami a energií (Vorlíček et al., 2012). V rámci vedení dokumentace sestra zaznamenává aktuální stav pacienta, výkony ošetrovatelské péče, reakce pacienta na léčbu, přítomné příznaky únavy a provádí hodnocení intenzity únavy pomocí VAS škály (Vokurka et al., 2005).

Edukace zaměřená na únavu

Dle O'Connor a Arandy (2005) důležitou úlohou sestry je kvalitní edukace pacienta před každým vyšetřením, zákrokem či operací. Důkladná informovanost pacienta zmírňuje nejistotu a strach ústící z nepřipravenosti. Správná edukace je správnou strategií v boji proti únavě. Jak pro pacienta, tak jeho rodinu je důležité vědět co je vlastně únava a co ji způsobuje. Sestra nemocnému v rámci edukace poskytuje typy ke zmírnění jeho vyčerpanosti (Vorlíček et al., 2012). Důležitým aspektem edukace je možnost ovlivnění spánku. Sestra by měla pacienta informovat o důležitosti pravidelného spánku a maximálním pohybu mimo lůžko. Velmi pozitivně spánek ovlivňuje pravidelné cvičení. Nemocný by se měl před spaním vyhýbat jakýmkoliv stimulantům, zejména pití kávy či alkoholu. Doporučuje se teplá koupel a nápoj před spaním. Důležité je zajistit si pro spánek tiché a klidné prostředí, čerstvý vzduch a příjemnou teplotu. Sestra před spaním nemocnému může doporučit alternativní terapii v podobě masáže či aromaterapie (Siracký, 2009). Nevhodné je před spaním sledování televizních programů vyvolávající strach, smutek nebo rozčilení. Důležitá je redukce příjmu tekutin v pozdních večerních hodinách. Nemocný by měl usínat s pocitem bezpečí a pocitem porozumění okolí vůči jeho problémům (Gurková et al., 2009).

Sestra nemocného seznámí s riziky, které přináší zbytečný klid na lůžku, kdy dochází k výraznému rozvoji únavy a slabosti vedoucí k nevratným ztrátám energie a tělesným funkcím (O'Connor a Aranda, 2005). Významnou úlohou sestry je podle Bruery et al. (2015) podpora nemocného k fyzické aktivitě. Pacientům se doporučuje jóga, cyklistika, plavání či jednoduchá chůze po dobu 10 až 20 minut dvakrát denně. Bower et al. (2016) mezi efektivní metody zařazují touch terapii (terapii dotykem), masáže, muzikoterapii, relaxaci, formu dotykové terapie nazývanou reiki a typ relaxace a meditace nazvaný qigong. Arends a Freiburg (2018) vyzdvihují účinky taichi, které je dle výzkumu považováno za jednu z nejúčinnějších metod v boji s únavou.

Dle National Cancer Institute (2018) by se edukace měla týkat i stravy, která by měla být zdravá a vysokoenergetická s vyšším obsahem bílkovin a kalorií. Androšová (2008) zmiňuje absenci mléčných produktů, kofeinu a alkoholu. Sestra nemocného může odkázat na výživového poradce. Nemocný se obeznámí s důležitostí dodržování pitného režimu (Vokurka et al., 2005).

Mezi aspekty edukace Siracký (2009) zahrnuje i psychickou stránku pacienta. Pacient by měl o svých starostech hovořit s druhou osobou. Podstatné je, aby se nemocný odpoutal od problémů a starostí, co ho znepokojují něčím, co mu přináší radost. Nemocný by se měl především vyhýbat těm situacím, které mu přinášejí starosti a úzkost. Saiki et al. (2017) považují za účinný nástroj ke snižování stresu zejména vztah mezi nemocným a zdravotníkem založený na důvěře. Schapira et al. (2015) uvádí kognitivní behaviorální terapii, která může pomoci zlepšit schopnosti ke zvládnutí únavy či překonat problémy se spánkem přispívající k únavě.

Sestra by nemocnému měla doporučit vytvoření si plánu denních činností. Pacient by si měl rozvrhnout své denní činnosti, tak aby vznikla rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem (National Cancer Institute, 2018).

2.5 Únava v paliativní péči

„Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem

není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“ (Marková, 2009, s. 8). „Zvyšující se únava a spavost jsou často známkou toho, že se blíží konec života.“ (O’Connor a Aranda, 2005, s. 127). Pro pacienta v terminální fázi onemocnění je typická „Narůstající celková slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se více závislým na cizí pomoci.“ (Kabelka, Sláma, 2009, s. 2). Sansó et al. (2015) ve svém článku uvádějí výsledky provedené studie, ze které vyplývá, že zejména únava a vyčerpání u nemocného negativně ovlivňují proces vyrovnání se smrtí.

V paliativní péči je únava nejčastějším symptomem vyskytující se po celou dobu onemocnění až do samého konce. Vyzula et. al (2018) považují udržení co nejlepší fyzické zdatnosti jedním z důležitých cílů paliativní péče. V paliativní medicíně však nastane doba, kdy je nutné se rozhodnout o ukončení aktivní léčby únavy a zaměřit pozornost na přirozený proces umírání (O’Connor a Aranda, 2005). S tímto tvrzením souhlasí i Bydžovský s Kabátem (2015), kteří mezi cíle poskytování paliativní péče zařazují omezení zbytečných, nepřínosných a nepříjemných vyšetřování a další léčby. U těchto pacientů se péče zaměřuje na farmakoterapii zahrnující podávání antidepresiv a nízkých dávek kortikoidů (Vyzula et. al., 2018).

S blížícím se závěrem života se vyčerpání intenzivně stupňuje, a záleží na rozhodnutí, kdy aktivní léčbu cvičením, výživou a stimulací ukončit a zaměřit se na podporu přirozeného procesu umírání. Rozhodnutí o ukončení aktivní léčby únavy musí být vždy učiněno se souhlasem nemocného a jeho rodiny (O’Connor a Aranda, 2005).

2.6 Přístup sester k onkologicky nemocným

Profesionální přístup sester k onkologickým pacientům zahrnuje dle Vorlíčka et al. (2012) několik základních zásad. U onkologických pacientů může jejich psychický stav vyvolávat neadekvátní a neočekávané reakce, při kterých je důležité, aby sestra vždy zachovala klid, který tlumí úzkost pacienta.

Obzvlášť pro onkologické pacienty je velmi důležitá komunikace s doteky. Za vhodná místa pro dotyk je považována ruka, zápěstí či rameno. Naslouchání pacientovým pocitům patří k jednomu z klíčových zásad přístupu k nemocným. Sestra by měla pacienty povzbuzovat a chválit za drobné úspěchy, čímž pacientům dodá kladné emoce (Slezáková et al., 2013).

Pacienti jsou zájmem o jejich osobu podporováni k aktivní spoluúčasti na jejich léčbě. Sestra s nemocnými komunikuje adekvátně k jejich věku, pacientům netyká a nepoužívá zdvořiliny, čímž může urazit jejich důstojnost. Důležité je budování vzájemného vztahu mezi ošetřující sestrou a pacientem. Od sestry je očekávaná empatie, ale je nutné udržovat určitou míru. Pokud se sestra příliš vcítí do situace nemocného, mohou nastat výčitky svědomí, že mu není schopná splnit všechna jeho přání. Sestra pečující o onkologické pacienty by měla mít na paměti, že svým pacientům poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči jen tehdy, když ona sama je v dobré psychické a fyzické pohodě (Vorlíček et al., 2012). Pokud sestra není schopna ve volném čase kvalitní relaxace Slezáková et al. (2013) upozorňují, že u sestry může dojít k tzv. syndromu vyhoření. „*Vyhoření znamená ztrátu ideálů, energie, smysluplnosti života v práci, stav tělesného, emočního a duševního vyčerpání.*“ (Slezáková et al., 2013, s. 129)

3. Cíle práce a výzkumné otázky

3.1 Cíle práce

1. Popsat jakou úlohu zastávají sestry v problematice únavy u onkologických pacientů.
2. Zjistit jaké existují možnosti ovlivnění únavy onkologických pacientů a jak jsou v praxi uplatňovány.
3. Jakým způsobem je únava pacientů podstupujících onkologickou léčbu zaznamenávána a hodnocena v dokumentaci pacientů.
4. Jak je únava vnímána ze strany pacientů podstupujících onkologickou léčbu.

3.2 Výzkumné otázky

1. Jakou úlohu hrají sestry v problematice únavy u onkologických pacientů?
2. Jaké existují možnosti ovlivnění únavy onkologických pacientů a jak jsou v praxi uplatňovány?
3. Jakým způsobem je únava sestrami zaznamenávána a hodnocena v dokumentaci pacientů?
4. Jak je únava vnímána samotnými pacienty podstupující onkologickou léčbu?

4. Metodika

4.1 Popis metodiky

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhvoru. Polostrukturovaný rozhovor je popsán Hendlem (2016), jako rozhovor realizující se na základě nějakého návodu. Návod je v podobě předem připraveného soupisu otázek, které je nutné v diskuzi s respondenty projít. Tato metoda rozhvoru má zajistit probrání všech podstatných témat. Napomáhá zachování orientace na dané téma, zároveň, ale připouští zužitkování zkušeností respondenta.

Výzkumná část byla provedena pouze na onkologických odděleních s lůžkovou částí, nikoliv v onkologických ambulancích, které se nacházejí ve většině nemocnic. Ke spolupráci s výzkumným šetřením bylo osloveno třináct nemocnic v České republice. Zpětná vazba s povolením k výzkumu byla udělena od sedmi nemocnic. Nejčastějším důvodem zamítnutí žádosti k realizaci výzkumu byla spolupráce nemocnic výhradně se studenty vysoké školy daného města, ve kterém se nemocnice nachází. Část oslovených nemocnic na žádost nereagovala vůbec.

Rozhovor byl veden se všeobecnými sestrami a pacienty z onkologických oddělení sedmi nemocnic po České republice. Dvě navštívené nemocnice sídlí v Jihomoravském kraji, v kraji Vysočina byly navštíveny též dvě nemocnice. Dále bylo výzkumné šetření provedeno v nemocnici Pardubického, Jihočeského a Středočeského kraje. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu roku 2019. Celé šetření bylo podloženo souhlasy náměstkyní pro ošetrovatelskou péči výše zmíněných nemocnic a vrchními sestrami jednotlivých onkologických oddělení daných nemocnic.

V rozhvorech bylo respondentům kladeno několik otázek (Příloha 1). Sestrám bylo položeno deset otázek, pacientům otázek sedm. Otázky pro respondenty byly sestaveny tak, aby došlo k zodpovězení výzkumných otázek a splnění cílů bakalářské práce. Rozhovor byl vedený podle předem strukturovaných otázek, ale v průběhu rozhvoru bylo reagováno i na podněty samotných respondentů. Každý rozhovor byl nahráván

pomocí zvukové stopy a písemného zaznamenávání. Všichni dotazovaní byli seznámeni s nahráváním a podepsali informované souhlasy. Před zahájením rozhovoru byli všichni respondenti obeznámeni s tématem výzkumného šetření a využití zjištěných dat v praxi.

Celé výzkumné šetření probíhalo za dodržování striktní anonymity respondentů. Výsledky z konverzací byly následně zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Kódování je proces, při kterém dochází k vyjmutí libovolného předmětu z určitého množství dat, který se stane jádrem budoucího výsledku (Švaříček a Šed'ová, 2014).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

K výběru výzkumného souboru byla použita technika záměrného výběru. Kritérium pro výběr byla pracující sestra na onkologickém oddělení s minimální délkou praxe dva roky a hospitalizovaný pacient onkologického oddělení z daných nemocnic. Výzkumný vzorek tvořilo 9 všeobecných sester a 9 pacientů z vybraných onkologických oddělení jednotlivých nemocnic. Sestry budou v naší práci značení „S1- až „S9 a pacienti „P1- až „P9. Všechny dotazované sestry znaly danou problematiku a měly praktické zkušenosti s ošetřováním onkologických pacientů. Respondentky byly ve věku od 27 let do 57 let a délka praxe se pohybovala od 2 let do 25 let. Vzdělání respondentek se pohybuje od středoškolského vzdělání, vyšších odborných škol a z největší části přes vysokoškolské vzdělání bakalářského a magisterského typu. Jedna z dotazovaných sester dosáhla středoškolského vzdělání, tři sestry měly vyšší odborné vzdělání, tři bakalářské vzdělání a magisterského vzdělání dosáhly tři z dotazovaných sester. Všechny patřičné informace o respondentkách jsou zobrazeny v přehledné „Tabulce 1“ v kapitole výsledky.

5. Výsledky

5.1 Identifikační údaje dotazovaných sester

V tabulce 1 je znázorněn přehled identifikačních údajů sester obsahující označení respondenta, pohlaví, věk, stupeň vzdělání a délka praxe sester na daném onkologickém oddělení.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Identifikační údaje sester				
Označení	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe na onkologickém oddělení
S1	žena	37 let	SŠ	17 let
S2	žena	50 let	Bc.	23 let
S3	žena	29 let	Bc.	4 roky
S4	žena	27 let	Dis.	3 roky
S5	žena	56 let	Mgr.	25 let
S6	žena	39 let	Mgr.	15 let
S7	žena	54 let	Mgr.	22 let
S8	žena	25 let	Bc.	2 roky
S9	žena	40 let	Dis.	3 roky

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Sestra 1 bude v následujícím textu označována jako S1. Je to třicetisedmiletá žena se středoškolským vzděláním a délkou praxe na onkologii 17 let.

Sestra 2 bude v následujícím textu označována jako S2. Je to padesátiletá žena s bakalářským titulem a délkou praxe na onkologii 23 let.

Sestra 3 bude v následujícím textu označována jako S3. Je to dvacetidevítiletá žena s bakalářským titulem a délkou praxe na onkologii 4 roky.

Sestra 4 bude v následujícím textu označována jako S4. Je to dvacetisedmiletá žena s vyšším odborným vzděláním a délkou praxe na onkologii 3 roky.

Sestra 5 bude v následujícím textu označována jako S5. Je to padesátišestiletá žena s magisterským titulem a délkou praxe na onkologii 25 let.

Sestra 6 bude v následujícím textu označována jako S6. Je to třicetidevítiletá žena s magisterským titulem a délkou praxe na onkologii 15 let.

Sestra 7 bude v následujícím textu označována jako S7. Je to padesátičtyřletá žena s magisterským titulem a délkou praxe na onkologii 22 let.

Sestra 8 bude v následujícím textu označována jako S8. Je to dvacetipětiletá žena s bakalářským titulem a délkou praxe na onkologii 2 roky.

Sestra 9 bude v následujícím textu označována jako S9. Je to čtyřicetiletá žena s vyšším odborným vzděláním a délkou praxe na onkologii 3 roky.

5.2 Analýza výsledků 1

K analýze výzkumného šetření jsme vytvořili 9 kategorií. Některé námi zvolené kategorie obsahují jednu či dvě podkategorie. Pro názornost jsou všechny kategorie včetně jejich podkategorií vypsány níže.

Kategorie 1 Odebírání anamnézy a zjišťující informace

Kategorie 2 Dotazování pacientů

- Přítomnost a projevy únavy

Kategorie 3 Intenzita únavy

- Hodnocení intenzity
- Hodnotící škály

Kategorie 4 Zaznamenávání únavy v dokumentaci nemocného

Kategorie 5 Spánek

- Kvalita a nepřerušovanost
- Intervence

Kategorie 6 Kontrola hladiny hemoglobinu

Kategorie 7 Pohybová aktivita

Kategorie 8 Intervence k mírnění únavy

Kategorie 9 Edukace o možnostech ovlivnění únavy

Kategorie 1 Odebírání anamnézy a zjišťující informace

V této kategorii jsme se zabývali zjištěním, zda se sestry v rámci odebírání anamnézy zaměřují i na oblast únavy. Popřípadě jaké informace týkající se únavy u pacientů zjišťují. Všechny sestry shodně uvedly, že se v rámci odebírání anamnézy pacientů ptají na přítomnost únavy. S1, S3 a S5 sdělily, že se únavou dále detailněji nezabývají. Jejich odpovědi zněly takto: S1 konstatovala: „*V rámci odebírání anamnézy se pacientů ptáme, jestli trpí únavou. To je vše. Další podrobnější informace jako je charakter a intenzita únavy to už vůbec nezjišťujeme.*“ S3 odpověděla: „*...podrobněji se touto problematikou nezabýváme a hlouběji ji neřešíme.*“ S5 uvedla: „*Na přítomnost únavy se pacientů ptáme, ale na příčinu únavy ne.*“ S2 se jako jediná ze všech sester pacientů dotazuje na délku trvání únavy, odpověděla: „*Ano zaměřujeme, zjišťujeme délku trvání únavy po aplikaci chemoterapie a aktinoterapie.*“ Pouze S4 v rámci anamnézy zjišťuje příznaky únavy. Odpověď S4 zněla přesně takto: „*Ano tuto informaci u pacientů ověřujeme. Ptáme se, jestli se pacient cítí unavený, zda ho pobolívá hlava, zda má sníženou schopnost koncentrace či bolesti zad. To jsem teď uvedla ty nejzákladnější otázky, na které se vždy ptám.*“ S6 a S7 v rámci rozhovoru uvedly, že zjišťují intenzitu únavy. S6 odpověděla: „*...ptáme se pacientů, jestli jsou zvýšeně unavení, jelikož unavený je každý onkologický pacient. Spíše se opravdu zjišťuje výrazná únava.*“ Odpověď S7 zněla obdobně: „*Zjišťujeme intenzitu únavy. Pocit únavy nám sdělí každý onkologický pacient. Nás zajímá, jestli pacient trpí výraznou, nesnesitelnou únavou,*

... která mu znemožňuje obstarat si základní činnosti. “ S7 a S9 shodně ve své odpovědi uvedly, že zjišťují zejména celkový stav pacienta a míru jeho soběstačnosti, kde ve výsledku hodnocení hraje roli právě únava. Odpověď S7 zněla: „V rámci anamnézy se hodnotí tzv. Karnovského index, který hodnotí kvalitu života. Ve kterém se hodnotí právě i oblast únavy. Nebo se také používá mezinárodní hodnocení tzv. Performance status ke zhodnocení celkového stavu nemocného, hodnotí se v jakém stádiu onemocnění dle Elisabeth Kübler-Rossovové se pacient nachází. Tyto hodnocení, ale provádí lékař.“ S9 v rámci hodnocení celkového stavu pacienta, zmínila: „...hodnotíme Barthelové test základních všedních činností, tudíž schopnost sebezpečí a míru závislosti na zdravotním pracovníkovi a potom hodnotíme riziko pádu - kde máme uvedené závratě. Přímo únava v naší anamnéze nefiguruje. “ V tabulce 2 jsou znázorněné zjišťující údaje v rámci odebírání anamnézy a jejich zastoupení dle odpovědí.

Tabulka 2 - Odebírání anamnézy

Zjišťující údaje v rámci odebírání anamnézy	
přítomnost únavy	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9
délka trvání	S2
příznaky únavy	S4
intenzita únavy	S6, S7

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Kategorie 2 Dotazování pacientů

Tato kategorie má za úkol analyzovat, zda a v jaké míře jsou pacienti sestrou dotazováni na přítomnost a projevy únavy.

Přítomnost a projevy únavy

V této podkategorii jsme se sester dotazovali, zda se pacientů během hospitalizace aktivně ptají na přítomnost únavy. S1 jako jediná uvedla, že se na přítomnost a projevy únavy pacientů aktivně vůbec nedotazuje. Doslovně její odpověď zněla: „*Ne na přítomnost a projevy únavy se pacientů neptáme.*“ Odpověď S4 zněla obdobně: „*...na přítomnost a projevy únavy u pacientů většinou hlouběji nezjišťuji. Poptám se, jak se dnes pacient cítí, ale přednostně zjišťujeme bolest než únavu.*“ S2 ve své výpovědi

podotkla, že: „Aktivní otázky ohledně únavy klademe, ale většina pacientů je sděluje sama spontánně.“ S5 a S7 shodně uvedly, že přítomnost a projevy únavy u pacientů nezjišťují dotazováním, ale zejména pozorováním. S5 odpověděla: „Pacienta se na přítomnost únavy ptáme, na projevy únavy se ptát ani nemusíme. Příznaky na pacientovi vidíme sami. Pacient je většinou zvýšeně spavý, bez energie je uzavřený. Na pacientech na první pohled poznáme, že nejsou zrovna ve své kůži.“ Odpověď S7 zněla takto: „Aktivně ne. Předpokládáme, že každý pacient trpí únavou. A když je někdo zvýšeně unavený, tak to na něm pozorujeme sami, aniž bychom se ho na to museli ptát, jestli je momentálně unavený. Takže pacientů se spíše neptáme, ale všímáme si přítomnosti a příznaků sami. Než abychom se ptali, jestli je unavený, tak se pacienta ptáme, jak se celkově cítí.“ S9 uvedla, že se na přítomnost a projevy únavy pacientů dotazuje lékař. „Aktivně se na únavu dotazuje lékař při příjmu, obzvláště u pacientek prodávající chemoterapii.“

Kategorie 3 Intenzita únavy

Ve třetí kategorii jsme analyzovali odpovědi týkající se hodnocení intenzity únavy a používání hodnotících škál ve zdravotnických zařízeních.

Hodnocení intenzity

Jak jsme z výsledků odpovědí sester zjistili, hodnocením intenzity únavy se drtivá většina zdravotnických zařízení vůbec nezabývá. Pouze S6 a S8 ze zbylých sedmi sester uvedly, že intenzitu únavy u pacientů hodnotí. Pro názornost předkládáme některé výpovědi respondentek, které uvedly, že intenzitu únavy nehodnotí. Například S4 odpověděla: „Ne, intenzitu únavy nehodnotíme, u nemocného hodnotíme pouze bolest, to je pro nás prioritní vědět co pacienta bolí. Nepovažuji toto za příliš důležité, myslím si, že i sám pacient by těžko vyjadřoval intenzitu své únavy. Někdy mají pacienti problém i s vyjádřením stupně jejich bolesti.“ S1 na otázku jasně a stručně odpověděla: „Ne na intenzitu únavy se pacientů vůbec neptáme.“

Hodnotící škály

Pouze S6 se ze všech dotazovaných sester během svého působení na onkologickém oddělení setkala a v praxi používá hodnotící škálu únavy. Doslovně její odpověď zněla: *„Ano intenzitu hodnotíme. Máme i hodnotící škálu na principu VAS, která má pět stupňů.“* Zbylé dotazované sestry shodně uvedly, že se během své praxe na onkologickém oddělení s žádnou škálou hodnotící únavu nikdy neseťkaly a žádnou takovou škálu nemají na svých odděleních k dispozici. S8 se vyjádřila slovy: *„Ne na hodnocení intenzity nemáme žádné škály, jenom se ptáme otázkou, jak moc je unavený.“* Z analýzy odpovědí sester jasně vyplynulo, že většina sester zná a používá pouze škály k hodnocení intenzity bolesti. S1 odpověděla: *„Ne na intenzitu únavy se pacientů vůbec neptáme. Nikdy jsem se neseťkala se škálou, která hodnotí intenzitu únavy. Používáme jenom VAS škálu k hodnocení bolesti. To je vše.“* S3 na otázku odpověděla podobně jako S1: *„Ne, intenzitu únavy nehodnotíme, ani žádné hodnotící škály, které by hodnotily intenzitu únavy pacienta nemáme na oddělení k dispozici. Vlastně si myslím, že tyto škály nemají ani na jiném onkologickém oddělení, nikde jsem se s tím neseťkala. Používáme pouze VAS škálu k hodnocení intenzity bolesti.“* S4 uvedla, že u pacientů hodnotí pouze bolest. Svoji odpověď doplnila názorem a skutečností: *„...je pro nás prioritní vědět co pacienta bolí než zjišťovat pomocí hodnotící škály intenzitu únavy. Nepovažuji toto za příliš důležité, myslím si, že i sám pacient by těžko vyjadřoval intenzitu své únavy. Někdy mají pacienti problém i s vyjádřením stupně bolesti. S žádnou hodnotící škálou jsem se zatím neseťkala.“* S7 jako většina sester totožně uvedla, že: *„Intenzitu únavy nehodnotíme. Nemáme na to patřičné hodnotící škály.“* S7 ještě k otázce podotkla: *„...v rámci únavy je pro nás hlavním hodnotícím kritériem hladina hemoglobinu, červených a bílých krvinek. Při nedostatku má pacient málo kyslíku a od toho se odvíjí, že je pacient unavený.“*

Kategorie 4 Zaznamenávání únavy v dokumentaci nemocného

Tato kategorie má za úkol analyzovat výsledky odpovědí sester, zda je jimi únava v dokumentaci nemocného zaznamenávána, popřípadě jakým způsobem. Z výpovědí většiny sester bylo zjištěno, že únava v dokumentaci nemocného není přímo zastoupena a tudíž, není jimi v dokumentaci nijak zaznamenávána. S1 na otázku odpověděla: „*Ne v dokumentaci únavu u nás na oddělení nijak nezaznamenáváme. Do dokumentace pacientů zaznamenáváme bolest, ale únavu to opravdu ne. Ani jsem se nikdy nesetkala s dokumentací, kam a jak by se měla únava u pacientů zaznamenávat.*“ S4 odpověděla obdobně jako S1: „*Ne v ošetrovatelské dokumentaci, ani únavu nemáme vedenou, takže v dokumentaci únavu žádným způsobem zaznamenávat ani nemůžeme. V dokumentaci zaznamenáváme hlavně bolest.*“ S7 uvedla, že přítomnost únavy zaznamenávají v plánu ošetrovatelské péče v rámci příjmového protokolu a ještě k odpovědi dodala skutečnost: „*...jinak se na únavu v dokumentaci více nezaměřujeme. Únava jako taková není zaheslována, není v dokumentaci samostatně, je součástí hodnocení soběstačnosti pacienta, je vázaná na bolest, psychický stav pacienta, vědomí, vnímání, spánek.*“ S2 uvedla: „*Únavu pacienta zaznamenáváme v hlášení ošetrovatelského procesu, ale přímo v dokumentaci nemocného ne.*“ S3 a S6 podotkly shodný postup zaznamenávání únavy v případě, kdy pacient trpí výraznou únavou. Tuto informaci sestry totožně zapisují do deníku denního hlášení. S3 odpověď dále rozvedla: „*...zapišeme tuto informaci do deníku denního hlášení, kde napíšeme datum, projevy únavy, podpis a razítko sestry a tato informace se dále nahlásí ošetřujícímu lékaři, který se zprávou zabývá a podrobněji ji vyhodnotí.*“ Jako S3, tak i S5 totožně poznamenala: „*V první řadě vždy přítomnost zvýšené únavy ústně sdělíme lékaři.*“ Lékaře o přítomnosti únavy informuje i S6, která odpověděla takto: „*Když má pacient výraznou únavu, zapiše se to do denního hlášení a nahlásíme to lékaři.*“ S5 dále v rozhovoru uvedla, že únavu v dokumentaci zaznamenávají v rámci testu soběstačnosti tzv. Barthelův test „*...kde se zaznamenává přítomnost únavy a hodnotí se, nakolik únava omezuje soběstačnost pacienta v běžných denních činnostech.*“ S9 únavu v dokumentaci nemocného zaznamenává v dekurzu ošetrovatelské péče. Přesná výpověď S9 zněla takto: „*Lékař únavu hodnotí u vizity a zapisuje do dekurzu, sestra únavu zapisuje do dekurzu*

ošetřovatelské péče, kde tím upozorňuje na ošetřovatelský problém a zvýšenou pomoc při obsluze pacientky a upozorňuje na zvýšené riziko pádu. “ S8 ve své odpovědi uvedla, že výraznou únavu do dokumentace zapisují slovně.

Kategorie 5 Spánek

Do této kategorie patří odpovědi spadající do oblasti spánku nemocného. Dále byla kategorie rozdělena na dvě subkategorie. Jedna se zabývá hodnocením sester kvality a nepřerušovanosti spánku a druhá jakými intervencemi se sestry snaží pacientovi zajistit kvalitní spánek.

Kvalita a nepřerušovanost spánku

Do této subkategorie jsme zařadili všechny odpovědi související se skutečností hodnocením kvality a nepřerušovanosti spánku sestrami v praxi. Převážná většina sester odpověděla, že kvalitu a nepřerušovanost spánku u nemocných pravidelně zjišťují a zaznamenávají do dokumentace nemocného. Z analýzy provedených rozhovorů bylo zjištěno, že hodnocení kvality a nepřerušovanosti spánku je sestrami prováděno formou ústního dotazování pacienta. S2 na otázku jednoduše odpověděla: *„Ano to hodnotíme. Každé ráno se pacientů ptáme, na kvalitu spánku. “* Odpověď S5 zněla podobně: *„Ano kvalitu spánku u pacientů hodnotíme. Pacientů se aktivně dotazujeme, jak kvalitně v noci spí nebo jestli se během noci často budí. “* Sestry ve svých odpovědích uváděly, že k hodnocení spánku nemají k dispozici žádné hodnotící škály. S5 uvedla: *„Škálu na hodnocení kvality spánku nemáme. “* Reakce S3 se shoduje s odpovědí S5: *„...žádné hodnotící škály k hodnocení kvality a nepřerušovanosti spánku zde na oddělení nemáme.“* S9 se během rozhovoru ještě zmínila, že kvalitu spánku zjišťují i v rámci anamnézy. Její odpověď zněla: *„... spánek hodnotíme při sběru anamnézy, spánek narušený ano - ne, dále hodnotí lékař při ranní vizitě a eventuálně intervenuje.“* Několik sester ve svých odpovědích zmínilo, že kvalitu spánku zaznamenávají v dokumentaci nemocného. Dle slov S5: *„Kvalitu spánku zaznamenáváme v ošetřovatelské dokumentaci. “* Reakce S8 je totožná s odpovědí S5: *„Ano hodnotíme a zapisujeme kvalitu spánku do dokumentace.“* S3 uvedla skutečnost: *„Pokud od pacienta zjistíme, že v noci nespál nebo spal nedostatečně, zapíšeme tuto informaci také*

do denního hlášení a nahlásíme tuto informaci lékaři a dále tento problém již řeší ošetřující lékař.“ S7 též shodně ve své výpovědi uvádí: „...kvalitu spánku u pacientů hodnotíme. V dokumentaci, v plánu ošetrovatelské péče je hodnocení spánku. Ale hlavně se hodnotí bolest, která s kvalitou spánku úzce souvisí. Dále odpověď S7 doplnila o svůj názor na problematiku: „...kvalita spánku by se měla hodnotit hlavně v domácím prostředí, v nemocnici to nemá smysl. Protože se předpokládá, že v cizím prostředí, s dalšími pacienty na pokoji nebude spánek dosahovat takové kvality.“

Intervence

V této subkategorii jsme analyzovali odpovědi respondentek týkajících se možných prováděných intervencí zajišťující pacientovi kvalitní spánek. V této subkategorii se výpovědi dotazovaných sester velice shodují. Z analýzy odpovědí vyplynulo, že dominující intervencí, která je poskytována všemi zařízeními je podávání hypnotik. Všechny respondenty až na S5 ve svých výpovědích uvedly, že v první řadě jsou to především léky na spaní, kterými se snaží zkvalitnit pacientům spánek. Jak doslovně uvedla respondentka S7: „... v první řadě jsou to léky na spaní.“ Pro lepší názornost předkládám odpovědi některých sester. S1 ve své odpovědi dokonce zmínila skutečnost, že podávání léků na spaní je jedinou intervencí, kterou na oddělení provádí. Přesné vyjádření S1 znělo takto: „Pacientům podáváme léky na spaní, to je asi jediná intervence, čím se snažíme pacientům zlepšit spánek.“ S2 v rámci své odpovědi zmínila, že většina onkologických pacientů užívá hypnotika. S touto odpovědí se také ztotožňuje S5 a dodává skutečnost: „Mnoho pacientů užívá hypnotika, zejména u starších lidí můžou však vyvolat neklid a zmatenost. Takže to určitě není ideální a dlouhodobé řešení.“ S5 se dle své výpovědi primárně snaží u pacientů tlumit bolest, která podle ní přímo souvisí s kvalitou spánku. „Tlumíme bolest opiáty, Novalginem. Takže hlavní intervencí je určitě odstranit bolest. Pacientů se před spaním dotazujeme na bolest.“ Dále jsme shodu našli ve snaze dodržování nočního klidu. Tuto intervenci uvedlo šest sester z devíti. Odpověď S4 zní: „...samozřejmě zajistit během noci co nejnižší hluk.“ S5 ve své odpovědi podotkla: „...hlavně záleží také na spolunocležnících, např. když chrápou, těžko my můžeme něco dělat, leda pacientu zajistit samostatný pokoj, ale to samozřejmě vždy také nejde.“ S7 ve své odpovědi zmínila skutečnost: „...je těžké

v nemocnici zajistit úplný klid. Pacientům řve za hlavou infuzní pumpa, mnozí pacienti mají noční aplikaci léků, trpí bolestmi, jsou v cizím prostředí. Na pacienty působí mnoho faktorů způsobující poruchy spánků. V nemocnici se předpokládá, že ta kvalita spánku nebude prostě úplně nejvyšší. “ Podobný názor s problematikou jako S7 sdílí i S3: „Na oddělení máme i dementní pacienty, kteří v noci křičí, volají a nařikají a to se samozřejmě odráží na kvalitě spánku ostatních pacientů na pokoji či oddělení.“ S9 ve své odpovědi jako další intervenci uvedla podporu pacientů k denním aktivitám a vyhnutí se tak spánkové inverzi. S touto odpovědí se také ztotožňují S2 a S6. S4 a S6 se shodně snaží pacientům zajistit individuální rituály, pokud nějaké mají. S6 se přesně vyjádřila takto: „...jestli mají pacienti nějaké individuální rituály a pokud je to v našich silách, tak se samozřejmě snažíme jim je zajistit.“ Z odpovědí S5 a S6 je patrné, že se zaměřují i na psychickou stránku pacienta v podobě navození příjemných myšlenek před spaním. S6 ve své odpovědi uvádí: „Pacienti by také před spaním neměli myslet na negativní věci, ale to jde těžko z naší strany ovlivnit, ale samozřejmě se je snažíme něčím rozptýlit. Přivést je před spaním na hezké myšlenky.“ S5 totožně s S6 uvedla, že psychická stránka pacienta je z jejich strany někdy velmi těžko ovlivnitelná a dodává: „...pacientům můžeme nabídnout i pomoc psychologa, o kterého však většina pacientů nejeví zájem.“ Odpovědi sester tykající se intervencí ke zlepšení spánku byly zaznamenány do tabulky 3 dle jejich zastoupení.

Tabulka 3 - Intervence ke zlepšení spánku

Intervence ke zlepšení spánku	
lék na spaní	S1 - S9
tlumení bolesti	S5
zajišťování nočního klidu	S3, S4, S5, S7, S8, S9
podpora pacientů k denním aktivitám	S2, S6, S9
zajištění individuálních rituálů	S4, S6
psychická pohoda před spaním	S5, S6

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Kategorie 6 Kontrola hladiny hemoglobinu

Cílem této kategorie bylo zjistit, zda se u pacientů kontroluje hladina hemoglobinu, popřípadě v jaké intenzitě. Všechny dotazované sestry v odpovědích uvedly, že u pacientů vykonávají kontroly hemoglobinu. S2 na otázku odpověděla takto: „*Ano, kontrola hemoglobinu u onkologických pacientů je důležitá, jak po aplikaci chemoterapie, tak i během a po aktinoterapii. U pacientů často dochází k poklesu hemoglobinu.*“ S3 podotkla, že u všech pacientů se pravidelně hladina hemoglobinu nekontroluje. Hladina hemoglobinu se sleduje u pacientů, kterým pravidelnou kontrolu určí lékař dle ordinace. S5 se k dotazu vyjádřila takto: „*Ano hladinu hemoglobinu kontrolujeme, ale ne primárně kvůli únavě, ale hemoglobin se kontroluje kvůli léčbě. Při nízké hladině hemoglobinu lékař ordinuje transfúze.*“ Frekvenci kontrol ve své odpovědi zmínila S6 a S8. Přičemž S6 uvedla, že intenzita kontrola u pacientů je individuální. K otázce ještě dodává: „*...u některých denně, u některých více než jedenkrát do týdne. Intenzita kontrol se řídí dle ordinací lékaře.*“ S8 ve své odpovědi uvádí tuto skutečnost: „*Jedenkrát týdně se všem pacientům odebírá krev a kontroluje se hemoglobin.*“

Kategorie 7 Pohybová aktivita

Následující kategorie zjišťuje, zda jsou pacienti aktivně podporováni sestrami k pohybové aktivitě. Z analýzy odpovědí vyplynulo, že jsou pacienti až na S1 aktivně podporováni všemi dotazovanými sestrami. Odpověď S1 zněla: „*Tak pacienti cvičí s naší rehabilitační sestřičkou v rámci rehabilitace hlavně po odstranění prsou. Ale my s pacienty necvičíme a ani je nijak nepodporujeme k pohybové aktivitě.*“ S1 ve své odpovědi zmínila rehabilitaci, také ostatní sestry uvedly, že pacienti cvičí v rámci rehabilitačního programu s rehabilitačními pracovníky. S3 se k otázce vyjádřila takto: „*...vždy dopoledne, k našim pacientům chodí rehabilitační sestřička a s pohyblivými a částečně pohyblivými pacienty se prochází po oddělení. Zkrátka snaží se zajistit nějakou fyzickou aktivitu pro každého pacienta. S méně pohyblivými pacienty cvičí alespoň na lůžku.*“ Shodnou odpověď jsme dostali i od S4: „*Ano, naši pacienti každý den cvičí s naší rehabilitační.*“ S4 ještě podotkla: „*Víme jak je pohybová aktivita pro*

pacienta důležitá, proto na ni opravdu dbáme. “ S2, S5, S7 a S8 ve svých odpovědích uvedly, že podpora k pohybové aktivitě by měla být u každého pacienta individuální. S5 svoji odpověď pojala takto: „Pacienty podporujeme k pohybové aktivitě podle jejich aktuálních sil, podle jejich diagnózy. Samozřejmě terminálně nemocného pacienta už necháme celý den odpočívat a spát. “ S touto odpovědí se také ztotožňuje S6, jejíž odpověď zněla obdobně: „Rehabilitace u každého pacienta je samozřejmě jiná dle jeho diagnózy a prognózy. “ S5 s S7 se shodují na názoru, že by se pacienti za každou cenu k pohybu nutit neměli. S5 se přesně vyjádřila slovy: „Rozhodně nikoho nemůžeme nutit k rehabilitaci, nemá to smysl. Když mají pacienti psychický nezájem, tak jsou schopni prospat celý den. My se je samozřejmě snažíme podporovat, aby neproleželi celý den. Je to opravdu individuální někdo má do pohybu chuť, dělá mu radost a někdo je schopný celý den strávit v posteli. Nicméně každý má k dispozici rehabilitačního pracovníka, který s každým pacientem dle jeho stavu rehabilituje. Ale opravdu nutit pacienty k fyzické aktivitě nemá cenu!“ S7 souhlasí s S5 a dodává: „...někdo si prostě nedá říct a za celý den nevyleze z postele. Některé pacienty je opravdu těžké motivovat k sebemenší činnosti.“ S6 jako jediná podotkla skutečnost: „...všichni pacienti mají rehabilitace. Dochází za nimi rehabilitační pracovníci a některé sestry tady u nás mají kurz z rehabilitačního ošetřovatelství. “

Kategorie 8 Intervence k mírnění únavy

Do této kategorie jsme zařadili odpovědi sester týkajících se možných intervencí v oblasti mírnění únavy. S1, S2, S3, S4 a S5 ve svých odpovědích přiznávají, že žádné intervence ke zmírnění únavy u pacientů neprovádějí. S3 se k dotazu vyjádřila takto: „U této otázky se asi moc bohužel nerozpovídám, protože žádné speciální intervence neprovádíme. “ S1, S2, S4 odpověděly obdobně. S5 se k možnostem ovlivnění únavy sestrou vyjádřila přesně takto: „Ne intervence neprovádíme. Nemá to smysl. Pacienty k ničemu nemůžeme nutit, když oni sami nechtějí. Např. s tím pohybem pacienty můžeme k aktivitě podporovat, ale když nechtějí, tak se prostě hýbat nebudou a budou i přes naše varování jenom spát a ležet. A tak je to i s ostatními intervencemi.“ S6, S7, S8 a S9 totožně uvedly, že se v rámci ovlivnění únavy pacienty podporují během dne

k pohybové aktivitě a různým činnostem. S6 ve své odpovědi zmínila: „...s pacienty rehabilitujeme, přes den se je snažíme maximálně aktivizovat...“ S7 uvedla, že u pacientů dbají na rozložení aktivit během dne, všichni jejich pacienti mají rehabilitační program, ale také jim zajišťují dostatečný odpočinek. S9 se vyjádřila takto: „Snažíme se pacientky nutit k pohybu, pokud to jejich stav dovolí. Dále pacientky, co přes den spí aktivně budíme, doporučujeme vyvětrat pokoj, když je hezké počasí, tak u nás mají pacientky k dispozici zahrádku, která je také trochu nabije energií.“ S7 stejně jako S8 shodně uvádí, že u pacientů dbají na dostatečný příjem tekutin a kontrolují bilance tekutin. S7 dále ve své odpovědi uvádí skutečnost, že: „Únavu jako takovou se moc nelze řešit soběstačně, ale je odrazem celkového stavu nemocného. Takže důležitou intervencí je i mírnění bolesti, podávání kyslíku a transfuzí. S touto odpovědí se také ztotožňuje S6, která odpověděla obdobně jako S7: *kontrolujeme hladinu hemoglobinu, při nízké hladině podáváme transfuze, zaměřujeme se na prevenci pádů, podáváme kyslík, snažíme se pacientům zajistit kvalitní spánek.* Ve své odpovědi dále S6 jako S7 zmínila mírnění bolesti: „Primárně se vždy snažíme vyřešit příčinu únavy. Základ je snížit nebo odstranit bolest, která ve velké míře právě ovlivňuje únavu nemocného.“ Jako jediná S7 ze zbylých dotazovaných sester uvedla intervenci týkající se psychické stránky nemocného. Ve své odpovědi podotkla: „Většina našich pacientů užívá psychofarmaka ke zmírnění úzkosti a stresu. Každý pacient od nás také dostává kontakt na psychologa a je jim nabídnuta profesionální pomoc.“

Kategorie 9 Edukace o možnostech ovlivnění únavy

Cílem této kategorie bylo analyzovat, zda sestry v praxi provádí edukaci nemocných o možnostech ovlivnění únavy, popřípadě jaké informace nemocným poskytují. Z výsledků jsme zjistili, že S1, S3 a S4 edukaci pacientů v rámci ovlivnění únavy vůbec neprovádí. Odpověď S1 doslovně zněla: „Ne v tomto směru edukaci pacientů vůbec neprovádíme. A přiznám se, že ani pořádně nevím, co všechno by taková edukace o možnostech ovlivnění únavy měla zahrnovat.“ S3 a S4 odpověděly obdobně jako S1 s tím, že obě podotkly, že se edukací možná zabývá lékař, ale nejsou si tím zcela jisté. Jako jediná S2 z dotazovaných sester uvedla, že v rámci edukace pacienty seznámí se

skutečností: „...že se únava při onkologickém onemocnění běžně vyskytuje. Že jsou a budou během aplikace chemoterapie a aktinoterapie unavení.“ Šest sester z devíti pacienty shodně edukují o důležitosti pohybové aktivity k příznivému ovlivnění únavy. Plus S5, S7 přikládají informace o rozložení aktivit a šetření sil během dne. S6 pacienty v rámci edukace pobízí, že by se měli: „...během dne se jít projít, alespoň na krátkou procházku, důležité je být v psychické pohodě, pacienti by se neměli vzdávat svých koníčků, ale přizpůsobit je ke svému zdravotnímu stavu. Důležité je, aby se nepřepínali.“ S5 také souhlasí s nezbytností rozložení sil během celého dne a dodává: „Edukujeme, ať si denní činnosti rozloží dle jejich sil, tak aby se nepřepínali. To jejich únavu samozřejmě výrazně ještě zvýší. Ať si nadále v rámci svých sil dělají věci, na co jsou zvyklí, co jim přináší radost.“ S2 ve své odpovědi podotkla: „...pacienty podporujeme k pohybové aktivitě a podáváme informace o tom, že by se měli vyvarovat nadměrnému spánku.“ S5, S6 a S7 edukaci nemocných zaměřují i na oblast pitného režimu a správného stravování. S6 ve své odpovědi uvedla: „...edukace se týká stravy, doporučujeme nemocným čerstvé, kvalitní jídlo, jíst častěji po menších porcích, dodržovat pitný režim...“ S5 ve své odpovědi navíc zmínila vhodné tekutiny: „Pacientům dáváme instrukce, že by měli vypít dva litry tekutin denně. Tekutiny mohou ovlivnit únavu. Při nevolnosti doporučujeme pít ledovou Colu. Doporučujeme pacientům pití magnesia k doplnění draslíku, užívání Celaskonu. Pacienti by měli jíst kvalitní, čerstvé potraviny.“ S9 uvedla, že je jejím pacientkám k dispozici i nutriční terapeut. S5 s S7 v rámci edukace pacientům zmiňují, že by se měli vyvarovat přímému slunci a preferovat pobyt ve stínu. S5, S6, S7 a S9 se shodují, že na míru únavy má přímý vliv i psychická stránka nemocného. Dle S5: „Psychický stav, je také přímý faktor, který únavu zvyšuje.“ S6 se vyjádřila slovy: „...důležité je být v psychické pohodě, pacienti by se neměli vzdávat svých koníčků, ale přizpůsobit je svému zdravotnímu stavu.“ S touto odpovědí se také ztotožňuje S7: „Soustředit se na věci co jim dělá radost, co je přivede na jiné myšlenky.“ S5 jako jediná zmínila farmaceutické ovlivnění psychické stránky pacienta: „K ovlivnění únavy mohou pomoci i psychofarmaka, díky nimž pacient bude v psychické pohodě.“ S5 a S9 v rámci edukace svým pacientům poskytují kontakt na klinického psychologa. S9 ještě dodává

informaci, že na oddělení mají pro své pacienty informační letáky, ve kterých jsou shrnuté veškeré informace a jsou všem pacientům k dispozici.

V tabulce 4 jsou znázorněny informace, které sestry poskytují pacientům a jejich zastoupení.

Tabulka 4 – Edukace

Edukace	
neprovádí	S1, S3, S4
objasnění přítomnosti únavy	S2
pohybové aktivity	S2, S5, S6, S7, S8, S9
rozložení sil během dne	S5, S7
pitný režim a stravování	S5, S6, S7
vyvarování přímému slunci	S5, S7
psychická stránka pacienta	S5, S6, S7, S9

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

5.3 Identifikační údaje dotazovaných pacientů

V tabulce 5 je znázorněn přehled identifikačních údajů pacientů obsahující označení respondenta, pohlaví, věk, diagnóza a podstupující léčba.

Tabulka 5 – Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje pacientů				
Označení	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Léčba
P1	žena	75 let	karcinom prsu	chemoterapie, radioterapie
P2	žena	38 let	karcinom prsu	chemoterapie, radioterapie
P3	muž	64 let	kolorektální karcinom	chemoterapie, radioterapie
P4	žena	69 let	leukémie	chemoterapie
P5	muž	56 let	rakovina plic	chemoterapie
P6	muž	28 let	osteosarkom	chemoterapie
P7	muž	34 let	lymfom	chemoterapie, radioterapie
P8	žena	38 let	karcinom prsu	hormonální léčba
P9	žena	53 let	nádor vaječníku	chemoterapie

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Pacientka 1 bude v následujícím textu označována jako P1. Je to sedmdesátipětiletá žena s diagnózou karcinom prsu, podstupující chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbu.

Pacientka 2 bude v následujícím textu označována jako P2. Je to třicetiosmiletá žena s diagnózou karcinom prsu, podstupující chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbu.

Pacient 3 bude v následujícím textu označován jako P3. Je to šedesátičtyřletý muž s diagnózou kolorektální karcinom, podstupující chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbu.

Pacientka 4 bude v následujícím textu označována jako P4. Je to šedesátidevítiletá žena s diagnózou leukémie, podstupující chemoterapeutickou léčbu.

Pacient 5 bude v následujícím textu označován jako P5. Je to padesátišestiletý muž s diagnózou rakovina plic, podstupující chemoterapeutickou léčbu.

Pacient 6 bude v následujícím textu označován jako P6. Je to dvacetiosmiletý muž s diagnózou osteosarkom, podstupující chemoterapeutickou léčbu.

Pacient 7 bude v následujícím textu označován jako P7. Je to třicetičtyřletý muž s diagnózou lymfom, podstupující chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbu.

Pacientka 8 bude v následujícím textu označována jako P8. Je to třicetiosmiletá žena s diagnózou karcinom prsu, podstupující hormonální terapii.

Pacientka 9 bude v následujícím textu označována jako P9. Je to padesátitřiletá žena s diagnózou nádor vaječníku, podstupující chemoterapeutickou léčbu.

5.4 Analýza výsledků 2

K analýze výzkumného šetření jsme vytvořili 7 kategorií. Některá námi zvolená kategorie obsahuje jednu podkategorii. Pro názornost jsou všechny kategorie včetně jejich podkategorií vypsány níže.

Kategorie 1 Odebírání anamnézy a zjišťující informace

Kategorie 2 Dotazování sestrou na přítomnost a intenzitu únavy

Kategorie 3 Zjišťování kvality spánku

Kategorie 4 Pobízení sestrou k pohybové aktivitě

- Rehabilitace

Kategorie 5 Ovlivnění únavy sestrou

Kategorie 6 Edukace sestrou o možnostech ovlivnění únavy

Kategorie 7 Vliv únavy na kvalitu života pacientů

Kategorie 1 Odebírání anamnézy a zjišťující informace

V této kategorii jsme hledali odpovědi na otázku, zda jsou pacienti v rámci odebírání anamnézy sestrami dotazováni na přítomnost únavy, popřípadě jaké další informace týkající se únavy jsou zjišťovány. Sedm z dotazovaných pacientů shodně uvedlo, že se jejich sestřička v rámci anamnézy dotazovala na přítomnost únavy. P8 odpověděla: „*Ptali se mě na hodně věcí, ale o únavě se mnou nikdo nemluvil.*“ Významově stejnou odpověď jsme získali také od S9: „*Zjišťovali spíše celkový stav, ale přímo únavu ne.*“ Pouze P2 ze všech dotazovaných pacientů uvedla, že byla sestrou tázána na délku trvání únavy. Její odpověď zněla: „*Ano sestřička se mě ptala, jestli trpím nadměrnou únavou. Jestli se výrazně dostavuje a jak dlouho trvá po aplikaci chemoterapie a radioterapie.*“ P3 a P4 ve svých odpovědích zmínili, že byli sestřičkami v rámci odebírání anamnézy dotazováni na projevy únavy. Odpověď P3 zněla takto: „*Jo to se mě sestřička hnedka na začátku ptala, jestli se cítím unavený a jak se to projevuje. Tak jsem sestřičce řekl, že hlavně tím, že teď nemám tolik energie, nezastanu tolik práce a víc, taky přes den polehávám.*“ P4 na dotaz podotkla: „*Ano sestřička se mě při příjmu ptala, jestli se cítím*

unavená a jaké mám příznaky. “ Z analýzy odpovědí rozhovoru vyplynulo, že pouze dva pacienti z devíti byli v rámci odebrání anamnézy sestrami dotazováni na intenzitu jejich únavy. Odpověď P6 na naši otázku zněla takto: *„Hlavně sestřička zjišťovala můj celkový stav a soběstačnost. Na únavu se ptala, ale taky. Ptala se na intenzitu únavy, jestli mě hodně omezuje v denních činnostech a soběstačnosti.*“ P2 se vyjádřila slovy: *„Ano sestřička se mě ptala, jestli trpím nadměrnou únavou. Jestli se výrazně dostavuje a jak dlouho trvá po aplikaci chemoterapie a radioterapie.*“

Kategorie 2 Dotazování sestrou na přítomnost a intenzitu únavy

V následující kategorii jsou analyzovány výsledky odpovědí týkající se toho, zda jsou pacienti během hospitalizace sestrami aktivně dotazováni na přítomnost a intenzitu únavy. Z odpovědí pacientů jasně vyplynulo, že sestrami na přítomnost a intenzitu únavu dotazováni nejsou. P4 ve své odpovědi uvedl tuto skutečnost slovy: *„Tak to ne na intenzitu to se mě neptají. A pravidelně dotazovaná na přítomnost únavy nejsem. Zeptaly se mě sestřičky na únavu při příjmu, ale teď už se na únavu vůbec neptají.*“ P8 stručně odpověděla: *„Ne na to se mě sestřičky vůbec neptají.*“ Obdobně odpověděla i P7: *„Ne na únavu ne. Sestřičky se ptají na hodně věcí, ale na únavu to zrovna ne.*“ P2 a P5 ve své odpovědi zmínili skutečnost, že jsou sestrami dotazováni spíše na celkový stav, než přímo na přítomnost a intenzitu únavy. P2 se přesně vyjádřila takto: *„Ne přímo na únavu ne. Sestřičky se nás ptají, tak celkově jak se cítíme, hodně se ptají na bolest, nevolnost, ale přímo jestli pociťuju únavu to ne.*“ S odpovědí P2 se ztotožňuje i P5: *„Na únavu ne. Sestřičky a pan doktor se vždy ptá při vizitě, jak se cítím, jestli mě něco trápí, jestli se chci na něco zeptat.*“ P1, P2, P3 a P5 shodně uvedly, že jsou sestrami primárně dotazováni na přítomnost a intenzitu bolesti. P1 ve své odpovědi uvedla: *„Ne to nejsem. Na to se mě sestřičky vůbec neptají. Jsem tázaná ohledně bolesti, ale na to zda jsem unavená to opravdu ne. Pamatuji si, když jsem byla hospitalizována před šestnácti lety na onkologii ani tenkrát se mě zdravotní sestřičky na únavu vůbec neptaly, takže mohu říct, že se od té doby vůbec nic nezměnilo.*“ P2 pojala odpověď takto: *„Ne přímo na únavu ne. Sestřičky se nás ptají, tak celkově jak se cítíme, hodně se ptají na bolest, nevolnost, ale přímo jestli pociťuju únavu to ne.*“ P3 na otázku reagoval slovy: *„...jo na bolest, to se mě ptají pořád, ale na únavu to ne teda.*“

Kategorie 3 Zjišťování kvality spánku

Tato kategorie má za úkol zjistit, zda je sestrami u pacientů pravidelně zjišťována kvalita spánku. Všichni dotazovaní pacienti v odpovědích shodně uvedli, že jsou sestrami na kvalitu spánku pravidelně a aktivně dotazováni. Významově byly všechny odpovědi pacientů totožné. Pacienti uváděli, že jsou sestrou každé ráno dotazováni na otázky typu: Jak se v noci vyspali? Zda měli klidné spaní? Zda se v noci často budili? Pro názornost předkládáme ukázkou některých odpovědí. P1 svoji odpověď shrnula slovy: *„Ráno se mě vždy sestřičky zeptají, jak jsem se vyspala. Když mám špatné spaní, tak si sestřičkám řeknu o prášek na spaní a druhý den se sestřičky zeptají, jestli prášek zabral a jestli jsem spala lépe. Prášek na spaní mně vždy pomůže a říkám si o něj často.“* P4 odpověď pojala takto: *„Ráno vždycky sestřičky přijdou a zeptají se nás, jak jsme se vyspali. Já беру prášky na spaní, tak jestli prášek zabral, jestli jsem už spala líp a tak.“* Významově stejnou odpověď jsme získaly i od P3, který uvádí: *„Jo to se mě sestřičky každé ráno ptají, jak jsem dneska vyspal a jestli jsem se v noci budil. To jo, to se ptají pravidelně.“*

Kategorie 4 Pobízení pacientů k pohybové aktivitě

V kategorii 4 jsme se zabývali problematikou pohybové aktivity u onkologických pacientů, včetně toho zda jsou pacienti sestrami k pohybové aktivitě pobízení. Z výsledků rozhovorů pro nás vyplynula skutečnost, že pacienti ve většině případů jsou k pohybu aktivně pobízení a podporováni ošetřující sestrou, ale v první řadě především rehabilitačními pracovníky, kteří s nimi cvičí v rámci rehabilitačního programu, který je u každého pacienta individuální. P1 na rozdíl od ostatních respondentů v rámci své odpovědi uvedla, že ošetřující sestrou k aktivitě nijak pobízena není, ale pouze rehabilitačním pracovníkem v rámci pooperační rehabilitace po mastektomii. Odpověď P1 doslovně zněla: *„Sestřičkou ne. Cvičím se sestřičkou rehabilitační, protože mi bylo odstraněno prso tak musím procvičovat horní končetinu. Jinak k žádné fyzické aktivitě pobízená nejsem. Dneska zrovna cítuji bolest zad, tak jsem šla projít po oddělení sama od sebe.“* P8 shodně s P1 uvádí, že ošetřující sestřičkou pobízena k aktivitě též nebývá: *„Sestřičkou ne, ale jsem fyzicky aktivní sama od sebe. Snažím se hodně jezdit na kole, každý den chodím na procházky s pejskem.“* Ostatních sedm respondentů

v odpovědích uváděli, že jsou pobízeni k aktivitě, jak ošetřující sestrou, tak rehabilitačním pracovníkem. P2 na otázku odpověděla: „*Spíše ano. Máme od sestřiček příkaz, že bychom neměli celý den proležet. Snaží se nám zajistit i nějaké aktivity, ať už sledování televize v jídelně nebo tu mají knihovnu. Když přijde manžel s dětmi, tak vždy dostanou od sestřiček instrukce, ať se jdou se mnou projít po nemocnici. Když jsem tu byla minule v létě, tak jsme se procházeli tady po parku. Teďka s nimi zajdu aspoň dolů k automatu. Takže ano sestřičky nás určitě pobízí k pohybu.*“ P4 se vyjádřila takto: „*Dochází, jsem na oddělení paní rehabilitační, co cvičí s pacienty. Tak já jsem chodící, já se projdu po oddělení sem a tam sama. Sestřička mě vždycky pochválí. Jako jo pobízejí nás k pohybu, ať si projdeme párkrát oddělení tam a nazpátek.*“ Odpověď P7 se s předchozími odpověďmi P2 a P4 ztotožňuje: „*Ano pobízí, fyzickou aktivitu v nemocnici určitě mám. Dohlíží na nás rehabilitační sestřičky. Vždy nás vytáhnou z postele a určitě mě tu nenechají celý den ležet, bez nějaké činnosti.*“ P9 ve své odpovědi také souhlasí s aktivním pobízením sestřiček k pohybu: „*Ano sestřičky nás k pohybu určitě pobízí a hlídají si, abychom v posteli nestrávily celý den.*“

Kategorie 5 Ovlivnění únavy sestrou

V této kategorii jsme se pacientů dotazovali, zda během jejich hospitalizace sestra ovlivňuje nějakým způsobem jejich únavu. Dostaly se nám následující odpovědi: P1, P3, P4, P7 a P8 ve svých reakcích přímo uvedli, že sestřičky jejich únavu přímo nijak neovlivňují. Příkladám nějaké odpovědi pro názornost. P1 podotkla: „*Ne sestřičky nijak moji únavu neovlivňují. Dopřejí nám klid a odpočinek a pěkně se o nás starají, jestli se to počítá. Jinak žádným jiným způsobem únavu neovlivňují.*“ P3 se k dotazu vyjádřil takto: „*Ne to ne, že by sestřička nějak ovlivňovala moji únavu. S tím asi ona nic moc nenadělá.*“ Odpověď doplnil o skutečnost: „*...sestřičky zjišťují, jestli v noci dobře spíme. Když si řekneme, tak dostaneme prášek na spaní.*“ P9 ve své odpovědi zmínila: „*Sestřičky si hlídají délku spánku, abychom měli vyváženou aktivitu s odpočinkem.*“ P4 ve své odpovědi poukázal, že sestřičky primárně u pacientů ovlivňují především bolest: „*Ne to sestřičky nijak neovlivňují. Bolest to ano, když si řeknu o prášek nebo injekci na bolest, ale únavu to ne.*“ P5 ve své odpovědi v rámci ovlivnění únavy zmínil i pohybovou aktivitu: „*...sestřičky říkaly, že právě kvůli únavě musím cvičit, tak asi*

tímto způsobem. Nevím, jak jinak by ovlivňovaly únavu. Beru teda prášky na spaní, abych se v noci co nejlíp vyspal.“ V odpovědi dále P5 shodně jako P3 zmínil léky na spaní. P2 jako jediná z respondentů zmínila i podporu sester k dostatečnému příjmu tekutin. Celá odpověď zněla: *„ Tak asi, že nás fakt pobízí k nějaké činnosti. Opravdu si hlídají, abychom ten den neprospali, máme za úkol vypít konvici čaje, to si sestřičky taky hlídají, ptají se, jak jsme se v noci vyspali, jak se cítíme, ptají se na bolest. No asi tak, jinak už mě nic nenapadá.*“ Odpovědi pacientů týkající se ovlivňování únavy sestrou jsou zaznamenány v následující tabulce 6.

Tabulka 6 – Ovlivnění únavy sestrou

Ovlivnění únavy sestrou	
pohybová aktivita	P4, P5, P9
ovlivnění bolesti	P4
léky na spaní	P3, P5
dostatečný příjem tekutin	P2

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Kategorie 6 Edukace sestrou o možnostech ovlivnění únavy

Do této kategorie patří odpovědi týkající se edukace. Zjišťovali jsme, zda jsou pacienti sestrami edukováni o možnostech ovlivnění únavy a jaké informace sestry pacientům sdělují. Shodu jsme našli v odpovědích P1, P3, P4 a P7, kteří v rámci rozhovoru sdělili, že ze strany sestry žádná edukace o možnostech ovlivnění únavy neproběhla. P1 ve své odpovědi zmínila skutečnost: *„Ne nikým jsem poučena nebyla. To by mě ani nenapadlo, že bych o tomto měla být poučena. Sestřičkou ani lékařem. Jak už jsem řekla únava se vůbec neřeší. Ani nevím, že jsou nějaké možnosti ovlivnění. Já myslěla, že jediná možnost je pořádně se vyspat a to je vše.*“ P3 na dotaz odpověděl takto: *„Ne o tom mě sestřička nepoučovala ani doktor mi nic o tom neříkal. Ani mě nenapadlo, že by mě o tom měli nějak poučovat...“* odpověď P3 ještě doplnil o skutečnost: *„Jenom mi teda pan doktor říkal, že je důležitý pohyb, abych se snažil každý den v rámci možnosti trochu toho pohybu mít.*“ P4 na otázku stručně odpověděla: *„Ne to mě nikdo o něčem takovém nepoučoval. To opravdu ne.“* P7 ve své odpovědi poukázal na skutečnost, že se zdravotnický personál primárně zaměřuje na edukaci zaměřenou na bolest: *„No*

poučený o únavě to jsem nebyl. Spíš o bolesti tu se mnou rozebírala, jak sestřička, tak pan doktor. Ale únavu tu se mnou opravdu nikdo neřešil.“ P2, P3, P5, P6 a P9 shodně uvedli, že v rámci edukace byli poučeni o důležitosti pohybové aktivity a negativním vlivu nadbytečného spánku na jejich únavu, dále všichni uvedení respondenti dle jejich slov byli informováni o šetření a rozložení sil během dne. Z toho P3 a P6 uvedli, že byli informováni lékařem a ne sestrou. Odpověď P3 zněla takto: *„Jenom mi teda pan doktor říkal, že je důležitý pohyb, abych se snažil každý den v rámci možností trochu toho pohybu mít.*“ S touto odpovědí se P6 ztotožňuje a dodává: *„Tak poučen jsem byl o fyzické aktivitě, že bych měl spát jenom určitý počet hodin, že bych se neměl zvýšeně přepínat, ale tak to jsem byl poučen spíše doktorem než sestrou.*“ P2 a P5 ve svých odpovědích zmínili, že poučení proběhlo sestrou. P2 odpověděla takto: *„Bylo mi sestřičkou sděleno, že bych neměla nadměrně spát, alespoň se jít projít po oddělení, do jídelny.*“ P5 odpověděl obdobně jako P2: *„No poučen. Sestřičky mi teda říkaly o té fyzické aktivitě, že je důležité se denně aspoň kousek projít. Abych celý den jenom neležel.*“ Respondenti P2 a P5 ve svých odpovědích zmínili, že byli sestrami poučeni o důležitosti dodržování pitného režimu. Přesná odpověď P5 zněla: *„Byl jsem pokáraný sestřičkou, že málo piju. Manželce daly za úkol koupit mi minerálku Magnesium, tak ji mám tady na stolku a musím popíjet a jsem pod přísným dohledem.*“ P9 jako jediná z respondentů uvedla, že ji byla sestrou poskytnuta informační brožura týkající se onkologické problematiky plus učiněna nabídka na cokoliiv se zeptat: *„Od sestřiček jsem dostala informační brožurku. Ve které jsou informace o pohybové aktivitě, šetření sil, výživě. Plus sestřičky mi nabídly, že se můžu na cokoliiv zeptat jich nebo pana doktora.*“ P2 jako jediný uvedl, že byl v rámci edukace tázán i na psychickou stránku: *„Ptali se mě i na psychickou stránku. To se mě ptal tedy pan doktor hnedka na začátku, kdy mi nemoc zjistili. Bylo mi řečeno, že je možnost užívat psychofarmaka, které mohou zlepšit celkový stav. Hlavně ten stres, strach co člověk má. Také, že mi můžou dát kontakt na psychologa, kdybych měl zájem.*“ V tabulce 7 jsou znázorněny poskytnuté informace v rámci edukace a jejich zastoupení.

Tabulka 7 – Edukace

Edukace	
needukovaní pacienti	P1, P3, P4, P7
pohybová aktivita	P2, P3, P5, P6, P9
negativní vliv nadbytečného spánku	P2, P3, P5, P6, P9
rozložení sil během dne	P2, P3, P5, P6, P9
dostatečný pitný režim	P3, P5
psychofarmaka, psychoterapie	P2

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Kategorie 7 Vliv únavy na kvalitu života pacientů

Tato kategorie má za úkol analyzovat jak je únava vnímána samotnými onkologickými pacienty a nakolik jim únava ovlivňuje jejich kvalitu života. V této kategorii se nám dostalo různorodých odpovědí, ale přesto jsme došli k jednoznačnému závěru. Dle výpovědí jednotlivých respondentů vyšlo najevo, že každému ať už ve větší či menší míře únava zasahuje do jeho kvality života. Únava je respondenty v jejich odpovědích vnímána velice negativně. Mezi dotazovanými byly ženy ve středním věku, které musí zvládat péči o děti a domácnost. Ve svých odpovědích uváděly, že je pro ně někdy poměrně náročné udržet domácnost v chodu a zvládat péči o děti. Dle jejich slov by se bez pomoci druhých neobešly. P8 nám sdělila: „...*hodně mi naštěstí pomáhá manžel s dětmi, takže jsem opečována. Bez pomoci, bych to asi úplně nezvládala.*“ P8 ve své odpovědi též zmínil, obtížnost se skrze únavu aktivně věnovat dětem: „*Tak je to někdy těžký. Mám dva malé kluky. Takový čerty. Člověk se jim chce věnovat, i když je prostě unavený. Chce je vzít na hřiště, dělat s nimi ty blbosti. Ted' mě zmáhá jakákoliv banalita. Takže je fakt důležitý určit si čemu tu energii chcete věnovat, protože je jasný, že na všechno co jste běžně dřív zvládli vám ted' energie nestačí. Takže je to určitě o prioritách.*“ P1 se ztotožňuje s odpovědí P8: „*Ale ta únava je někdy protivná to jo, omezuje mě ve spoustě činností. Nejvíce mi chybí čas strávený s vnoučaty. Ted' už za nimi, tak často nejezdíme, protože bydlí docela daleko a mě ted' dlouhá cesta nedělá moc dobře. To mě mrzí hodně.*“ Všichni respondenti uváděli, že vlivem únavy pociťují podstatně méně sil a energie. P1 ve své odpovědi uvedla: „...*ted', v době nemoci jsem*

více unavená. Pobolívá mě hlava, nemám tolik síly a energie jako dříve. Doma taky víc polehávám, nejsem už tak aktivní...“ P2 zmínila: „Únava člověka samozřejmě omezuje. Když není člověku špatně po chemoterapii, tak je zase naprosto vyčerpanej. Mám stavy, kdy jsem schopná normálně fungovat. Z toho jsou zase, dny kdy ta energie je fakt nulová. To je člověk schopnej prospat celý den, večer se zbudí a nepocituje žádný odpočinek. Je to těžký, i když vám doktor říká, ať se nepřepínáte, jsou věci, které prostě udělat musíte. Mám děti, manžela, domácnost. Takže, ta únava určitě hodně omezuje.“

P3 ve své odpovědi též podotkl nedostatek energie a zvýšenou spavost: „S manželkou máme hospodářství. Tak teď je to hlavně na ní. Mě to stojí někdy trochu víc úsilí, cítím, že teď je sil méně a někdy taky usínám i přes den. Dřív to jsem vůbec neměl ve zvyku spát přes den. To pro mě neexistovalo.“

Věkově mladší respondenti se během rozhovoru zmínili o omezení vlivem únavy i v oblasti kulturního života. P6 se vyjádřil takto: „Jasně, určitě. Stoprocentně nejsem teď, tak aktivní. Člověk nemá chuť a hlavně energii vyrazit někam ven. Fakt na to člověk nemá ani pomyslení. Jako u mě je to určitě i tou bolestí. Jasně, že by to člověk radši chtěl zaspat, ale to taky nemůže. Protože by to paradoxně bylo ještě horší.“

P8 se ztotožňuje s odpovědí P6 a uvádí: „Člověk nemá ani moc chuť chodit do společnosti, protože prostě nemá náladu a energii. Ale samozřejmě jsou lepší i horší dny.“

6. Diskuze

Během posledního desetiletí došlo k výraznému pokroku v chápání únavy související s onkologickým onemocněním včetně její definice, hodnocení a měření. Byly potvrzeny pozitivní účinky několika terapií na ovlivňování únavy (Barsevick et al., 2013). Navzdory dostupnosti praktických pokynů pro hodnocení a řízení únavy související s nádorovým onemocněním, založené na důkazech z národních onkologických databází stále není běžně prováděno v mnoha institucích a na onkologických pracovištích (Piper et al., 2013).

V rámci diskuze bychom rádi zmínili problémy, se kterými jsme se během výzkumného šetření setkali. Jedním problémem byla dlouhá čekací doba k udělení povolení výzkumu od náměstkyní ošetrovatelské péče a vrchních sester jednotlivých nemocnic. Z několika nemocnic byla naše žádost zamítnuta, některé nemocnice na oslovení vůbec nereagovaly, což komplikovalo naše výzkumné šetření. Negativně nás překvapila značná neochota ze strany sester, se kterou jsme se setkávali ve většině zdravotnických zařízení. Řada sester razantně odmítla provedení rozhovoru, jejich rozhodnutí bylo námi respektováno, nicméně neochota sester pomoci budoucím zdravotníkům a kolegům při dovršení studia bylo pro nás velkým zklamáním, zvláště v době výrazného nedostatku zdravotních sester.

Při analýze sebraných dat z rozhovorů s dotazovanými sestrami a pacienty z jednotlivých onkologických pracovišť jsme si stanovili jednotlivé kategorie. Některé z nich jsme ještě dále rozdělili na subkategorie. V první kategorii jsme se zaměřili na odebírání anamnézy a zjišťující informace. Zabývali jsme se, zda se sestry při odběru anamnézy zaměřují i na oblast únavy a jakých informací se pacientů dotazují. Dle Zalety et al. (2018) při vyšetření únavy hraje významnou roli odběr anamnézy a měla by být odebírána u každého pacienta. Androšová (2008) ve své publikaci uvádí, že by v rámci odebírání anamnézy měly být zjišťovány všechny tyto informace: intenzita únavy, časová charakteristika, faktory, které únavu nemocného negativně či pozitivně ovlivňují a v neposlední řadě příznaky, kterými se u nemocného únavy vyznačuje. Všechny dotazované sestry uvedly, že se pacientů ptají na přítomnost únavy. Intenzitu

zjišťují dvě z devíti sester, časová charakteristika je zjišťována pouze jednou sestrou z devíti, též na příznaky se táže pouze jedna sestra z devíti. Na faktory ovlivňující únavu se nedotazuje žádná ze sester. Rozhovor v rámci odebírání anamnézy byl veden i s pacienty. Sedm z devíti dotazovaných pacientů uvedlo, že v rámci anamnézy byli dotazováni na přítomnost únavy. Dva pacienti z devíti byli dotazováni na intenzitu únavy. Pouze od jednoho pacienta z devíti byla zjišťována časová charakteristika. Na faktory ovlivňující únavu nebyl tázán ani jeden pacient. Na příznaky únavy byli sestrami dotazováni dva pacienti z devíti.

V další kategorii jsme se zaměřili, zda jsou pacienti sestrami aktivně dotazováni na jejich únavu. Barsevick et al. (2013) ve svém článku uvádějí, že by onkologičtí pacienti měli být sestrami aktivně a rutinně dotazováni na přítomnost a projevy únavy. Jedna sestra z devíti uvedla, že se na přítomnost a projevy únavy pacientů vůbec nedotazuje. Ostatní sestry uváděly, že spíše než aktivním dotazováním zjišťují přítomnost a projevy únavy pozorováním, aniž by se nemocného přímo dotazovaly. Barsevick et al. (2013) v článku podotýká, že by pacienti měli být sestrami dotazováni přímou otázkou. Bylo, však zjištěno, že sestry používají místo metody dotazování, metodu pozorování. Devět z devíti dotazovaných pacientů v rámci rozhovoru shodně s výpověďmi sester uvedli, že sestrami na přítomnost a projevy únavy dotazováni nejsou.

V následující kategorii jsme se zabývali intenzitou únavy. Zkoumali jsme, zda je intenzita sestrami hodnocena a pomocí jakých hodnotících škál. Z analýzy výsledků byla zjištěna skutečnost, že pouze S6 a S8 ze zbylých sedmi sester intenzitu únavy hodnotí. Z toho pouze S6 se v praxi setkala a běžně používá VAS škálu k hodnocení únavy. S8 uvedla, že hodnocení intenzity praktikuje pouze otázkou jak moc je pacient unavený. Osm sester z devíti uvedlo, že žádnou hodnotící škálu únavy na odděleních nemají k dispozici, nikdy se v praxi s takovouto škálou neseťkaly a ani žádnou hodnotící škálu únavy neznají. Z výpovědí pacientů, bylo zjištěno, že ani jeden z devíti pacientů nebyl sestrou během hospitalizace tázán na intenzitu jeho únavy. Piper et al. (2013) ve svém článku uvádějí, že by kvalitní ošetrovatelská zdravotní péče o onkologické pacienty měla zahrnovat právě hodnocení intenzity únavy. Dále autoři apelují, že by

intenzita únavy měla být hodnocena pomocí jednoduchých číselných stupnic. Uvádí, že existuje řada validovaných škál, které lze v praxi použít. Suzukiho et al. (2018) ve svém článku zmiňují vizuální analogové škály (VAS) a dodávají, že dle provedených výzkumů na zahraničních onkologických klinikách je to v praxi nejpreferovanější a nejpoužívanější hodnotící škála. Meneses-Echávez et al. (2015) uvádějí řadu dalších hodnotících škál, které lze v praxi využít např. FS- Piper Fatigue Scale, Schwartzovu stupnici únavy (SCFS), multidimenzionální inventář únavy (MFI).

V kategorii zaznamenávání únavy v dokumentaci nemocného bylo zjištěno, že únava v dokumentaci nemocného není přímo zastoupena a tudíž není jimi v dokumentaci nijak zaznamenávána. Sestry uváděly, že zaznamenávají pouze výraznou únavu, kdy již zasahuje do soběstačnosti nemocného, buď to záznamem do plánu ošetrovatelské péče nebo deníku denního hlášení. Výsledky našeho výzkumu se shodují s tvrzením Barsevicka et al. (2013), kteří uvádí, že dokumentace o únavě v ošetrovatelském záznamu není běžnou praxí ani vyžadována Společnou komisí, čímž se vytváří systémová bariéra. Výsledkem je, že hodnocení a řízení únavy nejsou považovány za priority a ošetrovatelský personál není upozorňován, aby únava byla dokumentována.

V kategorii spánek jsme se zabývali zjištěním, zda je sestrami pravidelně hodnocena kvalita a nepřerušovanost spánku a jaké intervence sestra provádí k mírnění poruch spánku. Dle Vokurky (2018) by sestra měla aktivně provádět hodnocení kvality spánku a intervence vedoucí k jeho zlepšení, neboť jeho kvalita se přímo podílí na intenzitě únavy nemocného. Převážnou většinou sester je kvalita a nepřerušovanost spánku pravidelně hodnocena a zaznamenávají do dokumentace nemocného. Hodnocení kvality a nepřerušovanosti spánku je sestrami prováděno metodou ústního dotazování pacienta, žádné hodnotící škály nemají na oddělení k dispozici. Porušená kvalita spánku je některými sestrami zaznamenávána přímo v ošetrovatelské dokumentaci nebo část sester provede záznam do denního hlášení a nahlásí tuto skutečnost lékaři. Všichni dotazovaní pacienti se s odpověďmi sester ztotožňují a uvedli, že jsou sestrami aktivně a pravidelně na kvalitu spánku dotazováni. Co se týče prováděných intervencí k mírnění poruch spánku, sestry shodně s Herdmanem a Kamitsurou (2015) uvedly podávání

hypnotik. Což je podle našich výsledků dominující prováděná intervence. Herdman a Kamitsuru (2015) mezi intervence dále řadí maximální možný pohyb pacienta mimo lůžko. Tuto intervenci uvedly tři sestry z dotazovaných devíti. Dále jsme shodu s autory našli v zajištění nočního klidu. Tato intervence je poskytována šesti sestrami z devíti. Vokurka (2005) ve své publikaci poznamenal podstatu vyslechnutí a uklidnění pacienta sestrou před spánkem v případě přítomnosti psychických problémů. Na psychickou stránku v rámci intervencí se soustřeďuje pouze dvě sestry z devíti. Pro názornost přikládáme odpověď S6: „*Pacienti by také před spaním neměli myslet na negativní věci, ale to jde těžko z naší strany ovlivnit, ale samozřejmě se je snažíme něčím rozptýlit. Přivést je před spaním na hezké myšlenky.*“ Dvě sestry z devíti uvedly, že se pacientům popřípadě snaží zajistit jejich individuální rituály. Jako jediná S5 uvedla, skutečnost: „*...hlavní intervencí je určitě odstranit bolest. Pacientů se před spaním dotazujeme na bolest.*“ S5 se shoduje s tvrzením Sirackého (2009), že bolest má přímý vliv na kvalitu spánku a tudíž i únavu.

Další zkoumanou oblastí byla kontrola hladiny hemoglobinu. Sledování příznaků anémie je dle Bruery (2015) součástí ošetrovatelské péče. Ve svém článku apeluje na úkol sestry sledovat aktuální hladiny hemoglobinu. Z výsledků výzkumu jsme zjistili, že opravdu všechny dotazované sestry u pacientů kontroly hemoglobinu provádějí. Bruera (2015) uvádí, že frekvence kontrol se řídí ordinací lékaře. S touto skutečností se shoduje odpověď S6, která v rámci své odpovědi uvedla, že intenzita kontrol hemoglobinu je individuální a dodala: „*...u některých denně, u některých více než jedenkrát do týdne. Intenzita kontrol se řídí dle ordinací lékaře.*“

Kategorie pohybová aktivita měla za úkol zjistit, zda jsou pacienti pravidelně sestrami pobízeni a podporováni k fyzické aktivitě. Dle studie provedenou Covert (2016) jednou z hlavních intervencí sester, které mohou udělat ke zmírnění únavy je cvičení. Ve svých výsledcích studie autorka uvádí, že je to jediná intervence založená na důkazech, která byla prokázána jako pomoc při únavě způsobené rakovinou. Dále uvádí, že by měla být poskytována všemi sestrami. Z výsledků našeho výzkumu můžeme konstatovat, že jsou pacienti sestrami až na S1 aktivně podporováni. Osm z devíti dotazovaných sester

uvedlo, že své pacienty pobízí k fyzické aktivitě a pacienti pravidelně cvičí v rámci rehabilitace. Pacienti toto tvrzení sester potvrdili. Sedmi pacienty z devíti nám bylo sděleno, že jsou sestrami během dne podporováni k činnostem, sestry si u nich hlídají vyváženost spánku s aktivitami a pravidelně během hospitalizace pravidelně cvičí pod vedením rehabilitačních pracovníků.

Další kategorii jsme označili, jako intervence k mírnění únavy. Na otázku, zda u svých pacientů provádějí nějaké intervence ke zmírnění únavy, nám pět sester z devíti uvedlo, že žádné intervence ke zmírnění únavy u pacientů neprovádějí. Z této odpovědi jsme usoudili, že sestry netuší, jaké činnosti mezi tyto intervence vůbec patří. Jelikož nám v předchozích otázkách kladně odpověděly, že pravidelně hodnotí kvalitu spánku, kontrolují hladinu hemoglobinu a podporují pacienty k pohybové aktivitě. Všechny tyto zmíněné činnosti Bruera (2015) řadí právě mezi intervence ke zmírnění únavy. Sestry zřejmě s těmito rutinně prováděnými činnostmi a intervencí k mírnění únavy nevidí souvislost. Zbylé čtyři sestry shodně uvedly, že v rámci intervencí pacienty podporují k pohybové aktivitě. Dvě z devíti uvedly, že u pacientů dbají na dostatečný příjem tekutin. Dle Vokurky (2005) by snahou lékařské a ošetrovatelské péče mělo být maximální ovlivnění všech příčin únavy, které ovlivnit lze. S tímto tvrzením se ztotožňují S6 a S7, které do intervencí k mírnění únavy zařazují i mírnění bolesti. Přesná odpověď S6 zněla: „*Primárně se vždy snažíme vyřešit příčinu únavy. Základ je snížit nebo odstranit bolest, která ve velké míře právě ovlivňuje únavu nemocného.*“ Jako jediná S7 ze zbylých osmi sester zmínila intervenci týkající se psychické stránky nemocného. Uvedla užívání psychofarmak ke zmírnění úzkosti a stresu s touto intervencí se shoduje s Bruerou (2015), který ji ve svém článku řadí do farmakologických intervencí zmírňujících únavu. Na výzkumnou otázku týkající se intervencí byli tázáni námi zvolení pacienti. Na otázku zda sestra nějakým způsobem ovlivňuje jejich únavu, se nám dostalo od pěti pacientů z devíti odpovědi, že sestřičky jejich únavu přímo nijak neovlivňují. Zbylých pět pacientů odpovídali shodně s odpověďmi sester a poznatky z literatury. Pacienti uváděli, že je sestry v rámci ovlivnění únavy podporují k pohybové aktivitě, tlumí bolest, podávají léky na spaní a zajišťují dostatečný příjem tekutin.

V kategorii edukace o možnostech ovlivnění únavy jsme z analýzy výsledků došli k závěru, že v oblasti edukace mají některé sestry větší či menší rezervy v poskytování celistvosti informací a některé ani netuší, čeho by se edukace zaměřená na ovlivnění únavy měla týkat a jaké informace v rámci edukace by pacientům měly sestry sdělovat. V roce 2014 ASCO vyvinulo klinické praktické pokyny pro lékaře a ošetrovatelský personál vyžadující pravidelný screening únavy, její hodnocení a edukaci pacienta o možnostech zmírnění tohoto problému. I přes tyto pokyny, které by měly být v praxi uplatňovány, nám tři sestry z devíti uvedly, že své pacienty vůbec needukují. Dle National Cancer Institute (2018) je kvalitní edukace pacienta důležitou úlohou sestry ve strategii v boji proti únavě a každá sestra by ji proto měla provádět. Pouze jedna sestra v rámci edukace nemocného seznámí co je vlastně únava a co ji způsobuje. S tímto krokem v edukaci se shoduje s Vorlíčkem et al. (2012). Dále šest sester z devíti informuje pacienty o příznivých účincích pohybové aktivity a dvě sestry informaci doplňují o rozložení sil během dne. Tři sestry edukaci správně zaměřují i na oblast pitného režimu a stravování. S9 jako jediná uvedla, že pacienty odkazuje na výživového poradce, což by podle Androšové (2008) též mělo být součástí správné edukace. Dvě sestry uvedly, že pacienty dále informují o nutnosti vyvarování se přímému slunci. Mezi aspekty edukace Siracký (2009) dále zahrnuje i psychickou stránku pacienta. Psychickou stránkou se v rámci edukace zabývají čtyři sestry z dotazovaných devíti. Ve svých odpovědích se shodují s názorem Sirackého (2009), že je podstatné nemocného odpoutat od problému a starostí, které ho sužují a přivést ho na jiné myšlenky. Z odpovědí pacientů jsme získali informace, že čtyři z dotazovaných devíti nebyli sestrou o ovlivnění únavy vůbec edukováni. Zbýlých pět pacientů dostalo od sester informace týkající se pohybové aktivity a negativním vlivu nadbytečného spánku, rozložení sil během dne. Z toho dva pacienti navíc uvedli informace o dostatečném pitném režimu a jeden pacient uvedl, že byl sestrou seznámen o možnosti psychoterapie a užívání psychofarmak. Z výsledku rozhovorů s pacienty je nutno podotknout, že pacienti nejsou sestrami přímo edukováni, ale jsou jim pouze sdělovány informace. Správná edukace by měla obsahovat celistvé informace týkající se dané problematiky, ty však pacientům nejsou zdaleka poskytovány.

V kategorii ovlivnění kvality života jsme se shodli s výsledky studie Covertové (2016). Totožně jsme zjistili skutečnost, že projevy únavy ovlivňují každý aspekt pacientova života – únava onkologicky nemocné ovlivňuje nejen fyzicky, ale i psychicky. Dále jsme se s výsledky výzkumu shodli s tvrzením Schapiry et al. (2015), že únava má vliv i na oblast jejich zálib a sociálních vztahů.

Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku únavy jako jednoho z vedlejších příznaků spojeného s onkologickým onemocněním a léčbou. Cílem této práce bylo popsat, jakou úlohu zastávají sestry v problematice únavy u onkologických pacientů. Zjistit jaké existují možnosti ovlivnění únavy onkologických pacientů a jak jsou v praxi uplatňovány. Jakým způsobem je únava pacientů podstupujících onkologickou léčbu hodnocena a zaznamenávána v dokumentaci pacientů. Jak je únava vnímána ze strany pacientů podstupujících onkologickou léčbu. V souvislosti se stanovenými cíli práce byly vytvořeny výzkumné otázky, na základě jejichž zodpovězení došlo k naplnění cílů bakalářské práce.

Pro empirickou část v rámci kvalitativního výzkumu byl sestaven soubor otázek k polostrukturovanému rozhovoru s respondenty, jimiž byly sestry a pacienti onkologických oddělení oslovených nemocnic ČR.

Managementu únavy se v praxi bohužel ze strany ošetřovatelského personálu nevěnuje taková pozornost, jaká by měla. Tento názor se ve výzkumu s konfrontací s odbornou literaturou a výsledky výzkumů potvrdil. Co se týče úloh sester v problematice únavy, měly by být sestrou zastávány ve zjišťování informací o únavě v rámci odebrání anamnézy, v aktivním ovlivňování únavy, jejím pravidelném hodnocení a v edukaci pacientů týkající se dané problematiky. Z výzkumu vyplývá, že uvedené úlohy nejsou sestrami zcela v takové kvalitě a míře naplňovány, jak by dle odborných publikací měly být.

Nejnovější výzkumy potvrdily pozitivní účinky několika metod vedoucí k pozitivnímu ovlivňování únavy. Jedná se zejména o účinky pohybové aktivity na snižování únavy, mírnění poruch spánku, pozitivní ovlivňování psychické stránky nemocného či farmaceutické ovlivňování. Z analýzy výsledků byla zjištěna skutečnost, že jsou v praxi sestrami uplatňovány zejména dvě metody. A to aktivní podpora pacientů k pohybové aktivitě a ovlivňování kvality spánku nemocných a jeho pravidelné hodnocení.

Výzkum dále ukázal, že pouze dvěma z dotazovaných devíti sester je únava hodnocena. Z toho pouze jedna sestra k hodnocení intenzity užívá hodnotící škálu. Co se týče zaznamenávání únavy v dokumentaci pacientů, bylo zjištěno, že dvě z devíti sester únavu žádným způsobem nezaznamenávají. Ostatní sestry uvedly, že se únava zaznamenává pouze v případě její výrazné intenzity, kdy již zasahuje do soběstačnosti nemocného, a to buď do plánu ošetrovatelské péče nebo deníku denního hlášení. Jedna z dotazovaných sester uvedla, že únava v ošetrovatelské dokumentaci není nijak vedena, tudíž sestrami nemůže být ani zaznamenávána.

Z výsledků rozhovorů s pacienty je patrný závěr, že všem dotazovaným pacientům únava velmi negativně a výrazně ovlivňuje kvalitu života. Únava zasahuje, jak do pracovního, osobního, tak kulturního života nemocných.

Díky této práci jsme se utvrdili v tom, že je únava brána jako sekundární problém. Domnívám se, že většina sester si není vědoma, jaké všechny činnosti v rámci managementu únavy by měly v rámci své pozice vykonávat a jak by těmito činnostmi mohly svým pacientům výrazně pomoci. Bakalářská práce může být použita pro studijní účely. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako příručka pro sestry pracující na onkologických odděleních, ale též i jako informační brožura pro samotné pacienty. V první řadě by však měla sloužit k větší informovanosti sester a zlepšit tím kvalitu ošetrovatelské péče a života pacientů trpících únavou.

Seznam literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, J. et al., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 9788024730639.
2. AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014. *Signs and Symptoms of Cancer* [online]. American Cancer Society [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>
3. ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
4. ANDROŠOVÁ, J., 2008. *Únava u revmatoidních pacientů*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství.
5. ARENDS, J., FREIBURG, 2018. *Mechanism and management of fatigue* [online]. ESMO Preceptorship Supportive and Palliative Care [cit. 2019.04.01]. Dostupné z: <https://oncologypro.esmo.org/content/download/130996/2456346/file/2018-Preceptorship-Supportive-Palliative-Fatigue-Jann-Arends.pdf>
6. BARSEVICK, A. M. et al., 2013. *Recommendations for High-Priority Research on Cancer-Related Fatigue in Children and Adults* [online]. Journal of the National Cancer Institute [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888121/>
7. BEZDIČKOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
8. BISCHHEL, L. E. et al., 2016. *Age differences in fatigue, decrements in energy, and sleep disturbance in oncology patients receiving chemotherapy* [online]. Elsevier [cit. 2019.04.01]. Dostupné z: <https://www.email.cz/download/k/PyZMuPzdYYzP7YJDVHN3O6pefq1IZXQMcqOCAazODwmLjpPVf4NhpVonzlhdCsnIC3Sgg/22.1pdf.pdf>
9. BORNEMAN. et al., 2010. *Assessment and Management of Cancer-Related Fatigue* [online]. Nursing Centre [cit. 2019-04-01]. Dostupné z:

https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=00129191-201304000-00005&Journal_ID=260877&Issue_ID=1521073#P85%20

10. BOWER, J. E. et al., 2014. *Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation* [online]. *Journal of Clinical Oncology* [cit. 2018.10.29]. <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2013.53.4495>
11. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J., 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol. První vydání. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. 140 s. ISBN 978-80-905867-0-3.*
12. CASSIDY, J. et al., 2015. Principles of treatment, Principles of symptom control in palliative care. In: CASSIDY, J., et. al. *Oxford Handbook of Oncology*. 4th Revised edition. United Kingdom: Oxford University Press. 156 s. ISBN 978-0-19-968984-2.
13. COVERT, A., 2016. *Nursing Care of Cancer-Related Fatigue* [online]. *Cancer Network* [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.cancernetwork.com/conference-report/nursing-care-cancer-related-fatigue>
14. DEV, R., WONG, A., HUI, D., BREURA, E., *The Evolving Approach to Management of Cancer Cachexia* [online]. *Oncology Journal* [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/evolving-approach-management-cancer-cachexia/page/0/1>
15. DUŠEK, L. et al., 2014. *Incidence a mortalita nádorových onemocnění v České Republice*. *Klinická onkologie*. č. 6, s. 406-423. ISSN 0862-495.
16. FABIAN, P., 2015. Morfologická klasifikace nádorů. In: TOMÁŠEK, J. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
17. GATES, A. R., FINK, R.M., 2011. *Oncology nursing secrets. Second Edition*. U.K.London: Elsevier Health Sciences. 608 s. ISBN 1-56053-477-X.

18. GORDON, M., 2010. *Manual of nursing diagnosis: including all diagnostic categories approved by the North American Nursing Diagnosis Association*. 12th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett. 398 s. ISBN 0763771856.
19. GURKOVÁ, E. et al., 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. 1. vydání, Slovenská republika: Osveta. 243 s. ISBN: 978-80-8063-308-0.
20. HENDL, J., 2016. *Kvalitatívni výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
21. HOLÁNEK, M., 2016. *Sekundární malignity* [online]. Linkos [cit. 2019-04-01]. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/sekundarni-malignity-1/>
22. HŮLOVÁ, A., 2018. Život bet únavy. *Naše rodina*. roč. 35, 32s., ISSN 0323-2743.
23. HURI, M. et al., 2018. *Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Turkish version of the Cancer Fatigue Scale in patients with breast cancer* [online]. Turkish Journal of Medical Sciences [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-18-48-1/sag-48-1-21-1707-125.pdf>
24. HYNKOVÁ, L., ŠLAMPA, P., 2012. *Základy radiační onkologie*. Brno: Masarykova univerzita. 247 s. ISBN 978-80-210-6061-6.
25. CHOCENSKÁ, E. et al., 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi. 29 s. ISBN 978-80-87250-02-0.
26. KABELKA, L., SLÁMA, O., 2009. *Paliativní medicína pro lékárníky* [online]. Aktuální farmakoterapie. Brno: Masarykův ústav [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/06/04.pdf>
27. KAREŠOVÁ, J. et al., 2010. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha: Maxdorf. 143 s. ISBN 978-80-7345-217-9.

28. KING, C. R., SHINDS, P., 2012. *Quality of life: from nursing and patient perspectives : theory, research, practice*. Third edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning. 390 s. ISBN 9780763749439.
29. KLENER, P. et al., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 1 101 s. ISBN 8024612526.
30. KLENER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.
31. KOHOUT, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy II*. Praha: Forsapí. 131 s. ISBN 978-80-87250-32-7.
32. KOMÁREK, L. et al., 2007. *Nádorová onemocnění* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2018-11-19]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadorova-onemocneni>
33. KOZÁK, T., 2010. *Anémie a únava u nádorových onemocnění: informace pro pacienty*. Praha: We Make Media. 24 s. ISBN 978-80-87339-06-0.
34. KOZÁKOVÁ, Š. et al., 2011. *Chemoterapie a cílená léčba, praktická příručka*. Brno: Academicus. 97 s. ISBN 978-80- 87192-13-9.
35. KŘÍŽOVÁ, J., 2016. *Výživa a nádorová onemocnění*. In: ZLATOHLÁVEK, L., et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. 294 s. ISBN 978-80-88129-03-5.
36. KUČTÍKOVÁ, B. et al., 2012. *Vedlejší účinky chemoterapie podávané pacientům* [online]. Linkos [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vedlejsi-ucinky-chemoterapie-podavane-pacientum/>
37. LUKÁŠ, K. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky. Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
38. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Galén. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

39. MECHL, Z. et al., 2009. *Nežádoucí účinky protinádorové léčby a jejich léčba* [online]. Medicína pro praxi [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/06/08.pdf>
40. MENESES-ECHÁVEZ, J. K. et al., 2015. *Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis* [online]. BMC Cancer [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1069-4>
41. HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015–2017* - NANDA International. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
42. NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ PROGRAM, 2018. *Česká republika a rakovina v číslech* [online]. Linkos [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
43. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018. *Fatigue and Cancer Treatment* [online]. National Cancer Institute [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue>
44. NCCN. org, 2018. *Cancer- Related Fatigue* [online]. National Comprehensive Cancer Network [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.email.cz/download/k/yIkGdqwTbBjgbG3KJxfDmmzrf7S8Oahywb2ErrOezetlsL21zwoTBeqmejtiX4HsKxBIo/fatigue.pdf>
45. NĚMCOVÁ, V., 2007. *Vliv únavy na kvalitu života onkologických pacientů*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
46. NOVOTNÝ, J. et al., 2012. *Onkologie v klinické praxi, Standartní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta a.s. 531 s. ISBN 978-80-204-2663-5.
47. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

48. PETRUŽELKA, L. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 605 s. ISBN 978-80-247- 4284-7.
49. PIPER, B. F. et al., 2013. *Assessment of Cancer-Related Fatigue: Role of the Oncology Nurse in Translating NCCN Assessment Guidelines into Practice* [online]. *Clinical journal of oncology nursing* [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776587/>
50. RILEY, P. et al., 2017. *Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: cytokines and growth factors* [online]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [cit. 2019-30-03]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011990.pub2/full>
51. SABIN, L.H. et al., 2010. *International Union Against Cancer.seventh edition*. Switzerland: Wiley- Blackwell publication. 246 s. ISBN 978-80-904259-6-5.
52. SAIKI, C.B. et al., 2017, *Strategies for Addressing Cancer patient's Complaints of Fatigue* [online]. *Cancer Network*. [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/strategies-addressing-cancer-patients-complaints-fatigue>
53. SANSO, N. et al., 2015. *Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death* [online]. *ScienceDirect* [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088539241500086X>
54. SCHAPIRA, L. et al., 2018. *Fatigue* [online]. *Cancer. Net* [cit. 2019-30-03]. Dostupné z: <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/physical-emotional-and-social-effects-cancer/managing-physical-side-effects/fatigue>
55. SIRACKÝ, J., 2009. *Únava – nepříjemný sprievodca onkologických chorôb*. Bratislava: Liga proti rakovine SR. 25s. ISBN 978-80-89201-47-1.
56. SLÁMA, O., 2012. Paliativní péče. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

57. STARNOVSKÁ, T. et al., 2007. *Výživa při nádorovém onemocnění: praktická příručka pro pacienty*. Praha: Nutricia. 35 s. ISBN 978-80-239-9055-3.
58. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. vydání. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 273 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
59. SUZUKI, K. et al., 2018. *Clinical significance of cancer-related fatigue in multiple myeloma patients* [online]. International Journal of Hematology [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12185-018-2516-1>
60. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
61. ŠACHLOVÁ, M. et al., 2014. *Gastrointestinální nežádoucí účinky protinádorové léčby* [online]. Remedia [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Onkologie/Gastrointestinalni-nezadouci-ucinky-protinadorove-lecby/8-1h-1C9.magarticle.aspx>
62. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
63. TOMÁŠEK, J., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
64. TSUBAKI, M. et al., 2018. *Rebamipide suppresses 5-fluorouracil-induced cell death via the activation of Akt/mTOR pathway and regulates the expression of Bcl-2 family proteins* [online]. Science Direct [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887233317303168?via%3Dihub>
65. VOKURKA, S., 2005. *Ošetřovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetřovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén. 140 s. ISBN 8072622994.
66. VOKURKA, S., 2015. *Péče o dutinu ústní u onkologických pacientů*. Praha: Dialog – Jessenius. 14 s. ISBN 978-80-905986-14.

67. VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada. 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
68. VORLÍČEK, J. et al., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
69. VORLÍČEK, J. et al., 2006. *Nežádoucí účinky chemoterapie* [online]. Linkos [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/patient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-chemoterapie-1/>
70. VORLÍČEK, J. et al., 2013. *Chemoterapie a vy, rady pro nemocné léčené*. Masarykův onkologický ústav, MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o., Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o. 35 s. ISBN: 978-80-87135-51-8
71. VULPEN, J. K. et al., 2018. *Effect of exercise on cancer-related fatigue: moving forward* [online]. Data Archiving and Networked Services [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.narcis.nl/about/Language/en>
72. YENNURAJALINGAM, S. et al., 2015. *Fatigue and Dyspnea* [online]. Cancer Network [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://www.cancernetwork.com/cancer-management/fatigue-and-dyspnea>
73. ZALATE, A. K. et al., 2018. *Patient-clinician communication about nutrition, weight, fitness, and fatigue in cancer care* [online]. Journal of Clinical Oncology [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.e22131
74. ZHOU, W. et al., 2018. *Effects of Tai Chi Exercise on Cancer-Related Fatigue in Patients With Nasopharyngeal Carcinoma Undergoing Chemoradiotherapy: A Randomized Controlled Trial* [online]. Science Direct [cit. 2018.04.01]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417306012?via%3Dihub>

Seznam zkratek

ASCO- Americká společnost pro klinickou onkologii

ČR- Česká republika

DNA – deoxyribonukleová kyselina

NANDA- Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy

VAS- vizuální analogová stupnice

Seznam příloh

Příloha 1 – Soubor otázek

Příloha 2 - Seznam tabulek

Příloha 1

Soubor otázek k polostrukturovanému rozhovoru k bakalářské práci na téma:

„Únava u onkologicky nemocných“

SOUBOR OTÁZEK PRO SESTRY

Základní údaje sester:

Pohlaví:

Věk:

Délka praxe na onkologickém oddělení:

Dosažené nejvyšší vzdělání:

Scénář pro polostrukturovaný rozhovor

1. Zaměřujete se v rámci odebírání anamnézy i na oblast únavy?
Popřípadě jaké informace zjišťujete?
2. Ptáte se aktivně pacienta na přítomnost a projevy únavy?
3. Hodnotíte intenzitu únavy? Popřípadě pomocí jaké hodnotící škály?
4. Zaznamenáváte únavu v dokumentaci nemocného? Popřípadě jak?
5. Hodnotíte u pacientů kvalitu a nepřerušovanost spánku?
6. Jakými intervencemi se snažíte pacientovi zajistit kvalitní spánek?
7. Kontrolujete u pacientů pravidelně hladinu hemoglobinu?
8. Podporujete pacienty k pohybové aktivitě?

9. Provádíte na vašem oddělení nějaké intervence ke zmírnění únavy pacientů?
Popřípadě jaké?

10. Provádíte edukaci pacienta v rámci možností ovlivnění únavy?

SOUBOR OTÁZEK PRO PACIENTY

Pohlaví:

Věk:

Diagnóza onemocnění:

Podstupující léčba:

Scénář pro polostrukturovaný rozhovor

1. Provedla s vámi sestra rozhovor zaměřený na únavu v rámci odebrání anamnézy?
Např. intenzita, časová charakteristika únavy?
2. Jste pravidelně sestrou dotazován na přítomnost a intenzitu únavy?
3. Jste sestrou dotazován na kvalitu vašeho spánku?
4. Jste sestrou pobízen k fyzické aktivitě?
5. Ovlivňuje nějak sestra vaší únavu? Popřípadě jakým způsobem?
6. Byl jste sestrou poučen o všech možnostech ovlivnění únavy?
7. Jak samotnou únavu vnímáte? V jaké míře vám ovlivňuje kvalitu života?

Příloha 2 - Seznam tabulek

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester	33
Tabulka 2 - Odebírání anamnézy.....	36
Tabulka 3 - Intervence ke zlepšení spánku	42
Tabulka 4 – Edukace.....	47
Tabulka 5 – Identifikační údaje pacientů	47
Tabulka 6 – Ovlivnění únavy sestrou.....	53
Tabulka 7 – Edukace.....	55