



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití modelu M. E. Levine v klinické a komunitní
praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Mgr. Tereza Dušičková

Školitel: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Využití modelu M. E. Levine v klinické a komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2019

.....

Mgr. Tereza Dušičková

Poděkování:

Mé poděkování patří doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu, psychickou podporu, lidskost, převelikou trpělivost, kterou mě a celé práci věnovala a bez, které by tato práce nebyla sepsána. Dále bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Valerii Tóthové, Ph.D., která stála u zrodu celého grantového projektu, ze kterého práce vychází. Také bych chtěla poděkovat své kolegyni a spolužačce Mgr. Kristýně Toumové, se kterou jsem měla tu čest spolupracovat a byla mi oporou při celém studiu. Mé poděkování také patří Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D., Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D. a Mgr. Davidovi Kimmerovi, Ph.D.. A to za jejich pomoc, kterou mi v rámci psaní práce dodávali. Mé poděkování též patří celé mojí rodině a to za jejich trpělivost a psychickou podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem informantům a respondentům, bez kterých by celý výzkum nevznikl.

Využití modelu M. E. Levine v klinické a komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem

Abstrakt

Cílem disertační práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem s využitím modelu M. E. Levine. Dále zjistit, která z těchto specifíků chybí ve zmíněném ošetrovatelském modelu a modifikovat ošetrovatelskou dokumentaci dle vybraného koncepčního modelu M. E. Levine.

V empirické části jsme využili kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření, které probíhalo v rámci řešení grantového projektu GAJU 048/2015/S. Předvýzkum realizovaný rozhovory s 8 informanty posloužil ke zmapování stěžejních údajů pro zodpovězení výzkumných otázek a tvorbu dotazníku vlastní konstrukce. Nestandardizovaný dotazník byl distribuován v rámci celé České republiky 300 pacientům s kolorektálním karcinomem. Dále jsme navrhli ošetrovatelskou dokumentaci, která byla ověřována formou focus group s 35 sestrami z klinické a komunitní praxe.

Z výsledků vyplývá, že pacienti jsou v rámci zachování sociální integrity omezováni v oblastech kontaktu s přáteli, v běžné dopravě, v cestování a mají strach o sebe sama a své blízké. V principu zachování strukturální integrity byly zjištěny problémy se stravováním, konzumací alkoholu, průjmem, zvládnutím současné léčby, stomií a druhem stomie. V oblasti zachování energie byl potvrzen vliv délky obeznámení se s diagnózou a kolonoskopie prováděné v rámci preventivního vyšetření, pocíťování bolesti a nedostatku energie k běžnému prožití dne. V principu zachování osobnostní integrity jsme zjistili, že délka doby onemocnění ovlivňuje strach z vyvedení stomie, poznání jedinců se stejným onemocněním, prožívání negativních pocitů a omezení v soukromém životě.

Práce poskytuje ucelený rámec problematiky pacientů s kolorektálním karcinomem. Podává důkazy o možnosti využití koncepčního modelu M. E. Levine u pacientů s kolorektálním karcinomem.

Klíčová slova

kolorektální karcinom; ošetrovatelství; model M. E. Levine; Teorie čtyř konzervačních principů

Usage M. E. Levine model in clinical and community care in patients with colorectal cancer

Abstract

The aim of the dissertation was to find out the specifics of nursing care in clinical and community practice with patients with colorectal cancer using the model of M. E. Levine. Furthermore, to find out which of these specifics are missing in the mentioned nursing model and to modify the nursing documentation according to the chosen conceptual model of M. E. Levine. In the empirical part we used a combination of qualitative and quantitative research which was carried out as part of the grant project GAJU 048/2015/S. The pre-research, conducted interviews with 8 informants was used to identify the key data for answering research questions and creating a custom-designed questionnaire. A non-standardized questionnaire was distributed across the Czech Republic to 300 patients with colorectal cancer. We also designed nursing documentation, which was verified by focus group with 35 nurses from clinical and community practice.

The results show that patients are limited in areas of contact with friends, normal traffic, traveling, and fear for themselves and their loved ones to maintain social integrity. In the principle of maintaining structural integrity, problems with diet, alcohol consumption, diarrhea, current treatment management, stoma and stoma type have been identified. In the field of energy conservation the influence of length of diagnosis and colonoscopy performed as part of preventive examination, pain sensation, and enough energy for normal daytime life have been confirmed. In the principle of conservation personality integrity, we have found that the length of time determines the fear of getting stoma, learning individuals with the same disease, experiencing negative feelings, and limiting private life.

The work provides a comprehensive framework of the issue of patients with colorectal cancer. It provides evidence of the possibility of using M. E. Levine's conceptual model in colorectal cancer patients

Key words

colorectal carcinoma; nursing; model M. E. Levine; Theory of four conservation principles

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 Kolorektální karcinom	9
1.1.1 Primární prevence kolorektálního karcinomu	11
1.1.2 Sekundární prevence (screening) kolorektálního karcinomu	12
1.1.3 Terciární a kvartérní prevence	16
1.1.4 Diagnostika kolorektálního karcinomu	17
1.1.5 Léčba kolorektálního karcinomu	18
1.1.6 Stomie	20
1.2 Koncepční model M. E. Levine	22
1.2.1 Vznik a vývoj modelu	23
1.2.2 Hlavní jednotky a metaparadigma modelu	23
1.2.3 Charakteristika modelu	25
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem z pohledu modelu M. E. Levine	27
1.3.1 Zachování energie	27
1.3.2 Zachování strukturální integrity	33
1.3.3 Zachování osobnostní integrity	39
1.3.4 Zachování sociální integrity	42
2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU	44
2.1 Cíle práce	44
2.2 Hypotézy	44
2.3 Výzkumné otázky	44
2.4 Operacionalizace pojmů	45
3 METODIKA	47
3.1 Metodika kvalitativního výzkumu	47
3.1.1 Použité kvalitativní metody	47
3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru A	48
3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru B	48
3.1.4 Analýza kvalitativních dat	48
3.2 Metodika kvantitativního výzkumu	49
3.2.1 Použité kvantitativní metody	49
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru C	49
3.2.3 Statistická analýza kvantitativních dat	50
4 VÝSLEDKY	51

4.1	Výsledky kvalitativního šetření	51
4.1.1	Struktura výzkumného souboru A	51
4.1.2	Výsledky rozhovorů	52
4.1.3	Struktura výzkumného souboru B	56
4.1.4	Výsledky focus group	57
4.2	Vyhodnocení kvantitativního šetření	61
4.2.1	Struktura výzkumného souboru C	61
4.2.2	Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování sociální integrity	63
4.2.3	Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování strukturální integrity	72
4.2.4	Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování energie	84
4.2.5	Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování osobnostní integrity	91
4.2.6	Vyhodnocení hypotéz	99
4.2.7	Vyhodnocení vztahů oblast zachování sociální integrity	108
4.2.8	Vyhodnocení vztahů oblast strukturální integrity	110
4.2.9	Vyhodnocení vztahů oblast zachování energie	113
4.2.10	Vyhodnocení vztahů oblast zachování osobnostní integrity	116
5	DISKUZE	119
6	ZÁVĚR	128
6.1	Modifikovaná ošetřovatelská dokumentace	129
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	138
8	SEZNAM ZKRATEK	157
9	PŘÍLOHY	158

ÚVOD

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele“

Menandros 342-291 př. n. l.

Nádorové onemocnění může postihnout každého člověka bez rozdílu pohlaví, příslušnosti, postojů či náboženského vyznání. V současnosti se nádorovými onemocněními zabývá mnoho specializovaných, vědeckých, týmů, kteří zjišťují, jak tato onemocnění léčit či úplně eliminovat. Z mnoha studií vyplývá, že lze nádorovým onemocněním předejít prevencí, a tak je tomu i u kolorektálního karcinomu. Vlivem velké incidence tohoto nádorového onemocnění vznikl v České republice Národní program screeningu kolorektálního karcinomu. Tento program snižuje mortalitu onemocnění, a také informuje širokou veřejnost o správné životosprávě a fyzické aktivitě. V žebříčku výskytu kolorektálního karcinomu se Česká republika (ČR) pohybuje na předních pozicích. Pravděpodobnost setkání se s pacientem trpícím kolorektálním karcinomem je tedy v ČR vysoká. Z tohoto důvodu je nutné se tomuto onemocnění nadále intenzivně věnovat.

V ošetrovatelství pomáhají sestřám provádět kvalitní ošetrovatelskou péči koncepční modely. Dávají zdravotníkům rámec poskytování péče. V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili na koncepční model M. E. Levine. Tento model autorka nazvala teorií čtyř konzervačních principů. Zaměřuje se v něm na schopnost jedince adaptovat se na danou situaci pomocí čtyř principů (zachování energie, strukturální, osobnostní a sociální integrity).

Všem pacientům se po diagnostice nádorového onemocnění zcela změní život. Pacienti jsou nuceni se po psychické stránce „poprat“ s informací, která může vést k jejich úplnému zániku (smrti). Může se změnit rovněž i jejich sociální postavení. Náročné mohou být pro pacienty i fyzické změny, které jsou dány například léčbou kolorektálního karcinomu. Všechny tyto změny narušují běžný život pacienta, proto se u něj následně mohou rozvinout silné deprese. Z tohoto důvodu je potřeba pohlížet na pacienty, jako na bytosti bio-psycho-sociálně-spirituální a je nutné pomoci jim se adaptovat na změnu, kterou tato nemoc přináší.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Zdraví je chápáno individuálně, pro naše potřeby poslouží definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Jarošová, 1999, s. 12). Nemoc je poruchou zdraví. Zajisté všichni chápeme, že nemoc přináší obtíže a neuspokojování ve všech rovinách (biologických, psychických a sociálních) potřeb jedince (Dostálová, 2016).

1.1 *Kolorektální karcinom*

Bortlík (2005) uvádí, že kolorektální karcinom je maligní, žlázový nádor vyrůstající z buněk sliznice tlustého střeva a rekta. Proces vzniku nádoru je podmiňovaný vzrůstajícím nahromaděním genetických změn, které jsou důsledkem nekontrolovaného buněčného růstu. Základní podmínkou pro vznik nádoru je nestabilita genomu (Suchánek et al., 2011). Toto nádorové onemocnění většinou vzniká z polypů, které tvoří prekancerózu kolorektálního karcinomu (Adam et al, 2004). V celosvětovém měřítku se kolorektální karcinom vyskytuje na třetím místě (Globocan, 2012). Pokud porovnáme Českou republiku a ostatní státy světa, obsazujeme v incidenci páté místo. Vzestupně za Slovenskem, Maďarskem, Novým Zélandem a Izraelem (Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice, 2018).

Mezi prognostické faktory nádorových onemocnění patří několik ukazatelů. Xu et al. uvádějí typing: odlišení každé nádorové buňky (tvar, rychlost růstu, odezva na léčbu, atd.), grading: tedy stupeň rozlišení nádorových buněk a staging: stanovení dalších klinických znaků, rozsahu a velikosti nádoru (Mačák et al., 2012). Tyto faktory slouží jednak k posouzení nádoru, ale také pro volbu vhodné léčby. V ČR lze použít několik nástrojů k hodnocení nádorových onemocnění. Prvním je mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) (Lipská, Visokai, 2009). MKN popisuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, zdravotních problémů, poruch a dalších příznaků, okolností či situací. Tato publikace je vydávána Světovou zdravotnickou organizací. MKN vznikla na základě klasifikace příčin úmrtí (1893) jejímž cílem bylo umožnit světové srovnání záznamů o úmrtích. Roku 1948 převzala WHO odpovědnost za publikaci klasifikace, kdy založila její počátky, jako univerzálního seznamu diagnóz. Na 43. zasedání Světového zdravotnického shromáždění WHO byl změněn původní název na název Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních

problémů (MKN-10). Poslední revize tohoto nástroje proběhla v roce 2016 (ÚZIS, 2018). Nejpoužívanějším nástrojem ke stanovení ukazatele stagingu je klasifikace podle Union International Contre le Cancer, známá jako TNM. Tento systém určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění, které hodnotí ve třech kategoriích, T= rozsah prvotního nádoru, N= situace lokálních lymfatických uzlin a M= přítomnost nebo nepřítomnost odlehlých metastáz. Rozsah nádorového bujení je v jednotlivých kategoriích popisován přidáním čísla za písmeno. Čím je číslo vyšší, tím je velikost nádoru nebo jeho šíření v dané kategorii vyšší (Bednařík, Vorlíček, 2012). Ke zjištění stagingu je potřeba vyšetření počítačové tomografie (CT) břicha, malé pánve a dle National Comprehensive Cancer Network (NCCN) i CT hrudníku. Rutině není indikována pozitronová emisní tomografie (PET) či kombinace s vyšetřením CT. Tyto dvě metody (PET a CT) jsou prováděny jen u potenciálně chirurgicky léčeného kolorektálního karcinomu. K lokálnímu určení stagingu se u pacientů s postiženým colon využívá endoskopického řešení s použitím endosonografie zavedené kolonoskopem. U pacientů s onemocněním rekta je potřebné provedení endosonografického vyšetření rekta či magnetické rezonance vhodné k zobrazení malé pánve (Zavoral, Vojtěchová, Suchánek, 2013). Kolorektální karcinom nejčastěji metastazuje do oblasti jater, plic, kostí, mozku a u žen do vaječnicků. V době stanovení diagnózy je u 20 % pacientů rozvinuto metastatické postižení jater. K dalšímu rozvoji metastáz dochází v průběhu onemocnění u 60 % pacientů (Penka, Kala, 2008). Dále lze k hodnocení kolorektálního karcinomu použít klasifikaci podle Dukese (Zavoral, Ladmanová, 2001). Dukeseva klasifikace dělí nádory podle rozsahu a infiltrace do jednotlivých vrstev stěny střeva a jejich malignity do lymfatických cest. Rozděluje se na Dukes A, který popisuje obvykle polypoidní, povrchní léze, kdy je nádor omezený pouze na mukózu a submukózu. Klasifikace B popisuje nádory bez infiltrace do lymfatických cest. Dukes C, kdy je nádor infiltrován až do lymfatických cest (Vysloužil, 2005). Dále je potřeba nemoc klasifikovat pomocí mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii (Lipská, Visokai, 2009).

Kolorektální karcinom se dle Holubce et al. (2004) dělí na formy sporadické a familiární. Sporadické formy představují přibližně 80 % všech nádorů kolorekta. Tyto nádory jsou charakteristické vyřazením obou alel důležitého genu z funkce a dvou mutací v somatické buňce. Pravděpodobnost těchto změn je malá, proto se takto způsobené nádory objevují ve vyšším věku. Ve familiární formě kolorektálního karcinomu je mutace přítomná ve všech buňkách člověka. Makroskopicky lze rozdělit

nádory na polypózní nebo cirkulárně obliterující (Zavoral, Vojtěchová, Suchánek, 2013).

Kolorektální karcinom je zpočátku bezpříznakový, později se mohou projevit základními symptomy, například změny rytmu defekace, změny v nebo na stolici, rozvoj anemického syndromu nebo přímé nahmatní nádoru (Suchánek et al., 2011). Hoch a Prausová (2014) dodávají, že u 20 % nemocných se karcinom projeví rozvojem akutního stavu, většinou obstrukcí tlustého střeva, která může být komplikována perforací nádoru nebo střeva. Becker et al. (2005) dodávají, že při postižení levé poloviny tlustého střeva má krvácení z konečníku tmavě červené zbarvení, zatímco při lokalizaci nádoru v pravém hemikolonu, má krvácení spíše hnědočerné zbarvení. Samotná bolest břicha bývá nejdříve intermitentní, nebo způsobena ileózním stavem.

1.1.1 Primární prevence kolorektálního karcinomu

Cílem primární prevence je snížení výskytu onemocnění. Opatření mají snižovat rizikové faktory, které ovlivňují vytvoření malignit a identifikovat osoby s genetickou predispozicí vzniku nádoru (Zikán, Cibula, 2009). Rizikové faktory kolorektálního karcinomu se dělí na exogenní a endogenní (Schneiderová, 2014). Holubec et al. (2004) používají pro označení endogenních faktorů pojem hereditární a Adam et al. (2004) geneticky podmíněné faktory. Do exogenních faktorů je zařazena nevhodná životospráva, zejména strava vedoucí k nadváze či obezitě, abúzus nikotinu a alkoholu, zvýšená konzumace tuků a bílkovin, a naopak snížená konzumace pokrmů bohatých na obsah vlákniny (Schneiderová, 2014). K těmto faktorům se kromě nedostatku minerálních látek jako jsou vápník, selen a vitamíny A, C, E a řadí i nevhodná tepelná úprava potravy (např. smažení) (Holubec et al., 2004). K endogenním faktorům kolorektálního karcinomu patří genetická predispozice, do které je řazena pozitivní rodinná anamnéza zejména u příbuzných první linie (rodiče, sourozenci, děti) a familiární polypózní syndrom (Schneiderová, 2014). Dle Adam et al. (2004) se při výskytu familiární polypózy tlustého střeva blíží riziko vzniku karcinomu ke 100 %. Tomášek (2017) dodává k těmto faktorům juvenilní polypózu a Lynchův, Peutz-Jaghersův, Turcotův, Garnerův syndrom. Dle Adama et al. (2004) lze tyto faktory rozdělit na syndrom familiární polypózy, do které patří Gardnerův, Turcotův syndrom a syndrom plochých adenomů. Název Gardnerův syndrom se v současnosti prakticky nepoužívá, jelikož výrazné extraintestinální znaky syndromu mohou být prokázány téměř u všech pacientů. Turcotův syndrom je familiární polypóza tlustého střeva

spojená s nádorem mozku. Juvenilní polypóza je charakterizována solitárními polypy. Označení juvenilní se netýká věku pacientů, ale jednoduché povahy pojivové tkáně stromatu polypu. Syndrom Peutz-Jeghersův je polypóza, která zasahuje po celé trávicí trubici (Lukáš et al., 2007). Dále se dělí tumory na hereditární nepolypózní karcinom, Lynchův syndrom, který je charakteristický častým výskytem karcinomu tlustého střeva a rekta bez přítomnosti mnohočetné polypózy. U tohoto onemocnění je předpokládán rychlý růst nádoru. Dle Karges a Al Dahouk (2011) mohou tvořit prekancerózu idiopatické střevní záněty způsobené například ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou, věk nad 40 let a dysplastické léze (Holubec et al., 2004).

Idiopatické střevní záněty jsou rizikovými faktory z několika hledisek. Nejvýznamnějším se jeví trvání idiopatického střevního zánětu, a to z důvodu včasného zahájení dispenzárního programu. Dalším hlediskem je věk nemocného, rozsah zánětlivých změn, kdy se riziko vzniku kolorektálního karcinomu zvyšuje s rostoucím rozsahem postižení (Frič, Zavoral, 2015). Vznik karcinogeneze je podmíněn patologickým procesem chronického zánětu. Tento proces může být zapříčiněn změnou střevních mikrobiontů a jejich nenormální interakcí se střevní slizniční bariérou a slizničním imunitním systémem (Monteleone et al., 2012).

Mezi faktory působící protektivně patří především konzumace rybího masa a tuku, příprava pokrmů vařením, dostatečný příjem vitamínu D a vápníku v potravě, konzumace syrových pokrmů (příjem čerstvého ovoce, zeleniny a medu) a fyzická aktivita (Remeš, Bencko, Valenta, 2007). Zavoral, Vojtěchová a Suchánek (2015) však dodávají, že zvýšený podíl ovoce, zeleniny a vlákniny nesnižuje prokazatelně riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Příznivý vliv výše zmiňovaných potravin lze navýšit při suplementaci folátem, jehož protektivní množství je 400 µg/den. Schneiderová a Bencko (2015) dodávají, že význam v etiopatogenezi má také metabolická aktivita a složení střevního mikrobiomu. Na jedné straně mohou bakterie ve střevě působit protektivně, na straně druhé mohou produkcí některých enzymů přispívat ke vzniku kolorektálního karcinomu.

1.1.2 Sekundární prevence (screening) kolorektálního karcinomu

Sekundární prevence se zaměřuje na včasný záchyt prekanceróz a maligních nádorů v časných stádiích onemocnění s cílem zlepšit dlouhodobé výsledky léčby (Zikán, Cibula, 2009). Obecně je screening pravidelné preventivní vyšetření určité skupiny jedinců, u kterých není pozorován příznak daného onemocnění a tito jedinci

nemají zvýšené riziko pro jeho vznik (Šachlová, Májek, 2015). Pokud je kolorektální karcinom léčen v počáteční fázi, mají pacienti vyšší pravděpodobnost přežití. Existuje mnoho výzkumů, které potvrzují snížení incidence a mortality díky screeningu rizikových skupin (Carroll et al., 2014). Grega et al. (2016) dodávají, že je provádění screeningu vhodné také z důvodu dlouhodobého vývoje sporadického kolorektálního karcinomu, od nezhoubného po stádium adenomu, v trvání přibližně 8-10 let.

Kvůli vysoké incidenci kolorektálního karcinomu byl v České republice zaveden Národní program screeningu kolorektálního karcinomu (Suchánek et al., 2017). Grega et al. (2016) uvádějí rozdělení screeningových metod na dva hlavní druhy. Prvním je testování samotné stolice a druhým endoskopické eventuálně radiologického vyšetření. K testování stolice se využívají testy guajakové (gFOBT), imunochemické (FIT) a z novějších metod také DNA fekální testy, které zjišťují DNA mutace ve stolici (Seifert et al., 2014).

V České republice se pro screening kolorektálního karcinomu používají imunochemické testy zjišťující okultní krvácení ve stolici, následováno v případě positivity kolonoskopií a screeningová kolonoskopie. Navzdory značnému výzkumu nových biomarkerů pro kolorektální karcinom zůstává detekce krve ve stolici neúčinnějším screeningovým nástrojem (Suchánek et al., 2017). Carroll et al. (2014) uvádějí, že se imunochemické testy používají v porovnání testů guajakových, z důvodu vyšší citlivosti.

Výhodou gFOBT testu je jeho nízká cena, jednoduchost, vyhodnotitelnost v ordinaci lékaře a proveditelnost pacientem. Mezi nevýhody patří manipulace se stolicí konkrétně roztírání do okének testové obálky, nemožnost automatického odečtení a nastavení koncentrace hemoglobinu, při které je vzorek pokládán za pozitivní (úroveň cut-off). Vliv na gFOBT mají i dietní omezení, která zvyšují přesnost výsledku vyšetření (Seifert et al., 2014). Falešně pozitivní test může být způsoben například konzumací červeného masa. Naopak falešně negativní výsledky jsou dány například zvýšeným přísunem kyseliny askorbové ve stravě. Zmíněné faktory ovlivňují výsledek z důvodu, že obsahují hemoglobin či se jedná o oxidační činidla (Chrastina, 2009). Kocna (2017) dodává, že i při dodržování dietních omezení může být výsledek testu falešně pozitivní či negativní. Tato detekce záleží na výskytu oxidačně-redukčních látek ve stolici. K vyšetření okultního krvácení je podle Beckera et al. (2005) navíc potřeba odběru tří vzorků stolice.

Imunochemické testy využívají ke stanovení hladiny hemoglobinu ve stolici protilátku lidského hemoglobinu (Chrastina, 2009). V současnosti je na trhu dostupných několik typů imunochemických testů. K testování se mohou použít kvalitativní imunochemické testy, které svou cenou odpovídají ceně guajakových testů. Tyto testy fungují na bázi plošné imunochromatografie, kdy je úroveň cut-off nastavena výrobcem. Výsledky testů se odečítají na testovacím proužku jako barevná linie testu. Hlavními výhodami použití tohoto typu vyšetření jsou jednoduchost při odběru stolice a vyhodnocení v místě poskytování péče (Seifert et al., 2015). Kvantitativní testy jsou oproti kvalitativním vyhodnocovány pomocí automatických analyzátorů (Chrastina, 2009). K hodnocení hemoglobinu lze také využít analyzátorů POCT (Point of care testing), které se původně využívaly ke stanovení C-reaktivního proteinu. Analyzátoři POCT umožňují automatické vyhodnocení testů turbidimetrickou metodou. Výsledky testu se objeví na displeji ve formě pozitivní/negativní či jako číselný údaj. V rámci laboratorních analýz se k vyhodnocení testů využívají multianalyzátoři, které následně stanovují výsledky na základě turbidimetrické metody (Seifert et al., 2015).

Ve srovnání gFOBT a FIT se imunochemický test vyznačuje vyšší citlivostí a při správně nastavené úrovni cut-off i vyšší specifitou (Segnan, et al., 2010). Úroveň cut-off je v ČR doporučena na 75 ng/l (Šachlová, Májek, 2015). Před odběrem vzorku zkoumaného FIT není potřeba dodržovat lékové či dietní omezení. Odběr se provádí pouze z jedné stolice a jednodušším způsobem (van Rossum et al., 2008). Další výhodou FIT je snížení zkreslení subjektivním hodnocením, vzorek je vyšetřován na analyzátořích, a výsledky testů lze porovnávat v evropském rozsahu (Šachlová, Májek, 2015). Tyto analyzátoři lze nalézt v laboratořích i ambulancích (Kocna, 2017).

Praktičtí lékaři a gynekologové mohou indikovat testování na okultní krvácení u asymptomatických pacientů od věku 50 let, a to při absenci vysoko rizikových faktorů. V případě negativity testu okultního krvácení probíhá další vyšetření u osob ve věku 50-54 let, a to 1x ročně nebo jednou za dva roky u jedinců nad 55 let. Ve specializovaných pracovištích se provádí screeningová kolonoskopie. Výhodou tohoto vyšetření je, že se při negativním výsledku kolorektální neoplazie opakuje jednou za 10 let (Falt et al., 2016).

Screeningová kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva flexibilním endoskopem u jedince bez symptomatologie kolorektálního karcinomu, který nesplňuje kritéria vysoko rizikových skupin (Falt et al. 2016). Každé kolonoskopické vyšetření by mělo obsahovat přípravu tlustého střeva. Špatná příprava střeva vede ke snížené viditelnosti

ve vyšetřované části, a tím i přehlédnutí neoplazie (Schoenfeld, Cohen, 2013). Aby tomu bylo zamezeno, je potřeba konoloskopické vyšetření opakovat (Zavoral, Vojtěchová, Suchánek, 2015). Způsob přípravy ke kolonoskopickému vyšetření je volen individuálně. Pacienta je nutné ústně i písemně poučit o způsobu přípravy. Nezbytnou součástí přípravy na kolonoskopii je mimo jiné informovat pacienta o dietním opatření. Pacientům se nejčastěji den před vyšetřením doporučuje příjem pouze čistých tekutin, který je ukončen 2 hodiny před zákrokem. U osob bez zvýšeného rizika nedostatečné přípravy je alternativou bezzbytková dieta (Falt et al, 2016). Zádorová (2018) dodává, že by pacienti užívající přípravky s obsahem železa měli tyto preparáty vynechat 7 dní před vyšetřením. K očištění střeva se dá použít roztok polyetylglykolu v celkovém objemu 4l. V případě očisty nízkoobjemovými roztoky, je potřeba navíc dostatečného příjmu tekutin (Falt et al, 2016). Nízkoobjemové přípravky se doporučuje podávat spolu s aditivními laxativy, která zvyšují snášenlivost přípravy (Zádorová, 2018). Přípravu je vhodné načasovat a přípravek rozdělit na dvě dávky. První dávka se podává večer před vyšetřením a druhá dávka ráno v den vyšetření, podání druhé dávky je zahájeno optimálně 4 hodiny před a ukončeno nejpozději 2 hodiny před vyšetřením (Falt et al, 2016). Dle Zádorové (2013) lze přípravek podávat i nasogastrickou sondou večer před vyšetřením s rychlostí přibližně 1 litr za hodinu. U pacientů, kteří nejsou schopni roztok, z důvodu například nauzei a zvracení, vypít, je možné použít fosfátový roztok, pro jehož pozitivní účinek stačí menší objem, a proto je pacienty snadněji tolerován. Nevýhodou je riziko elektrolytové dysbalance či riziko dehydratace. Kontraindikací k podání tohoto roztoku je také renální nebo kardiální insuficience či jaterní onemocnění s ascitem (po podání mohou vznikat arytmie). Další možností k vyprázdnění je podání 250 ml roztoku 20–40% MgSO₄. K vyšetření sigmoidea lze použít mikroklyzmatu večer před vyšetřením, s možnou opakovanou aplikací.

K hodnocení stupně očištění střeva se kupříkladu využívá Bostonské stupnice pro přípravu střeva BBPS (Boston bowel preparation scale) a ABPS (Aronchick Bowel Preparation Scale). Tyto stupnice popisují kvalitu připraveného střeva (Schoenfeld, Cohen, 2013). Stupnice BBPS se skládá z bodového hodnocení připravenosti sliznice, tak aby bylo možné rozlišit různé stupně připravenosti střev. Body jsou přidělovány následovně 0: nepřipravený segment tlustého střeva, kdy sliznice není vidět a nelze vyčistit z důvodu pevné stolice. 1: část sliznice kontrolovaného segmentu tlustého střeva, ale i další oblasti tlustého střeva nejsou dobře vidět, důvodem je obsah zbytkové stolice nebo neprůhledné kapaliny. 2: malé množství zbytkových fragmentů stolice nebo

neprůhledné tekutiny, ale sliznice kontrolovaného segmentu je viditelná. 3: celou sliznici tlustého střeva lze dobře vidět a je bez zbytkového zbarvení či fragmentů stolice nebo neprůhledné tekutiny. Každá oblast zkoumaného segmentu získává 0 až 3 body, maximum BBPS je 9 bodů (dokonale čisté a připravené střevo), minimum je 0 (Lai et al., 2009).

Při kolonoskopickém vyšetření může dojít k řadě nežádoucích komplikací například k perforaci střeva způsobené tlakem hrotu endoskopu či po biopsii polypu. Další možnou komplikací je krvácení, které je nejčastěji způsobeno odběrem biotického materiálu (Schoenfeld, Cohen, 2013).

1.1.3 Terciární a kvartérní prevence

Cílem terciární prevence je zabránit případnému návratu (recidivě) nádorového onemocnění. Z důvodu přemíry vyšetření, která jsou prováděna na různých místech, je potřeba sjednocení pohledu na onkologického pacienta, tak aby byla zajištěna diagnostika nádorové recidivy prováděná bez zbytečných prodlev (Skála, 2018). Dle Vorlíčka, Žaloudíka a Vyzuli (2009) by měl být vytvořený konziliární záznam odborného onkologického pracoviště s návrhem postupu o každém onkologickém pacientovi. Z důvodu soustředění dispenzárního vyšetření zejména na postižené orgány, nemusí být pacientovi poskytována všechna preventivní vyšetření. Například pacientkám léčeným pro kolorektální karcinom nejsou nabízeny preventivní mamografie nebo pacientům léčeným s karcinomem prostaty chybí vyšetření na okultní krvácení. Následně mohou mít onkologičtí pacienti zajištěný menší rozsah preventivních onkologických vyšetření než zdraví jedinci i přesto, že riziko dalšího nádorového onemocnění je pro ně vyšší.

Kvartérní prevence si klade za cíl zkvalitnit život pacientovi, který je v pokročilém stádiu nemoci (Janíková, Zeleníková, 2013). Dle Vorlíčka, Žaloudíka a Vyzuli (2009) znamená kvartérní prevence předpovídání a předcházení dopadů progradující a nevléčitelné nádorové nemoci, které mohou snižovat kvalitu či zkracovat život. Brabcová et al. (2009) dodávají, že v této prevenci je potřeba pacientům zajistit dostupnou a kontinuální léčbu, výživu, předcházet akutním stavům způsobeným neprůchodností a věnovat pozornost dostatečné psychologické, duchovní a sociální péči. U pacientů s nádorovým onemocněním je také potřeba předcházet bolesti a poskytnout jim trvalou a dostupnou analgetickou péči či léčbu. Různá chirurgická řešení bolesti je potřeba indikovat ještě předtím, než se bolest plně rozvine. Také

je nutné myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility pacientů při diagnostikovaných kostních metastázách, která se řeší včasnou radioterapií nebo pomocí ortopedických intervencí, tak aby měli pacienti co nejméně omezenou soběstačnost (Vorlíček, Žaloudík, Vyzula, 2009).

1.1.4 Diagnostika kolorektálního karcinomu

Diagnostika kolorektálního karcinomu je zajištěna pomocí anamnestický údajů, fyzikálního vyšetření – vyšetření břicha pohmatem a vyšetření per rectum (Schneiderová, 2014). Dále je kolorektální karcinom diagnostikován u osob, které měly pozitivní screeningový test. Velké uplatnění při diagnostice tohoto typu nádorového onemocnění má zejména kolonoskopie s cílenou biopsií nádoru (Krška et al., 2014). Jedná se o zlatý standard, který díky možnosti provedení biopsie či polypektomie umožňuje přesnou diagnostiku kolorektálního karcinomu (Kukic, 2017). Ke zvýšení přesnosti kolonoskopie lze využít chromokoloskopii. Tato pomocná metoda využívá speciálního barviva (např. methylenové modři či indigokarmínu) k výplni slizničních záhybů, a to vede k vytvoření více kontrastního reliéfového obrazu (Urban, 2008). Skála (2018) uvádí, že další alternativní metody kolonoskopického vyšetření jsou omezené. Přesto ve své studii zmiňuje například irigografii (rentgenové zobrazení pomocí kontrastní látky), která je však v porovnání s kolonoskopií méně přesná, a v případě nálezu abnormalit je nutné provedení kolonoskopie s bioptickým odběrem. Za abnormality mohou být diagnostikovány i zbytky stolice nebo špatně vyčištěné střevo, což přisuzuje této metodě značnou nevýhodu. Dalším alternativním vyšetřením je virtuální kolonoskopie, při které se využívá CT vyšetření k získání obrazů tlustého střeva. V přípravě je potřeba den předem vyprázdnit střevo. Při vyšetření se pacientovi zavádí hadice per rectum, pomocí níž je vháněn vzduch do tlustého střeva. Při správném provedení může být virtuální kolonoskopie velmi efektivní, nevýhodou je však zhoršená až nemožná detekce malých polypů. Zhoršená diagnostika je také u plochých oblastí zasažených nádorovým onemocněním, které nevyčnívají nad povrch. Eliakim et al. (2009) dodává možnost využití moderní kapslové endoskopie.

K potvrzení diagnózy je nutné vyšetřit odebrané bioptické vzorky, přičemž doporučený počet vzorků je ideálně deset, a následně provést rentgenologické vyšetření (Van Cutsem et al., 2014). Bioptický materiál se doporučuje po zpracování zmrazit a uchovat jej k další analýze a molekulárnímu testování (Van Cutsem et al., 2016).

V rámci stagingu nádoru je kolonoskopické vyšetření doplňováno cíleným CT

vyšetřením, zejména břicha a malé pánve. Karcinomy vyskytující se v rektu jsou dále diagnostikovány endosonograficky a magnetickou rezonancí (Suchánek et al., 2011). Podle evropských doporučení je potřeba zajistit tato vyšetření i při pochybnostech, popřípadě lze využít vyšetření PET/CT (Van Cutsem et al., 2016).

Zejména z důvodu monitorace efektivity léčby se laboratorně vyšetřují onkomarkery (Suchánek et al., 2011). Jako hlavní onkomarker je označován karcinoembryonální antigen (CEA), vedlejším je pak CA 19-9. Tyto hodnoty není doporučováno sledovat v rámci preventivních vyšetření, slouží jen ke sledování pacientů, kteří mají prokázané nádorové onemocnění v průběhu léčby či při kontrolách po léčbě (Bednařík, 2008).

Negativním prognostickým faktorem v době diagnózy kolorektálního karcinomu je přítomnost metastatického postižení. Před nástupem moderních biologických léků a chemoterapeutik, bylo přežití pacientů s metastatickým postižením kolem šesti měsíců. Při postižení metastázami je potřeba časného rozhodnutí o jejich resektabilitě. K tomuto rozhodnutí je nutná spolupráce multidisciplinárního týmu, složeného z chirurgů, klinických onkologů, rentgenologů, gastroenterologů, patologů a radioterapeutů (Benešová, 2017).

1.1.5 Léčba kolorektálního karcinomu

Léčba kolorektálního karcinomu je závislá na umístění nádoru, stádiu onemocnění a celkovém stavu pacienta (Juretić, 2014). Léčba může probíhat, jako kurativní nebo paliativní (Adam et al., 2004) Kurativní léčba má za cíl vyléčit onemocnění (Coufal et al., 2011). Zatímco paliativní léčba usnadňuje život pacientům a jejich rodinám, kteří čelí život ohrožujícímu onemocnění. Kvalita života má být zlepšována prostřednictvím prevence, úlevy od utrpení, včasné identifikace, hodnocení, léčby bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů (WHOa, 2018).

K léčbě kolorektálního karcinomu lze využít endoskopie, chirurgie, chemoterapie, radioterapie u některých pacientů může být zvolena i biologická léčba. O výběru léčebné strategie by měl být pacient plně informován. Pacient má možnost konzultovat navržený léčebný postup v tzv. druhém čtení s jiným lékařem jiného pracoviště (Suchánek et al., 2012).

Endoskopická léčba kolorektálního karcinomu je, se zachováním nižší ceny a menší invazivity zákroku, při správné indikaci a provedení stejně účinná jako léčba chirurgická (Urban et al., 2004). V endoskopické léčbě se používá endoskopická

polypektomie či endoskopická submukózní excize. Podmínkou k těmto výkonům je průkaz negativního lemu (2mm) ve spodině nebo stopce, výkon však neumožňuje odstranit zřídka nádorem postižené spádové uzliny (Ryska, Langer, 2013).

V chirurgické léčbě kolorektálního karcinomu lze uplatnit radikálních výkonů, nebo výkonů paliativních (Schneiderová, 2014). Ty si kladou za cíl zajištění průchodnosti střeva a prodloužení kvality života pacienta (Zavoral et al., 2012). Dle Browna (2007) se nejprve tradičně využívá chirurgické léčby, kdy se odstraní segment obsahující nádor a zajistí se následný patologický rozbor vzorku. Law et al. (2007) uvádějí, že při chirurgickém výkonu je snaha provést primární, definitivní výkon, tak aby nebylo vyžadováno reoperace, které jsou zatíženy vysokým procentem komplikací a mají vliv i na přežívání pacientů. Ryska a Langer (2013) dodávají, že při stagingu I-III se indikuje segmentární resekce střeva s odstraněním mezokolon v rozsahu spádové lymfatické drenáže. Pokud je nádor v rektu, indikuje se nízká přední resekce či abdominoperineální exstirpace (dle Milese). Ze standardních operačních technik lze provést pravostrannou hemikolektomii, rozšířenou pravostrannou hemikolektomii, resekci příčného tračnicku, levostrannou hemikolektomii, nízkou přední resekci a subtotální kolektomii (Penka, Kala, 2008). Jelikož není cílem výzkumného šetření zmapování operačních technik, techniky nebudeme dále popisovat. Spolu s primárním nádorem jsou odoperovány i lokoregionální uzliny. Minimálně je potřeba odstranit a vyšetřit 12 uzlin. Nedostatek odebraných a vyšetřených uzlin by vedl k nesprávnému rozhodnutí, které by mohlo negativně ovlivnit léčebný výsledek. U pacientů se zvýšeným rizikem metastatické diseminace ve II. klinickém stádiu a u pacientů ve III. klinickém stádiu se využívá chirurgického zákroku následovaného adjuvantní terapií (Marek et al., 2010). Bednařík (2008) dodává, že lze obecně říci, že operační léčbu lze využít u I. a II. stádia nemoci. U III. stádia se používá kombinace operace a adjuvantní terapie a ve IV. stádiu je podle stavu pacienta indikováno paliativní řešení (chirurgické, chemoterapie či radioterapie). Paliativní chemoterapie prodlužuje medián inoperabilního kolorektálního karcinomu a zvyšuje medián přežití (Zavoral et al., 2012). Z paliativních výkonů se může provádět resekce plicních a jaterních metastáz, vyvedení paliativní kolostomie či bypassové operace (Bednařík, 2008).

Cílem adjuvantní chemoterapie je zničit možné zbytkové mikrometastázy (Richter, 2008). Čwierka (2008) uvádí, že indikace adjuvantní terapie u nádorů, které se šíří do subserózy (T3) není jednoznačná. K její indikaci může přispět operace pro ileózní

stav, průkaz invaze nádoru do cév a lymfatických uzlin a nízká diferenciace nádoru. V léčbě jaterních metastáz lze nově také využít radiofrekvenční ablace, což je termické zničení ložiska. Tento výkon se provádí v závislosti na umístění ložiska v lokální nebo celkové anestezii. Takto odstraňovaná ložiska by neměla být větší než 5 cm (Bednařík, 2008).

Falt et al. (2016) v doporučených postupech České gastroenterologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) uvádí, že po kurativní resekci kolorektálního karcinomu je dále navrhována dispenzární kolonoskopie v intervalu jednoho roku. Pokud se při tomto vyšetření neobjeví recidiva, provádí se další kolonoskopické vyšetření v intervalu tří roků a v případě druhé negativní kolonoskopie na pět let. V případě, kdy se v období mezi dispenzárními kolonoskopiemi objeví u pacienta nové symptomy, je nutné postupovat individuálně, protože předchozí kolonoskopie zcela nevylučuje pravděpodobnost nálezu pokročilé neoplazie. Během tohoto intervalu není doporučován odběr stolice určené k testování na okultní krvácení (Skála, 2018). Dispenzární programy zvyšují přežívání pacientů po radikální operaci kolorektálního karcinomu. Zejména pomocí časně detekce možné recidivy. Základem dispenzárních programů, sloužících pacientům s kolorektálním karcinomem, jsou pravidelné klinické kontroly, ultrazvuková vyšetření břicha, vyšetření onkomarkerů, rentgenová vyšetření plic, u rizikových pacientů dále CT vyšetření břicha a malé pánve (Skalický, Vysloužil, 2008).

Dle Falta et al. (2016) není pevně stanovena horní věková hranice pro dispenzarizaci. Rozhodnutí o ukončení sledování by mělo být stanoveno po endoskopickém vyšetření, podle celkového stavu pacienta a jeho vlastního přání. Dle evropských doporučení je věk stanoven kolem 75 let, a to zejména z důvodů vyšších negativních dopadů prováděných kolonoskopií (Segnan et al., 2010).

Další možností léčby je cílená (biologická) léčba metastáz, která se zaměřuje na nádorové buňky a jejich procesy (Diviš et al., 2016). Ve výjimečných situacích je k léčbě kolorektálního karcinomu využívána radioterapie. Tento druh léčby je totiž špatně tolerovaný tenkým stěvem, proto se používá zejména u karcinomů rekta (Adam et al., 2004). Paliativně se uplatňuje při symptomatickém diseminovaném onemocnění, jako jsou například metastázy ve skeletu (Bednařík, 2008).

1.1.6 Stomie

Výsledkem léčby může být vyvedení stomie (Zachová, 2016). Soukupová (2005) uvádí, že stomie pochází z řeckého slova stoma neboli ústa, otvor, vyústění či vývod.

Jedná se o operační řešení mnoha onemocnění, zejména zánětlivých či nádorových. Cílem je podpořit hojení orgánů nebo zajistit fyziologické procesy náhradní cestou (Zachová, 2016). Stomie by měla být vyvedena tak, aby splňovala derivační účel a umožnila pohodlné ošetřování s co nejmenším omezením života jedince (Soukupová, 2005). Podle místa vyvedení na zažívacím traktu se dělí na kolostomie a ileostomie. Kolostomie je vyústění tlustého střeva. V souvislosti s místem vyústění se jedná o sigmoideostomii, transversostomii či cékostomii. Ileostomie jsou stomie vyústěné z tenkého střeva. Další dělení je podle doby zavedení, dočasné a trvalé (Mikšová et al., 2006).

Eventuální vyvedení stomie či již vyvedená stomie je pro jedince velice zatěžující. V procesu vyrovnání se s tímto stavem potřebuje pacient veškerou přístupnou odbornou pomoc. Rozsah ošetřování a péče o tyto pacienty je natolik specifická, že vyžaduje specializovaného odborníka neboli stomickou či stoma sestru (Michálková et al., 2009). V nejlepším případě je pacient seznámen se stomickou sestrou při příchodu do nemocnice před samotnou operací. V poradně stomické sestry je informován o předpokládané taktice léčby a dozvídá se možnosti řešení svého stavu pomocí stomie. Pacient má zde možnost seznámení se se stomickými pomůckami ještě před zákrokem, tyto pomůcky si také může vyzkoušet (Drlíková et al, 2010). Pokud není v příslušné části stomaporadna pečuje o pacienta se stomií obvodní lékař. V péči o stomika je vhodná i péče psychologa. Pacienti se stomií mají také možnost navštěvovat kluby, jak na regionální, tak i národní a mezinárodní úrovni (Šerclová, Antoš, 2002).

V prvních pooperačních dnech je potřeba sledovat průchodnost stomie, pečovat o vývod, okolní kožní kryt a pomoci pacientovi se přizpůsobit nové situaci (Vorlíček et al., 2012). V současnosti mohou stomici využívat jednodílných či dvojdílných stomických pomůcek, které jsou doplněny o pomůcky sloužící k očištění a ochraně kůže. Jednodílný systém je složen z celistvé podložky a sáčku, dvojdílný systém se skládá ze samostatné podložky a samostatného sáčku. Výhodou jednodílného systému je větší flexibilita, zatímco dvoudílný systém umožňuje menší traumatizaci pokožky, jelikož podložka může být umístěna na vývodu 3-5 dní (Krška et al, 2014). Každý pacient je individuální, a proto i druh a výběr použitého systému záleží na pacientovi a jeho stoma sestře. V prvních dnech pečuje o stomii sestra za podpory pacienta, dále dle stavu pacient sám. V péči je nutné nejprve odstranit starý systém, očistit kůži a okolí stomie, odstranit náplast odstraňovačem a ošetřit kůži ochranným filmem. Dále je potřeba zaměřit a vytvarovat (vystříhnout) otvor stomie do podložky a podložku přiložit lepicí

plochou na stomii (Janíková, Zeleníková, 2013)

U pacientů se stomií je nezbytné změnit stravovací návyky. Pacienti s ileostomií si do jídelníčku musejí zařadit vyšší příjem tekutin. Měli by se také vyhýbat stravě, která způsobuje koliku (dužina z pomerančů, slupky z rajčat, aj.). Pro ileostomiky jsou vhodné brzké, menší večeře. Naopak nevhodné je hladovění, které vede ke zvýšené tvorbě plynů, nikoliv ke zklidnění střeva (Pailová, 2010). Kdežto pacienti s kolostomií snášejí po operaci stravu, kterou konzumovali před samotným výkonem, avšak měli by se vyvarovat jídlům, která jsou silně kořeněná. Přes den by se měli pacienti stravovat vydatnějšími jídly, na noc (k večeři) jídly lehčího typu. Nevhodná je výživa jídly s projímavými účinky (například celozrnný chléb, syrové ovoce, aj). K hydrataci jsou vhodné neperlivé, minerální vody (Hrbková, Šachlová, 2005).

Mezi komplikace stomií jsou nejčastěji řazeny kožní změny, které při nesprávném zhodnocení a rozpoznání mohou vyústit v infekci. Jedná se většinou o zarudnutí (erytém), které vzniká vlivem namáhání kůže při výměně stomického systému. Této komplikaci lze předcházet ošetřením kůže ochranným filmem. Dalším kožním problémem je iritace a macerace kůže. Ty vznikají při kontaktu kůže se stolicí (Vytejková et al., 2013). Může také nastat zúžení stomatu (stenóza) tak, že průchod není volně prostupný. Předcházet stenóze lze dilatací, kterou provádí stoma sestra, sestra agentury domácí péče nebo sám edukovaný pacient. Dalším problémem je prolaps stomie, což je vyhřeznutí střeva, které se řeší nejčastěji operačně. Opakem prolapsu je retrakce stomie, prevencí je správně zakreslená stomie a udržování si vyrovnané, nekolísavé, tělesné hmotnosti (Drlíková et al., 2016). Z důvodu zmiňovaných změn je nutný individuální přístup ke stomikovi a dostatečná psychická a fyzická podpora, jak jeho samotného, tak i rodiny.

1.2 Koncepční model M. E. Levine

Obrat v historii světového ošetrovatelství vznikl na základě řešení otázky, zda bude ošetrovatelství založeno na aplikovaných znalostech z jiných oborů. Tato otázka dále rozvíjela vzdělávání zejména na úrovni doktorského studia. Koncem 70. let minulého století existovalo v USA 21 doktorských ošetrovatelských programů. V této chvíli se začaly rozvíjet i potřebné teorie a koncepční modely, kupříkladu Levine z roku 1967, Rogers a Roy z roku 1970 či Orem z roku 1971. Sestry poznaly, že jejich dosavadní výzkum postrádá formu a směr. Slabou stránku výzkumů tvořil nedostatek konceptuálního či teoretického rámce. Dalším nedostatkem bylo také to, že se výzkum

zaměřoval spíše na sestry či studenty ošetrovatelství než na pacienty. Bylo proto nezbytné navrhnout metaparadigma ošetrovatelství a určit hranice této disciplíny - prostředí, zdraví, osoba, ošetrovatelství (Alligood et al., 2014).

Alligood et al. (2010) uvádějí, že ošetrovatelství ve 21. století je zaměřeno na sestru využívající filozofické rámce, modely a teorie v ošetrovatelské praxi. Pro rozvoj ošetrovatelství, jako disciplíny, je potřeba pokračující vývoj teorií (Alligood et al., 2014).

Pavlíková (2006) definuje pojem koncepční modely jako soubor všeobecných a abstraktních tvrzení a koncepcí integrovaných do smysluplné konfigurace. Tím, jak se koncepční modely zaměřují na vybrané jevy, ovlivňují naše vnímání reality.

Z výše zmíněného vyplývá, že koncepční modely poskytují zdravotnickým pracovníkům celistvý filosoficko-teoretický rámec pro poskytování péče zdravým i nemocným jedincům. Do ošetrovatelství přináší společný jazyk, oporu pro vzdělávání, možnost zefektivnění komunikace, rozvoj praxe, ale také nástroj pro hodnocení výsledků, nejen v oblasti výzkumu (Tóthová, 2017).

1.2.1 Vznik a vývoj modelu

Tato teorie čtyř konzervačních principů vznikla díky podnětům vycházejících z potřeb okolí M. E. Levine, která pracovala v organizačních strukturách ošetrovatelství (soukromá sestra, hlavní sestra, civilní sestra U. S. Army, atd.) a ve vzdělávání se zaměřením na fyziku (Archalousová, Slezáková, 2005). Levine při tvorbě teorie vycházela z prací mnoha autorů, kupříkladu Beland, která vedla autorku k porozumění historických pohledů na nemoc. Levine využívala definice Gibson o percepčních systémech, Erikson rozlišení celku, Selye stresovou teorií a Bate model vnějšího prostředí (Mefford, Alligood, 2017). Teorie byla poprvé popsána v časopise Nursing Forum roku 1967 s názvem „The four Conservation Principles of Nursing“ (Pavlíková, 2006). Autorka svou práci nadále vyvíjela a v roce 1969 vydala knihu „Introduction to Clinical Nursing“, ve které popisuje konzervační principy. V práci „Holistic Nursing“, publikované roku 1971, popsala pojmy celistvost a zdraví. V roce 1973 publikovala druhou edici knihy „Introduction to Clinical Nursing“ a roku 1989 vydala objasnění změn své teorie (Mefford, Alligood, 2017). Dle Schaefer (2013) lze Teorii čtyř konzervačních principů využít u pacientů různého věku v akutní i dlouhodobé péči.

1.2.2 Hlavní jednotky a metaparadigma modelu

Pavlíková (2006) uvádí hlavní jednotky modelu následovně. Cílem je obnovení a konzervace ucelenosti jedince. Pacientem je holistická osoba, ve které se mohou projevit poruchy integrity. Rolí sestry je podpora a udržení zdraví. Zdrojem potíží je myšleno vnější prostředí působící na holistickou bytost. Zóna změn je ohniskem zásahu. Způsob změn je prováděn pomocí čtyř konzervačních principů s ovlivňováním vhodné adaptace jedince. Důsledkem je odpověď pacienta, probíhající pomocí adaptace a projevující se obnovením integrity člověka.

Levine (1969) chápe pojem zdraví jako schopnost fungování ve společnosti. Zdraví není jen absence nemoci, ale je to návrat k sobě samému. Díky tomu, že jsme svobodní, jsme schopni a můžeme prosazovat své vlastní zájmy. Levine (1971) považuje zdraví a nemoc za vzor adaptivní změny, kde je konečným cílem blahobyt jedince. Pojem zdraví označuje celistvost a integritu, zatímco nemoc představuje úsilí, které vede k ochraně své integrity. Mefford a Alligood (2017) dodávají, že definice zdraví se v průběhu času pro každého jedince mění.

Ošetřovatelství je autorkou definováno jako mezilidská interakce. Ošetřovatelství je krom profese také vědeckou disciplínou, která se vlivem neustálých poznatků příbuzných oborů vyvíjí. Úkolem sestry je ve specifických situacích přenést vědecké principy do praxe (Levine, 1988). Adaptace pacienta je cílem ošetřovatelství (Levine, 1971). K tomuto cíli pomáhají sestře terapeutické intervence, které vedou ke zlepšení společenské pohody. Pokud intervence působí nepříznivě, poskytuje sestra pouze péči podpůrnou (Levine, 1966). Autorka používá pojmu „Trophicognosis“, což je alternativa ošetřovatelské diagnózy (Basavanthappa, 2007). Je to také mínění ošetřovatelské péče, která vychází z vědeckých metod (Levine, 1965)

Mefford a Alligood (2017) uvádějí, že prostředí je, v teorii čtyř konzervačních principů, kontext ve kterém jednotlivci žijí svůj život. Člověk je v interakci se svým prostředím. To potvrzuje i Basavanthappa (2007), který uvádí, že prostředí je prostor, kde se jedinec neustále a aktivně angažuje. Každá osoba je v teorii čtyř konzervačních principů vnímána jako vlastní prostředí. Toto prostředí se dále dělí na vnější a vnitřní. Vnitřní prostředí je sestrami vnímáno z pohledu fyziologických či patofyziologických aspektů jedince. Při definování vnějšího prostředí se autorka inspiroje Batesovým vnímáním děleného na tři úrovně. Zahrnuje vnímání, našimi smysly, všech aspektů vnějšího světa a jeho interpretování. Vnímáním jsou myšleny všechny věci, které nás fyzicky ovlivňují, a které nejsme schopni vnímat (mikroorganismy). A dále postavení prostředí na kulturních vzorcích, které jsou charakterizovány duchovním vědomím,

symboly jazyka, myšlením a dějinami.

Termín osoba je chápán jako holistická bytost. Člověk má svobodu pohybu a volby. Je to systém v systému, který ve své celistvosti vyjadřuje organizaci všech přispívajících částí (Schaefer et al., 1991). Levine (1973) identifikovala devět částí, které by sestra měla hodnotit. Prvním jsou vitální funkce, dále pohyb těla, možnost sebepečce při hygieně, zajištění nutričních potřeb pacienta, aplikace tepla a chladu, podávání léků, vytvoření vhodného aseptického prostředí a intervence zaměřující se na tekutiny a plyny jedince.

1.2.3 Charakteristika modelu

Teorie čtyř konzervačních principů je řazena do koncepčních modelů energetických polí (Pavlíková, 2006). Autorka klade důraz na celistvost (holismus), integritu, konzervaci a adaptaci jedince (Basavanthappa, 2007).

Holismus chápeme jako filozofii celistvosti, to znamená, že realitu nemůžeme pochopit pouze na základě analýzy jednotlivých částí. V holismu je pacient složen z těla, emocí a mysli. Soulad těchto částí je smyslem léčby a osobního růstu (Kutnohorská, 2009). Mastiliaková (2007) uvádí, že pokud dojde k porušení jedné části, dojde k porušení v celém systému. Principy holismu jsou obsaženy také v ošetrovatelském procesu zohledňující duchovní, fyzické, emocionální, sociální a kognitivní potřeby, jak zdravých, tak i nemocných jedinců. Zaměřujeme se tak na celek, ne na nemoc nebo nemocnou část těla člověka. Celistvost dle Levine (1967) vychází z latinského slova *consevatio*, což znamená zachování pospolitosti, ta však nezahrnuje pouze minimální aktivitu. Celistvost je také otevřený systém, ve kterém dochází k prolínání vzájemného mezi různorodými částmi a funkcemi. Hranice těchto funkcí a částí jsou plynulé a otevřené.

Integrita pochází z latinského slova *integer*, znamenající jeden. Integrita tedy značí kontrolu nad svým vlastním životem (Basavanthappa, 2007). V ošetrovatelství se na jedné straně snažíme udržet správnou rovnováhu mezi ošetrovatelskou intervencí a vlastní účastí pacienta na péči a na straně druhé zachování bezpečných hranic schopností pacienta. Této rovnováhy lze dosáhnout pouze tehdy, pokud pacient pomoc potřebuje. Sestra musí posoudit zdravotní stav a proměnné k dosažení adaptace na nemoc a v budoucnu správně reagovat na změny v léčbě (Levine, 1996).

Adaptace je chápána jako proces změny, kdy si člověk zachová integritu v rámci reality svého prostředí (Levine, 1996). Adaptace je metodou změny, která

je charakteristická pro život. Díky svým adaptačním schopnostem, v reakci na vnitřní i vnější prostředí, si organismus udržuje svou integritu (Levine, 1973). Ošetrovatelská péče je zaměřena na jedince a vztahy s jeho prostředím. Adaptace každého jedince vyplývá z jeho osobních zkušeností, a proto je zcela individuální. Vzory adaptace přispívají k vytvoření teoretického rámce pro vedení ošetrovatelské péče. Sestra může jednat terapeuticky, kdy ošetrovatelská intervence slouží k obnovení sociálního blahobytu. Pokud intervence nemůže změnit průběh adaptace, jedná sestra podpůrně (Levine, 1967).

Levine (1969) uvádí, že se ošetrovatelská péče provádí za předpokladu čtyř úrovní integrace, či organických odpovědí, jsou jimi boj nebo útek, zápalová reakce, reakce na stres a sensorická reakce. Reakcí boj nebo útek odpovídá organismus na existující či neexistující ohrožení člověka (Mefford, Alligood, 2017). Reakce člověka jsou zaměřeny na zjištění informací a zajištění bezpečí a pohody. Odpovědi organismu může být nemoc (Basavanthappa, 2007). Další úroveň je zápalová reakce, což je obranný mechanismus ochraňující člověka před nepříznivými vlivy. Všechny ošetrovatelské intervence by měly být zaměřené na obnovující složky zápalové reakce (Mefford, Alligood, 2017). Zejména z důvodu toho, že jedinec tímto ztrácí svou energii. V reakci na stres je hodnocena odezva organismu na stres, který může vyvolat změny v organismu. Tyto změny se objeví ve strukturální oblasti jedince, jsou charakterizovány nevratností a ovlivňují způsob, jakým jedinec reaguje na ošetrovatelskou péči (Basavanthappa, 2007). Sensorická reakce je založena na vnímání jedince a udržuje u člověka pocit bezpečí, a tím celistvost (Mefford, Alligood, 2017). Výsledkem adaptace je buď konzervace současného stavu, nebo jeho změna (Pavlíková, 2006).

Hodnocení jedince zahrnuje organismus a systém ochrany životního prostředí. Hodnocení organismu umožňuje popis všech fyziologických a biologických adaptačních reakcí systému, jako je reakce na stres, zánět a strach. Systém ochrany životního prostředí se zaměřuje na prostředí, které je více než jen okamžité okolí (Levine, 1969). Levine (1971) dodává, že se skládá z percepčního prostředí, které závisí na schopnosti jedince přijímat smyslové podněty. Dále z funkčního prostředí, které nemusí být zaznamenáváno smysly člověka (například radiace a mikroorganismy). A z koncepčního prostředí, které určuje vazby lidí v souvislosti s výměnou jazyka, ideálů a obsahuje kulturní determinanty.

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem z pohledu modelu M. E. Levine

S výše popsanými informacemi souvisí zejména kvalita života člověka při/po diagnostice, léčbě a následném životě s kolorektálním karcinomem. Dle Sadovské (2007) je kvalita života vnímána jako pocit celkové životní pohody a nepohody, vyplývající ze shrnutí objektivních a subjektivních hodnocení nemocného. Kvalitu života lze definovat pomocí Maslowovy hierarchie potřeb, skládající se z fyziologických potřeb, potřeb bezpečí, lásky, úcty a seberealizace (Maslow, 1943). Subjektivně pacient hodnotí svou kvalitu života ve fyzické rovině (obtěžující symptomy, zhoršení výkonosti aj.), psychické rovině (emoce, duševní pohoda aj.) a sociální rovině (finance, rodinné a sociální vztahy). Všechny části se navzájem ovlivňují a mají vliv na kvalitu života pacienta s onkologickým onemocněním. Představy o kvalitě života jsou u každého pacienta různé (Sadovská, 2007).

Pro jednodušší pochopení ošetrovatelských intervencí vytvořila Levine ošetrovatelské principy. Tyto principy Levine (1967) nazvala čtyřmi konzervačními principy. Jelikož se principy prolínají, je možné zařadit procesy či potřeby pacientů do více, jak jednoho principu (Příloha 1).

1.3.1 Zachování energie

Princip zachování energie se zaměřuje na schopnost jedince využívat vlastní energetický potenciál a výměnu energie. Přirozenou obranou proti onemocnění je zachování energie, tu lze zachovávat pomocí ošetrovatelských intervencí. Ošetrovatelské intervence jsou určovány sestrou pozorováním pacienta a na základě reakcí pacienta na ošetrovatelskou péči (Levine, 1967). K zachování energie je potřeba dostatečný odpočinek, výživa a pohyb (Levine, 1988). Levine (1967) uvádí, že nejvíce patrná je ztráta energie u onemocnění myokardu, protože při vzniku onemocnění je potřeba přizpůsobit tělesnou bilanci energetickým nárokům srdce. Jakékoliv změny fyziologických funkcí mohou způsobit oslabení systému, např. zánět způsobí zvýšenou teplotu. Kvalitní ošetrovatelské péče se docílí pomocí vědomostí sestry a informací získaných od pacienta. Zachování energie vyžaduje průběžné hodnocení ošetrovatelských intervencí a činností.

V péči o pacienty vycházíme z *Evidence Based Medicine* (EBM) - medicíny založené na důkazech neboli používání moderních vědeckých důkazů v péči o pacienta. Tento proces s sebou přináší řadu změn, kupříkladu je potřeba, aby klinická praxe

vycházela z prokazatelných údajů. Mění se i role pacienta, která by měla být aktivnější, a pacient by měl rozhodovat o svém zdraví. Cílem EBM je zlepšit kvalitu poskytované péče s centrem péče – pacient (Kuchynková, Hladíková, 2016). Dále vycházíme z *Evidence Based Practice* (EBP) – praxe založené na důkazech. Jedním z hlavních rysů EBP je spoléhání se na partnerství mezi pevnými vědeckými důkazy, klinickými zkušenostmi, individuálními potřebami a volbami pacienta (McKibbon, 1998). Praxe založená na důkazech dala podnět k rozvoji i v dalších oborech zdravotnictví. Například ve fyzioterapii (*Evidence Based Physiotherapy*), v porodní asistenci (*Evidence Based Midwifery*) a v ošetrovatelství (*Evidence Based Nursing - EBN*). EBN lze formulovat, jako využití informací (validních a relevantních) z výzkumu pro klinické rozhodování sestry (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Předcházet onemocnění, a tím zachovávat energii, se dá také prevencí, která má v problematice kolorektálního karcinomu své nezastupitelné místo. Legislativní rámec screeningu (sekundární prevence) kolorektálního karcinomu stanovuje Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 1/2009. *„Cílem screeningu je zvýšení časnosti záchytu zhoubných nádorů kolorekta a přednádorových lézí (tzv. pokročilého adenomu) a zvýšení podílu časných stadií kolorektálního karcinomu na úkor stadií pokročilých, což povede ke snížení úmrtnosti a incidence na toto onemocnění. Dalšími cíli jsou redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stadií onemocnění a dalších chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.“* (Věstník MZ ČR 1, 2009, s. 20). Screening kolorektálního karcinomu je prováděn v rámci preventivních prohlídek, které jsou upraveny vyhláškou 317/2016 Sb. v platném znění o preventivních prohlídkách. Vlivem této vyhlášky má každý jedinec nárok na preventivní prohlídku, konanou u praktického lékaře, jednou za dva roky. Při vyšetření by si měl lékař doplnit chybějící údaje a anamnézu pacienta, která by se měla zaměřovat na kardiovaskulární a plicní nemoci, rizikové faktory a profesní rizika. Při každé takové prohlídce by mělo být pacientovi provedeno fyzikální vyšetření (měření krevního tlaku, zjišťování hodnot BMI, orientační vyšetření zraku a sluchu) a onkologické vyšetření. Při onkologickém vyšetření jsou hodnocena rizika vzniku nádoru z hlediska rodinné predispozice, osobní a pracovní anamnézy. Dle Vrinten et al. (2015) mohou lidé podstupující screeningové vyšetření trpět strachem z prováděného screeningu. Dle Bužgové (2015) má strach jasně definovaný předmět, je to konkrétní obava z něčeho. Tento strach může pozitivně i negativně ovlivnit jedince. Někteří lidé se díky strachu z rakoviny na vyšetření dostaví, jiní jsou strachem demotivováni, a proto

vyšetření nepodstoupí (Vrinten et al., 2015).

Při diagnostikování kolorektálního karcinomu je nezbytné pacienty připravit na všechna vyšetření, zejména kolonoskopii. Dle Falta et al. (2016) je potřeba rozpoznat, intenzivněji připravit a edukovat pacienty, kteří mají vyšší možnost nedostatečné přípravy. Ukazatelem nedostatečné přípravy jsou například hospitalizace, mužské pohlaví, obezita, pacient žijící sám, neschopnost plnění instrukcí nutných k přípravě střeva apod. Zádorová (2018) uvádí, že základním údajem pro kolonoskopické vyšetření je provedení důkladné anamnézy včetně laboratorních a fyzikálních vyšetření a dále je během celého vyšetření potřebná spolupráce pacienta. Z tohoto důvodu je nutná psychologická příprava, edukace a po objasnění všech otázek nemocného i podepsání informovaného souhlasu, v němž jsou uvedeny i možné komplikace samotného vyšetření. Lipská a Visokai (2009) uvádějí, že při dlouhodobě prováděné kolonoskopii může dojít k bakterémii. Tento stav může ovlivnit polymorbidní pacienty či pacienty po operacích chlopní. Avšak Falt et al. (2016) uvádějí, že samotné vyšetření je prováděno s nízkým rizikem bakterémie a infekčních onemocnění. Z těchto důvodů není ve většině případů před samotným výkonem potřebná antibiotická profylaxe. Dodává také, že profylaktické dávky antibiotik se používají u pacientů s vysokým rizikem infekční endokarditidy, u které hrozí infekcí dolní části zažívacího traktu. Zádorová (2005) doplňuje další komplikace, jako je alergická reakce, kardiopulmonální komplikace a syndrom koagulovaného střeva. Dalším rizikem může být také premedikace či použití sedace při samotném výkonu. Sedovaného pacienta je nutné bedlivě monitorovat během a i po zákroku. Hlavní komplikace sedace jsou hypotenze, hypoxie a arytmie (Falt et al., 2016).

Operace probíhající na tlustém střevě, zejména pro kolorektální karcinom, mají velký vliv na pacientův imunitní systém (Bencko et al., 2017). Z doporučených postupů ČSARIM (Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny) vyplývá nutnost tzv. předanestetických vyšetření (Černý et al., 2009). Tato vyšetření provádí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína v rámci konziliárního vyšetření, který může vyžadovat další doplňující a konziliární vyšetření. Rozsah vyšetření je dána zdravotním stavem klienta, volbou anesteziologických postupů, povahou a naléhavostí plánovaného zákroku. Při vyšetření je od pacienta a ze zdravotnické dokumentace získávána anamnéza (farmakoterapie, alergie, předchozí anestezie aj.), dále jsou prováděny klinická vyšetření (pohledem, vyšetření respiračního a kardiovaskulárního systému aj.), laboratorní vyšetření a další

pomocné konziliární prohlídky. Po výše zmíněných vyšetřeních je nutný informovaný souhlas pacienta s prováděnou anestezií. Všechny tyto postupy vedou k přizpůsobení přípravy na operaci (Kurzová, 2011). Pacient je hodnocen pomocí klasifikace ASA (Příloha 2). Tato klasifikace byla vyvinuta tak, aby poskytla klinikům jednoduchou kategorizaci fyziologického stavu pacienta, která může být užitečná při předvídání operativního rizika. ASA vznikla v roce 1941 a od té doby je revidována. Nejnovější verze systému klasifikace byla schválena 15. října 2014. Klasifikace je dělena do 6 kategorií s přidáním poslední E, která značí akutní chirurgický zákrok (Doyle, Garmon, 2019).

Jelikož pacient zažívá psychický stres ještě před samotným výkonem, může docházet k určité fázi imunosuprese, která snižuje schopnost odolat jakékoliv zátěži. Z tohoto důvodu je u pacientů podstupujících velký chirurgický výkon zvětšené riziko výskytu infekce, a to nejen v místě operačního pole, ale také ve formě nozokomiální infekce. Termín nozokomiální infekce a předcházení těmto nemocím je vysvětleno v novelizované vyhlášce 244/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Nozokomiální infekce byly v této vyhlášce přejmenovány na infekce spojené se zdravotní péčí. V chirurgii se ke snížení rizika výskytu infekce používá předoperační profylaxe pacientů podstupujících plánovaný výkon (Bencko et al., 2017). Berríos-Torres et al. (2017) uvádějí, že ke snížení rizika infekce by se pacienti měli sprchovat či koupat s použitím mýdla s antimikrobiálním nebo antiseptickým účinkem, a to nejméně večer před operací. Dále se v péči o pacienty používají aseptické přístupy. Tyto postupy jsou viditelné, jak při samotném chirurgickém zákroku (dezinfekce rukou operačního týmu, oblečení se do sterilních rukavic a pláště, dezinfekce a rouškování operačního pole atd.), tak i při další péči o pacienta (Schneiderová, 2014). Příprava pokožky by se měla na operačním sále provádět, pokud není kontraindikováno, pomocí alkoholové dezinfekce (Berríos-Torres et al., 2017).

Změnu v principu zachování energie může u pacientů s kolorektálním karcinomem také způsobovat dispenzarizace. Ta si klade za cíl zlepšit kvalitu života pacientů. Na dispenzarizaci pacientů bychom se měli podílet jednak z důvodu toho, že není deklarována jasná shoda v intenzitě a intervalech sledování pacientů (Skalický, Vysloužil, 2008). A také kvůli zvýšenému riziku výskytu druhého nádorového onemocnění (zejména žaludku, tenkého střeva, tlustého střeva, konečníku, ledvin aj.)

(Evans et al., 2002). V dispenzarizaci se používá kombinace screeningových testů, jako jsou odběr anamnézy a fyzikální vyšetření, kontrola onkomarkerů, vyšetření břicha pomocí ultrasonografie a CT. CT vyšetření je dále používáno k vyšetření plic a pánve. Dále je využíváno RTG vyšetření plic, kolonoskopie či další zobrazovací a laboratorní vyšetření (Skalický, Vysloužil, 2008). V dispenzární péči je potřeba většího důrazu na komunikaci pacient-lékař. Tím, že budou snížena přístrojová vyšetření a zvýší se důraz na psychickou podporu, můžeme přepokládat emocionální stabilizaci pacienta (Becker et al., 2005).

Machová (2009) dodává, že zachování energetické rovnováhy a obnova energie jsou potřeba z důvodu možnosti a schopnosti provádět běžné denní aktivity jedincem. K zachování schopnosti provádět běžné denní činnosti tedy potřebujeme energii. Nádorové onemocnění v somatické oblasti přináší řadu změn, které se však neprojevují pouze v této rovině, ale také v představách a myšlení člověka. Tyto změny souvisí s aktivitou pacientů, sexualitou a závislostí na druhých lidech (Raudenská, Javůrková, 2011). Toto onemocnění krátkodobě nebo dlouhodobě negativně působí na jedince únavou, celkovou slabostí a bolestí (Tomruk et al., 2015).

Energetické rezervy pacienta klesají z důvodu nárůstu nádoru a aktivace imunitního systému. To vede k dlouhodobé únavě jedince. Nejvíce je patrná únava u pacientů, kteří jsou léčeni chemoterapií či radioterapií (Gurková, 2017). Z tohoto důvodu je u takto léčených pacientů nutný dostatečný a kvalitní spánek, při kterém dochází k syntéze bílkovin, a tím tvorbě energie. Proces spánku nám tedy zajišťuje obnovu tělesných a duševních sil (Chromý et al., 2005). Ke kvalitnímu spánku, nejen v domácím prostředí, slouží tzv. spánková hygiena, což je sumarizace obecných doporučení, která vedou k lepšímu spánku. Můžeme si uvést příklad vyvětrané místnosti před spaním či dostatečného příjmu tekutin během dne. Takovéto doporučení jsou však vhodná u klientů, kteří netrpí nespavostí z důvodu nemoci (Kelnarová et al., 2016). Spánek a jeho kvalitu ovlivňuje také bolest. Tento fakt je dán neurologickým přenosem informací o bolesti přímo k diencefalickým strukturám a hypotalamu, do míst, která ovlivňují spánek, chuť k jídlu, řízení teploty a stresové odpovědi. Změny spánku vznikající z důvodu bolesti, jsou výsledkem porušení spojů v talamických centrech zodpovědných za spánek a probouzení (Vondráčková, 2004).

Onkologický pacient trpí v první řadě organicky podmíněnými bolestmi. K ovlivnění prahu bolesti a intenzitě jejího vnímání přispívají psychologické faktory a psychický stav pacienta (Vorlíček et al., 1998). Becker et al. (2005) uvádějí,

že nádorovou bolest lze rozdělit na bolest, která je podmíněná nádorem, bolest vznikající terapií, bolest, která je spojená s projevy nádoru a bolest, která není závislá na nádoru nebo zavedené léčbě. Míru bolesti lze sledovat dle NCCN Guidelines (2018) například *Numerical Rating Scale*, kdy pacient buď odpovídá na otázku: Jak je velká Vaše bolest od 0 (žádná bolest) po 10 (nesnesitelná bolest)?, či napíše bolest do vyznačené číselné škály. Lze také využít kategorizované škály, kdy žádná bolest = 0, mírná bolest = 1 - 3, střední bolest = 4 - 6 a těžká či vážná = 7 - 10. Jako další škálu lze použít *Faces Pain Rating Scale-Revised*, ve které je k hodnocení bolesti používáno výrazů v tváři spojenými s čísli. Dle Vorlíčka et al. (1998) lze terapii bolesti v devadesáti procentech případů zvládat úspěšně. Bolest by měla být léčena individuálně podle stavu pacienta. Léky zmírňující bolest je potřeba pravidelně předepisovat, tak aby nedocházelo k navrácení bolesti. Při léčbě se uplatňují, jak farmakologické, tak nefarmakologické postupy moderní medicíny (Bruera, Kim, 2003). Serlin et al. (1995) však uvádí, že v některých případech může být tato terapie neúčinná a pacienti nadále trpí bolestí. Jelikož bolest ovlivňuje fyzické fungování, psychickou pohodu a sociální interakce může její dopad být až devastující. Výběr vhodného analgetika vždy záleží na intenzitě bolesti, současné analgetické léčbě a souvisejících onemocnění (NCCN Guidelines, 2018). Podle WHO (2018) lze bolest řešit farmakologicky dle stupně, ve kterém se bolest nachází. I. stupeň značí mírnou bolest, při které postačí účinek neopioidních analgetik (aspirin, paracetamol) v kombinaci koanalgetiky. Ve II. stupni označující středně silnou bolest, se využívá slabých opioidů (kodein) v kombinaci s neopioidním analgetikem a koanalgetikem. III. stupeň silné bolesti se řeší silným opioidem (morfin) s neopioidním analgetikem a koanalgetikem. Léky by měly být spíše podávány v přesných časových úsecích (3 – 6 hodin) než na požádání pacienta.

Při farmakologické léčbě bolesti pomocí opioidů mohou nastat nežádoucí komplikace, zejména v oblasti gastrointestinálního traktu (zácpa, nevolnost, apod.). Vedlejší účinky léků na bolest mají vliv na vnímání kvality života, schopnost pracovat a sociálně se začleňovat. Někdy mohou negativní účinky vyvolat i depresivní pocity a myšlenky na smrt. Lékaři by se měli tedy také zaměřit na edukaci o vedlejších účincích léků, a popřípadě včasné zasáhnout proti depresi a jinému negativnímu působení léků pomocí další medikace, tak aby byla zlepšena kvalita života pacienta (Breivik et al., 2009). Sláma et al. (2017) uvádějí, že ke zvládnutí nevolnosti a zvracení je vhodné preventivně podávat běžná antiemetika. Dále může docházet u pacientů

k jejich sedaci. Zhruba po týdnu by nevolnost a sedace měla ustoupit, pokud přetrvává, je potřeba výměna opioidů. Jestliže léky nejsou zcela účinné, je vhodné využít chirurgických zákroků na nervových vláknech (WHO, 2018). Tyto zásahy se nazývají centrální blokádou, kdy mohou být léky aplikovány vně tvrdé pleny či rovnou do mozkomíšního kanálu (Sláma, Vorlíček, 2007).

1.3.2 Zachování strukturální integrity

V principu zachování strukturální integrity se sestra zaměřuje na změny funkce organismu, které mohou porušit integritu. Všechny léčebné procesy jsou závislé na zachování struktury. V rámci ošetrovatelské péče sestra posuzuje potřeby pacienta a zaměřuje se na adaptativní vzorec. Tkáň reaguje na poškození hojením, které však nemusí vést k úplnému obnovení funkce orgánu. Takovéto změny jsou především patrné u vysoce diferenciovaných orgánů, jako jsou ledviny a játra (Levine, 1967).

K obnově strukturální integrity jsou určeny chirurgické výkony. Příkladem může být vyjmutí nádoru, které vede k obnovení funkce orgánu či vyvedení kolostomie, která pozměňuje funkci orgánu. Změnu v oblasti strukturální integrity může také vyvolat infekce, při které dochází k odpovědi organismu na zánětlivou reakci. K přecházení vzniku zánětlivé reakce se využívá aseptických postupů – ošetrovatelských intervencí (Levine, 1967).

Léčebné procesy jsou úzce spjaty se zachováním struktury jedince (Levine, 1967). Ta může být porušena u pacientů s kolorektálním karcinomem například operačním řešením. Po výkonu je pacient podle stavu předán na pooperační pokoj, jednotku intenzivní péče nebo anesteziologicko resuscitační oddělení, kde mu jsou sledovány základní fyziologické funkce, obvaz operační rány, popřípadě vývody z rány a svalová síla pacienta (Schneiderová, 2014). Podle Kršky (2011) dochází nejčastěji ke komplikacím v průběhu anestezie či při samotném provádění operačního zákroku. Operační zákrok vyvolá v organismu regionální i celkovou odezvu, která se projeví jako syndrom pooperačních somatických a psychických změn, dle Leriche nazývaných pooperační nemoc. Jedná se o poruchy, které jsou dány výkonem a jsou nevyhnutelné (poškození buněk, cév a nervů). Podle Penky a Kaly (2008) se jedná například o poranění duodena, močovodu, žlučových cest, sleziny atd. Závažnou komplikací po abdominálních operacích je únik z anastomózy (Ashburn et al., 2013). Nejčastějšími rizikovými faktory pro únik z anastomózy jsou dle Bertelsen et al. (2010) mužské pohlaví či kouření. Bakker et al. (2014) doplňují rozsah onemocnění. Buchs et al.

(2008) dodávají zvýšené skóre ASA, délku operace a lokalizaci výkonu. Mezi další pooperační komplikace patří stenóza anastomózy (Penka, Kala, 2008). Krška (2011) dodává, že o závažnosti a průběhu pooperační nemoci rozhoduje mnoho faktorů, například rozsah, doba trvání a lokalizace výkonu, krevní ztráty apod.. Berríos-Torres et al. (2017), uvádějí, že by se u pacientů měla udržovat konstantní normotermie a hladina glykémie v těle, s obsahem glukózy nižším než 200 mg/dcl. Pacientům s normální plicní funkcí by měla být během výkonu a po extubaci zvyšovaná frakce kyslíku. Další změny ve struktuře jedince mohou nastat pooperační pneumonií nebo tromboembolií (Becker et al., 2005). U pacientů postupujících radiologickou léčbu je často pozorováno i riziko malnutrice (Ravasco et al., 2003). Mimo jiné radioterapeutická a chemoterapeutická léčba může mít vliv také na anorektální dysfunkce. Pacienti popisují tlak v anu nebo sníženou odolnost svěrače apod. (Haas et al., 2018). Dalším nebezpečným rizikem je sepse, jejíž výskyt se zvyšuje s věkem jedince. Sepse je spojena s horším dlouhodobým přežíváním pacientů s kolorektálním karcinomem, a vede ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních příhod. Kardiovaskulární příhody vznikají z důvodu zprostředkované zánětlivé odpovědi (Yende et al., 2014).

V průběhu chemoterapeutické léčby může u pacientů nastat také poškození krve tvorbou vlivem cytostatik, která narušují kostní dřeň, což vede k poklesu lymfocytů, erytrocytů a trombocytů. Z tohoto důvodu je následně pacient náchylnější k infekcím. U pacientů je často pozorována také anemie, která se projevuje únavou, slabostí či dušností. Pokud pacient více trpí na tvorbu hematomů, může se jednat o trombocytopenii, která se projeví v hodnotách hemokoagulace (Suchánek et al., 2012). Adam a Vorlíčková (2012) doplňují jako další vedlejší účinek léčby cytostatiky zarudnutí dlaní a chodidel, které je bolestivé a onycholýzu, což je odloučení nehtu od nehtového lůžka. Dalším problémem chemoterapie je alopecie a poškození sliznic. Alopecie je dočasná a po ukončení léčby vlasy opět dorůstají. Poškození sliznic se projevuje jejich zarudnutím zejména v ústech a tvorbou aftů, které mohou být vysety po celé části trávicího traktu. Důsledkem takto rozsáhlých aftů je průjem. V léčbě se využívají nedráždivé diety, ošetření dutiny ústní výplachem šalvějového roztoku a použitím farmakologických preparátů. Při léčbě radioterapií mohou pacienti cítit slabost a nauzeu, mohou také trpět častými řídkými stolicemi nebo podrážděním močového měchýře. V oblasti záření bývá kůže zarudlá, suchá a někdy se na ní tvoří puchýře. Po ukončení radioterapie tyto projevy z velké části ustoupí (Suchánek et al., 2012).

Dle Suchánka et al. (2012) si pacienti často stěžují po operaci na průjem či zácpu. Tato porucha defekačního rytmu může být způsobena například zkrácením střeva, což vede častějšímu vyprazdňování. Naopak ke vzniku zácpy může dojít vlivem anestezie, při které je zpomalena či úplně pozastavena střevní peristaltika. Obnova peristaltiky by měla nastat do 72 hodin. Z tohoto důvodu je potřeba zajistit u nemocných výživu parenterální (nitrožilní) cestou. Mohou se podávat infuze v podobě fyziologického roztoku nebo je strava nahrazena celkově vaky „all in one“ (Huang et al., 2014). V období přibližně 6 týdnů po operaci by měl nemocný přijímat bezezbytkovou stravu (Suchánek et al., 2012). Jedná se o dietu s lehce zvýšeným podílem bílkovin bez přítomnosti nestravitelné vlákniny. Technologická úprava potravin je šetřící s využitím další mechanické modifikace (mletí či mixování) ovoce a zeleniny (Meisnerová, 2011). Toto stravování je doporučeno zejména z důvodu menšího dráždění v oblasti anastomózy. K usnadnění vylučování je doporučováno obnovení aktivit, kdy je vhodné postupně zvyšovat pohyb pacienta (Suchánek et al., 2012).

Ke správné funkci organismu nezbytně přispívá výživa. Význam výživy vzrůstá především v nemoci, kdy je organismus nucen využívat zásoby tělesných živin i vlastních stavebních látek, jakou jsou svaly. Rozpadem tkání dochází ke ztrátě bílkovin, které jsou potřebné pro správné fungování imunního systému. Kvůli tomu je nutné bílkoviny doplnit, avšak musíme brát na zřetel, že běžná racionální strava pro pacienty s kolorektálním karcinomem není vhodná (Hrbková, Šachlová, 2004). Bylo také zjištěno, že nadměrná konzumace stravy bohaté na živočišné tuky a červené maso spolu s nízkým podílem vlákniny v jídelníčku, vede ke vzniku nádorů. Pacienti, kteří dodržují výživová opatření, zejména konzumují stravu bohatou na ovoce, zeleninu a vlákninu, a současně si udržují správnou tělesnou hmotnost, se dožívají vyššího věku, než pacienti nedodržující tato opatření (Van Blarigan et al, 2018). Brown et al. (2003) k výše zmíněným faktům přidávají vliv fyzické aktivity. Pacienti, kteří mají navíc chronické střevní potíže, které ovlivňují normální vstřebávání živin, by měli být sledováni výživovým specialistou. Jelikož často onkologičtí pacienti trpí po nádorovou kachexií, vznikly pokyny sestavené Evropskou společností klinické výživy a metabolismu. Tyto pokyny obsahují multidisciplinární přístup lékaře, dietologa, sestry a psychologa v péči o pacienta s kachexií (Krznarić a Kunović, 2015). Z důvodu léčby dochází u některých nemocných ke ztrátě chuti k jídlu nebo dokonce k odporu k určitým potravinám. Pacienti mohou trpět pocitem „žaludku na vodě“ nebo dokonce

zvracením. Tyto problémy lze částečně řešit změnou v jídelníčku pacienta, častějšími, menšími porcemi chladnějšího jídla (Suchánek et al, 2012). Člověk by denně měl vypít přibližně 20 až 40 ml tekutin na jeden kilogram tělesné hmotnosti, to zhruba odpovídá dvěma až třem litrům tekutin za den. Mezi nejvhodnější tekutiny se řadí nízce mineralizovaná čirá voda, doplněná ovocnými, zeleninovými šťávami a zelené či bylinkové čaje. Příjem tekutin by měl být rozdělený do více dávek po celý den. Alkohol, káva a silné čaje by měly být omezovány (Čeledová, Čevela, 2010).

Do oblasti zachování strukturální integrity spadá také vyvedení dočasné či trvalé stomie, jakožto důsledku léčby. Po operaci jsou pacientovi předány teoretické poznatky uvedené v tištěných materiálech, ve kterých je mimo jiné popsána komplexní péče o pacienta s vývodem. Poté má pacient možnost prakticky vyzkoušet pomůcky, které jsou dostupné v naší tržní síti tak, aby byl schopen vybrat pomůcku vyhovující konkrétně jeho potřebám. Dále si vyzkouší výměnu stomického sáčku na sobě samém. Takováto zkouška může dle stavu pacienta a možností pracoviště probíhat ve sprše či speciální stomické místnosti (Zachová et al., 2010). Po ukončení léčby pacienti musí docházet na pravidelné kontroly stavu vývodu ke stoma sestrám a do stoma poraden, kde mají také možnost předepisovat potřebné pomůcky (Suchánek et al., 2012). Strach z vyvedení stomie může být dán samotnou změnou ve vylučování, nutností se přizpůsobit životu se stomií a změnou obrazu těla. Z tohoto důvodu se může u pacienta se stomií objevit stud a odcizení se sobě samému (Diebold, 2016). Tyto faktory mohou vést k nedbalosti návštěv stoma poraden, a tím k rozvoji komplikací například z nedostatečného množství pomůcek k důkladnému ošetření stomie (Zachová et al., 2012). Množství pomůcek je limitováno zákonem číslo 290/2017 Sb., kterým se mění zákon o veřejném zdravotním pojištění. Další nepříjemnost pro stomiky může být změna konzistence stolice. Ileostomici častěji trpí řídkými, průjmovitými stolicemi, které lze upravit výživou například vynecháním cukrů, kávy, luštěnin, švestek atd. Vhodnými potravinami jsou naopak masové vývary, banány a čokoláda. Zatímco kolostomici častěji prožívají zácpu, a to z důvodu zvýšeného příjmu bílkovin. Při požití alkoholických nápojů se však u nich může projevit průjem. Z tohoto důvodu je alkohol řazen mezi potraviny pro stomika nevhodné ke konzumaci (Pailová, 2010). Pro stomiky není vhodná konzumace ledových, sycených nápojů, které způsobují průjmy. Jelikož je však potřeba podpořit chuť k jídlu a trávení je možné vypít skleničku piva o pokojové teplotě (Stomici.cz, 2014).

V oblasti zachování strukturální integrity se zaměřujeme také na pokožku pacienta,

její funkčnost popřípadě poškození a invazivní vstupy. I přestože současnost nabízí vysoce profesionální lékařskou i ošetrovatelskou péči jsou dekubity závažnou komplikací zdravotního stavu (Šeflová, Beránková, 2006). Existuje řada definic pojmu dekubitus. Například Mikula a Müllerová (2008, s. 10) uvádějí, „*Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové léze, vředy) jsou rány vyvolané tlakem.*“ Intenzitou tlaku, celkovým stavem pacienta, zevními podmínkami a dobou působení je dána velikost proleženiny. Pejznochová (2010, s 23) uvádí, že „*dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.*“ Predilekční místo je označení pro plochu se sníženým svalovým podložím a žádnou nebo naopak maximální tukovou tkání, kde se kosti opírají pouze o podložku. Na predilekční místo působí dále tření a vlhkost (Pejznochová, 2010). Další vnější příčinou pro vznik dekubitu je střížný efekt (Šeflová, Jančíková, 2010). Vznik dekubitů je podmíněn průběhem akutní nebo po exacerbaci chronické nemoci (Šeflová, Beránková, 2006).

Komplikacemi dekubitů mohou být sepsa, osteomyelitida, prodloužení rehabilitace, hospitalizace a vyšší úmrtnost pacientů. Proleženina jakožto chronická rána je během 48 hodin kolonizována kožními mikroorganismy. Tato kolonizace se nemusí projevit jako běžná infekce (začervenání a otok okolí, sekrece z rány, zvýšená tělesná teplota, zvýšené zánětlivé markery aj.) (Meluzínová et al., 2006). K hodnocení rizika vzniku dekubitů lze využít mnoho škál, například škála Norton či Braden (Mikula, Müllerová, 2008). Stupnice Norton řeší vznik dekubitů v oblasti schopnosti spolupráce pacienta, věku, stavu kůže zvláštních rizik, fyzického stavu, stavu vědomí, aktivity a pohyblivosti hodnocených pomocí čtyř bodů (1 nejhorší, 4 nejlepší) (Šeflová, Beránková, 2006). Škála Braden hodnotí pacienta pomocí 4 bodů v oblasti smyslového vnímání, vlhkosti, mobility, aktivity výživy, tření a stříhu (Mandysová et al., 2012). Použití jakékoli škály pomáhá sestře určit rizikové pacienty a naplánovat jejich ošetřování takovým způsobem, aby se zamezilo vzniku dekubitů. Pacient je nejčastěji hodnocen při příjmu, následovně dle jeho stavu a při jakékoli změně (Mikula, Müllerová, 2008). Prevencí dekubitů je polohování, správná hygienická péče, péče o pokožku a lůžko, dostatečná hydratace, vertikalizace, edukace pacienta a rodiny apod. (Šeflová, Beránková, 2006). Polohování značí cílenou transformaci polohy pacienta, mělo by být prováděno po dvou hodinách a změna polohy by měla být dokumentována. Při polohování můžeme využít poloh na zádech, bocích či polo-bocích a bříše (Hilšerová, 2010). Může se stát, že pacient v závažném zdravotním stavu nebude schopen spolupráce při polohování. To, že pacient nespolupracuje, může být zapříčiněno neschopností vydržet upravené

poloze z důvodu dušnosti, oběhového onemocnění, akutního stavu pocházejícího z interního onemocnění apod. V prevenci a péči o dekubity je potřeba profesionálního přístupu celého zdravotnického týmu, který musí být dostatečně vzdělaný v dekubitální problematice (Šeflová, Beránková, 2006). Dle mezinárodní klasifikace dekubitů NPUAP/EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel/ European Pressure Ulcer Advisory Panel) se dekubity dají rozdělit do čtyř stupňů. I. stupeň označuje „*zarudnutí kůže/neblednoucí hyperemie-erytém*“ což je kůže, která není porušená, avšak je pozorovatelné neblednoucí zarudnutí nacházející se běžně nad kostním výstupkem. „*Dekubitus II. stupně: Částečná ztráta kožního krytu .. se projevuje jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku*“. III. stupeň „*Úplná ztráta kožního krytu*“ je definován ztrátou kožního krytu a viditelným tukem, avšak hlubší vrstvy (kosti, šlachy, svaly) zůstávají neodhalené. IV. stupeň „*Úplná ztráta kůže a podkoží*“ označuje ztrátu tkáně s viditelnou kostí, šlachou i svaem (Haesler et al., s. 15, 16). Dle Šeflové a Beránkové (2006) by zdravotnickým personál měl využívat všech dostupných polohovacích a antidekubitálních pomůcek a příslušenství lůžka. Dále by měl provádět profesionální hygienickou péči v rámci níž by se měl starat o suché, čisté lůžko, lůžkoviny a vhodnými přípravky o pokožku klienta.

K péči o onkologického pacienta zajisté patří péče i o invazivní vstupy. Tyto vstupy slouží zejména k podání specifické protinádorové léčby (nejčastěji vedena intravenózní cestou) či protiinfekční léčby, parenterální výživy, substituci elektrolytů a krevních derivátů či elementů a analgezií (Maňásek, 2013). Z počátku se u všech pacientů zajišťuje žilní vstup pomocí kanylace periferní žíly (PŽK). Dále se využívá kanylace centrální žíly (CŽK) či kombinace obou metod (PICC) a zavedení intra venózního portu. Obecně lze katetry rozdělit dle doby aplikace na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Další dělení je dle umístění katetru (periferní, centrální). Ke krátkodobé léčbě, zhruba do 6 dnů, lze využít periferní žilní katetry, avšak je nutné si uvědomit koncentraci léčiva, které do řečiště podáváme. Co do délky možného zavedení se dají použít tzv. midline katetry, které jsou nejčastěji aplikovány do v. axilaris či v. subclavia, nejedná se tedy o katetry vedené do centrálního řečiště. Dále lze využít katetrů zavedených centrální cestou, jde zejména o centrální žilní katetry, PICC katetry a intravenózní porty (Maňásek et al., 2012). Přelomovým rokem v zajištění dlouhodobých vstupů byl rok 1982, kdy byl poprvé lékařem Niederhuberem zaveden implantabilní port. Port se nejčastěji aplikuje v podklíčkové oblasti s přístupem do v. jugularis, v. subclavia či v. axillaris. Setkat se také můžeme s umístěním portu

do podkoží stehna či břicha, kdy je kanyla zavedena do dolní duté žíly. Výhodou portu je snížení rizika infekce, díky jeho zavedení do podkoží. Do portu je nutno aplikovat léky speciální tzv. Huberovou jehlou (Maňásek, 2013). PICC je centrální katetr, který je zaveden z periferní žíly. Konec tohoto katetru je nejčastěji umístěn v horní duté žíle u vstupu do pravé síně (Douglas, Maňásek, 2015). Tento vstup se využívá jako středně dlouhodobý, doba, po kterou je katetr zaveden je průměrně 3 měsíce, nejdéle však rok. K zavedení je potřeba ultrazvukové navigace do některých žil na paži (v. basilica, v. cephalica či v. brachialis). PICC katetr se fixuje speciálním tzv. StatLockem či GripLockem, nikoliv stehy. Každý katetr je nutné k udržení průchodnosti proplachovat fyziologickým roztokem a to minimálně 10 ml. O všechny zmíněné katetry je potřeba efektivně pečovat (sterilní převazy, dostatečné proplachy, používání speciálních jehel aj.) (Lisová, Paulinová, 2013).

1.3.3 Zachování osobnostní integrity

V principu zachování osobnostní integrity se sestra zaměřuje na psychiku a emoce člověka. Je známé, že tělo nedokáže existovat odděleně od mysli, emocí a duše. Mezi základní pocity osobnostní integrity řadí autorka sebeúctu a vnímání vlastní identity. Intervence sestry jsou v tomto principu zaměřeny na práva člověka (rozhodování o sobě samém, zajištění soukromí během výkonu, mlčenlivost zdravotníků, právo na informace, apod.). K dodržování zásad tohoto principu musí sestra k pacientovi přistupovat individuálně a přijmout ho takového jaký je, s jeho návyky a zlovyky. Sestra podporuje pacienta například s těžkou adaptací, úzkostí či pocitem osamělosti a při strachu (Levine, 1967).

Po diagnostikování onkologické nemoci se u pacienta objevují reakce vznikající z důvodu stresu či poruchy přizpůsobení se (Tirayová, 2001). Pacienti zažívají ztrátu jistoty a nestabilitu svého emočního stavu (strach, úzkost), dále také prožívají hrozbu možné smrti (Raudenská, Javůrková, 2011). Tyto negativní pocity vznikají z nemoci a z vlastních diagnostických a léčebných opatření. Mohou se z nich vyvinout úzkostné a fobické neurózy (Tirayová, 2001). S tím vším je nucen se pacient vyrovnat (Raudenská, Javůrková, 2011). Samotná přítomnost nádorové nemoci, bolesti a tělesných obtíží vede u pacientů k rozvoji depresivních poruch. Depresi trpí nejméně ¼ pacientů s nádorovým onemocněním (Tirayová, 2001). Smith (2015) uvádí, že deprese z důvodu rakovinného onemocnění postihuje více než 10 % pacientů. Deprese je vnímána jako závažná porucha, která se projeví vlivem smutku

po dlouhodobém stresu, který pacient nezvládne. Vliv rakoviny na vznik úzkostí či deprese je prokázán několika studiemi například Linden et al. (2012) či Akyol (2015). Depresi a úzkostným pocitům lze předcházet pomocí sociální podpory jedince, která vede také ke zlepšení fyzických, kognitivních a sociálních funkcí (Gonzalez-Saenz de Tejada et al., 2016). Jelikož je každý pacient individuální bytostí není známá nejvhodnější terapie úzkosti a deprese, proto se liší i intervence používané v péči o pacienty s těmito pocity. V péči lze použít psychosociální terapii nebo farmakoterapii, avšak vlivem nedostatku výzkumů prováděných v oblasti terapie deprese a úzkosti, není známá optimální kombinace obou metod. Z těchto důvodů je nutné věnovat pozornost všem negativním pocitům, které mohou vzniknout nejen z vlastního onemocnění, ale také v průběhu léčby (Smith, 2015). Christensen a Drago (2016) dodávají, že při objevení příznaků úzkosti a deprese se zhoršuje prognóza pacientů s diagnostikovaným karcinomem.

Pacienti často pociťují strach ze samotné smrti. Strach může být vnímán jedinci z důvodu toho, že nemají jasnou a kvalitní hodnotovou orientaci, která by nastiňovala smysl jejich života (Bužgová, 2015). Dále také tím, že problematika smrti bývá opředená mnoha tajemstvími. Tyto pocity mohou vést kupříkladu k bagatelizování smrti nebo vnímání smrti jako něčeho negativního. Pacienti se mohou bát selhání před ostatními, toho zda zvládnou smrt či bolesti spojené se smrtí (Křivohlavý, 2002). Nejvíce se setkáváme u onkologických pacientů se strachem ze smrti, recidivy onemocnění, dalším růstem nádoru nebo vlastním zohavením (Becker et al., 2005). K překonání těchto pocitů je potřebné uvědomění si strachu, který lze dále řešit pomocí cíleného rozhovoru s lékařem. Ke zmírnění či odstranění strachu lze také použít systematickou desenzibilizaci, odnaučování nebo nápodobu (Dostálová, 2016). V tuto chvíli může pomoci pacientovi psychoterapeut. Psychoterapeut pomáhá klientovi pracovat s jeho emocemi, které následně zlepšují lidský kontakt. Pacienti s onkologickým onemocněním potřebují specifickou psychoterapii. Prováděnou tak aby pacienti začali vnímat, z hlediska času, omezení svého bytí. Psychoterapie se tedy zaměřuje na uvědomění si vlastní smrtelnosti. Psychoterapeut využívá zejména imaginativní a relaxační techniky (Zemanová, 2008).

Pacienty je nutno také dostatečně informovat o jejich nemoci, tak aby jí mohli dobře porozumět. Z důvodu dostatečné informovanosti se pak dokáží aktivně zapojovat do péče. Pomocí informací se také u pacientů snižuje pocit beznaděje (Sellschopp, 1984). Edukace pacientů vede k jejich zklidnění, proto není potřeba použití

farmakologické premedikace (Lukáš et al., 2005). Do určité míry je potřeba zachovat u pacientů spokojenost s poskytovanou péčí, přístupem zdravotníků atd., zejména z důvodu toho, že pacienti, kteří jsou nespokojeni, pochybují o zdravotníkovi, kritizují jej, nemají v něm rovnocenného partnera. Naopak spokojení pacienti občas povypráví i o jiných obtížích (pracovních, rodinných), které jsou spojeny s jejich zdravotním stavem (Mareš, 2009).

Další podstatnou součástí života, hodnocenou v principu osobnostní integrity, je pohyb. Pohybem udržujeme svou tělesnou schránku v kondici a snižujeme riziko kolorektálního karcinomu (Slattery, 2004). Z výzkumných šetření také vyplývá, že jedinci, kteří jsou více fit, mají nižší úmrtnost na kolorektální karcinom, karcinom plic nebo prostaty než lidé bez fyzické aktivity (Shmerling, 2015). Co se týče fyzické aktivity po diagnóze karcinomu, je prokázáno, že pacienti, kteří po výkonu obnovili fyzickou aktivitu, se dožívají vyššího věku. U fyzicky aktivních pacientů po prodělaném kolorektálním karcinomu se také snižuje výskyt recidiv (Courneya et al., 2003). V rehabilitaci po léčbě nádorového onemocnění nelze postrádat psychosociální péči. Psychosociální péče pomáhá pacientovi s přípravou na možné tělesné změny a také zlepšit kvalitu života (Becker et al., 2005). Jansen et al. (2015) dodávají, že pacienti po resekci konečníku mohou být omezováni neschopností sedět nebo jezdit na kole.

V prvních chvílích mají pacienti také nedostatek sebevědomí a sebejistoty, musejí se vyrovnat se změnou svého těla (Šrámková, 2013). Pacienti se stomií se musí srovnat nejen s diagnózou kolorektálního karcinomu, ale musí přijmout i dramatickou změnu obrazu svého těla (Marquis, Marrel, Jambon, 2003). V této fázi je pro pacienta potřebná opora zejména od rodiny nebo blízkých přátel a zdravotníků. Cílem všech by mělo být navrácení sebevědomí nemocnému člověku (Zachová et al., 2010).

V této oblasti jsou také hodnoceny sexuální problémy, které jsou jednak spojené se změnou fyzického vzhledu, tak i bolestí a somatickými změnami (Antonová, 2008). Muži mohou mít problémy s dysfunkcí erekce, ztrátou sexuálního apetitu či s bolestí na hrázi (Šrámková, 2013). Ke ztrátě sexuálního apetitu vedou také hormonální změny a únava pacientů (Antonová, 2008). Ženy mají problémy v této oblasti vlivem pocíťování nepohodlí v podbřišku, problémům s močením nebo prolapsu dělohy. Díky pravidelnému jídelníčku si mohou kolostomici upravit vylučování, tak aby bylo pravidelné a díky tomu předejít psychickým dopadům odrážejících se v jejich sexuálním životě. Pokud je kolostomik edukovaný může si před sexuálním stykem provést výplach

střeva, jehož cílem je snížení odchodu plynů a stolice, které mohou sexuální akt rušit (Šrámková, 2013). Další podpora je psychická s komunikací mezi partnery, pomoci může i sexuolog (Antonová, 2008).

1.3.4 Zachování sociální integrity

Levine (1967) uvádí, že podstata lidskosti je výsledkem vztahů s ostatními lidmi. Sestra se v tomto principu zabývá sociálním vnímáním, začleněním osoby do společnosti, kdy je jedinec při onemocnění izolován od svého sociálního okolí.

Onkologické onemocnění zasahuje do celé struktury jedince, mění jeho kvalitu života, psychiku, ekonomický status, systém hodnot a sociální kontakty (Weiss et al., 2010). V léčbě onkologického onemocnění je proto podstatný komplexní přístup. Tento přístup vypomáhá pochopit, jak jedinec rozumí svému zdravotnímu stavu a co očekává od diagnózy, prognózy a léčby (Raudenská, Javůrková, 2011).

Pacienti s pokročilým nádorovým onemocněním se musejí vyrovnat s myšlenkou, že se nachází v období neznámém, které vede ke konci života (smrti). Zřejmě nejhorší pro pacienta, jeho rodinu a lékařský tým je nutnost posoudit a vybrat vhodný léčebný cíl, tak aby byla vyvážená pozitiva a negativa léčby. Cílem by mělo být prožití kvalitního života jedince (Ptáček et al., 2014). Reakce na sdělení závažné diagnózy mohou být různé. Nejznámější popsala Elisabeth Kübler-Ross v knize *Rozhovory s umírajícími* (1972), kde zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání nemoci v psychické úrovni (šok-popření, hněv, smlouvání, deprese, přijetí). Autoři Glaser a Strauss (1968) se zaměřili na společenské aspekty umírání. Došli k závěru, že umírající lidé procházejí různými sociálními fázemi, které označili za kritické body, jimiž jsou označení pacienta za umírajícího, emocionální a praktická příprava příbuzných a přátel pacienta na jeho smrt, „už se nedá nic dělat“, „poslední sestup“, „poslední hodiny“, „čekání na smrt“, nakonec přichází smrt (Bártlová, 2005).

Karcinom ovlivňuje jedince také v oblasti zaměstnání, kde může být příčinou i odchodu z povolání. Důvodem mohou být například fyzické problémy, ztráta síly, psychické změny, nežádoucí účinky léků a vyvedení stomie (McGrath et al., 2016). Z tohoto důvodu musíme po zdárné léčbě onkologické choroby přemýšlet nad návratem pacienta do zaměstnání. Někteří pacienti budou moci pracovat na své dřívější pozici, jiní budou potřebovat rekvalifikaci. Dle individuálních potřeb pacientů bychom měli zabezpečit sociální služby a podporu. Sociální podpora je potřebná zejména u pacientů, kteří nemohou vykonávat své zaměstnání nebo u seniorů. V sociální oblasti mohou

pomoci například neziskové organizace, které zajistí pacientovi vhodné aktivity k naplnění jeho volného času. Specifikem onkologických pacientů je úprava aktivit dle jejich možností, s přihlédnutím na rychlejší únavu, omezení fyzické a psychické zátěže či větší možnost přestávek (Krška et al., 2014). Ztráta zaměstnání má za následek ohrožení finanční jistoty člověka. S nemocí také rostou náklady, které lze rozdělit do přímých nákladů na zdravotní péči (léky, zdravotnické prostředky, alternativní medicína aj.), a nákladů nepřímých spojených např. se snížením výdělku pacientových pečovateli (Longo, 2007).

Nádorovým onemocněním je také ovlivněn sociální život pacienta, kdy jsou změněny mezilidské vztahy (sounáležitost v rodině), úroveň blízkých a společenských vztahů. Pacienti jsou v průběhu nemoci nuceni vyrovnat se s možnými pocity osamocení, opuštění, přehlížení nebo také stigmatizace (Raudenská, Javůrková, 2011). Někteří svobodní onkologičtí pacienti také mohou trpět, v souvislosti s diagnózou, strachem ze vstupu do manželství a založení si rodiny. Jiní se mohou bát toho, že své rodině budou na obtíž. Velkou oporou mohou být pacienti se stejnou diagnózou, a proto je vhodné udržovat nadále kontakt mezi těmito pacienty (Křivohlavý, 2002). Podpora může být nabízena například pomocí lokálních klubů stomiků. Tyto kluby sdružují aktivní stomiky, sestry i lékaře, kteří pomáhají ostatním pacientům se stomií s adaptací na změnu života způsobenou vývodem. Nejznámějším klubem je ILCO (Zachová et al., 2010).

Nejdůležitější je si uvědomit, že pacienti se stomií mají stejné kvality jako před vyvedením stomie, a že stomie nemění povahu člověka. Pokud chtějí stomici navštívit kulturní akci, je jim doporučováno připravit si příruční taštičku, která obsahuje pomůcky k výměně stomie. Doporučován je také výběr míst blíže vchodu či toaletě (Zachová et al., 2010).

Po ukončení komplexní onkologické léčby mohou pacienti bez komplikací nádorového onemocnění absolvovat lázeňskou léčbu, kterou lze pacientům předepsat do dvou let od ukončení léčby jedenkrát s plnou úhradou. Tento tiskopis zpravidla vyplňuje podle návrhu onkologa praktický lékař. Dále mohou nemocní (při podmínkách trvání klinické remise) absolvovat lázeňskou léčbu formou příspěvku na péči (Suchánek et al., 2012).

2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

2.1 Cíle práce

Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem s využitím modelu M. E. Levine.

Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem s využitím modelu M. E. Levine.

Zjistit, která z těchto specifíků chybí v ošetrovatelském modelu M. E. Levine.

Modifikovat ošetrovatelskou dokumentaci dle vybraného koncepčního modelu M. E. Levine pro pacienty s kolorektálním karcinomem s ohledem na subjektivní a objektivní determinanty ovlivňující kvalitu poskytování péče v klinické a komunitní praxi v České republice.

2.2 Hypotézy

Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování sociální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují pomoc sestry v oblasti zachování strukturální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují pomoc sestry v oblasti zachování energie v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují pomoc sestry v oblasti zachování osobnostní integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

2.3 Výzkumné otázky

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?

Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?

Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?

2.4 Operacionalizace pojmů

Základním výzkumným problémem šetření je kolorektální karcinom a model M. E. Levine.

Kolorektální karcinom

Zhoubné onemocnění vznikající maligní přeměnou cylindrického epitelu tlustého střeva a rekta.

Sestra

Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra.

Sebepéče

Soubor činností, které si každý člověk zabezpečuje sám za účelem zachování zdraví, pohody a života.

Holismus (celistvost)

Neboli filozofie celistvosti, v této filozofii je jedinec složen z emocí, mysli a těla. Realitu nemůžeme pochopit pouze na základě analýzy jednotlivých částí.

Koncepční model M. E. Levine

Levine nazvala koncepční model teorií čtyř konzervačních principů. V modelu se zaměřujeme na schopnost jedince adaptovat se na danou situaci pomocí čtyř konzervačních principů.

Adaptace

Proces postupné změny, při níž si člověk udrží svoji integritu vnitřního a vnějšího prostředí.

Konzervační principy

Principy, ze kterých vycházejí ošetrovatelské intervence a interakce. Pojmy jsou odvozené z jedinečných a individuálních zdrojů jedince, které si chce ve svém životě zachovat tedy konzervovat.

Princip zachování energie

Tento princip se zaměřuje na schopnost jedince využívat vlastní energetický potenciál a výměnu energie.

Zachování strukturální integrity

V principu zachování strukturální integrity se sestra zaměřuje na změny funkce organismu, které mohou porušit integritu.

Zachování osobnostní integrity

V principu zachování osobnostní integrity jsou hodnoceny emoce a podporována psychika člověka.

Zachování sociální integrity

Sestra se v tomto principu zabývá sociálním vnímáním, začleněním osoby do společnosti, kdy onemocnění izoluje jedince při od svého sociálního okolí

3 METODIKA

Práce byla zpracována kombinací kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod. V první části byl výzkum realizován pomocí kvalitativního šetření, které sloužilo ke zjištění specifik péče u pacientů s kolorektálním karcinomem. Dále také vytvořilo rámec ke zhotovení techniky sloužící ke sběru dat v kvantitativním šetření. Získaná data z kvantitativního šetření sloužila ke zhotovení modifikované ošetřovatelské anamnézy. Spolehlivost anamnézy byla ověřována pomocí metody focus group.

Výzkumná šetření byla realizována v rámci týmového grantového projektu „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“ číslo 048/2015/S, který byl řešen za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích

3.1 Metodika kvalitativního výzkumu

3.1.1 Použité kvalitativní metody

Kvalitativní šetření A bylo realizováno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Osnova k rozhovoru (příloha 3) byla připravena, tak aby obsáhla problematiku kolorektálního karcinomu. Cílem rozhovorů bylo zjistit specifika, která se u pacientů s kolorektálním karcinomem mohou vyskytovat. Rozhovor byl členěn na část identifikační údaje; prevence, informace a diagnostika kolorektálního karcinomu; návyky informantů před propuknutím onemocnění; léčba; změna života informantů se stomií a postoje informantů.

Rozhovor obsahoval 41 předem připravených otázek. Realizace rozhovorů probíhala v soukromí za přítomnosti tazatele a informanta. Před vlastním uskutečněním rozhovoru byl každému informantovi představen tazatel, důvod a cíl výzkumného šetření. Účast na rozhovorech byla zcela dobrovolná, účastníci měli možnost kdykoliv rozhovor ukončit. Dále měli právo neodpovídat na nepříjemné dotazy a byli také ujištěni o anonymitě celého šetření. Všechny rozhovory byly nahrávány. Dle specifik každého informanta a průběhu rozhovoru byly některé rozhovory rozšiřovány o doplňující otázky či v některých případech byly vybrané položky rozhovoru vynechány. A to z důvodu, že s nimi konkrétní dotazování neměli zkušenost. Z tohoto důvodu a s ohledem na různou ochotu podělit se o své soukromí, byla délka vedených rozhovorů i jejich obsah odlišné. Z hlediska časové dotace trvaly rozhovory od 7 do 20 minut.

Rozhovory byly realizovány v období měsíců červen a červenec roku 2015.

Kvalitativní šetření B bylo realizováno pomocí metody focus group. Touto metodou se ověřovala srozumitelnost a efektivnost navržené modifikované anamnézy. Z důvodu toho, že navržený materiál vycházel z teorie M. E. Levine, byl doplněn o základní informace potřebné pro jeho porozumění. Samotné šetření probíhalo v rámci tří setkání v listopadu roku 2016 a lednu roku 2017. K záznamu dat byly využity předem připravené záznamové archy, které byly následně převedeny do digitální podoby. Výsledky dvou listopadových setkání sloužili pro úpravu modifikované dokumentace. Upravená dokumentace byla znovu ověřována posledním (třetím) setkáním v lednu. Získané poznatky z tohoto setkání byly zapracovány do konečné verze modifikované dokumentace.

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru A

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření A byl konstruován záměrným kritériálním výběrem. Informant musel splňovat tato kritéria: věk nad 18 let a diagnostikovaný kolorektální karcinom. Byl využit osobní kontakt s informanty. Sběr dat byl ukončen při teoretické saturaci 8 informantů.

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru B

Výzkumný soubor kvalitativního šetření B byl taktéž konstruován záměrným kritériálním výběrem. Stanovenými kritérii bylo vzdělání v oboru ošetřovatelství a pracovní zkušenost v klinické či komunitní praxi. Informanti byli osloveni metodou snow ball. Sběr dat probíhal formou tří focus grup.

První setkání čítalo 16 dotazovaných a 2 zapisovatele, druhého setkání se účastnilo 14 dotazovaných a 2 zapisovatelé. Posledního setkání se účastnilo 5 dotazovaných a 1 zapisovatel.

3.1.4 Analýza kvalitativních dat

Pořízené audio záznamy rozhovorů (kvalitativní výzkum A) byly přepsány pomocí programu Transcriber, takto získané přepisy byly vloženy do MS Word, kde s nimi v této podobě bylo dále pracováno. Analýza získaných dat byla provedena metodou otevřeného kódování technikou papír tužka. Takto získané informace byly nadále na základě jejich podobnosti kategorizovány a znovu skládány komplexnějším způsobem. Výsledkem těchto dat bylo sestavení oblastí, které sloužily k vytvoření

nestandardizovaného dotazníku. Tak abychom zachovali nezměněný výraz s důrazem na sdělení ze strany informantů, bylo v rámci publikace výsledků využito doslovných formulací odpovědí pacientů, které jsou označeny kurzivou. Doplňující otázky tazatele jsou znázorněny velkými písmeny a kurzivou. Jednotlivým informantům bylo přiděleno anonymní označení P1-P8.

Focus group (kvalitativní výzkum B) byly zaznamenávány do předem připravených záznamových archů. Ze získaných dat byla provedena redukce prvního řádu, tzn. byly vynechány nepodstatné údaje. Následně byly návrhy informantů zpracovány do modifikované ošetrovatelské dokumentace, vycházející z teorie čtyř konzervačních principů, primárně určené pro pacienty s kolorektálním karcinomem.

3.2 Metodika kvantitativního výzkumu

3.2.1 Použité kvantitativní metody

Pro získání dat byl využit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (příloha 4), jehož podklad tvořili informace získané z rozhovorů a teorie čtyř konzervačních principů M. E. Levine. Dotazník obsahoval 104 otázek a byl rámcově členěn do sedmi domén: identifikační údaje, anamnéza, zdravotní stav, informace, sociální podpora, vnímání, stomie. Dotazník byl tvořen uzavřenými otázkami převážně hodnocenými pětibodovou Likertovou škálou, polouzavřenými otázkami, otevřenými otázkami a otázkami filtračního. Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla 20 - 30 minut. Sběr dat byl realizován v období prosinec 2015 až říjen 2016.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru C

Jelikož se nelze odkázat na spolehlivou statistiku, která by poskytovala informace o velikosti, věkové struktuře, regionu a pohlaví pacientů s kolorektálním karcinomem, tvořila jedinou kvótu šetření kvóta kolorektální karcinom. Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 300 respondentů. V rámci distribuce dotazníků byly osloveny instituce, které pečují a sdružují pacienty s kolorektálním karcinomem. V rámci spolupráce s klubem České ILCO a stoma sester bylo postupně distribuováno 360 dotazníků, než bylo dosaženo návratnosti 291 dotazníků (návratnost 80,8 %). Zbývajících 9 dotazníků do počtu 300 bylo doplněno technikou Snow ball, prostřednictvím kontaktů na konkrétní pacienty. Respondenti byli předem seznámeni s využitím výsledků. Výzkum nepodléhal schvalování etickou komisí. Zapojení do výzkumu bylo na základě ústního souhlasu pacienta a účast nebyla vázaná písemným

informovaným souhlasem. Účast na šetření byla zcela dobrovolná. Výzkumné šetření bylo anonymní.

3.2.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Po sběru dat byla provedena optická kontrola dotazníků. Takto připravené dotazníky byly vkládány do matice v programu SASD. V tomto programu byl proveden první stupeň třídění dat. V rámci prvního stupně třídění byly konstruovány frekvenční tabulky, výpočty absolutních a relativních četností a stanovení středních hodnot (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky, intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05).

Druhý stupeň třídění byl prováděn v programu SPSS. V tomto programu byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními četnostmi (řádkovými, sloupcovými, celkovými, očekávanými) a znaménkové schéma. Při hodnocení souvislostí byl dle charakteru znaku a počtu pozorování použit test chí-kvadrát dobré shody – χ^2 (Person Chi-Square) a test nezávislosti. Dále byly aplikovány výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Cramerova koeficientu, Wallisova koeficientu, Čuprovova koeficientu, Spermanova koeficientu a korelačního koeficientu. Na hladině významnosti $\alpha= 0,05; 0,01$ a $0,001$.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

4.1.1 Struktura výzkumného souboru A

Tabulka 1 – Základní údaje o informantech

Pacient	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Zaměstnání	Diagnostikován CRC
P1	muž	56	vdovec	tesař	invalidní důchodce	v 55 letech
P2	žena	69	vdaná	základní	starobní důchod	v 68 letech
P3	žena	83	vdova	základní	starobní důchod	v 80 letech
P4	muž	72	ženatý	SOŠ	starobní důchod	v 70 letech
P5	muž	67	ženatý	zedník	starobní důchod	v 65 letech
P6	žena	91	vdova	švadlena	starobní důchod	v 89 letech
P7	muž	78	vdovec	VŠ	starobní důchod	v 75 letech
P8	žena	56	vdaná	SŠ	úřednice	v 50 letech

Výzkumný soubor A se skládal z 8 pacientů. Z tohoto počtu jsou 4 ženy a 4 muži ve věkovém rozmezí 56 až 91 let. Z hlediska rodinného stavu jsou 4 informanti ženatí/vdané a 4 informanti vdovec/vdova. 2 informanti mají základní, 4 informanti střední odborné, 1 informanti středoškolské a 1 informanti vysokoškolské vzdělání. Z hlediska zaměstnání je 6 informantů ve starobním důchodu, 1 informant v invalidním důchodu a 1 informant v zaměstnaneckém poměru (úřednice). Kolorektální karcinom byl informantům diagnostikován ve věkovém rozmezí 50 až 89 let.

4.1.2 Výsledky rozhovorů

Schéma 1 – Přehled výsledných kategorií

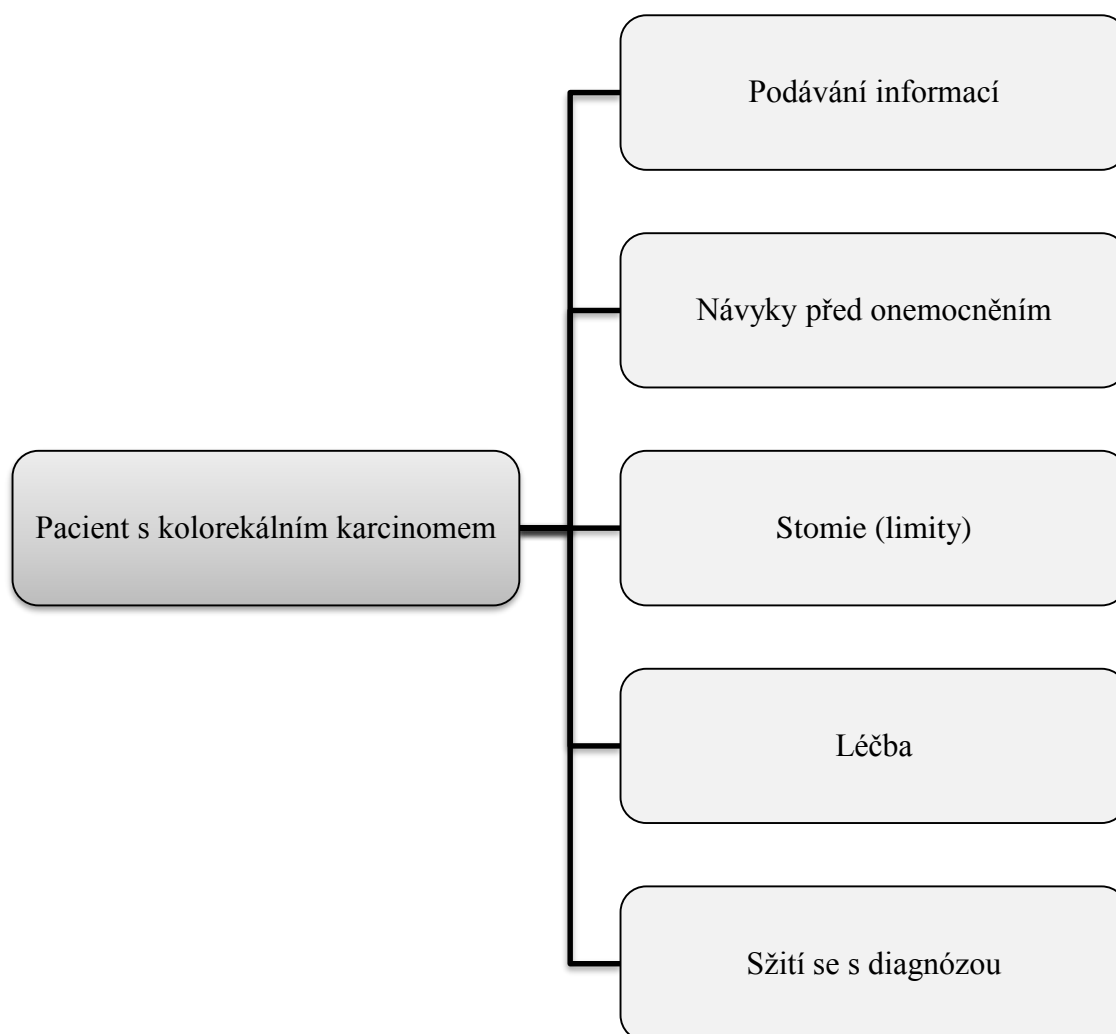


Schéma 1 znázorňuje přehled výsledných kategorií, tak jak jsou podrobně prezentovány níže.

Kategorie 1 - Podávání informací

Z výzkumného šetření vyplývá, že 4 informantům (P1, P4, P5, P6), byla nabídnuta možnost preventivního vyšetření. P1 „*Na preventivce jsem byl, dostal jsem vlastně poštou takový ten dotazník.*“. P4 „*Jo, byl...chodil jsem po každý, když mě pozvala. Jinak jsem měl v osmašedesátém roce operaci konečníku. Před tou operací s tou stomií, tak mi ji vyčistili, protože jsem byl ucpanej. Pak jsem zašel k doktorce, nedělalo to nic, nebolelo to a tak, ale pak jsem dostal hrozný křeče a měl jsem zánět, tak už mi tu operovali, ale jinak mě tu jen čistli a dali do pořádku, protože jsem byl trochu*

dehydratovanej.“ Ostatní pacienti (P2, P3, P7, P8) nebyli o této možnosti informováni. P3 „...*nikdo mě nikam nezval, bolelo mě břicho, tak mě odvezli a měla jsem prasklé střevo.*“ P7 „...*docházel jsem pouze na kardiologii...*“. P8 „...*na preventivní prohlídky jsem nechodila, chodila jsem k doktorovi jenom v případě potíží,....nenabídl mi nikdy test na okultní krvácení a ani mě nikdy nepozval na preventivní prohlídky. S problémy jsem šla k chirurgovi, který mě pak poslal na kolonoskopii. TAKŽE BYL PRAKTIK INFORMOVÁN AŽ PO SLÉZE? Ano.*“

Informanti ve většině případů uváděli, že mají informace a byla jim vysvětlena rizika kolorektálního karcinomu (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8), pouze jeden informant P5 uvedl: „...*rizika, nevím*“. Informace byly předávány zdravotnickým personálem, jak praktickým lékařem (P1, P5, P8), tak i v místě léčby kolorektálního karcinomu (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8). „*Informace, až když to u mě našli, nejprve obvodák a pak tady na chirurgii.*“ P5. P8 uvedla: „... *vysvětlil mi i ten co mi dělal kolonoskopii, ten mě pak poslal na chirurgické oddělení nemocnice k primáři no a ten mi všechno podrobně vysvětlil.*“. Pacientka P6 doplnila navíc: „...*od zdravotnického personálu a od rodiny, vnučka je sestra, tak se mi snažila vše vysvětlit, nosila mi články, abych si to mohla v klidu projít.*“ „

Kategorie 2 – Návyky před onemocněním

Pacienti udávali různorodý životní styl, od dodržování správné životosprávy (P8) „*Řekla bych, že moje strava byla pestrá, akorát jsem trošku, víc uzenin jedla.*“, dostatku pohybu (P2, P3, P4, P7, P8). P3: „*dřív jsem měla dostatek pohybu, vedla jsem celou domácnost, dělala jsem všechno.*“. Informant P4 uvedl: „...*dělal jsem betonáře...takže jsem to měl takový těžký*“. Informantka P8 odpověděla: „*Procházky, já jsem i doma hodně cvičila, práce na zahradě, do práce z práce pěšky, předtím jsem dobře chodila ob den.*“ Nevyváženou stravu uvedli (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7) *Stravoval jsem se jako každý dělník takhle po stavbách, po hospodách jo a tak, co se dalo* (P1), podobnou odpověď uvedl i informant P4: „*No to bylo strašný, protože jsem jezdil po montáži, tak to bylo všelijaký*“. P2 uvedla: „*no asi moc valně jsem se nestravovala, když to takhle dopadlo...STRAVOVALA JSTE SE PRAVIDELNĚ? Jo to jsme snídali s mužem pravidelně, ale zeleniny asi moc nebylo právě.* P3: „*Měla jsem psychické potíže, to stravování jsem odbývala.*“. „*Stravoval jsem se asi nezdravě normálně, jako každý, že jo.*“ (P5). A také nízkou pohybovou aktivitu (P1, P5) P1 „*dřív jsem sportoval, ale pak už ne...nebyl čas, k tomu práce*“. Alkohol většina informantů požívala příležitostně (P1,

P2, P4, P5, P7, P8) nebo vůbec (P3, P6), *...alkohol ne, jen pivo, jako tvrdý alkohol jsem nepil* P1; P2 *„Někdy trošku víno, že jo, ne žádný velký dávky, kouření ne, vůbec nikdy.*

Dva informanti (P1, P4) kouřili tabákové výrobky *„...za týden jsem vykouřil, tak patnáct až dvacet cigaret.“* a 6 informantů (P2, P3, P5, P6, P7, P8) nekouřilo.

Onemocnění či problémy vyskytující se na zažívacím traktu uvedli tři informanti (P4, P6, P8) P6 uvedla: *„no jen občas pocit na zvracení a nechutenství, ale to bylo většinou po dietní chybě, nemám žlučník tak nemůžu tolik mastného co dřív...“*. *„...Když jsem se třeba najedl, tak mě to nutilo hnedka třeba na záchod“* (P4). P8 uvedla: *„No nejdřív jsem si myslela, že jsou to hemroidy...takže jsem si i koupila mast...vůbec jsem nepočítala s tím, že by to mohl být nádor.“* Ostatní informanti (P1, P2, P3, P5, P7) neudávali žádné změny či onemocnění na této soustavě. *„Ne neměla jsem žádné problémy.“* (P8). V otázce změny uvedli informanti stravování či životosprávu (P1, P4, P6, P7, P8) *„Asi bych změnil to stravování.“* (P1). Informantka P8 uvedla: *„Hlavně bych omezila ty uzeniny...ale já nevím jestli by to šlo změnit. Si myslím, že jsem to měla stresový, ona mi to řekla i doktorka... že to bylo z práce.“* A informanti P2, P3, P5 uvedli odpověď *„nevím“*.

Kategorie 3 – Stomie (limity)

V otázce kvality života se shodovali informanti na lepší kvalitě před onemocněním (P1, P2, P3, P5, P7) . P1 *„No tak předtím to bylo jakoby lepší, teďkon si zas člověk zvyká na něco jinýho.“* P2 uvedla: *„... já právě nevyházím s těma sáčkama, mám větší spotřebu.“* P4 uvedl: *„Nevadí mi to, prostě si zvyknu na to co je.“* P6 uvedla: *„Je to změna, ale já tu operaci chtěla, doktoři mě operovat nechtěli, ale já jsem si jí vybojovala.“* Pro většinu dotazovaných (P1, P2, P3, P5, P7) bylo nejzásadnější změnou vyvedení stomie. P1 *„...Tady mám ten vývod...je to trošku jinačí než když byl člověk bez tohohle všeho.“* „...akorát ta stomie mě limituje.“(P3). P8 nemá vyvedenou stomii.

V otázce limitů, které jsou způsobeny stomií informanti uvádějí změnu ve stravování (P2, P3, P4, P5, P6, P7) *„... Určitý věci jo, já jsem tak milovala zelí, a to teď dělá strašný problémy, to radši nejím...“* (P2). Dále informanti odpovídali na to, jaké omezení způsobuje onemocnění v sociálním životě (P4, P5). *„No do společnosti moc nechodím, ven taky moc ne...“* (P5). P1 uvedl, že nepocítuje žádné omezení, P4 dodává, že limitem jsou peníze. *„...Všechno, co je zdravý je drahý.“* (P4). P6 uvedla, omezení pohybu, které způsobené přítomností stomie.

Vnímání okolí hodnotí informanti neutrálně (P1, P3, P6) P1 *„...Okolí? Nereaguji.*

A já své okolí vnímám taky stejně.“ či pozitivně (P2, P4, P7, P8) P2: *„...děti se o mě starají, a přátelé mě vnímají asi stejně.“*. *„Okolí si zvyklo, to je tolerantní hlavně vnoučata si musela zvyknout.“* (P7). P8 dále dodala: *„Nejtěžší pro ně bylo, když se nevědělo, jestli mám metastázy nebo ne.“*. Ve vnímání sebe sama zaznívá z úst informantů také neutrální postoj (P1, P3, P4, P7) *„Vnímám se pořád stejně akorát ta stomie mě limituje.“* (P3) či strach (P2, P5) *„No tak mám strach, jak to bude dál.“* (P2). *„Dávám si na sebe větší pozor. Kontroluju si sáček, jestli mi někde nepoteče...“* (P5). P6 a P8 mají k sobě sama pozitivní vztah.

Kategorie 4 – Léčba

Informanti nepodstupovali žádnou dřívější léčbu (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8). V otázce možnosti se setkat s osobou, která prodělala stejné onemocnění zaznívalo, že informanti neznají nikoho se stejným onemocněním (P1, P2, P4, P7, P8). *„Ne, neznám nikoho.“* (P1) či mají osobu blízkou s kolorektálním karcinomem (P3, P5, P6). *„Měl to můj brácha, ale ten nemá vývod. A ten se vlastně vrátil domů do normálního života...“* (P5). *„...ano, mám kamarádku.“* (P6).

V porovnání dřívějšího a nynějšího stravování byla vidět změna v oblasti pravidelnosti stravování či změny jídelníčku (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8) *„Ted'kon jsem víc doma, takže mám víc času se pravidelně stravovat, takže je to takový lepší.“* (P1). *„Tak určitě víc se ted'ka hlídám než dřív.“* (P2). *„...Kdybych nechodil na ty chemoterapie, tak je to furt stejný...“* (P5). *„Nejím tučné, piju více vody...“* (P6). *„Omezuju uzeniny, maso a kořeněná jídla.“* (P7).

Po fyzické stránce se informanti cítí hůře než před propuknutím onemocnění (P1, P2, P3, P4, P5, P7). *„Pomalinku se tak nějak začínám dávat dohromady....uplně fyzicky se jako necítím nějak skvěle.“* (P1). *„Jsem si zvykla, co jinýho můžu dělat, ale není to ono.“* (P3). P7 uvedl: *„Je to hodně zhoršený, omezuje mě silná bolest a to zejména v pohybu.“*. Informantky P6 a P8 se cítí dobře. P8 uvedla: *„Na stupnici 0-10 tak v pŕlce, je to dobrý.“*. Nejstarší informantka (P6) zvládá všechny činnosti, jako před onemocněním. P6 uvedla: *„zvládám vše stejně, jako před onemocněním.“*

V psychické oblasti se snaží být pacienti vyrovnání (P1, P5, P6). *„Docela dobře to snáším.“* (P1). *„Pokud to funguje doma, tak jak má, jsme všichni doma v pohodě.“* (P5). Někteří informanti se cítí být odevzdaní (P2, P3, P7) *„...co jinýho můžu dělat...“* (P3). *„...nemůžu dělat věci jako dříve, nechodím na zahrádku, celkově je to velmi špatné.“* (P7). Či mají nevyváženou náladu (P4) *Nálada...podle počasí, prostředí...“* (P4).

„Vnímám se stejně, jako před onemocněním, jsem začleněná, tak se pro mě nic krom stomie nezměnilo.“ (P6). P8 uvedla, že se cítí velice dobře. „No tak bych uvedla 8čku.“ (P8).

Kategorie 5 – Sžití se s diagnózou

Po sdělení diagnózy kolorektální karcinom informanti popisovali nejistotu a strach (P1, P2, P3, P4, P5, P7) *„Nevěděl jsem o co de, Ale postupem času jsem se do toho vžil a už je to docela dobrý.“ (P1). „Nejhorší je strach, nevědomost, co bude.“ (P3). „...smířit se se smrtí, přepsal jsem všechno na manželku, asi tak.“ (P5). Jediná pacientka P8 uvedla pozitivní pocity „...myslím, že bylo dobře, že jsem neměla dost informací...Já sem to od začátku brala tak, že se z toho dostanu....Po těch chemoterapiích když mi bylo špatně, tak jsem byla spíše nad sebou nešťastná. Dneska už mi přijde, že jsem nebyla tak nemocná... ale jak říkám možná je to povahou.“ (P8).*

Po oznámení diagnózy bylo pro pacienty nejtěžší zvládnout celou situaci (P1, P2, P4, P7). *„...že sem nevěděl do čeho půjdu, do té situace, co všechno bude přinášet.“ „...Poprvé jsem se měl postavit, ty nervy...poprvé, co jsem si šáhl na vývod, z toho jsem měl hrůzu.“ (P4). Nejvyrovnanější byly informantky P6 a P8, které prožívaly pozitivní pocity. P6 uvedla: „ operace je pro mě změna, ale je to nový start, nová šance. P8 řekla „Nejtěžší, asi nic...přistupovala jsem k tomu, jako když to přeženu, že to byla nějaká chřipka...já jsem si to nepřipouštěla, že je to rakovina.“*

Budoucnost vnímají informanti neutrálně (P1, P2, P3, P5). *„Nevim, musím se s tím nějak smířit a žít normálně.“ (P1), „Já nevím, bydlím v domově, kde se o mě postarají... musím hlídat teď hlavně to stravování.“ (P3). Negativně (P2, P4, P7). „Doufala jsem, že třeba se to nějak zlepší...že ten vývod mě nečeká, musím se s tím smířit.“ (P2). P7 uvedl: „Mám hlavně strach ze smrti.“ A informantky P6 a P8 vnímají svou budoucnost pozitivně. „Nemám strach z budoucna, nějak bylo nějak bude.“ (P6). P4 v závěru rozhovoru dodal: „Tak hlavně aby jedli lidi zdravě, aby byla strava lacinná, já budoucnost nevidím pěkně...“*

4.1.3 Struktura výzkumného souboru B

Výzkumný soubor B se skládal z 35 sester z klinické a komunitní praxe. Z tohoto počtu byla jedna sestra středoškolsky vzdělaná a ostatní (34) vzdělané vysokoškolsky. Nejmladší informantce bylo 23 let a nejstarší 51 let. Nejkratší délka praxe byla 9 měsíců, zatímco nejdelší 30 let. Průměrná délka praxe byla tedy 10 let.

4.1.4 Výsledky focus group

Cílem šetření prováděného pomocí metody focus group bylo stanovit silné a slabé stránky námi navržené ošetřovatelské anamnézy. Dále zjistit návrhy úprav, podle kterých byla dokumentace modifikována. Hlavními tématy sezení byly silné a slabé stránky teoretických východisek, návrh oprav teoretických východisek, silné a slabé stránky ošetřovatelské anamnézy a návrh oprav ošetřovatelské anamnézy. V teoretických východiscích byla hodnocena: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka. V ošetřovatelské anamnéze bylo hodnoceno: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka, vizuální stránka, množství získaných informací, možnost propojení s dokumentací využívanou v nemocniční/komunitní praxi.

Focus group 1

Počet zúčastněných: 16, zapisovatelé: 2

Silné, slabé stránky a návrh oprav teoretických východisek nelze hodnotit. Informanti si dle pokynů materiál neprostudovali z důvodu toho, že se jim zdál příliš složitý. Do ošetřovatelské anamnézy by bylo dle poznámek vhodné doplnit, kdo odebral anamnézu, kdy a zda pacient se zjištěným souhlasí – ponechat prostor na podpisy. Dále otázka kontaktní osoby dle zvyklosti.

Focus group 2

Počet zúčastněných: 14, zapisovatelé: 2

Při druhém setkání neměly informantky k teoretickým východiskům žádné poznámky. V ošetřovatelské anamnéze by bylo vhodné doplnit: procházení fázemi, přijetí negativní zprávy (diagnózy) a položku kontaktu se stomickou sestrou.

Focus group 3

Počet zúčastněných: 5, zapisovatel: 1

Třetího setkání se zúčastnilo 5 osob a 1 zapisovatel. K teoretickým východiskům neměli informanti žádné připomínky. V modifikované anamnéze bylo připomínkováno neporozumění důležitosti některých zdravotních ukazatelů s jejich vnímáním duplicity. *„Netuším, k čemu mi v základních zdravotních ukazatelích budou informace jako obvod paže, pasu, TK a TT. To je duplicitní. Doktor to má v dokumentaci. Není nutné psát někam znovu.“* Dále se zde objevila diskuze nad problematikou bolesti *„Není zbytečné*

ptát se na bolest, když je to jasný? Má kolorektální karcinom, tak co ho asi bolí. “ Pro některé informantky není nutné zjištění postoje k sobě samému. Byla také potřeba stanovit problematiku stomie jako samostatné téma „Před potíže s vylučováním bych osobně dala stomii. Nejdřív bych zjistila, jestli jí má a pak další problémy. Myslím, že by měla být jako samostatné téma. Je to důležité.“ Bylo potřeba také doplnit další informace v oblasti nervové soustavy „V oblasti nervová soustava to přece neznamená jen duševní. Proč tu není víc možností?“

Tabulka 2 – Zhodnocení teoretických východisek

TEORETICKÁ VÝCHODISKA	
FOCUS GROUP 1	
Silné stránky	
Slabé stránky	<i>Velmi složité, nejasné. Pro běžné absolventy SŠ (asistenty) nesrozumitelné.</i>
Návrhy	
FOCUS GROUP 2	
Silné stránky	
Slabé stránky	
Návrhy	
FOCUS GROUP 3	
Silné stránky	
Slabé stránky	
Návrhy	

Tabulka 3 - Zhodnocení ošetřovatelské anamnézy

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	
FOCUS GROUP 1	
Silné stránky	<i>Možnost zjištění i zamlžených informací. Hodnocení fyziologických funkcí – přehledné, jasné.</i>
Slabé stránky	<i>Velké množství informací, které v klinické praxi nemusejí být podstatné. Možné zasahování do kompetencí lékaře – odběr anamnézy v oblasti dietních omezení.</i>
Návrhy	<ul style="list-style-type: none"> • Smazat vývojové stádium. • Doplnění hodnoty do nutričního screeningu. • Zhodnocení psychického stavu je duplicitní. • Vnímání sebe sama – sjednocení škály. • Uvedení příkladu rolí pro zlepšení porozumění. • Hodnocení dostupnosti občanské vybavenosti přesunout

	<p><i>k bydlišti; zvážení nutnosti začlenění této položky, případně zaškrtnutí dostupnosti, nikoli vypisování.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Upravit škály pro věk, vývojové stádium a hodnocení škál (1-10 otočit).</i> • <i>Obvod pasu je vhodné vyměnit za obvod paže na nedominantní ruce (doplnit instrukci o tom, kde se měří).</i> • <i>U dietních omezení je vhodnější doplnit jen číslo diety a prostor pro alergeny.</i> • <i>Doplnit položku „přání v oblasti psychologické podpory“.</i> • <i>Hodnocení fyziologických funkcí doplnit o onemocnění.</i> • <i>V oblasti spokojenosti se sociálním životem vyvstává otázka kontaktu sociální pracovníce – doplnit položku, zda kontakt požadují, či je indikován; dalším problémem může být, zda se sestra dokáže na tuto oblast správně zeptat (možno využít otázku: „Vyžadujete kontakt se sociální pracovníci?“). Pak je nutno také vzít v potaz situaci, kdy pacient kontakt se sociální pracovníci nevyžaduje, ale sestra bude jiného názoru.</i> • <i>Položky formulovat do otázek.</i> • <i>Hodnocení bolesti – otočení škály.</i> • <i>Nutno zohlednit kombinaci potíží.</i> • <i>U vyprazdňování je nutno doplnit způsob péče o stomii, pečující osoby, hodnocení péče, reakce na edukaci, dostatku pomůcek...</i> • <i>Doplnit pitný režim.</i> • <i>Doplnit hodnocení edukace, psychologickou pomoc.</i> • <i>V oblasti sociální integrity vypsát konkrétní role (zajištění srozumitelnosti).</i>
FOCUS GROUP 2	
Silné stránky	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hodnocení fyziologických překážek je zde lepší, bylo by využitelné i u ostatních modifikací. Není pak nutné uvádět správnou funkci.</i>
Slabé stránky	<ul style="list-style-type: none"> • <i>V akutním stavu nelze vyplnit.</i> • <i>Informace mohou být zamlžené, nemusí sdělit. Sestra nemůže některé informace odebrat – je psychoterapeutem v rámci kompetencí při kontaktu s pacientem. Musí znát své hranice. Není v kompetencích sestry hodnotit psychický stav.</i> • <i>Hodnocení bolesti v číslech je velmi subjektivní.</i>
Návrhy	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zhodnocení psychického stavu nedávat – může hodnotit sestra, ale ne pacient. Lépe by bylo hodnotit spíše projevy – např. rozrušený, pochopení informací, apatický, klidný aj. Na psychiku je nevhodné se ptát u nádorového onemocnění.</i> • <i>Nutno zjistit, zda pacient o onemocnění ví, příp. zda potřebuje psychologickou pomoc. (Vždy nemusí sestra vědět, že má pacient karcinom.)</i> • <i>Vnímání sebe sama spíše nedávat.</i> • <i>Sestra by měla dokázat hodnotit bez otázek, subjektivní, nesnažit se objektivizovat – v anamnéze nelze paušalizovat.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Do hodnocení příjmu potravy je vhodné doplnit také alergie, hodnocení potravin a jejich toleranci.</i> • <i>Označení vstupů – i.v. atd. (plán na vstupy)</i> • <i>Pokud mají psychické onemocnění, pak by bylo vhodné doplnit bezpečnostní dotazník - ochrana zdravotníků i pacientů, odhad „nebezpečnosti“ pacienta, označení, o jaké onemocnění se jedná. Tedy míra rizika pro okolí s anamnézou – potřebné pro sestry, lékaře i spolupacienty.</i> • <i>Spojit stomie s vylučováním stolice a doplnit zhodnocení znalostí péče o stomie (zejména kdo ošetřuje, jak, dostatek pomůcek atd.).</i> • <i>V oblasti péče o stomii, pro učení osoby, která realizuje, lze využít škálu: sám, rodina, ADP...</i> • <i>Označení rolí viz. předchozí model.</i> • <i>Doplnění hodnocení soběstačnosti celkově a v rámci výživy a vyprazdňování – doplnění otázek.</i> • <i>Doplnit hodnocení smyslových orgánů.</i>
FOCUS GROUP 3	
Silné stránky	
Slabé stránky	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Je nutné uvádět bydliště a škálovat ho? To přece vidím v chorobopise.</i> • <i>Bytové podmínky a dostupnost základní občanské vybavenosti je podle mě to samý. Je třeba to uvádět 2x?</i> • <i>Oblast pohlavně-vylučovací soustavy se dozvím z další dokumentace. Je to duplicitní. Jsou to zbytečné blbosti. PMK tady napíšu 12. den, vyměním ho za 5 minut a co dál? MK a další vstupy jsou věci dekurzu. Proč je psát znovu do anamnézy?</i>
Návrhy	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Co je městys? Bylo by lépe specifikovat.</i> • <i>U BMI by bylo možná dobré v závorce uvést, jak ho vypočítat.</i> • <i>U položky alergie by bylo dobré dát víc místa, dnes jí má skoro každý. Také by bylo fajn vzít jí všeobecně, ne jen na to jídlo.</i> • <i>U zastávaných rolí doplnit vdova/vdovec.</i> • <i>U hodnocení bolesti by bylo dobré doplnit vizuální škálu.</i> • <i>A kam by se zařadil diabetes? Je tu místo pro dýchací, oběhovou soustavu, atd., ale kde je místo pro diabetes?</i> • <i>U PMK by bylo dobré dát nejdřív možnost „ne“ a pak „ano“, aby se to nepřehlídlo. Pokud ano, bylo by dobré doplnit, který den byl zaveden.</i> • <i>Co menopauza (od kdy), porody a potraty? Mělo by se asi objevit u pohlavního ústrojí.</i> • <i>Odstranit vnímání sama sebe.</i> • <i>Odstranit spokojenost se sociálním životem. K čemu mi takový zjištění bude?</i> • <i>U oběhové soustavy je zbytečné rozepisovat ICHDK, onemocnění žil, tromboembolická nemoc. Myslím, že by stačilo uvést onemocnění žil a dále specifikovat.</i>

4.2 Vyhodnocení kvantitativního šetření

4.2.1 Struktura výzkumného souboru C

Tabulka 4 - Pohlaví respondentů

POHLAVÍ	n	%
muž	156	52,0%
žena	143	47,7%
Neodpovědělo	1	0,3%
celkem	300	100,0%

Tabulka 4 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska pohlaví. Zastoupeno bylo 156 mužů (52%), 143 žen (47,7%) a jeden respondent na tuto otázku neodpověděl (0,3%).

Tabulka 5 - Věk respondentů

VĚK	n	%
do 50 let včetně	28	9,3%
51 - 60 let	57	19,0%
61 - 70 let	102	34,0%
71 a více let	110	36,7%
Neodpovědělo	3	1,0%
celkem	300	100,0%

Tabulka 5 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska věku. Zastoupeno bylo 28 respondentů (9,3%) ve věkovém rozmezí do 50 let včetně; 57 respondentů (19,0%) ve věkovém rozmezí 51-60 let; 102 respondentů (34,0%) ve věkovém rozmezí 61-70 let; 110 respondentů (36,7%) ve věkovém rozmezí 71 a více let a 3 respondenti (1%) neodpověděli na tuto otázku.

Tabulka 6 - Vzdělání respondentů

VZDĚLÁNÍ	n	%
základní vzdělání	27	9,0%
vyučen/a, střední vzdělání bez maturity	96	32,0%
střední vzdělání s maturitou	88	29,3%
vyšší odborné vzdělání	35	11,7%
vysokoškolské vzdělání	54	18,0%
celkem	300	100,0%

Tabulka 6 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska vzdělání. Zastoupeno bylo 27 respondentů (9,0%) se základním vzděláním; 96 respondentů (32%) s vyučením/ středním vzděláním bez maturity; 88 respondentů (29,3%) se středním vzděláním s maturitou; 35 respondentů (11,7%) s vyšším odborným vzděláním a 54 respondentů (18,0%) s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 7 – Rodinný stav respondentů

RODINNÝ STAV	n	%
svobodný/á	17	5,7%
ženatý/vdaná	154	51,3%
rozvedený/á	53	17,7%
vdovec/vdova	64	21,3%
druh/družka	12	4,0%
celkem	300	100,0%

(17,7%); 64 respondentů (21,3%) bylo ovdovělých; 12 respondentů (4,0%) žilo s druhem či družkou.

Tabulka 8 – Kraj trvalého pobytu

KRAJ	n	%
Praha	17	5,7%
Středočeský kraj	14	4,7%
Jihočeský kraj	27	9,0%
Plzeňský kraj	32	10,7%
Karlovarský kraj	17	5,7%
Ústecký kraj	12	4,0%
Liberecký kraj	4	1,3%
Královéhradecký kraj	6	2,0%
Pardubický kraj	15	5,0%
Vysočina	6	2,0%
Jihomoravský kraj	42	14,0%
Olomoucký kraj	6	2,0%
Zlínský kraj	5	1,7%
Moravskoslezský kraj	14	4,7%
Neodpovědělo	83	27,6%
celkem	300	100,0%

respondentů (4,7%) bylo ze Středočeského a Moravskoslezského kraje. Z Ústeckého kraje bylo 12 respondentů (4,0%), shodně 6 respondentů (2,0%) bylo z Královéhradeckého, Olomouckého kraje a Vysočiny. 5 respondentů (1,7%) bylo z kraje Zlínského a 4 respondenti (1,3%) z kraje Libereckého. 83 respondentů (27,6%) na otázku „Region“ neodpovědělo.

Tabulka 7 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska rodinného stavu. 17 respondentů (5,7%) bylo svobodných; 154 respondentů (51,3%) ženatých či vdaných; 53 respondentů

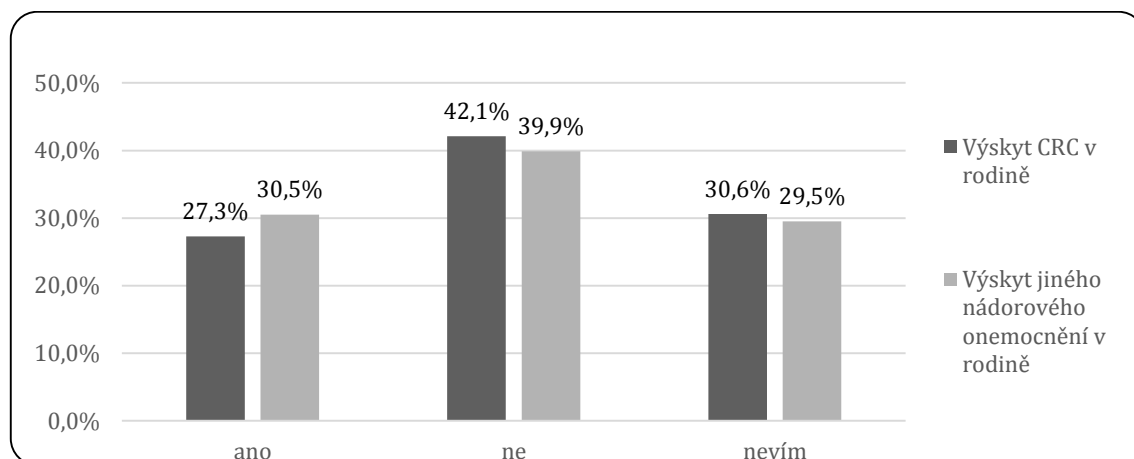
(17,7%); 64 respondentů (21,3%) bylo ovdovělých; 12 respondentů (4,0%) žilo s druhem či družkou.

Tabulka 8 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska kraje trvalého pobytu. Nejvíce respondentů 42 (14,0%) bylo z Jihomoravského kraje.

V Plzeňském kraji žilo 32 respondentů (10,7%), v Jihočeském kraji 27 respondentů (9,0%). V Karlovarském kraji a hlavním městě Praha žilo shodně 17 respondentů (5,7%). 15 respondentů (5,0%) bylo z Pardubického kraje, 14

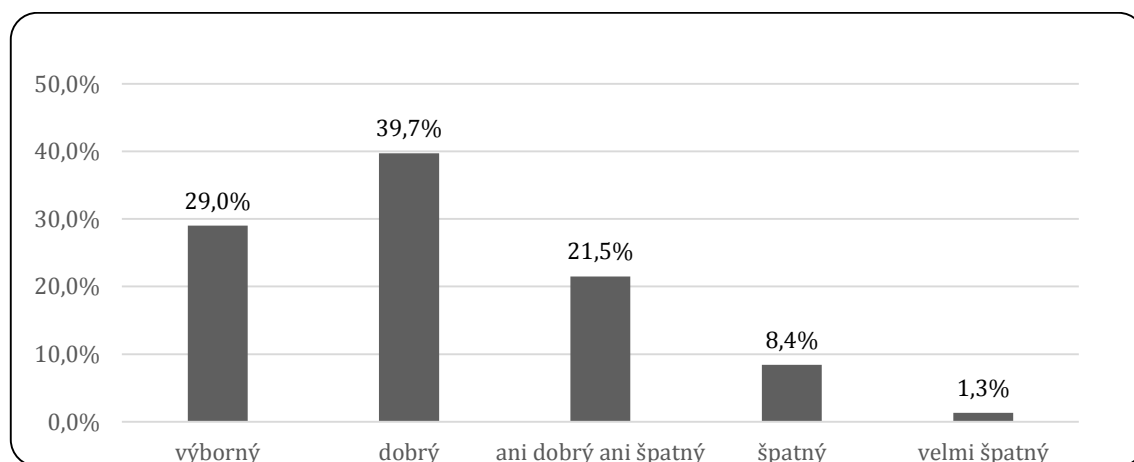
4.2.2 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování sociální integrity

Graf 1 – Četnost výskytu kolorektálního karcinomu a jiných nádorových onemocnění v rodině



Graf 1 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Vyskytl se kolorektální karcinom ve Vaší rodině?“ a „Vyskytlo se ve Vaší rodině jiné nádorové onemocnění“. V otázce výskytu kolorektálního karcinomu označilo nejvíce dotázaných (42,1 %) odpověď „ne“. Dále se umístily možnosti „nevím“ (30,6 %). Odpověď „ano“ byla označena ze strany 27,3 % respondentů. V otázce výskytu jiného nádorového onemocnění nejčastěji respondenti označili odpověď „ne“ (39,9 %), dále „ano“ (30,5 %) a odpověď „nevím“ zvolilo 29,5 % dotazovaných.

Graf 2 – Psychický stav před onemocněním



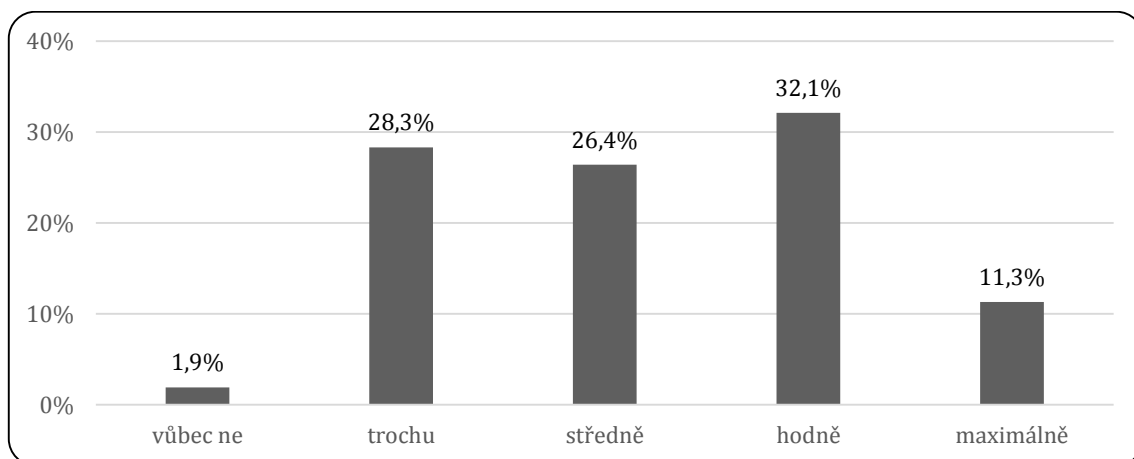
Graf 2 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jaký byl Váš subjektivně vnímaný psychický stav před propuknutím onemocnění?“ 39,7 % respondentů zvolilo odpověď „dobrá“, 29,0 % „výborný“, 21,5 % „ani dobrý ani špatný“, 8,4 % „špatný“ a 1,3 % „velmi špatný“.

Tabulka 9 – Využití pomoci psychoterapeuta

PSYCHOTERAPEUT	n	%
Ano	48	16,0%
ne	201	67,0%
nevěděl/a jsem o této možnosti	46	15,3%
neodpovědělo	5	1,7%
celkem	300	100,0%

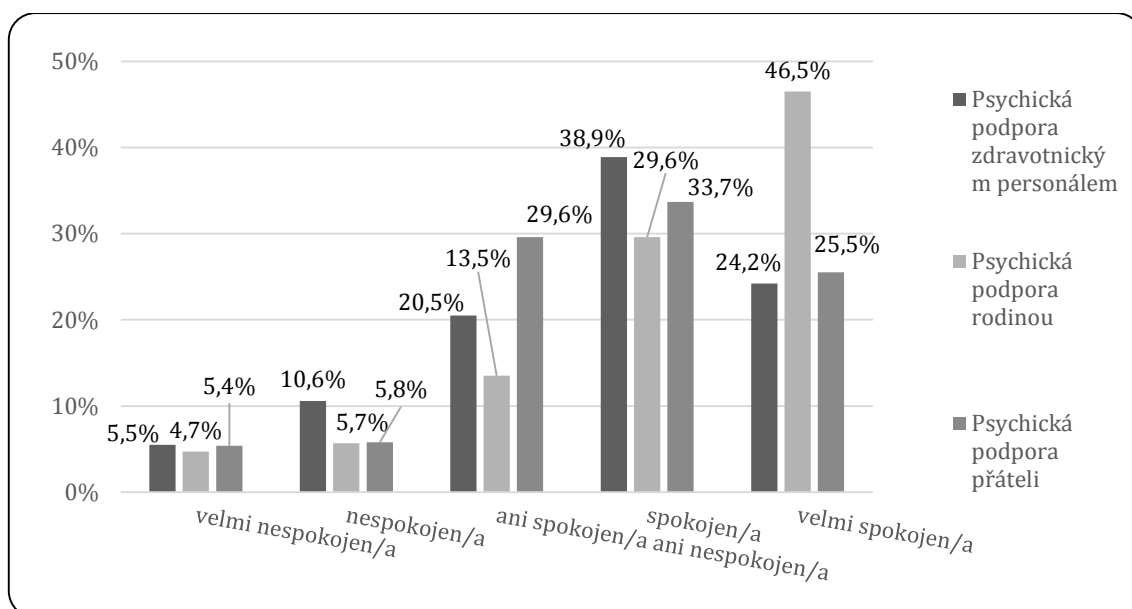
Tabulka 9 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Využil/a jste někdy pomoc psychoterapeuta v souvislosti s Vaším onemocněním?“. Kdy 67,0 % respondentů odpovědělo „ne“, 16,0 % „ano“, 15,3 % „nevěděl/a jsem o této možnosti“ a 1,7 % dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 3 – Pomoc psychoterapeuta



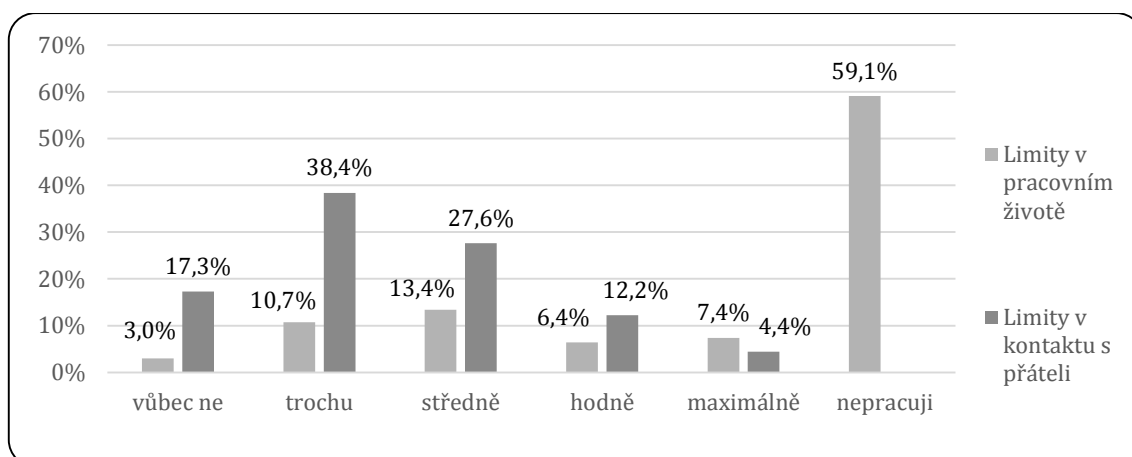
Graf 3 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, navazující na předchozí Tabulku 9, „Pokud ano, pomohla Vám návštěva psychoterapeuta?“. Nejčastěji respondenti odpovídali ve 32,1 % „hodně“, 28,3 % „trochu“, 26,4 % „středně“. Hodnotu „maximálně“ si vybralo 11,3 % a „vůbec ne“ 1,9 %.

Graf 4 – Psychická podpora



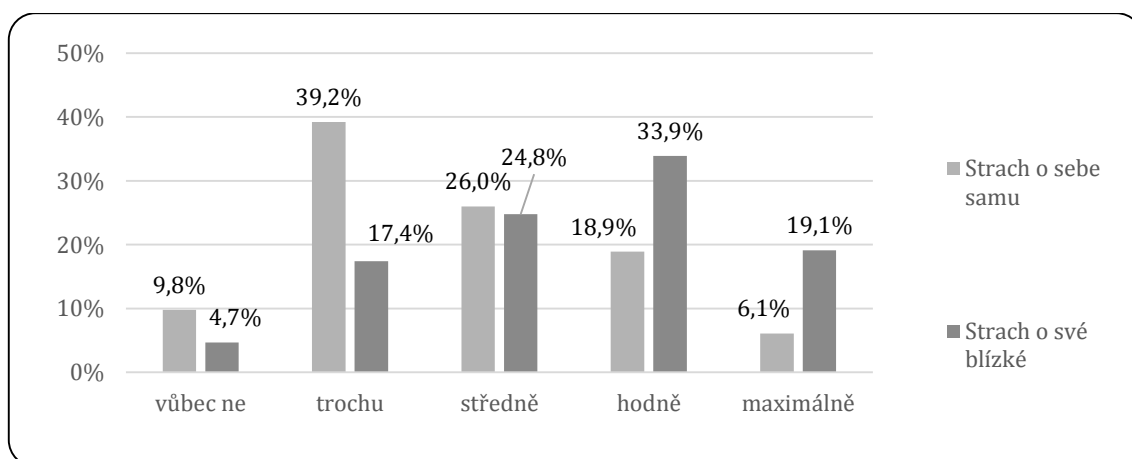
Graf 4 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou zdravotnického personálu ve vztahu k Vašemu onemocnění?“, „Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou rodiny ve vztahu k Vašemu onemocnění?“ a „Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou přátel ve vztahu k Vašemu onemocnění?“. V první otázce („Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou zdravotnického personálu ve vztahu k Vašemu onemocnění?“) zvolilo 5,5 % respondentů odpověď „velmi nespokojen/a“, 10,6 % „nespokojen/a“, 20,5 % „ani spokojen/a ani nespokojen/a“, 38,9 % „spokojen/a“ a 24,2 % „velmi spokojen/a“. V otázce „Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou rodiny ve vztahu k Vašemu onemocnění?“ zvolilo 4,7 % respondentů odpověď „velmi nespokojen/a“, 5,7 % „nespokojen/a“, 13,5 % „ani spokojen/a ani nespokojen/a“, 29,6 % „spokojen/a“ a 45,6 % „velmi spokojen/a“. A ve třetí otázce („Nakolik jste spokojen/a s psychickou podporou přátel ve vztahu k Vašemu onemocnění?“) zvolilo 5,4 % respondentů odpověď „velmi nespokojen/a“, 5,8 % „nespokojen/a“, 29,6 % „ani spokojen/a ani nespokojen/a“, 33,7 % „spokojen/a“ a 25,5 % „velmi spokojen/a“.

Graf 5 – Limity zasahující do sociální oblasti



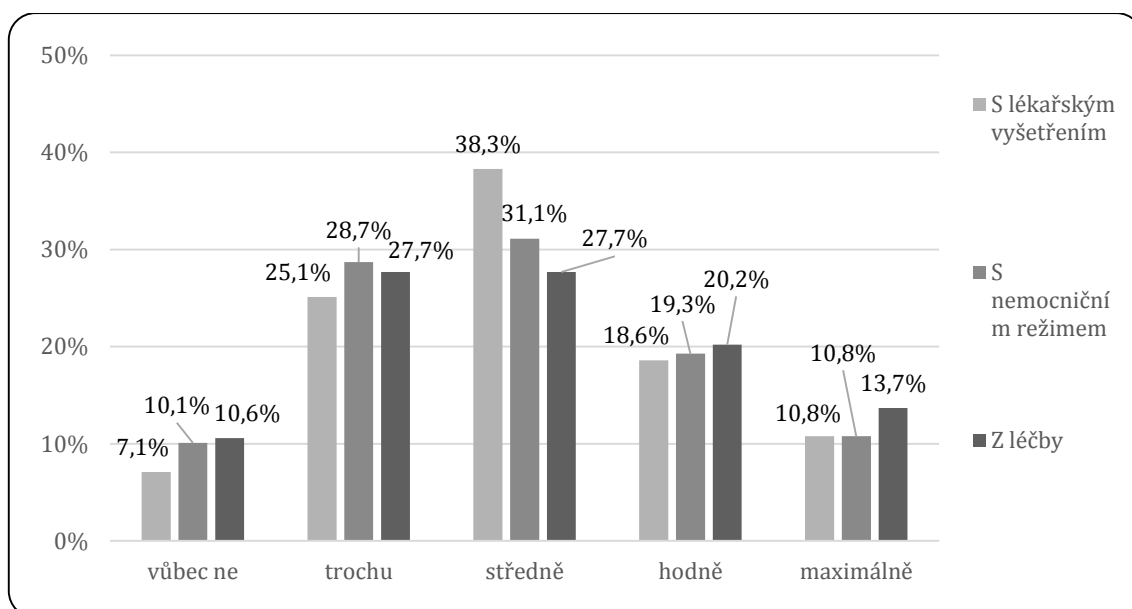
Graf 5 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik Vás Vaše onemocnění limituje v současném pracovním životě?“ a „Nakolik se cítíte být limitován/a v kontaktu s Vašimi přáteli?“. V otázce „Nakolik Vás Vaše onemocnění limituje v současném pracovním životě?“ odpovědělo 59,1 % „nepracuji“, „Maximálně“ omezeno se cítilo 7,4 % respondentů, „hodně“ 6,4 %, „středně“ 13,4 %, „trochu“ 10,7 % a „vůbec ne“ 3,0 %. V otázce „Nakolik se cítíte být limitován/a v kontaktu s Vašimi přáteli?“ odpovídali respondenti nejčastěji „trochu“ (38,4 %), „středně“ (27,6 %), „vůbec ne“ (17,3 %), „hodně“ (12,2 %) a maximálně (4,4 %).

Graf 6 – Strach



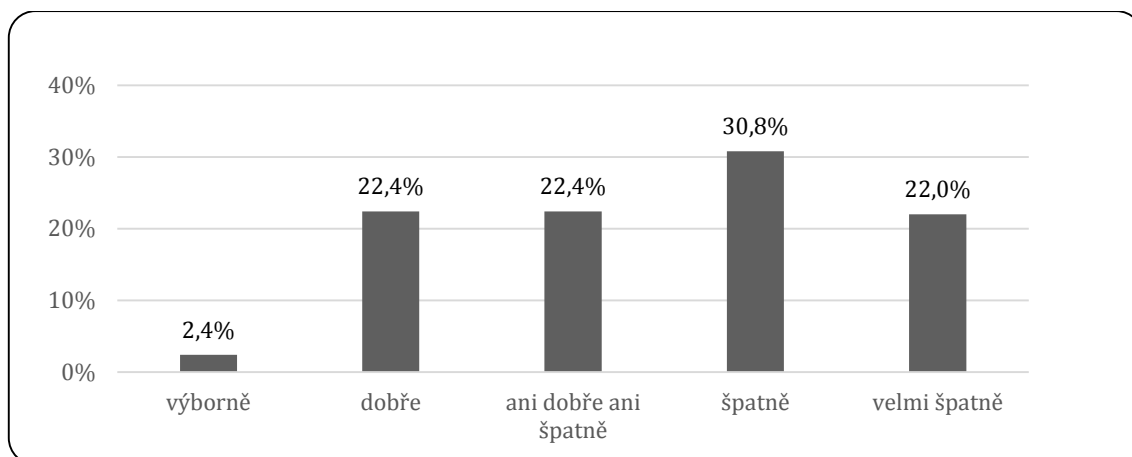
Graf 6 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Děláte si o sebe sama starosti?“ a „Jak moc se obáváte o své blízké?“. Na první otázku nejčastěji respondenti dopovídali „trochu“ (39,2 %), „středně“ (26,0 %), „hodně“ (18,9 %), „vůbec ne“ (9,8 %) a „maximálně“ (6,1 %). V otázce „Jak moc se obáváte o své blízké?“ odpovědělo 33,9 % respondentů „hodně“, 24,8 % „středně“, 19,1 % „maximálně“, 17,4 % „trochu“ a 4,7 % „vůbec ne“.

Graf 7 – Negativní pocity



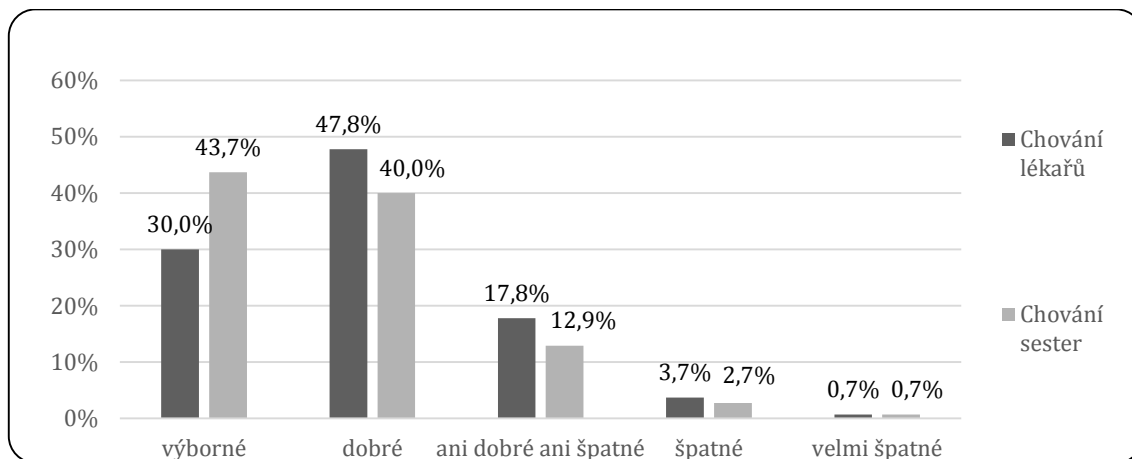
Graf 7 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik Vás trápí negativní pocity v souvislosti s lékařským vyšetřením?“, „Nakolik jste pociťoval/a negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem?“ a „Nakolik Vás trápí negativní pocity z léčby?“. V první otázce „Nakolik Vás trápí negativní pocity v souvislosti s lékařským vyšetřením?“ odpovědělo 7,1 % „vůbec ne“, 25,1 % „trochu“, 38,3 % „středně“, 18,6 % „hodně“ a 10,8 % „maximálně“. V otázce „Nakolik jste pociťoval/a negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem?“ odpovědělo 10,1 % „vůbec ne“, 28,7 % „trochu“, 31,1 % „středně“, 19,3 % „hodně“ a 10,8 % „maximálně“. V poslední otázce „Nakolik Vás trápí negativní pocity z léčby?“ odpovědělo 10,6 % „vůbec ne“, 27,7 % „trochu“, 27,7 % „středně“, 20,2 % „hodně“ a 13,7 % „maximálně“.

Graf 8 – Pocity prožívané při hospitalizaci



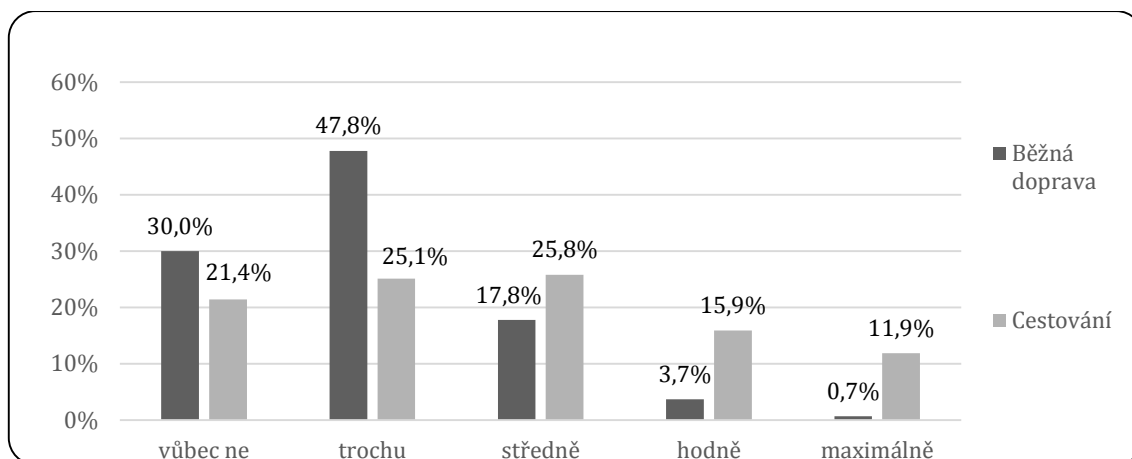
Graf 8 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak jste se cítil/a při hospitalizaci v nemocnici v souvislosti s kolorektálním karcinomem?“ Kdy 30,8 % respondentů označilo odpověď „špatně“, shodně (22,4 %) označilo odpověď „dobře“ či „ani dobře ani špatně“, 22,0 % „velmi špatně“ a 2,4 % respondentů označilo odpověď „výborně“.

Graf 9 – Hodnocení chování lékařů a sester



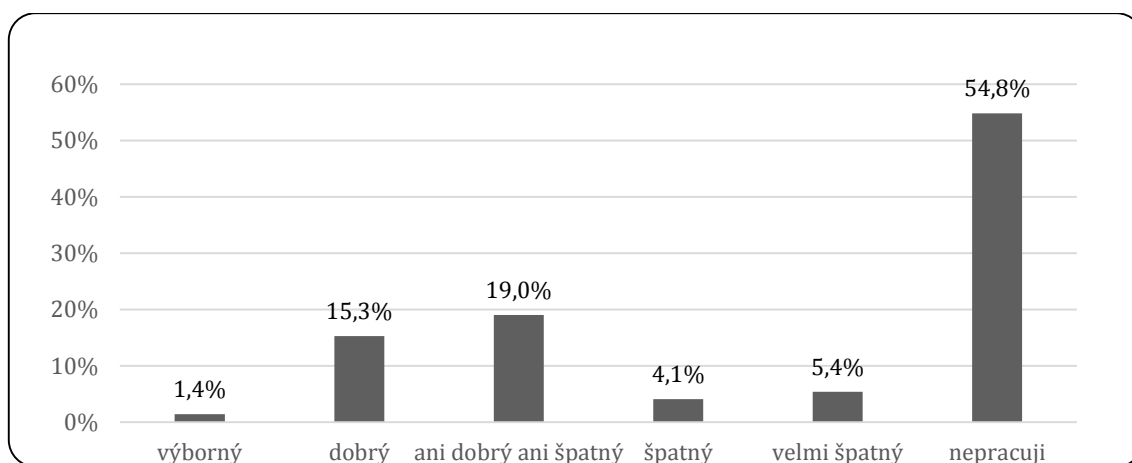
Graf 9 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Chování lékařů k Vám hodnotíte jako:“ a „Chování sester k Vám hodnotíte jako:“. Na otázku „Chování lékařů k Vám hodnotíte jako:“ odpovědělo 30,0 % „výborné“, 47,8 % „dobré“, 17,8 % „ani dobré ani špatné“, 3,7 % „špatné“ a 0,7 % „velmi špatné“. Na otázku „Chování sester k Vám hodnotíte jako:“ odpovědělo 43,7 % „výborné“, 40,0 % „dobré“, 12,9 % „ani dobré ani špatné“, 2,7 % „špatné“ a 0,7 % „velmi špatné“.

Graf 10 – Problémy způsobené onemocněním v běžné dopravě a cestování



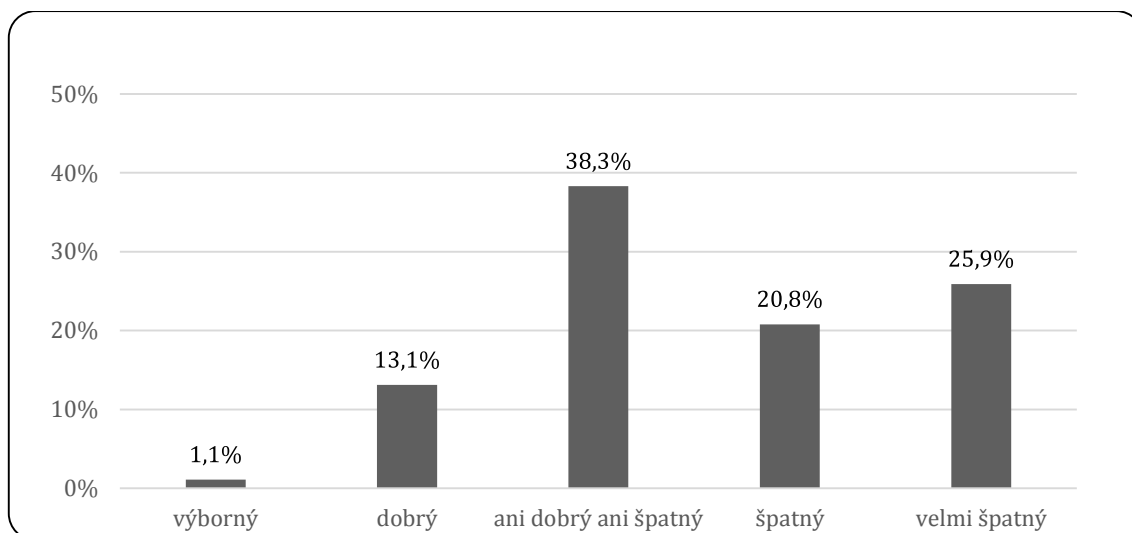
Graf 10 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik Vám brání následky Vašeho onemocnění při běžné dopravě?“ a „Do jaké míry Vám brání následky Vašeho onemocnění v cestování?“ V otázce „Nakolik Vám brání následky Vašeho onemocnění při běžné dopravě?“ nejčastěji volili respondenti odpověď „trochu“ (47,8 %), „vůbec ne“ (30,0 %), „středně“ (17,8 %), „hodně“ (3,7 %) a „maximálně“ (0,7 %). Ve druhé otázce „Do jaké míry Vám brání následky Vašeho onemocnění v cestování?“ nejčastěji zvolili respondenti odpověď „středně“ (25,8 %). Dále „trochu“ (25,1 %), „vůbec ne“ (21,4 %), „hodně“ (15,9 %) a „maximálně“ (11,9 %).

Graf 11 – Vnímání současného pracovního života



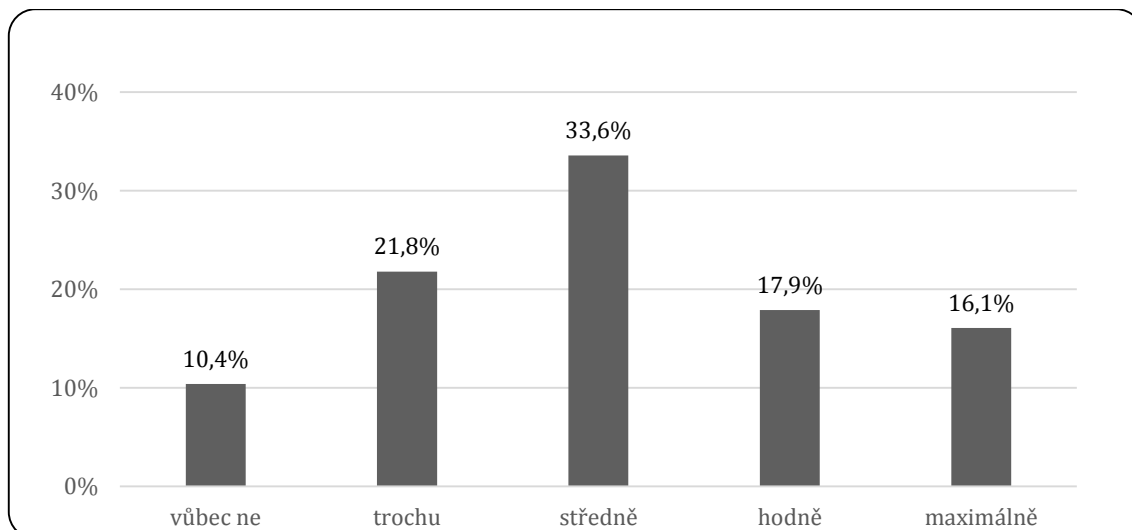
Graf 11 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Váš pracovní život vnímáte v současnosti jako:“ V této otázce si více jak polovina dotazovaných (54,8 %) zvolila odpověď „nepracuji“. Zbylý počet respondentů odpovídal v 19,0 % „ani dobrý ani špatný“, 15,3 % „dobrý“, 5,4 % „velmi špatný“, 4,1 % „špatný“ a 1,4 % „výborný“.

Graf 12 – Vnímání současného sexuálního života



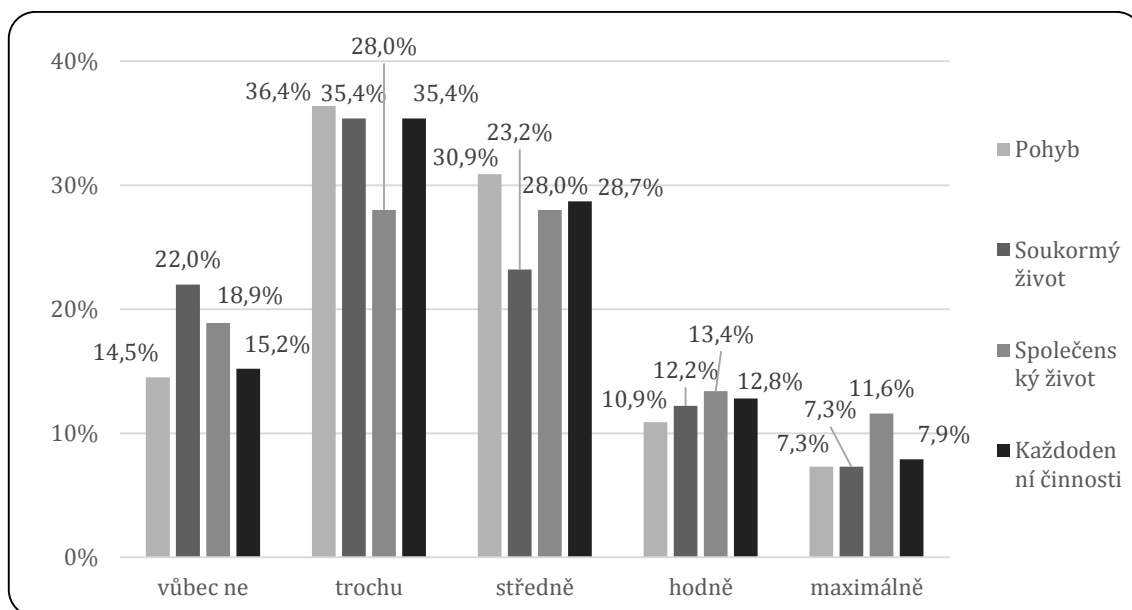
Graf 12 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Váš sexuální život vnímáte v současnosti jako:“. Nejčastěji respondenti volili odpověď „ani dobrý ani špatný“ (38,3 %), dále „velmi špatný“ (25,9 %), „špatný“ (20,8 %), „dobrý“ (13,1 %) a „výborný“ (1,1 %).

Graf 13 – Naplnění potřeby víry



Graf 13 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik je Vaše potřeba víry naplněná?“. Nejčastěji respondenti volili odpověď „středně“ (33,6 %), dále „trochu“ (21,8 %), „hodně“ (17,9 %), „maximálně“ (16,1 %) a „vůbec ne“ (10,4 %).

Graf 14– Limity stomií v oblasti pohybu, každodenních činností, soukromého a společenského života

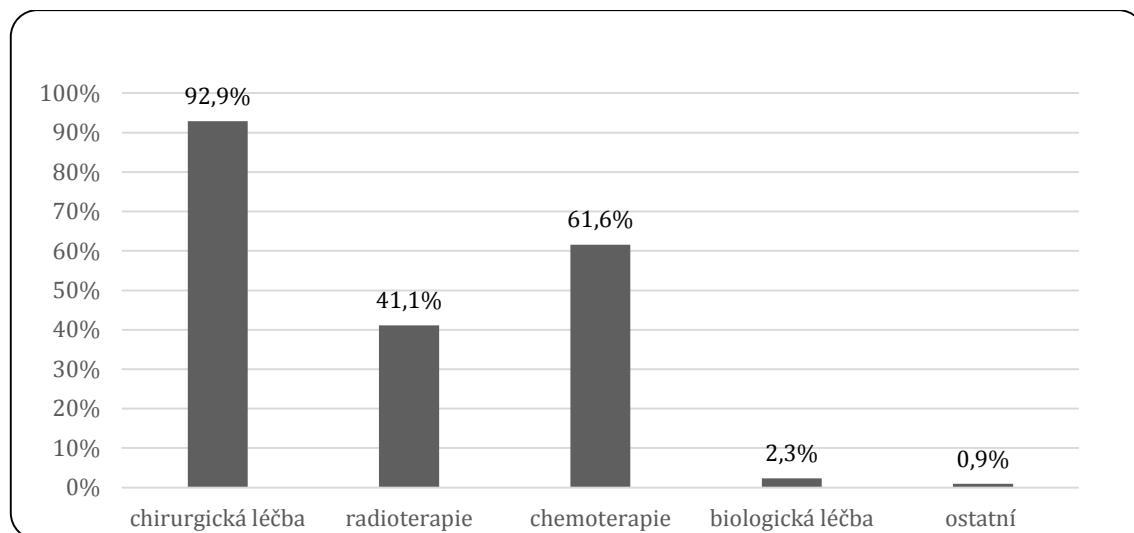


Graf 14 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik Vás limituje stomie v oblasti pohybu?“, „Nakolik Vás limituje stomie ve Vašem soukromém životě?“, „Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem společenském životě?“ a „Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem pracovním životě?“.

V otázce „Nakolik Vás limituje stomie v oblasti pohybu?“ odpovídalo 14,5 % „vůbec ne“, 36,4 % „trochu“, 30,9 % „středně“, 10,9 % „hodně“ a 7,3 % respondentů „maximálně“. V otázce „Nakolik Vás limituje stomie ve Vašem soukromém životě?“ zvolilo 22,0 % odpověď „vůbec ne“, 35,4 % „trochu“, 23,2 % „středně“, 12,2 % „hodně“ a 7,3 % respondentů „maximálně“. V otázce „Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem společenském životě?“ odpovídalo 18,9 % „vůbec ne“, 28,0 % „trochu“, 28,0 % „středně“, 13,4 % „hodně“ a 11,6 % respondentů „maximálně“. A v poslední otázce (Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem pracovním životě?) zvolilo 15,2 % odpověď „vůbec ne“, 35,4 % „trochu“, 28,7 % „středně“, 12,8 % „hodně“ a 7,9 % respondentů „maximálně“.

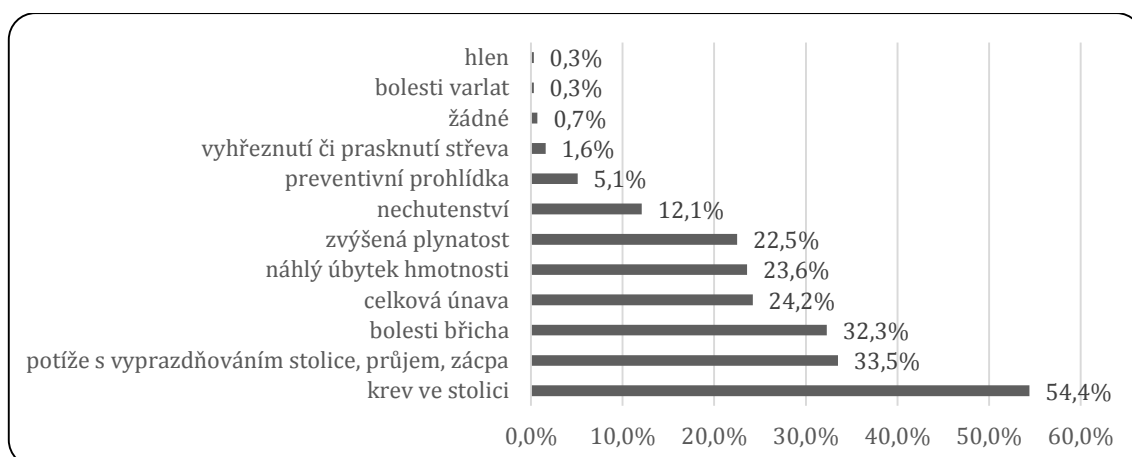
4.2.3 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování strukturální integrity

Graf 15 - Druh léčby kolorektálního karcinomu



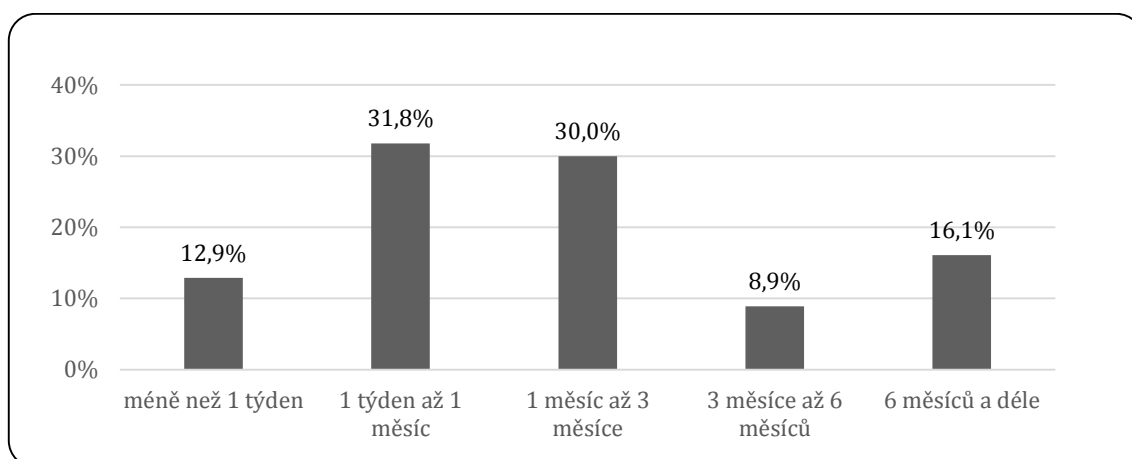
Graf 15 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, ve které bylo možno označit více odpovědí „Jakou léčbu jste podstoupil/a?“. Nejčastěji respondenti odpovídali „chirurgická léčba“ (92,9 %), dále „chemoterapie“ (61,6 %), „radioterapie“ (41,1 %), „biologická léčba“ (2,3 %) a 0,9 % zvolilo odpověď „ostatní“.

Graf 16 – První příznaky onemocnění



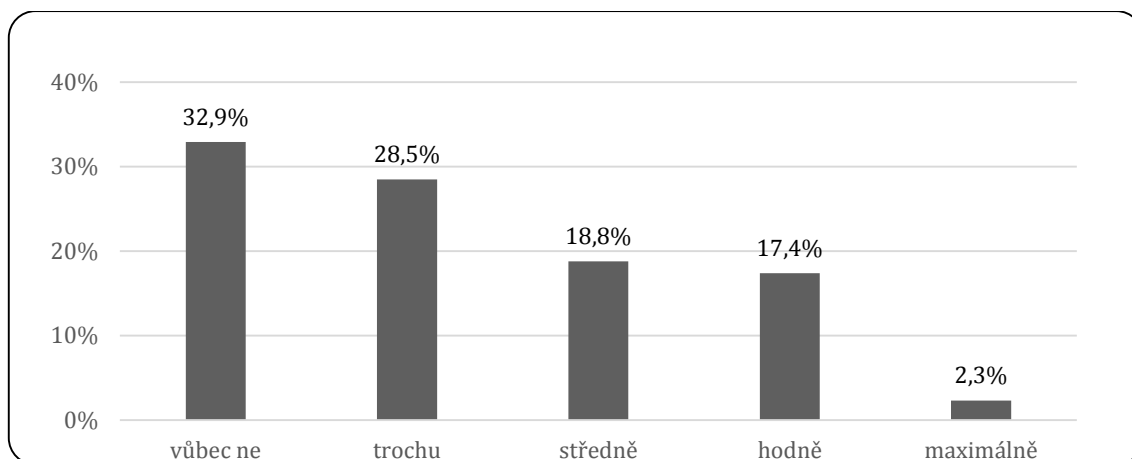
Graf 16 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, ve které bylo možno označit více odpovědí „V souvislosti s jakými příznaky jste navštívil/a lékaře?“. Nejčastěji respondenti označili odpověď „krev ve stolici! (54,4 %), dále pak „potíže s vyprazdňováním stolice, průjem, zácpa“ (33,5 %), „bolesti břicha“ (32,3 %), „celková únava“ (24,2 %), „náhlý úbytek hmotnosti“ (23,6 %), „zvýšená plynatost“ (22,5 %), „nechutenství“ (12,1 %), „preventivní prohlídka“ (5,1 %), „vyhřeznutí či prasknutí střeva“ (1,6 %), „žádné“ (0,7 %), a shodně „hlen“ či „bolest varlat“ (0,3 %).

Graf 17 – Trvání příznaků a návštěva lékaře



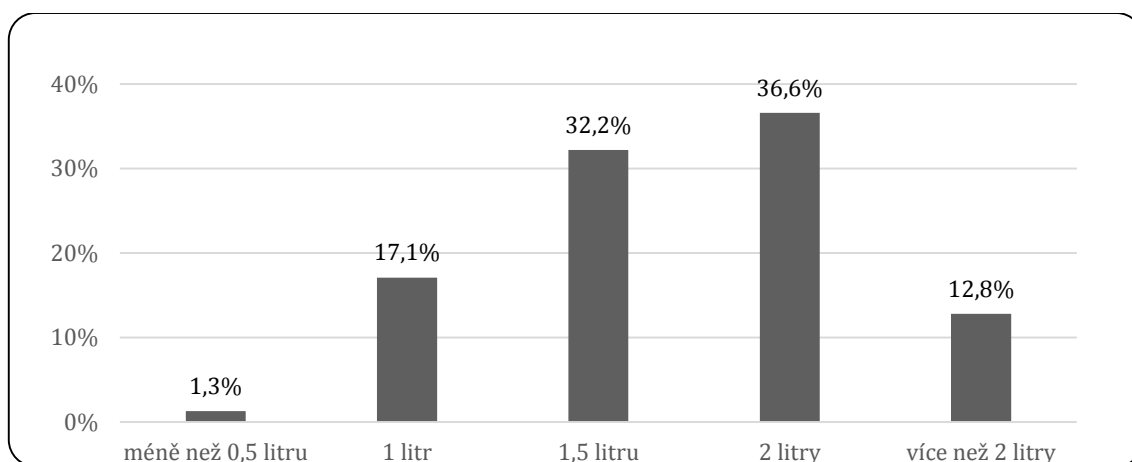
Graf 17 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Po jaké době trvání těchto příznaků jste navštívil/a lékaře?“. Odpověď „méně než 1 týden“ zvolilo 12,9 %, „1 týden až 1 měsíc“ 31,8 %, „1 měsíc až 3 měsíce“ 30,0 %, „3 měsíce až 6 měsíců“ 8,9 % a „6 měsíců a déle“ 16,1 %.

Graf 18 – Problémy se stravováním



Graf 18 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik máte problémy se stravováním?“. Nejčastěji respondenti odpovídali „vůbec ne“ (32,9 %), „trochu“ (28,5 %), „středně“ (18,8 %), „hodně“ (17,4 %) a „maximálně“ (2,3 %).

Graf 19 – Množství konzumovaných tekutin za den



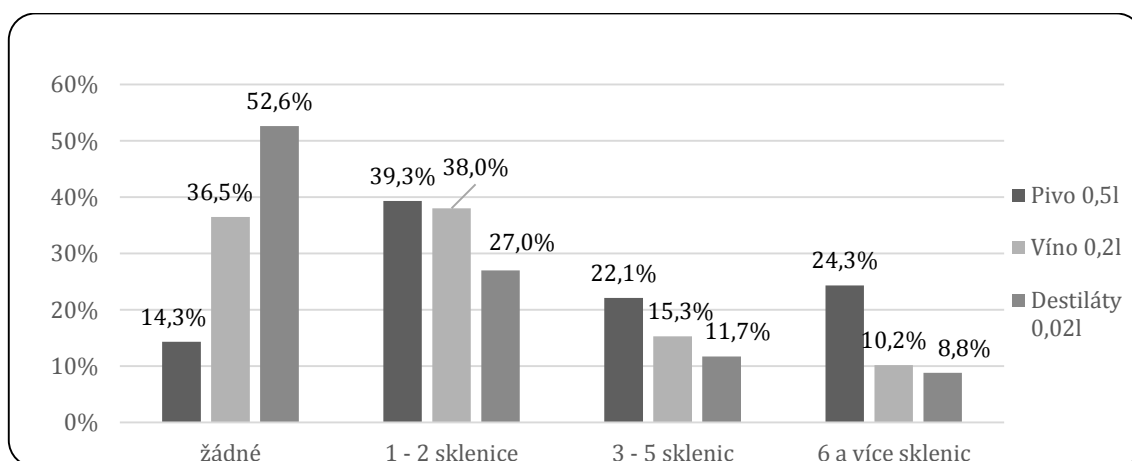
Graf 19 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Kolik vypijete denně tekutin?“. Odpověď „méně než 0,5 litru“ zvolilo 1,3 %, „1 litr“ 17,1 %, „1,5 litru“ 32,2 %, „2 litry“ 36,6 % a „více než 2 litry“ 12,8 % dotazovaných.

Tabulka 10 – Konzumace alkoholu

ALKOHOL	n	%
ano	140	46,7%
ne	157	52,3%
neodpovědělo	3	1,0%
celkem	300	100,0%

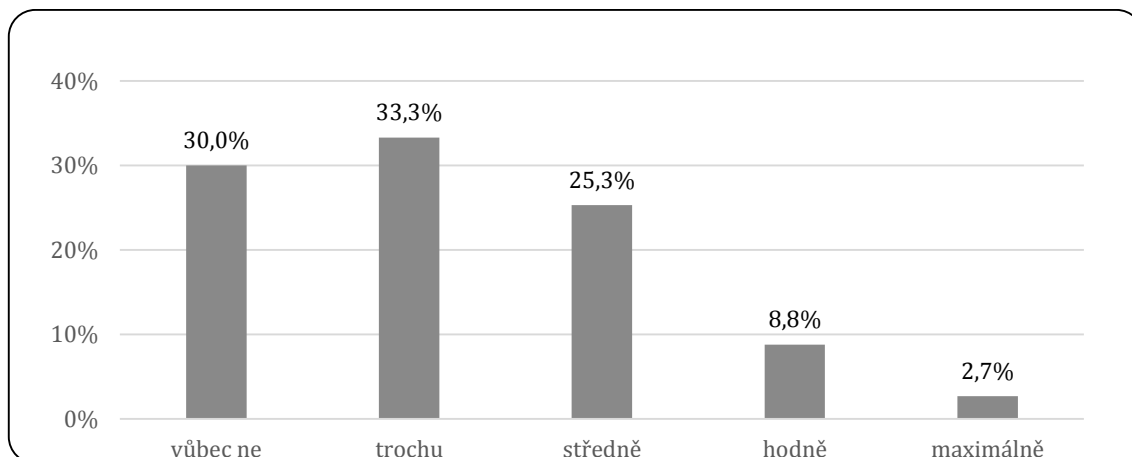
Tabulka 10 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Konzumujete alkohol?“. Kdy více jak polovina respondentů (52,3%) odpověděla „ne“. Možnost „ano“ zvolilo 46,7 % a 1,0 dotazovaných neodpovědělo na tuto otázku.

Graf 20 – Množství alkoholu konzumovaného za týden



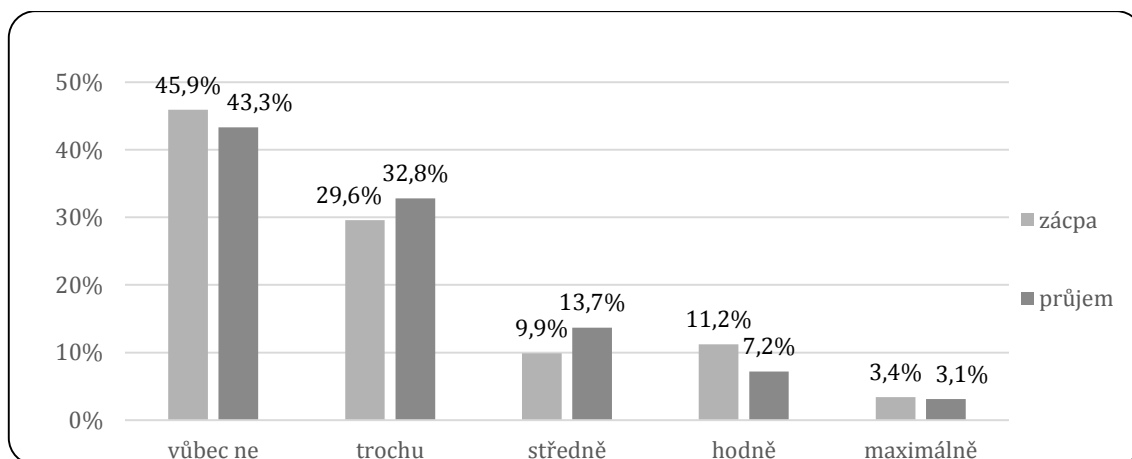
Graf 20 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Kolik půllitrových sklenic piva vypijete průměrně za týden?“, „Kolik sklenic vína (2 dcl) vypijete průměrně za týden?“ a „Kolik panáků destilátu (0,02 l) vypijete průměrně za týden?“ V první otázce („Kolik půllitrových sklenic piva vypijete průměrně za týden?“) 14,3 % respondentů zvolilo odpověď „žádné“, 39,3 % „1-2 sklenice“, 22,1 % „3-5 sklenic“ a 24,3 % „6 a více sklenic“. V otázce „Kolik sklenic vína (2 dcl) vypijete průměrně za týden?“ 36,5 % respondentů zvolilo odpověď „žádné“, 38,0 % „1-2 sklenice“, 15,3 % „3-5 sklenic“ a 10,2 % „6 a více sklenic“. A v poslední otázce („Kolik panáků destilátu (0,02 l) vypijete průměrně za týden?“) 52,6 % respondentů zvolilo odpověď „žádné“, 27,0 % „1-2 sklenice“, 11,7 % „3-5 sklenic“ a 8,8 % „6 a více sklenic“.

Graf 21– Omezení způsobená stravovacími opatřeními



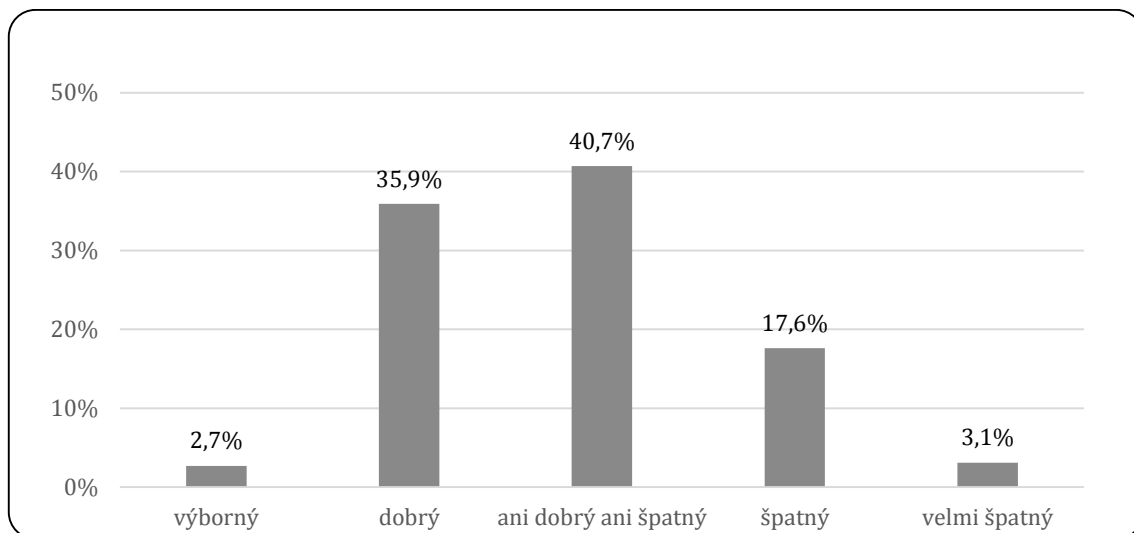
Graf 21 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik Vás omezují Vaše současná stravovací opatření?“ Nejčastěji respondenti volili odpověď „trochu“ (33,3 %), dále „vůbec ne“ (30,0 %), „středně“ (25,3 %), „hodně“ (8,8 %) a „maximálně“ (2,7%).

Graf 22 – Problémy s vyprazdňováním



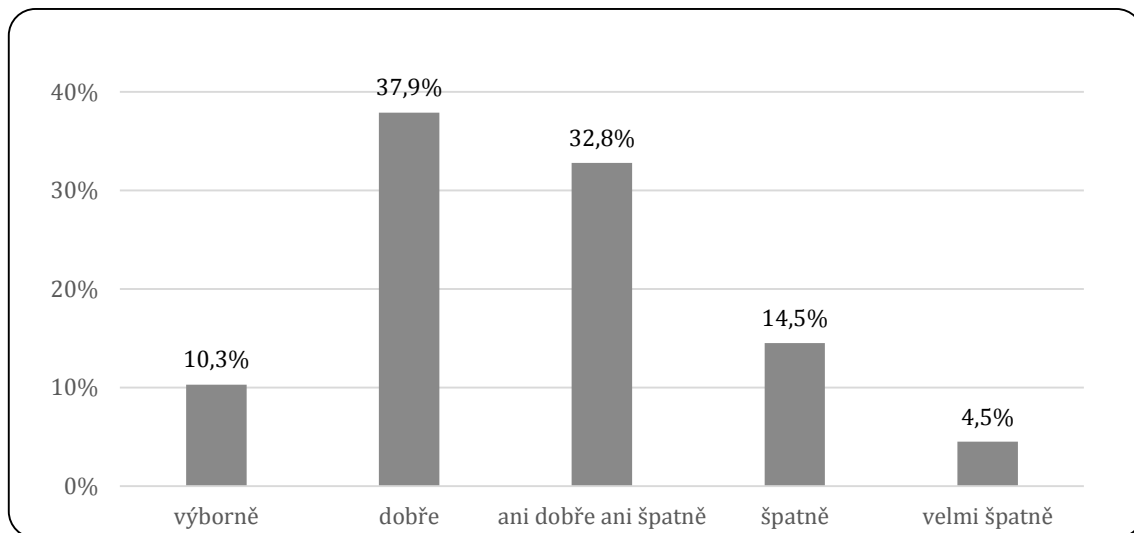
Graf 22 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Trpíte zácpou?“ a „Trpíte průjemem“. V otázce „Trpíte zácpou“ respondenti zvolili „vůbec ne“ ve 45,9 %, „trochu“ ve 29,6 %, „středně“ v 9,9 %, „hodně“ v 11,2 % a „maximálně“ ve 3,4 %. „Trpíte průjemem“ respondenti zvolili „vůbec ne“ ve 43,3 %, „trochu“ ve 32,8 %, „středně“ v 13,7 %, „hodně“ v 7,2 % a „maximálně“ ve 3,1 %

Graf 23 – Vnímání zdravotního stavu



Graf 23 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jaký je Váš zdravotní stav nyní?“ Kdy si 40,7 % respondentů zvolilo odpověď „ani dobrý ani špatný“, 35,9 % „dobrý“, 17,6 % „špatný“, 3,7 % „velmi špatný“ a 2,7 % „výborný“.

Graf 24 – Zvládání současné léčby



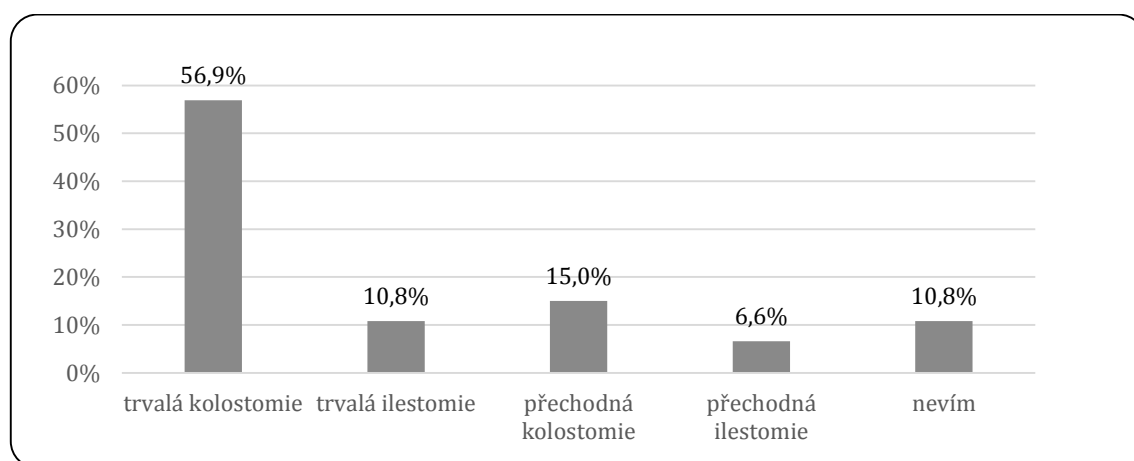
Graf 24 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak zvládáte současnou léčbu Vašeho onemocnění?“ Nejčastěji si respondenti vybírali odpověď „dobře“ (37,9 %), dále „ani dobře ani špatně“ (32,8%), „špatně“ (14,5 %), „výborně“ (10,3 %) a „velmi špatně“ (4,5 %).

Tabulka 11 – Stomie

STOMIE	n	%
ano	166	55,3%
ne	130	43,3%
neodpovědělo	4	1,3%
celkem	300	100,0%

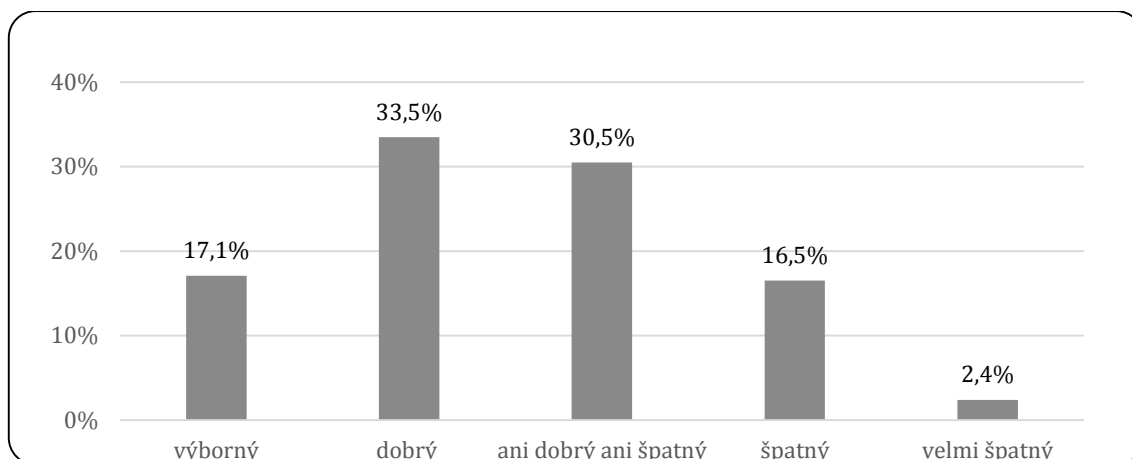
Tabulka 11 prezentuje odpovědi na otázku „Máte stomii?“. Kdy více jak polovina dotazovaných (55,3 %) odpověděla „ano“, „ne“ zvolilo 43,3 % a 1,3 % na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 25 – Typ stomie



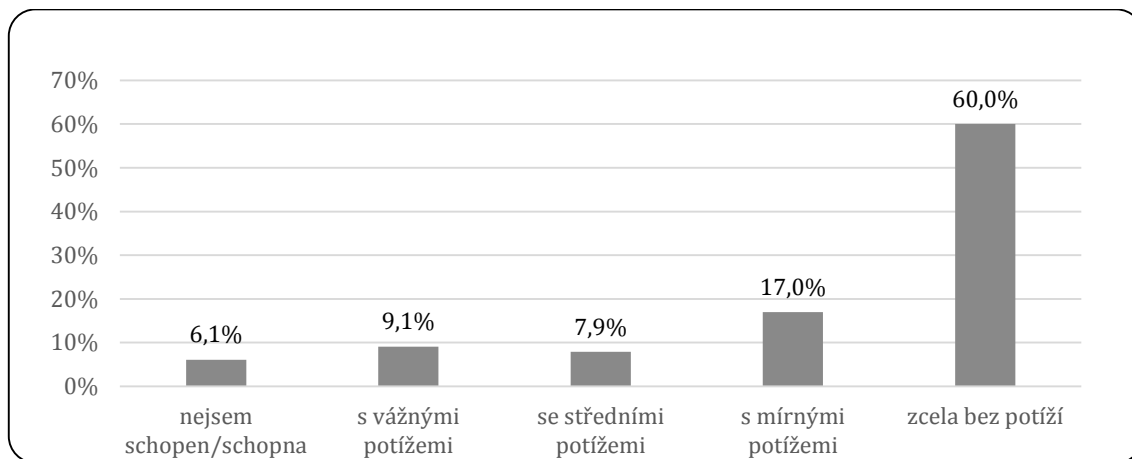
Graf 25 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „O jakou stomii se ve Vašem případě jedná?“. 56,9 % respondentů zvolilo odpověď „trvalá kolostomie“, 10,8 % „trvalá ileostomie“, 15,0 % „přechodná kolostomie“, 6,6 % „přechodná ileostomie“ a 10,8 % „nevím“.

Graf 26 – Zdravotní stav před vytvořením stomie



Graf 26 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Váš zdravotní stav před vytvořením stomie jste vnímal/a jako:“ Kdy nejčastěji respondenti volili odpověď „dobrý“ (33,5 %), dále pak „ani dobrý ani špatný“ (30,5 %), „výborný“ (17,1 %), „špatný“ (16,5 %) a „velmi špatný“ (2,4 %).

Graf 27 – Samostatnost v péči o stomii



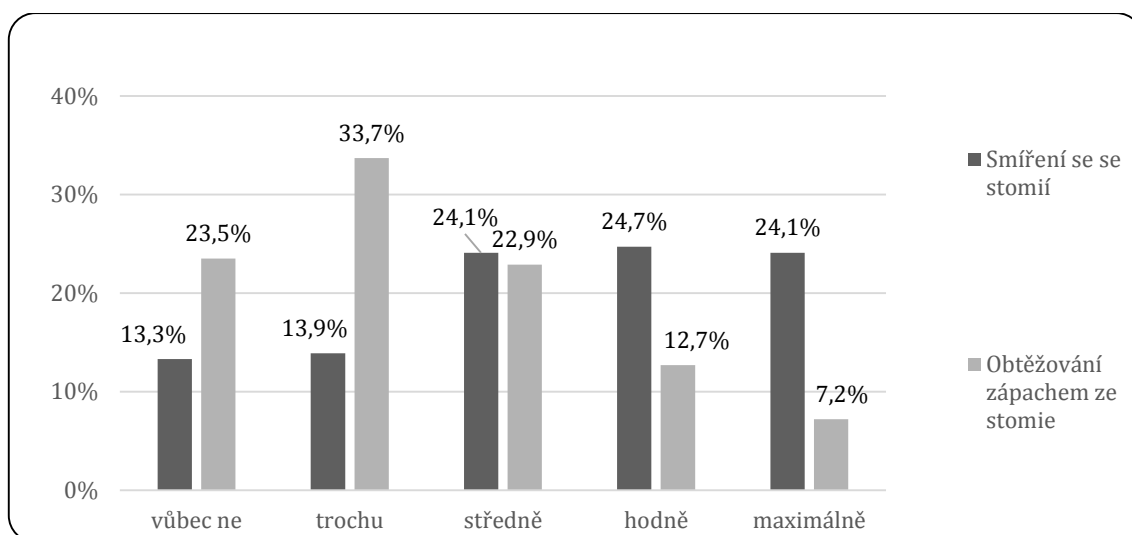
Graf 27 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik zvládáte sám/sama pečovat o výstup stomie?“ Kdy nejčastěji respondenti odpovídali „zcela bez potíží“ (60,0 %), dále „s mírnými potížemi“ (17,0 %), „s vážnými potížemi“ (9,1 %), „se středními potížemi“ (7,9 %) a „nejsem schopen/schopna“ (6,1 %).

Tabulka 12 – Nežádoucí změny v oblasti stomie

NEŽÁDOUCÍ ZMĚNY	n	%
kožní komplikace	47	14,8%
bolest	16	5,3%
obtékání stolice	25	8,3%
krvácení	15	5,0%
vyhřeznuté střevo	5	1,7%
vtažené střevo	7	2,3%
příliš úzký vývod	10	3,3%
špatné vyprazdňování stomie	3	1,0%
kýla v oblasti stomie	21	7,0%
nemám žádné změny	67	22,3%
neodpovědělo	48	16,0%
celkem	264	87,0%

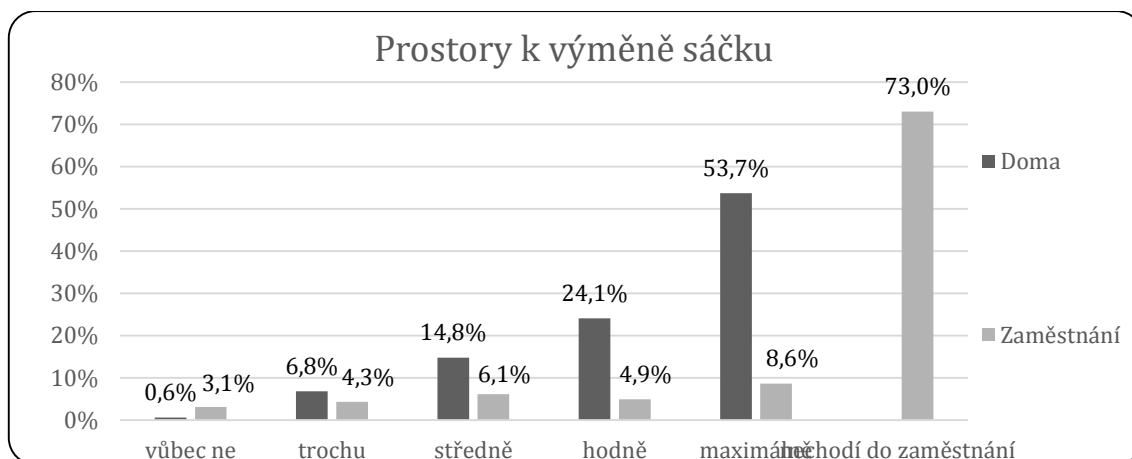
Tabulka 12 prezentuje odpovědi na otázku, s volbou více možností, „Jaké nežádoucí změny máte v okolí stomie?“ Kdy 14,8 % respondentů označilo odpověď „kožní změny“, 5,3 % „bolest“, 8,3 % „obtékání stolice“, 5,0 % „krvácení“, 1,7 % „vyhřeznuté střevo“, 3,3 % „příliš úzký vývod“, 1,0 % „špatné vyprazdňování stomie“, 22,3 % „nemám žádné změny“ a 16,0 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 28 – Pocity vyvolané stomií



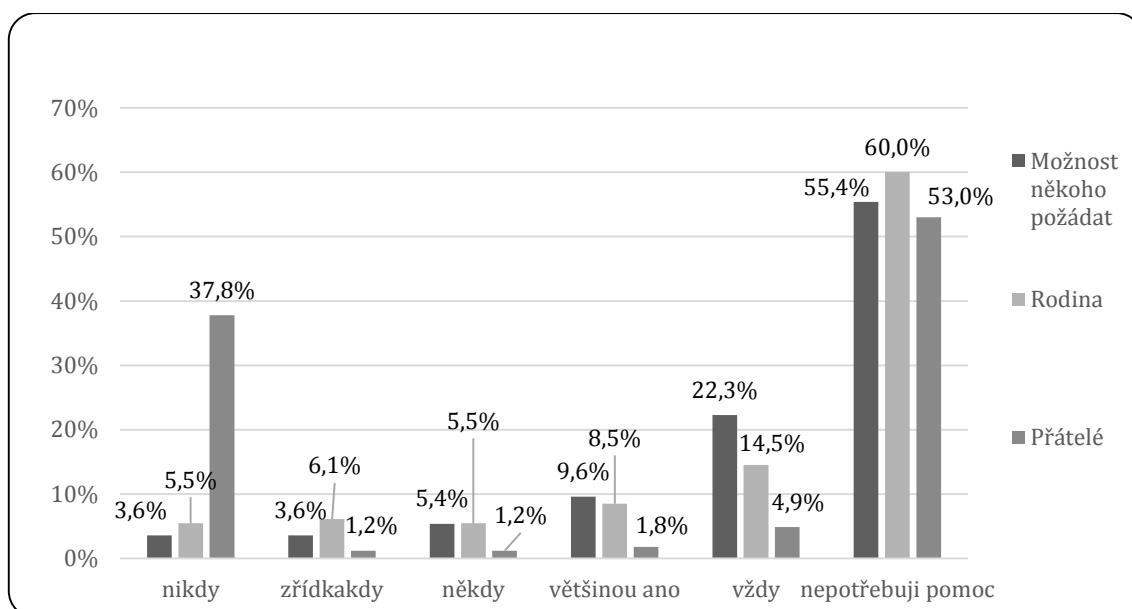
Graf 28 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik jste se smířil/a s vyprazdňováním prostřednictvím stomie?“ a „Nakolik Vás obtěžuje zápach ze stomie?“ V první otázce („Nakolik jste se smířil/a s vyprazdňováním prostřednictvím stomie?“) volili respondenti odpověď „vůbec ne“ ve 13,3 %, „trochu“ ve 13,9 %, „středně“ ve 24,1 %, „hodně“ ve 24,7 % a „maximálně“ v 24,1 %. V otázce „Nakolik Vás obtěžuje zápach ze stomie?“ volili respondenti odpověď „vůbec ne“ ve 23,5 %, „trochu“ ve 33,7 %, „středně“ ve 22,9 %, „hodně“ ve 12,7 % a „maximálně“ v 7,2 %.

Graf 29 – Prostory k výměně sáčku



Graf 29 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik máte doma k dispozici prostor pro výměnu stomického sáčku?“ a „Nakolik máte ve Vašem zaměstnání prostor pro výměnu stomického sáčku?“. V otázce „Nakolik máte doma k dispozici prostor pro výměnu stomického sáčku?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ (0,6 %), „trochu“ (6,8 %), „středně“ (14,8 %), „hodně“ (24,1 %) a „maximálně“ (53,7 %). Ve druhé otázce „Nakolik máte ve Vašem zaměstnání prostor pro výměnu stomického sáčku?“ zvolilo 73,0 % respondentů „nechodím do zaměstnání“. Dále dotazovaní odpovídali „vůbec ne“ (3,1 %), „trochu“ (4,3 %), „středně“ (6,1 %), „hodně“ (4,9 %) a „maximálně“ (8,6%)

Graf 30 – Pomoc při ošetřování stomie



Graf 30 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik máte možnost požádat někoho o pomoc při výměně stomie?“, „Nakolik Vám pomáhá s ošetřováním stomie Vaše rodina?“ a „Nakolik Vám pomáhají s ošetřováním stomie Vaši přátelé?“ V první otázce („Nakolik máte možnost požádat někoho o pomoc při výměně stomie?“) zvolilo 3,6 % respondentů „nikdy“, 3,6 % „zřídka“, 5,4 % „někdy“, 9,6 % „většinou ano“, 22,3 % „vždy“ a 55,4 % respondentů zvolilo „nepotřebuji pomoc“. Ve druhé otázce „Nakolik Vám pomáhá s ošetřováním stomie Vaše rodina?“ zvolilo 5,5 % respondentů „nikdy“, 6,1 % „zřídka“, 5,5 % „někdy“, 8,5 % „většinou ano“, 14,5 % „vždy“ a 60,0 % respondentů zvolilo „nepotřebuji pomoc“. V poslední otázce „Nakolik Vám pomáhají s ošetřováním stomie Vaši přátelé?“ zvolilo 37,8 % respondentů „nikdy“, 1,2 % „zřídka“, 1,2 % „někdy“, 1,8 % „většinou ano“, 4,9 % „vždy“ a 53,0 % respondentů zvolilo „nepotřebuji pomoc“.

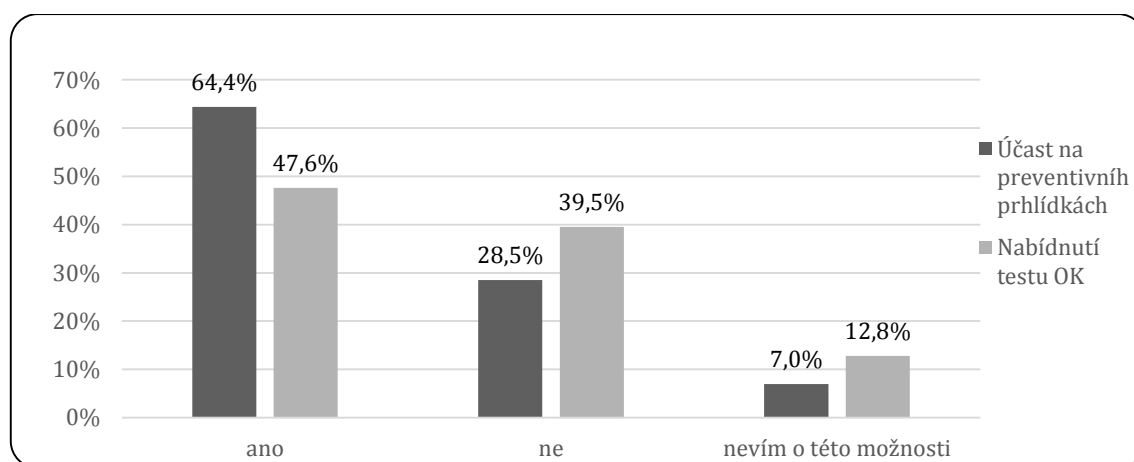
4.2.4 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování energie

Tabulka 13 – Prevence kolorektálního karcinomu

PREVENCE CRC	n	%
ano	206	68,7 %
ne	91	30,3 %
neodpovědělo	3	1,0 %
celkem	300	100,0 %

Tabulka 13 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Slyšel/a jste někdy o možnostech preventivního předcházení kolorektálnímu karcinomu?“. Odpověď „ano“ zvolilo 68,7 %, „ne“ 30,3 % a 1,0 % dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 31 – Účast na preventivních prohlídkách a nabídnutí testu na okultní krvácení



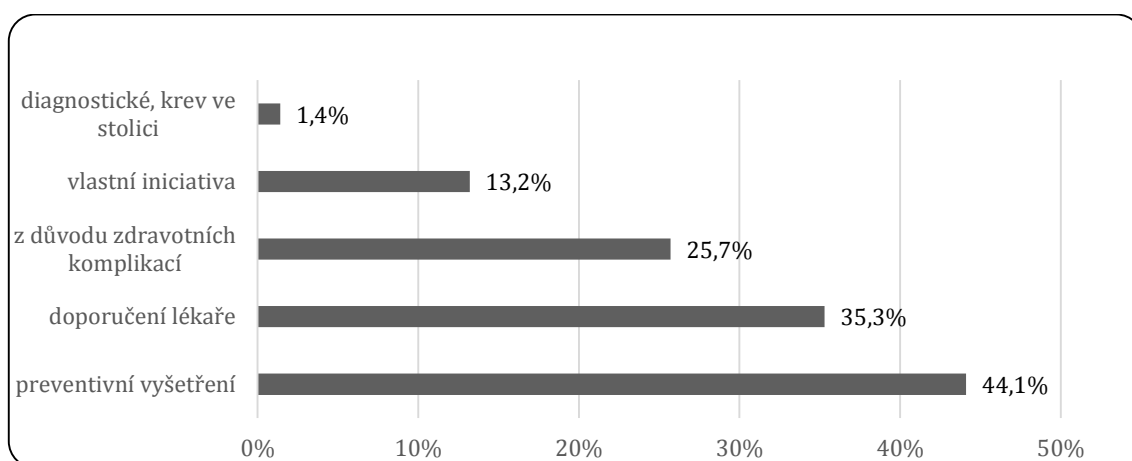
Graf 31 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Účastnil/a jste se preventivních prohlídek u svého praktického lékaře v pravidelných intervalech?“ a „Bylo Vám v rámci preventivní prohlídky u lékaře nabídnuto provedení vyšetření na okultní krvácení?“. V otázce „Účastnil/a jste se preventivních prohlídek u svého praktického lékaře v pravidelných intervalech?“ odpovídali respondenti nejčastěji „ano“ (64,4 %), dále „ne“ (28,5 %) a „nevím o této možnosti“ (7,0 %). V otázce „Bylo Vám v rámci preventivní prohlídky u lékaře nabídnuto provedení vyšetření na okultní krvácení“ odpovídali respondenti nejčastěji „ano“ (47,6 %), dále „ne“ (39,5 %) a „nevím o této možnosti“ (12,8 %).

Tabulka 14 – Kolonoskopie prevence

KOLONOSKOPIE PŘED	n	%
ano	134	44,7%
ne	160	53,3%
neodpovědělo	6	2,0%
celkem	300	100,0%

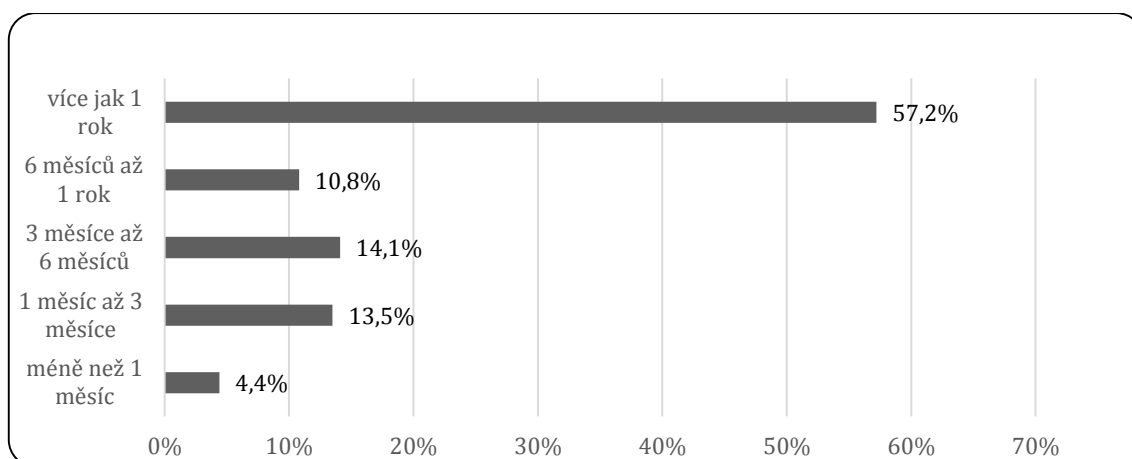
Tabulka 14 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Absolvoval/a jste před propuknutím onemocnění kolonoskopií?“. Odpověď „ano“ zvolilo 44,7 %, „ne“ 53,3 % a 2,0 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 32 – Důvod kolonoskopie před propuknutím onemocnění



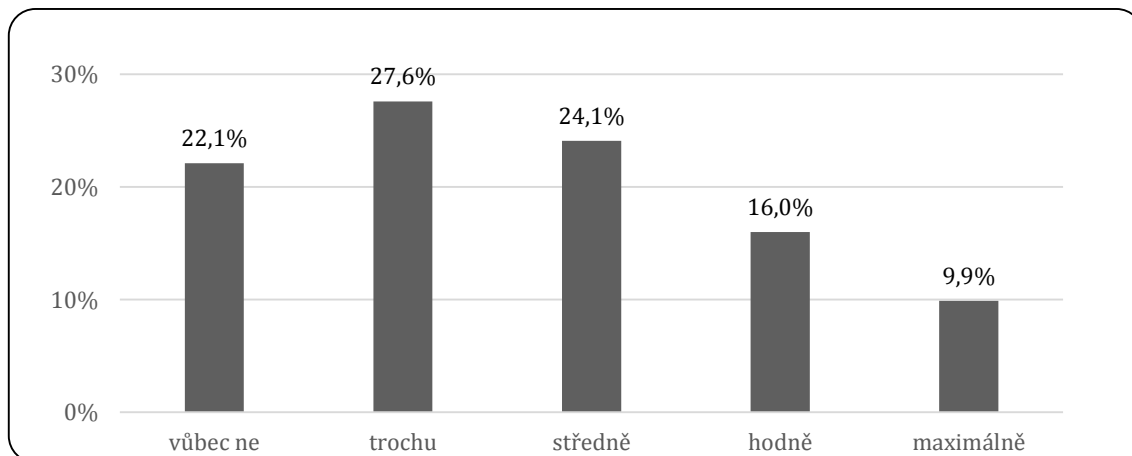
Graf 32 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, ve které si mohli respondenti vybrat více možností, „Pokud jste před propuknutím onemocnění absolvoval/a kolonoskopií, z jakého důvodu to bylo?“. Nejčastěji respondenti odpovídali „preventivní vyšetření“ (44,1 %), dále pak „doporučení lékaře“ (35,3 %), „z důvodu zdravotních komplikací“ (25,7 %), „vlastní iniciativa“ (13,2 %) a „diagnostické, krev ve stolici“ zvolilo 1,4 %.

Graf 33 – Délka obeznámení s diagnózou



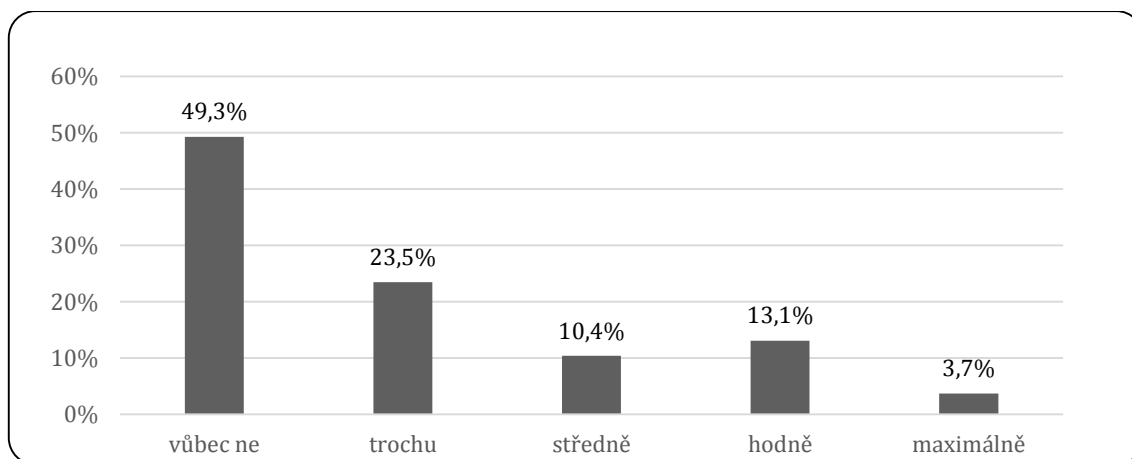
Graf 33 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak dlouho jste obeznámen/a s Vaší diagnózou?“. Kdy 57,2 % respondentů odpovědělo „více jak 1 rok“, 10,8 % respondentů odpovědělo „6 měsíců až 1 rok“, 14,1% respondentů odpovědělo „3 měsíce až 6 měsíců“, 13,5 % respondentů odpovědělo „1 měsíc až 3 měsíce“ a 4,4 % respondentů odpovědělo „méně než 1 měsíc“.

Graf 34 – Ovlivnění kvality života léky



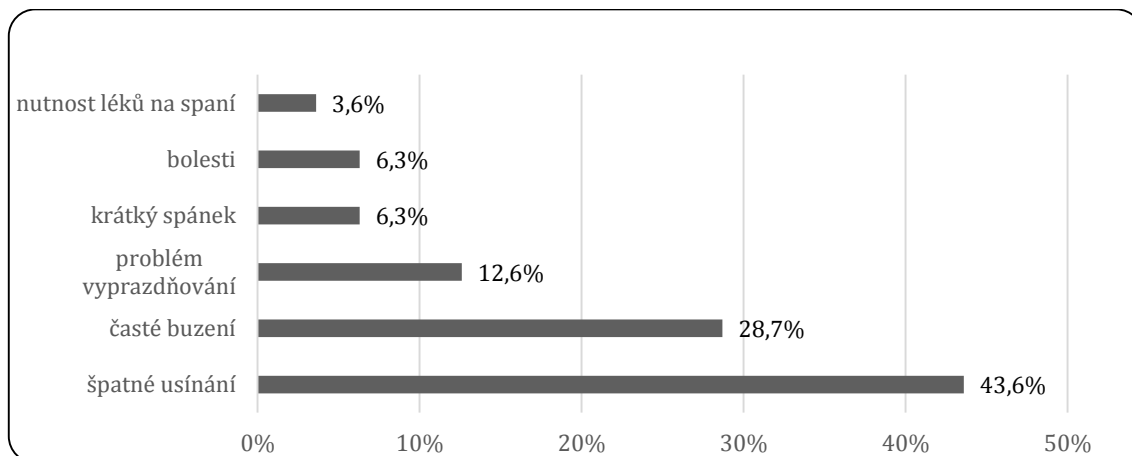
Graf 34 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik je Váš kvalitní život závislý na užívání léků?“. Odpověď „vůbec ne“ zvolilo 21,1 %, „trochu“ 27,6 %, „středně“ 24,1 %, „hodně“ 16,0 % a „maximálně“ 9,9 %.

Graf 35 – Problémy se spánkem



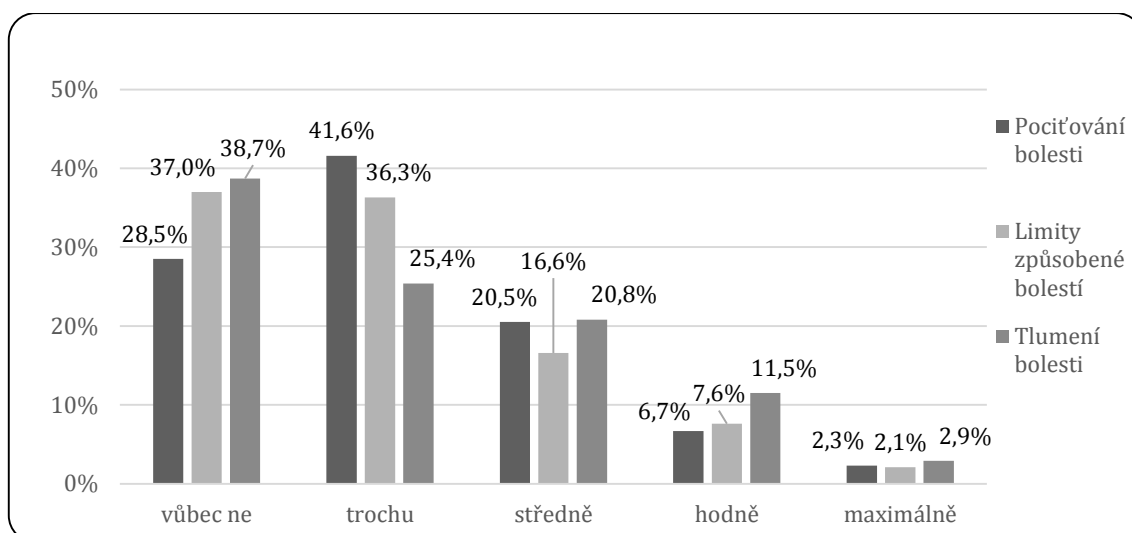
Graf 35 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Máte problémy se spánkem?“. 49,3 % respondentů odpovědělo „vůbec ne“, 23,5 % respondentů odpovědělo „trochu“, 10,4 % respondentů odpovědělo „středně“, 13,1 % respondentů odpovědělo „hodně“ a 3,7 % respondentů odpovědělo „maximálně“.

Graf 36 – Specifikace problému



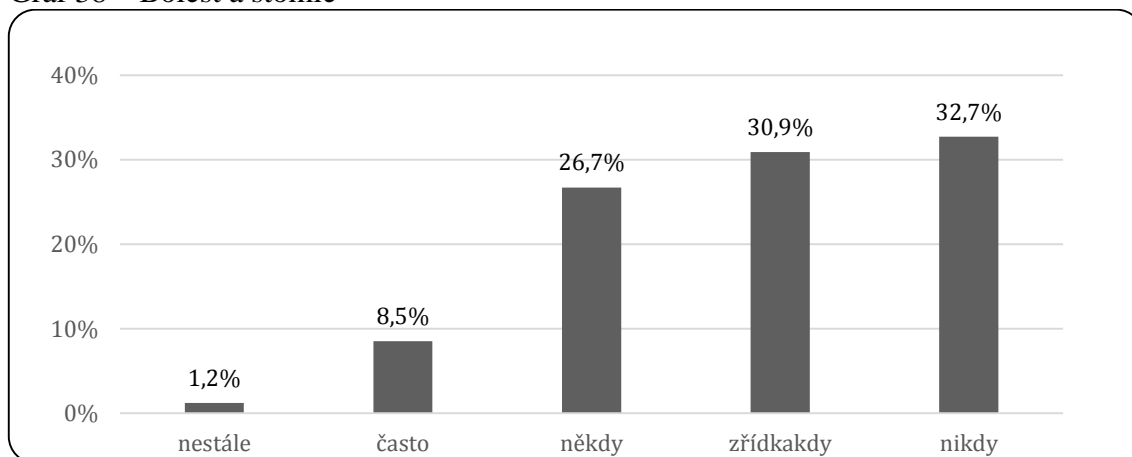
Graf 36 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, rozšiřující otázku „Máte problémy se spánkem?“ ve znění: „Pokud ano, jaké?“. 43,6 % respondentů odpovědělo „špatné usínání“, 28,7 % respondentů odpovědělo „časté buzení“, 12,6 % respondentů odpovědělo „problémy s vyprazdňováním“, 6,3 % respondentů odpovědělo „krátký spánek“ a „bolesti“ a 3,6 % respondentů odpovědělo „nutnost léků na spaní“.

Graf 37 – Bolest



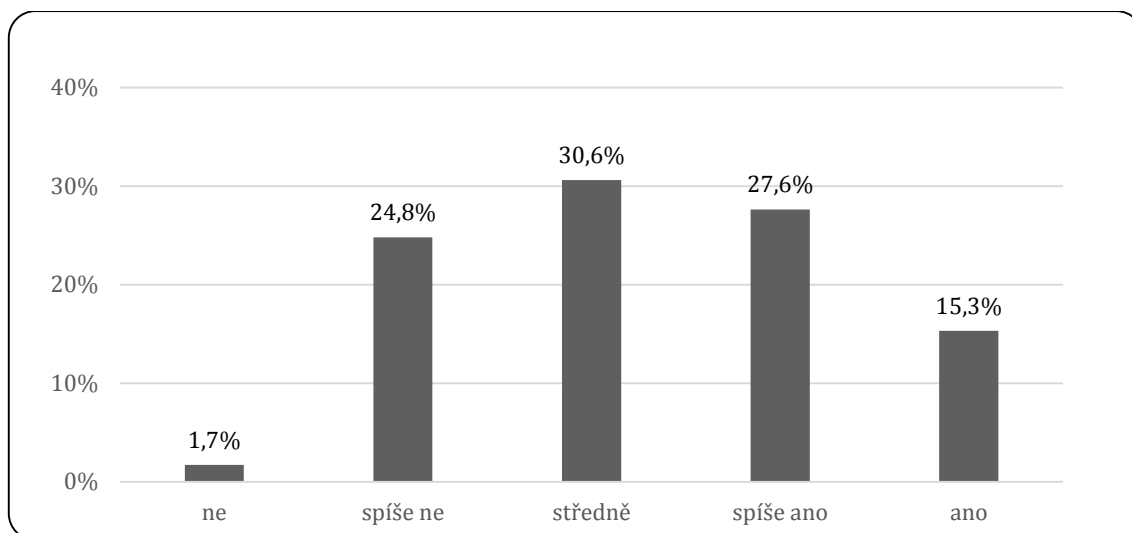
Graf 37 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik pociťujete bolest?“, „Nakolik Vám brání bolest vykonávat věci, které potřebujete dělat?“ a „Do jaké míry je tlumena Vaše bolest?“. V první otázce („Nakolik pociťujete bolest?“) odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 28,5 %, „trochu“ ve 41,6 %, „středně“ ve 20,5 %, „hodně“ v 6,7 % a „maximálně“ ve 2,3 %. V druhé otázce („Nakolik Vám brání bolest vykonávat věci, které potřebujete dělat?“) odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 37,0 %, „trochu“ ve 36,3 %, „středně“ v 16,6 %, „hodně“ v 7,6 % a „maximálně“ ve 2,1 %. Ve třetí otázce („Do jaké míry je tlumena Vaše bolest?“) odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 38,7 %, „trochu“ ve 25,4 %, „středně“ ve 20,8 %, „hodně“ v 11,5 % a „maximálně“ ve 2,9 %.

Graf 38 – Bolest a stomie



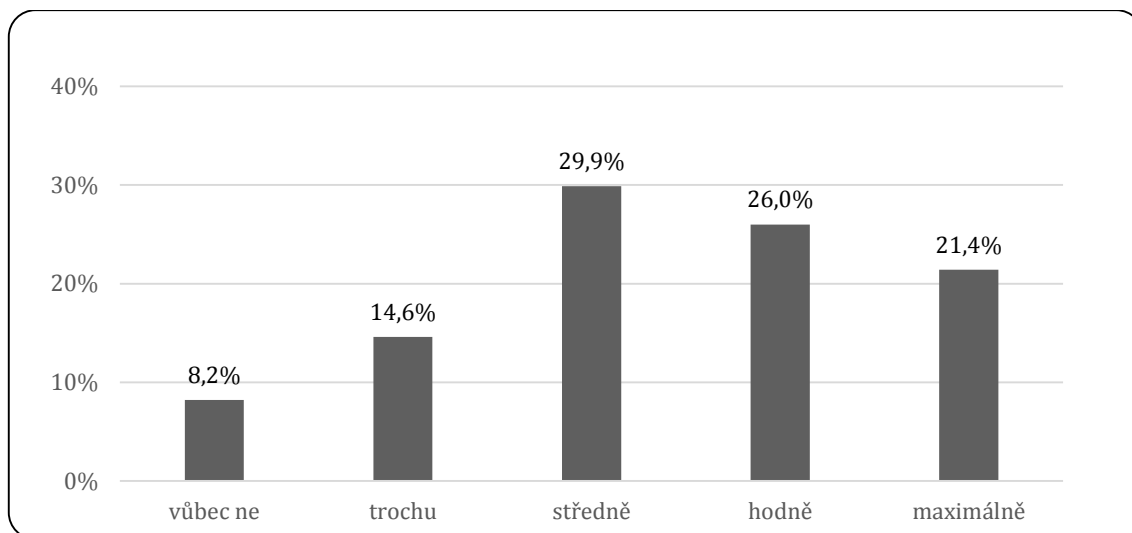
Graf 38 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak často prožíváte bolest v okolí Vaší stomie?“. Kdy 32,7 % respondentů zvolilo odpověď „nikdy“, 30,9 % „zřídka“, 26,7 % „někdy“, 8,5 % „často“ a 1,2 % „neustále“.

Graf 39 – Energie k běžnému prožití dne



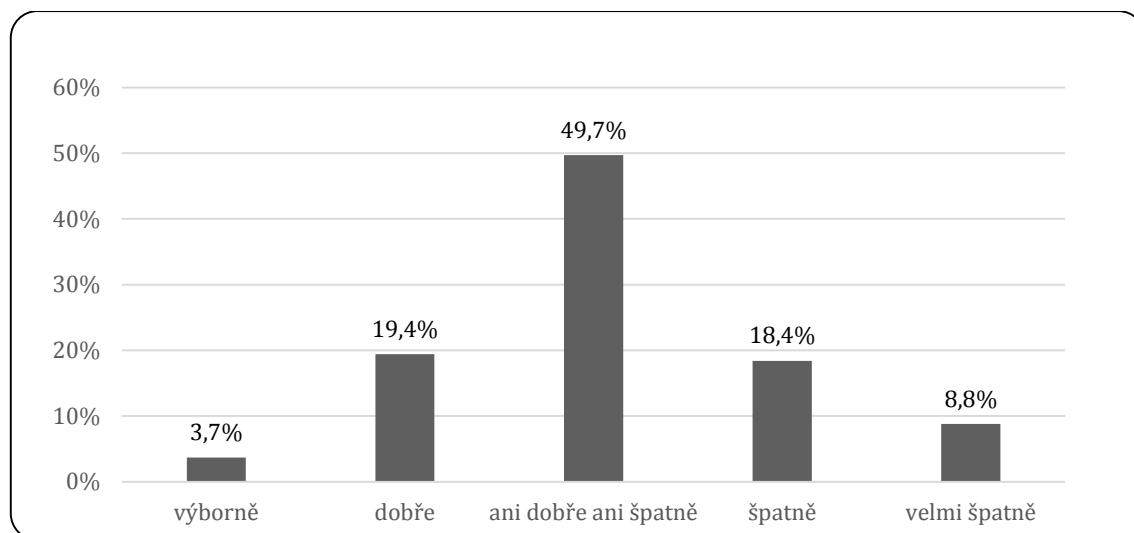
Graf 39 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Máte dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne?“ Kdy nejčastěji respondenti zvolili odpověď „středně“ (30,6 %), dále pak „spíše ano“ (27,6 %), „spíše ne“ (24,8 %), „ano“ (15,3 %) a „ne“ (1,7 %).

Graf 40 – Změna v minulosti



Graf 40 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Pokud se zamyslíte nad minulostí, změnil/a byste teď něco na Vašem chování k sobě?“: Nejčastěji volili respondenti odpověď „středně“ (29,9 %), následně „hodně“ (26,0 %), „maximálně“ (21,4 %), „trochu“ (14,6 %) a „vůbec ne“ (8,2 %).

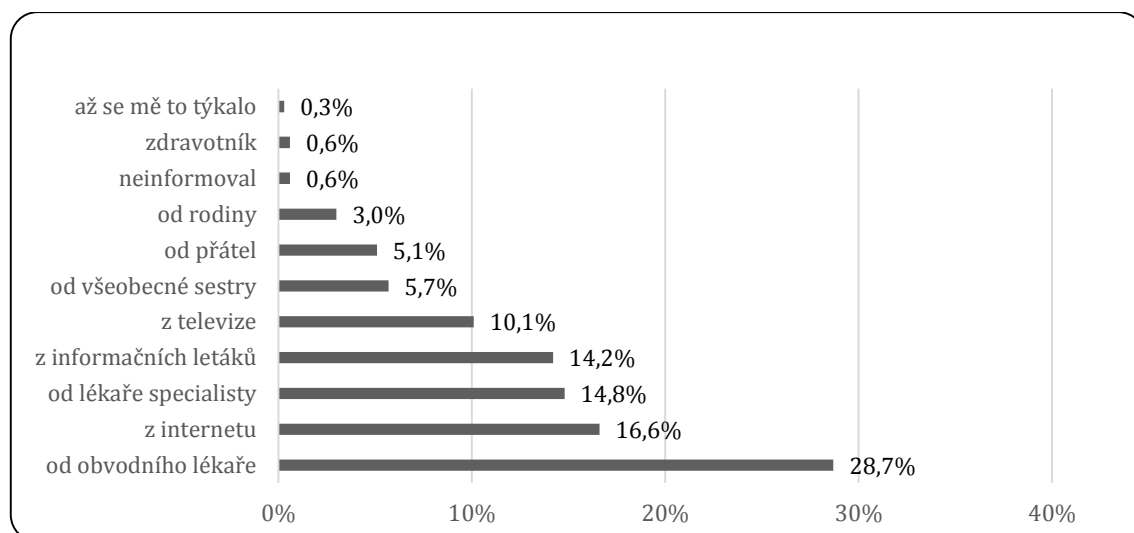
Graf 41 – Vnímání budoucnosti



Graf 41 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak vnímáte svoji budoucnost?“ 3,7 % respondentů označilo odpověď „výborně“, 19,4 % „dobře“, 49,7 % „ani dobře ani špatně“, 18,4 % „špatně“ a 8,8 % „velmi špatně“

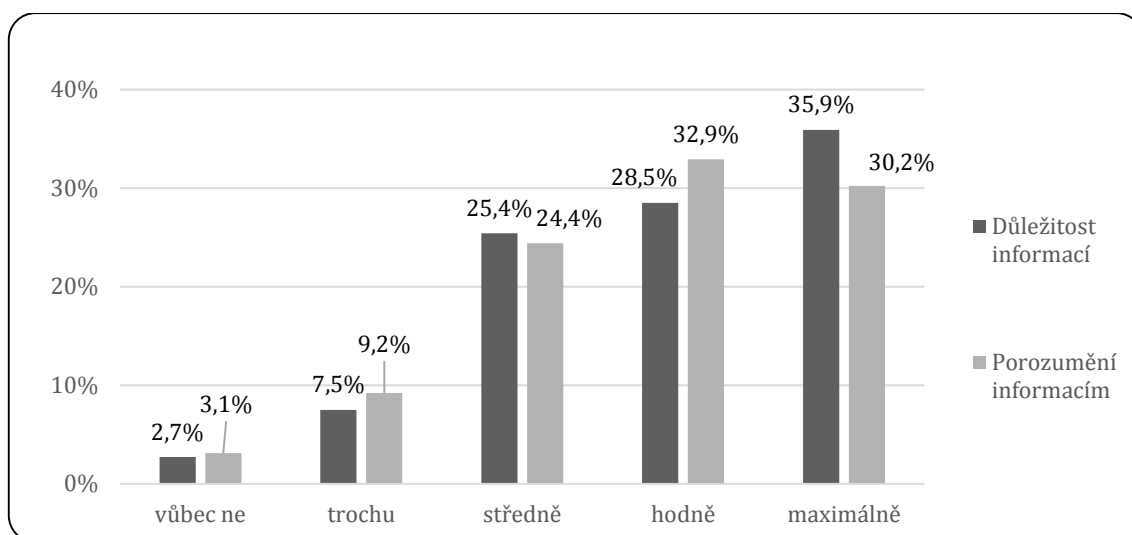
4.2.5 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce oblast zachování osobnostní integrity

Graf 42 – Získání prvotních informací



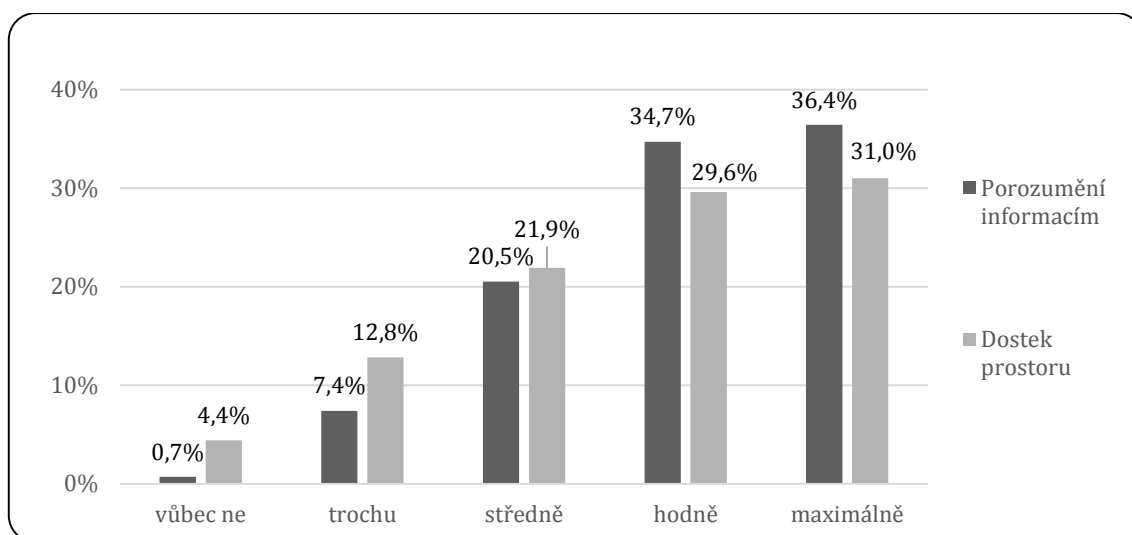
Graf 42 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Kde jste se poprvé informoval/a o kolorektálním karcinomu?“ Nejčastěji respondenti volili odpověď „od obvodního lékaře“ (28,7 %), dále pak „z internetu“ (16,6 %), „od lékaře speciality“ (14,8 %), „z informačních letáků“ (14,2 %), „z televize“ (10,1 %), „od všeobecné sestry“ (5,7 %), „od přátel“ (5,1 %), „od rodiny“ (3,0 %), „neinformoval“ (0,6 %), „zdravotník“ (0,6 %) a „až se mě to týkalo“ (0,3 %).

Graf 43 – Informace poskytnuté praktickým lékařem



Graf 43 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik jsou pro Vás důležité informace poskytnuté praktickým lékařem?“ a „Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od praktického lékaře?“ V otázce „Nakolik jsou pro Vás důležité informace poskytnuté praktickým lékařem?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 2,7 %, „trochu“ v 7,5 %, „středně“ ve 25,4 %, „hodně“ ve 28,5 % a „maximálně“ ve 35,9 %. V otázce „Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od praktického lékaře?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 3,1 %, „trochu“ v 9,2 %, „středně“ ve 24,4 %, „hodně“ ve 32,9 % a „maximálně“ ve 30,2 %.

Graf 44 – Informace poskytnut lékařem specialistou



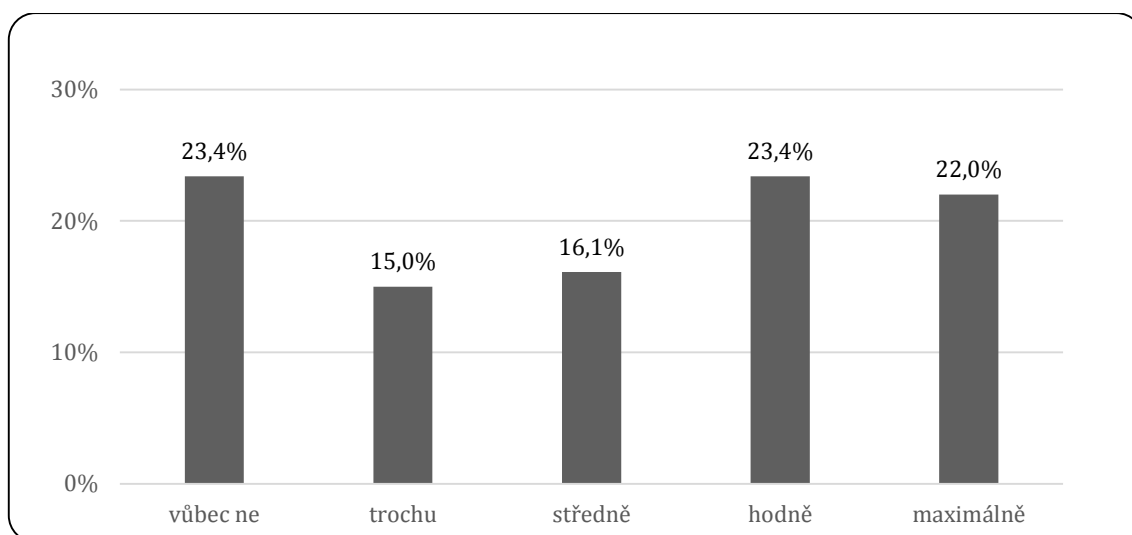
Graf 44 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od lékaře specialisty?“ a „Dává Vám lékař dostatek prostoru zeptat se na Vaše otázky?“. V otázce „Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od lékaře specialisty?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ v 0,7 %, „trochu“ v 7,4 %, „středně“ ve 20,5 %, „hodně“ ve 34,7 % a „maximálně“ ve 36,4 %. V otázce „Dává Vám lékař dostatek prostoru zeptat se na Vaše otázky?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 4,4 %, „trochu“ v 12,8 %, „středně“ ve 21,9 %, „hodně“ ve 29,6 % a „maximálně“ ve 31,0 %.

Tabulka 15 – Známost osob se stejným onemocněním

STEJNÉ ONEMOCNĚNÍ	n	%
ano	167	55,7%
ne	129	43,0%
neodpovědělo	4	1,3%
celkem	300	100,0%

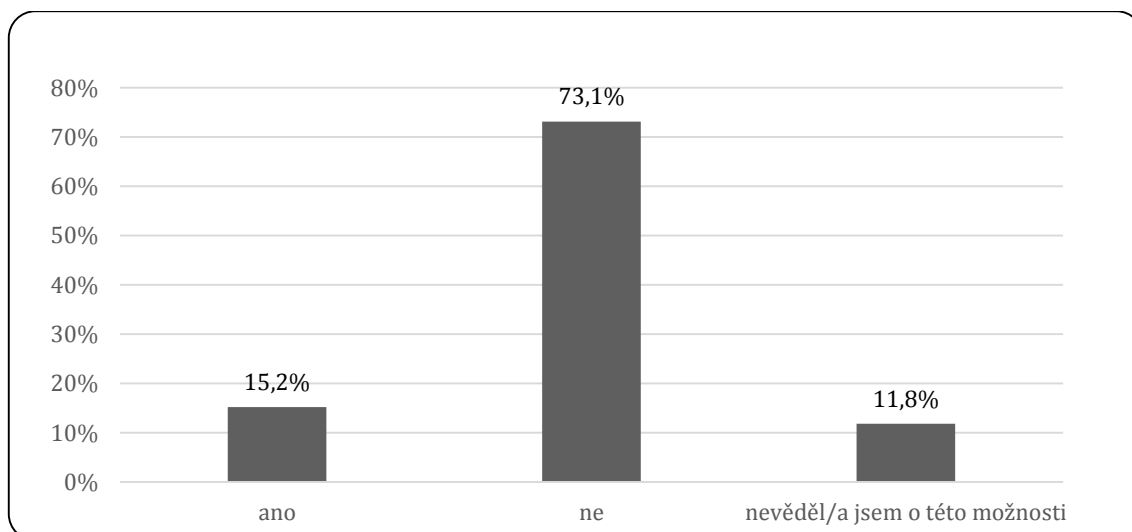
Tabulka 15 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Znáte někoho, kdo má stejný druh onemocnění jako Vy?“ Odpověď „ano“ zvolilo 55,7 % respondentů, „ne“ 43,0 % respondentů a 1,3 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 45 – Informace získané od osob se stejným onemocněním



Graf 45 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik jsou pro Vás důležité informace od jiných lidí, kteří mají s onemocněním zkušenosti?“. Respondenti shodně uvedli „vůbec ne“ a „hodně“ (23,4 %), dále pak „maximálně“ (22,0 %), „středně“ (16,1 %) a „trochu“ (15,0 %).

Graf 46 – Domácí péče



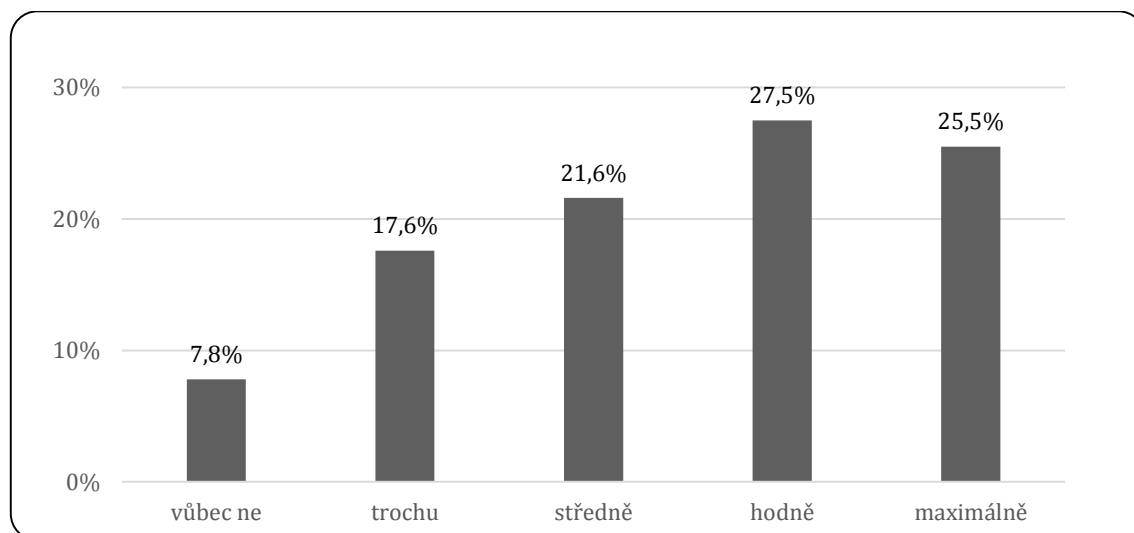
Graf 46 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Využil/a jste někdy pomoc domácí péče?“. Odpověď „ano“ zvolilo 15,2 %, „ne“ 73,1 % a „nevěděl/a jsem o této možnosti“ 11,8 % respondentů.

Tabulka 16 – Smrt na základě kolorektálního karcinomu v rodině

SMRT NA CRC V RODINĚ	n	%
ano	50	16,7%
ne	241	80,3%
neodpovědělo	9	3,0%
celkem	300	100,0%

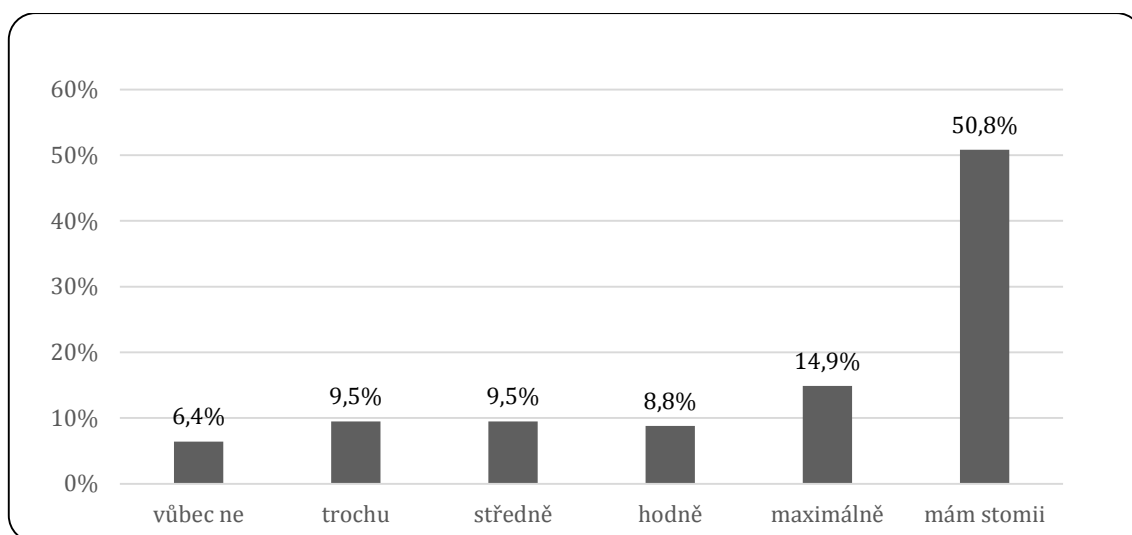
Tabulka 16 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Zemřel někdo z Vašich blízkých na následky kolorektálního karcinomu?“ Odpověď „ano“ zvolilo 16,7 %, „ne“ 80,3 % a 3,0 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 47 – Strach z možnosti stejného osudu



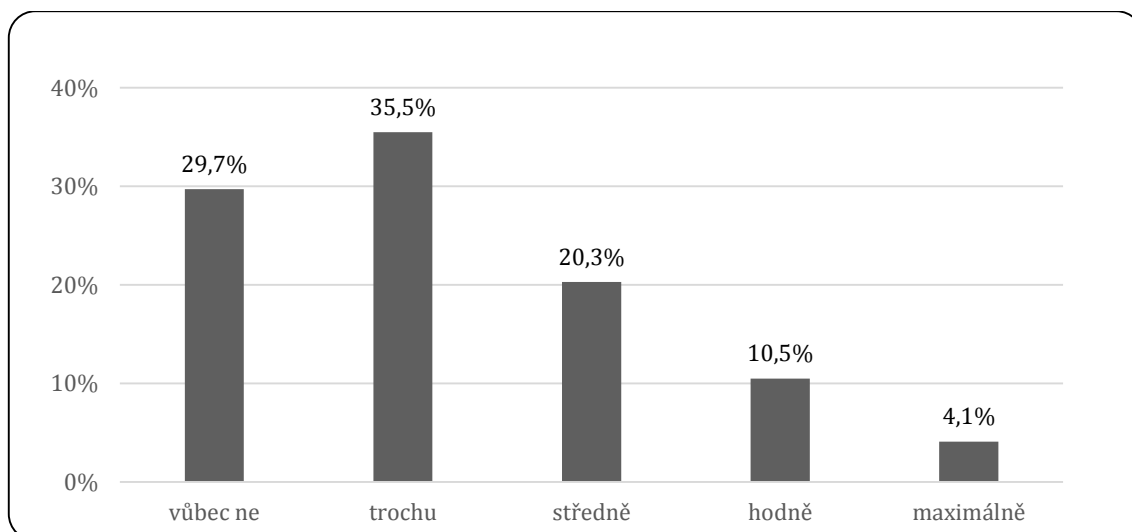
Graf 47 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, navazující na předchozí, ve znění „Pokud ano, jak moc si připouštíte, že se stejný osud může týkat i Vás?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ v 7,8%, „trochu“ v 17,6 %, „středně“ ve 21,6 %, „hodně“ ve 27,5 % a „maximálně“ ve 25,5 %.

Graf 48 – Strach ze stomie



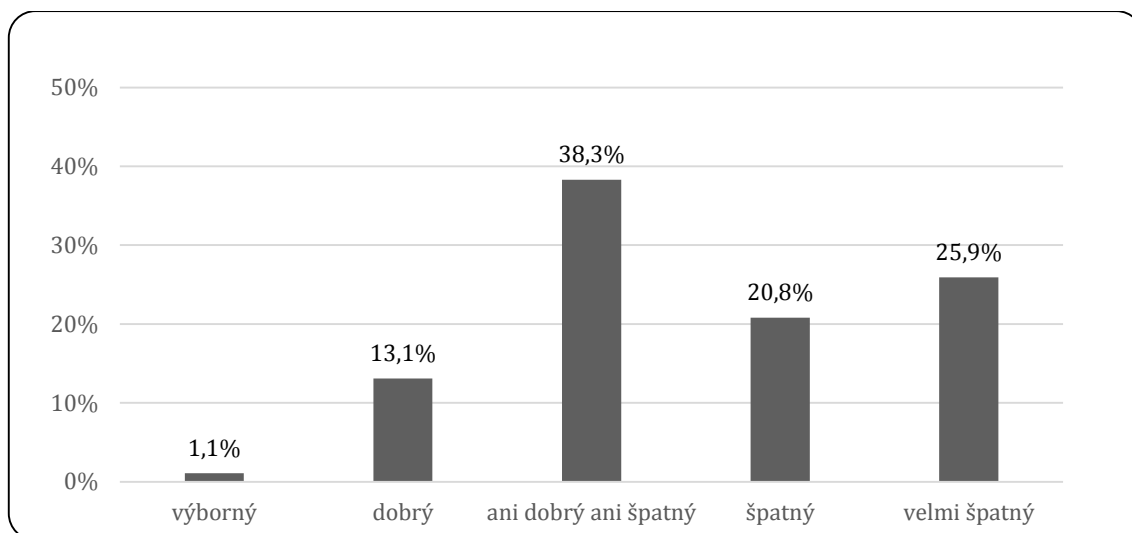
Graf 48 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Pokud nemáte stomii, jak moc se obáváte, že ji v budoucnu budete mít?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ v 6,4 %, „trochu“ v 9,5 %, „středně“ v 9,5 %, „hodně“ v 8,8 % a „maximálně“ ve 14,9 %. 50,8 % dotazovaných odpovědělo „mám stomii“.

Graf 49 – Limity vzhledem



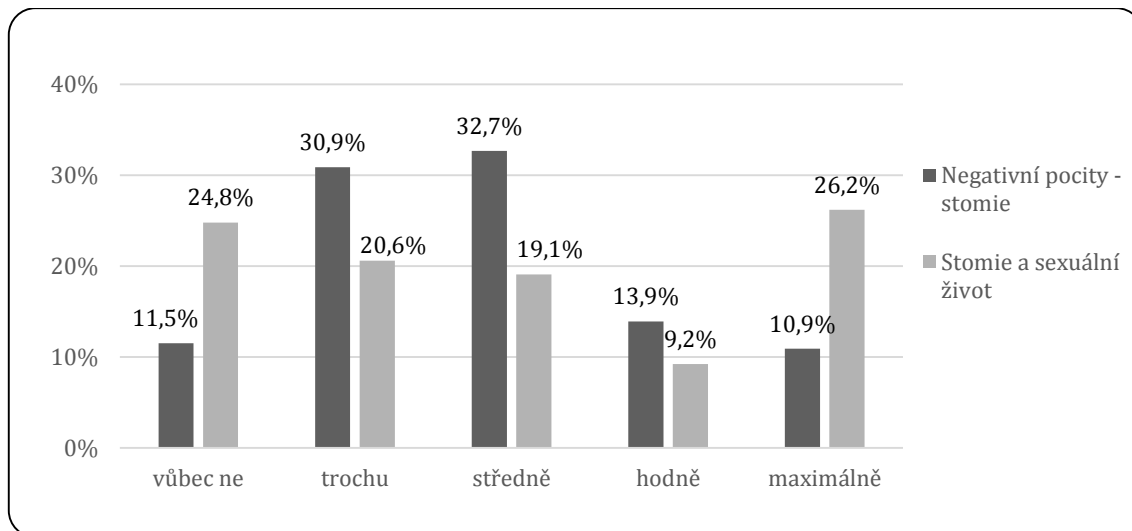
Graf 49 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Cítíte se být v současnosti limitován/a Vaším vzhledem?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 29,7 %, „trochu“ ve 35,5 %, „středně“ ve 20,3 %, „hodně“ v 10,5 % a „maximálně“ ve 4,1 %.

Graf 50 – Sexuální život



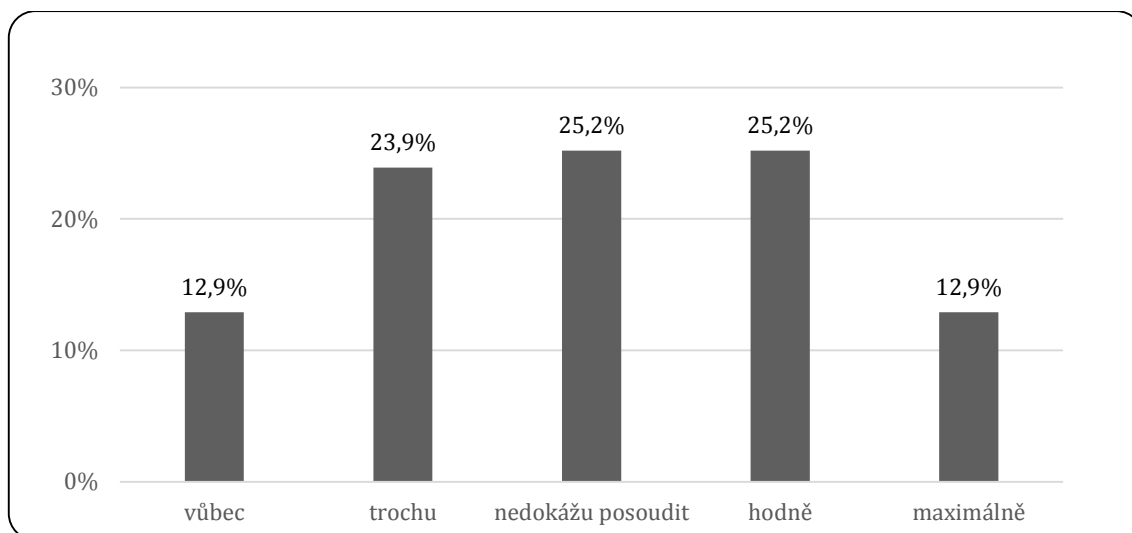
Graf 50 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Váš sexuální život vnímáte v současnosti jako:“. Odpověď „výborný“ označilo 1,1 %, „dobrá“ 13,1%, „ani dobrý ani špatný“ 20,8 % a „velmi špatný“ 25,9 % dotazovaných.

Graf 51 – Limity způsobené stomií



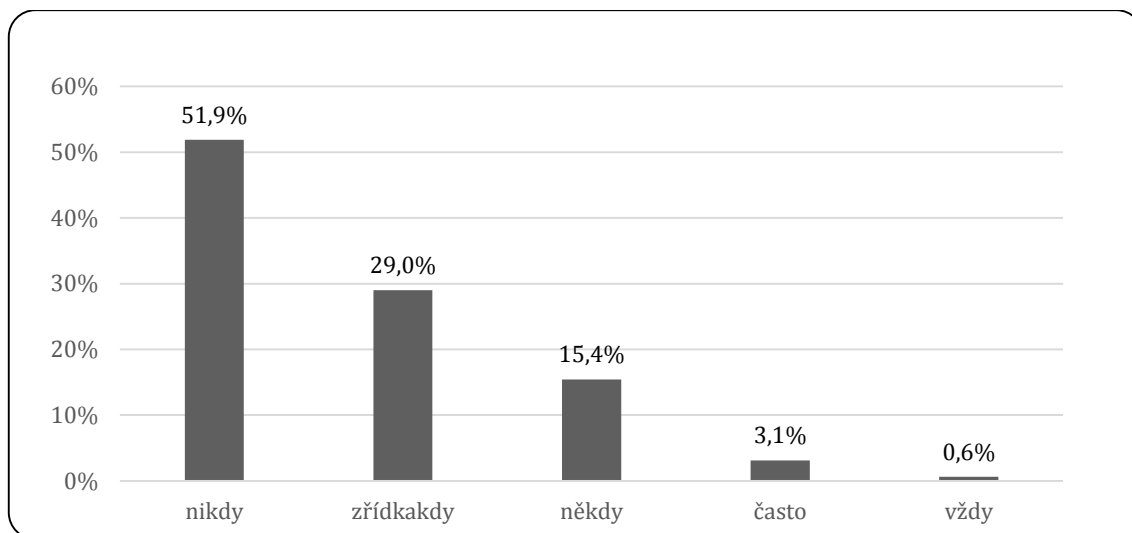
Graf 51 prezentuje odpovědi respondentů na otázky „Nakolik prožíváte negativní pocity v souvislosti se stomií?“ a „Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem sexuálním životě?“. V otázce „Nakolik prožíváte negativní pocity v souvislosti se stomií?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ v 11,5 %, „trochu“ ve 30,9 %, „středně“ ve 32,7 %, „hodně“ ve 13,9 % a „maximálně“ v 10,9 %. V otázce „Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem sexuálním životě?“ odpovídali respondenti „vůbec ne“ ve 24,8 %, „trochu“ ve 20,6 %, „středně“ ve 19,1 %, „hodně“ ve 9,2 % a „maximálně“ ve 26,2 %.

Graf 52 – Vnímání sebe sama po stomii



Graf 52 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Nakolik se změnilo vnímání sama sebe po vytvoření stomie?“ Kdy respondenti odpovídali „vůbec ne“ ve 12,9 %, „trochu“ ve 23,9 %, „středně“ ve 25,2 %, „hodně“ ve 25,2 % a „maximálně“ ve 12,9 %.

Graf 53 – Negativní reakce od okolí



Graf 53 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „Jak často se setkáváte s negativními reakcemi od okolí kvůli Vaší stomii?“ Nejčastěji odpovídali respondenti „nikdy“ (51,9 %), dále pak „zřídka“ (29,0 %), „někdy“ (15,4 %), „často“ (3,1 %) a „vždy“ (0,6 %).

4.2.6 Vyhodnocení hypotéz

Tato část výsledků prezentuje statistické vyhodnocení hypotéz týkajících se oblastí zachování sociální integrity, strukturální integrity, osobnostní integrity a energie v problematice kolorektálního karcinomu. Testování bylo provedeno testem Chí kvadrát dobré shody $-\chi^2$ (Pearson Chi-Square) a testem nezávislosti. Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

H1 (H_A) Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování sociální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

H1 (H₀) Pacienti s kolorektálním karcinomem nepotřebují podporu sestry v oblasti zachování sociální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.

Tabulka 17- Vztah „délka obeznámení s diagnózou“ a vybrané faktory v oblasti zachování sociální integrity

DÉLKA OBEZNÁMENÍ S DIAGNÓZOU A ...	χ^2	df	p
Vnímání psychického stavu před propuknutím onemocnění	19,78	16	0,23
Využití psychoterapeuta	25,285	16	0,065
Spokojenost s psychickou podporou od zdravotníků	15,067	16	0,52
Spokojenost s psychickou podporou od rodiny	25,225	16	0,066
Spokojenost s psychickou podporou od přátel	26,993	16	0,054
Limitace v pracovním životě	19,976	20	0,459
Limitace v kontaktu s přáteli	38,997	16	<0,01
Strach o sebe sama	34,134	16	<0,01
Strach o své blízké	26,582	16	<0,05
Negativní pocity prožívané v souvislosti s lékařským vyšetřením	17,819	16	0,335
Ovlivnění finanční situace	16,582	16	0,413
Běžná doprava	28,445	16	<0,05
Cestování	29,314	16	<0,05
Limity ve společenském životě způsobené stomií	18,279	16	0,308
Limity v pracovním životě způsobené stomií	27,158	20	0,131

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah (0,23) mezi délkou obeznámení s diagnózou a vnímáním psychického stavu před propuknutím onemocnění.

Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.

- neexistuje statisticky významný vztah (0,065) mezi délkou obeznámení s diagnózou a využitím psychoterapeuta. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,52) mezi délkou obeznámení s diagnózou a spokojeností s psychickou podporou od zdravotníků. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,066) mezi délkou obeznámení s diagnózou a spokojeností s psychickou podporou od rodiny. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,054) mezi délkou obeznámení s diagnózou a spokojeností s psychickou podporou od přátel. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,459) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limitací v pracovním životě. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limitací v kontaktu s přáteli. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) významně častěji uvádějí, že v kontaktu s přáteli nejsou limitováni.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a strachem o sebe sama. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) významně častěji uvádějí, že nemají strach o sebe sama. Ten je největší u pacientů, kteří jsou obeznámení s diagnózou 1 až 3 měsíce.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a strachem o své blízké. **Ten vrcholí u pacientů, kteří jsou obeznámení s diagnózou 6 měsíců až 1 rok. Po tomto datu klesá.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,335) mezi délkou obeznámení s diagnózou a negativními pocity prožívanými v souvislosti s lékařským vyšetřením. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,413) mezi délkou obeznámení s diagnózou a ovlivněním finanční situace. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,05$) mezi délkou obeznámení

s diagnózou a omezeními v běžné dopravě. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) významně častěji uvádějí, že je onemocnění v běžné dopravě vůbec neomezuje.**

- existuje statisticky významný vztah ($<0,05$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a omezeními v cestování. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu (déle než 6 měsíců) významně častěji uvádějí, že je onemocnění v cestování neomezuje.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($0,308$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limity ve společenském životě způsobenými stomií. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($0,131$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limity v pracovním životě způsobenými stomií. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**

H2 (H_A) Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování strukturální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

H2 (H₀) Pacienti s kolorektálním karcinomem nepotřebují podporu sestry v oblasti zachování strukturální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

Tabulka 18- Vztah „délka obeznámení s diagnózou“ a vybrané faktory v oblasti zachování strukturální integrity

DÉLKA OBEZNÁMENÍ S DIAGNÓZOU A ...	χ^2	df	p
Typ léčby	7,691	12	0,809
S jakými příznaky navštěvují P/K lékaře	31,144	28	0,311
Doba trvání příznaků před návštěvou lékaře	32,732	16	<0,01
Problémy se stravováním	40,361	16	<0,001
Množství vypitých tekutin za den	14,661	16	0,55
Konzumace alkoholu	16,294	4	<0,01
Zácpa	17,457	16	0,357
Průjmem	47,640	16	<0,001
Současný zdravotní stav	21,531	16	0,159
Zvládání současné léčby	69,220	16	<0,001
Stomie	21,386	4	<0,001
Druh stomie	35,544	16	<0,01

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah (0,809) mezi délkou obeznámení s diagnózou a typem léčby. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,311) mezi délkou obeznámení s diagnózou a s jakými příznaky navštěvují P/K lékaře. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah (<0,01) mezi délkou obeznámení s diagnózou a dobou trvání příznaků před návštěvou lékaře. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou méně než 1 měsíc významně častěji uvádějí, že navštívili lékaře za méně než 1 týden poté, co se u nich objevily příznaky nemoci.**
- existuje statisticky významný vztah (<0,001) mezi délkou obeznámení

s diagnózou a problémy se stravováním. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že nemají vůbec žádné problémy se stravováním. Platí, že čím déle jsou pacienti obeznámení s diagnózou, tím menší mají problémy se stravováním.**

- neexistuje statisticky významný vztah (0,55) mezi délkou obeznámení s diagnózou a množstvím vypitých tekutin za den. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a konzumací alkoholu. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (více než 1 rok) významně častěji uvádějí, že konzumují alkohol.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,357) mezi délkou obeznámení s diagnózou a existencí zácpy. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,001$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a existencí průjmu. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou méně než 1 měsíc trpí průjmem častěji než pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,159) mezi délkou obeznámení s diagnózou a souvislostí se současným zdravotním stavem. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,001$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a zvládnutím současné léčby. **Platí, že čím déle jsou pacienti obeznámení s diagnózou, tím lépe zvládají současnou léčbu.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,001$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a skutečností, zda pacient má stomii či nikoliv. **Platí, že pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu (více než 3 měsíce) významně častěji uvádějí, že mají stomii.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a druhem stomie. **Platí, že pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (více než 1 rok) významně častěji uvádějí, že mají trvalou kolostomii.**

H3 (H_A) Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování energie v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

H3 (H₀) Pacienti s kolorektálním karcinomem nepotřebují podporu sestry v oblasti zachování energie v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

Tabulka 19- Vztah „délka obeznámení s diagnózou“ a vybrané faktory v oblasti zachování energie

DÉLKA OBEZNÁMENÍ S DIAGNÓZOU A	χ^2	df	p
...			
Absolvování preventivní prohlídky	8,972	8	0,345
Absolvování kolonoskopie	6,880	4	0,142
Důvod absolvování kolonoskopie	32,015	20	<0,05
Problémy se spánkem	12,659	16	0,698
Pocit'ování bolesti	36,534	16	<0,01
Prožívání kvality života – užívání léků	26,151	16	0,052
Dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne	29,124	16	<0,05
Psychická kondice	7,192	4	0,126
Fyzická kondice	7,416	4	0,115

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah (0,345) mezi délkou obeznámení s diagnózou a absolvováním preventivní prohlídky. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,142) mezi délkou obeznámení s diagnózou a absolvováním kolonoskopie. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významná souvislost (<0,05) mezi délkou obeznámení s diagnózou a důvodem absolvování kolonoskopie. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou méně než 1 měsíc významně častěji uvádějí, že vliv na absolvování kolonoskopie mělo preventivní vyšetření.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,698) mezi délkou obeznámení s diagnózou a problémy se spánkem. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významná souvislost (<0,01) mezi délkou obeznámení s diagnózou a pocit'ováním bolesti. **Pacienti, kteří jsou obeznámení**

s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že bolest vůbec nepocítují. Platí, že čím déle je pacient obeznámen s diagnózou, tím častěji uvádí, že bolest vůbec nepocítuje.

- neexistuje statisticky významný vztah (0,052) mezi délkou obeznámení s diagnózou a prožíváním kvality života – užívání léků. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významná souvislost ($<0,05$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a dostatkem energie potřebné k běžnému prožití dne. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu významně častěji uvádějí, že mají dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,126) mezi délkou obeznámení s diagnózou a psychickou kondicí. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,115) mezi délkou obeznámení s diagnózou a fyzickou kondicí. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**

H4 (H_A) Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování osobnostní integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

H4 (H₀) Pacienti s kolorektálním karcinomem nepotřebují podporu sestry v oblasti zachování osobnostní integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu

Tabulka 20 - Vztah „délka obeznámení s diagnózou“ a vybrané faktory v oblasti zachování osobnostní integrity

DÉLKA OBEZNÁMENÍ S DIAGNÓZOU A ...	χ^2	df	p
Informace o preventivním předcházení CRC	2,411	4	0,661
Důležitost informací poskytnutých PL	10,098	16	0,861
Důležitost informací poskytnutých zdravotnickým personálem	16,369	16	0,428
Poznání jedinců se stejným onemocněním	19,523	4	<0,001
Využití domácí péče	14,347	8	0,073
Strach z vyvedení stomie	51,434	20	<0,001
Limitace svým vzhledem	24,676	16	0,076
Vnímání sexuálního života	20,176	16	0,212
Negativní pocity v souvislosti se stomií	33,453	16	<0,01
Vnímání sebe sama po vytvoření stomie	19,711	16	0,234
Limitace stomií v soukromém životě	28,433	16	<0,05

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah (0,661) mezi délkou obeznámení s diagnózou a informací o preventivním předcházení kolorektálního karcinomu. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,861) mezi délkou obeznámení s diagnózou a důležitostí informací poskytnutých praktickým lékařem. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,428) mezi délkou obeznámení s diagnózou a důležitostí informací poskytnutých zdravotnickým personálem. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah (<0,001) mezi délkou obeznámení s diagnózou a poznáním jedinců se stejným onemocněním. **Pacienti, kteří jsou**

obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) významně častěji uvádějí, že znají někoho, kdo má stejný druh onemocnění jako oni.

- neexistuje statisticky významný vztah (0,073) mezi délkou obeznámení s diagnózou a využitím domácí péče. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,001$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a strachem z vyvedení stomie. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) významně častěji uvádějí, že stomii již mají případně že z jejího vyvedení nemají vůbec strach. Maximální strach z vyvedení stomie významně častěji uvádějí pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou 1 až 6 měsíců.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,076) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limitací svým vzhledem. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,212) mezi délkou obeznámení s diagnózou a vnímáním sexuálního života. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,01$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a negativními pocity v souvislosti se stomií. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou nejdelší dobu (déle než 1 rok) prožívají negativní pocity méně.**
- neexistuje statisticky významný vztah (0,234) mezi délkou obeznámení s diagnózou a vnímáním sebe sama po vytvoření stomie. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**
- existuje statisticky významný vztah ($<0,05$) mezi délkou obeznámení s diagnózou a limitací stomií v soukromém životě. **Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu (3 a více měsíců) významně častěji uvádějí, že v soukromém životě nejsou vůbec limitováni.**

4.2.7 Vyhodnocení vztahů oblast zachování sociální integrity

Tabulka 21- Vztah „spokojenost P/K s psychickou podporou zdravotnického personálu“ a vybrané faktory

SPOKOJENOST P/K S PSYCHICKOU PODPOROU ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU A...	χ^2	<i>df</i>	p
Chování lékařů	64,018	16	<0,001
Chování sester	47,080	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi spokojeností P/K s psychickou podporou zdravotnického personálu a hodnocením chování lékařů ze strany P/K. **Platí, že P/K, kteří byli spokojeni s psychickou podporou zdravotnického personálu ve vztahu ke svému onemocnění hodnotili ve významně větší míře chování lékařů pozitivně.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi spokojeností P/K s psychickou podporou zdravotnického personálu a hodnocením chování sester ze strany P/K. **Platí, že P/K, kteří byli spokojeni s psychickou podporou zdravotnického personálu ve vztahu ke svému onemocnění hodnotili ve významně větší míře chování sester pozitivně.**

Tabulka 22 - Vztah „negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem a pocity při hospitalizaci v souvislosti s kolorektálním karcinomem“

POCITY - NEMOCNIČNÍ REŽIM	χ^2	<i>df</i>	p
Pocity - hospitalizace	247,731	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pocíťováním nemocničního režimu a pocíťováním hospitalizace u P/K. **Platí, že P/K, kteří měli negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem, se ve významně větší míře cítili při hospitalizaci s kolorektálním karcinomem špatně, naopak ti P/K, kteří negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem neměli, se ve významně větší míře cítili při hospitalizaci dobře.**

Tabulka 23- Vztah „využití pomoci psychoterapeuta“ s vybranými faktory

VYUŽITÍ POMOCI PSYCHOTERAPEUTA A ...	χ^2	<i>df</i>	p
Vnímání psychické kondice	17,562	2	<0,001
Vnímání fyzické kondice	9,491	2	<0,05
Spokojenost s psychickou podporou rodiny	22,567	8	<0,01
Spokojenost s psychickou podporou přátel	11,719	8	0,164

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi využíváním pomoci psychoterapeuta v souvislosti s onemocněním respondenta a vnímáním vlastní psychické kondice. **Platí, že respondenti, kteří hodnotí vlastní psychickou kondici jako horší, statisticky významně častěji uvádějí, že pomoci psychoterapeuta při léčení svého onemocnění využili nebo že o této možnosti nevěděli, respondenti, kteří hodnotí svou psychickou kondici jako lepší významně častěji uvádějí, že pomoci psychoterapeuta nikdy nevyužili.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi využíváním pomoci psychoterapeuta v souvislosti s onemocněním respondenta a vnímáním vlastní fyzické kondice. **Platí, že respondenti, kteří hodnotí vlastní fyzickou kondici jako horší, statisticky významně častěji uvádějí, že o možnosti využití pomoci psychoterapeuta nevěděli, respondenti, kteří hodnotí svou fyzickou kondici jako lepší významně častěji uvádějí, že pomoci psychoterapeuta nikdy nevyužili.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi využíváním pomoci psychoterapeuta v souvislosti s onemocněním respondenta a spokojeností s psychickou podporou rodiny ve vztahu k vlastnímu onemocnění. **Platí, že respondenti, kteří jsou s psychickou podporou rodiny velmi spokojeni, významně častěji uvádějí, že pomoci psychoterapeuta nikdy nevyužili.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p = 0,164$) mezi využíváním pomoci psychoterapeuta v souvislosti s onemocněním respondenta a spokojeností s psychickou podporou přátel ve vztahu k vlastnímu onemocnění. **Tyto dva faktory spolu statisticky významně nesouvisí.**

4.2.8 Vyhodnocení vztahů oblast strukturální integrity

Tabulka 24 – Vztah „stomie“ s vybranými faktory

EXSTENCE STOMIE A ...	χ^2	df	p
Konzumace alkoholu	3,537	1	0,063
Kouření	2,155	1	0,146
Problémy se zácpou	15,024	4	<0,01
Problémy s průjmem	4,982	4	0,289
Dostatek energie k běžnému prožití dne	10,277	4	<0,05
Limitování svým vzhledem	17,161	4	<0,01
Finanční situace	15,672	4	<0,01
Podmínky pro cestování	7,882	4	0,096

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah ($p= 0,063$) mezi P/K se stomií a konzumací alkoholu. **Nebylo prokázáno, že P/K se stomií méně konzumují alkohol, než P/K bez stomie.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,146$) mezi P/K se stomií a kouřením. **Nebylo prokázáno, že P/K se stomií kouří méně, než P/K bez stomie.**
- existuje statisticky významný vztah ($p< 0,01$) mezi existencí stomie a problémy se zácpou. **Platí, že respondenti, kteří mají stomii, statisticky významně častěji uvádějí, že zácpou netrpí. Ti, kteří stomii nemají, významně častěji uvádějí, že trpí zácpou „středně“.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,289$) mezi existencí stomie a problémy s průjmem. Tyto dva faktory se statisticky významně neovlivňují.
- existuje statisticky významný vztah ($p< 0,05$) mezi P/K se stomií a dostatkem energie potřebné k běžnému prožití dne. **Platí, že P/K se stomií významně více uvádějí, že mají dostatek energie k běžnému prožití dne než P/K bez stomie.**
- existuje statisticky významný vztah ($p< 0,01$) mezi P/K se stomií a pocitem limitování svým vzhledem. **Platí, že P/K se stomií významně více uvádějí, že se cítí být limitováni svým vzhledem, než P/K bez stomie.**
- existuje statisticky významný vztah ($p< 0,01$) mezi P/K se stomií a skutečností, nakolik stomie ovlivnila jejich finanční situaci. **Platí, že P/K se stomií významně více uvádějí, že stomie do značné míry ovlivnila jejich finanční situaci, než P/K bez stomie. Konkrétní dopady na finanční situaci uvedeny ve frekvenční tabulce F70a. Na základě jejich analýzy lze konstatovat, že**

stomie je pro pacienty finanční zátěží.

- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,096$) mezi P/K se stomií a zhoršením podmínek pro cestování. **Nebylo prokázáno, P/K se stomií mají horší podmínky k cestování než P/K bez stomie.**

Tabulka 25 - Vztah „typ léčby“ s vybranými faktory

TYP LÉČBY A ...	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Problémy se zácpou	2,341	12	0,999
Problémy s průjmem	7,277	12	0,839
Problémy se spánkem	2,266	12	0,999
Vnímání psychické kondice	0,497	3	0,92
Vnímání fyzické kondice	0,936	3	0,817

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,999$) mezi typem léčby (chirurgická, radioterapie, chemoterapie, jiná) a problémy se zácpou. **Typ léčby kolorektálního karcinomu nemá statisticky významný vliv na problémy se zácpou.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,839$) mezi typem léčby (chirurgická, radioterapie, chemoterapie, jiná) a problémy s průjmem. **Typ léčby kolorektálního karcinomu nemá statisticky významný vliv na problémy s průjmem.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,999$) mezi typem léčby (chirurgická, radioterapie, chemoterapie, jiná) a problémy se spánkem. **Typ léčby kolorektálního karcinomu nemá statisticky významný vliv na problémy se spánkem.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,92$) mezi typem léčby (chirurgická, radioterapie, chemoterapie, jiná) a vnímáním psychické kondice. **Typ léčby kolorektálního karcinomu nemá statisticky významný vliv na vnímání vlastní psychické kondice.**
- neexistuje statisticky významný vztah ($p=0,817$) mezi typem léčby (chirurgická, radioterapie, chemoterapie, jiná) a vnímáním fyzické kondice. **Typ léčby kolorektálního karcinomu nemá statisticky významný vliv na vnímání**

vlastní fyzické kondice.

Tabulka 26 - Vztah „pitný režim“ a vybrané faktory

PITNÝ REŽIM ...	χ^2	<i>df</i>	p
Problémy se stravováním	22,494	16	<0,01
Problémy se zácpou	39,116	16	<0,01
Problémy s průjmem	79,523	16	<0,001
Problémy se spánkem	38,274	16	<0,01

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi pitným režimem a problémy se stravováním. **Platí, že pacienti, kteří vypijí denně méně tekutin, mají větší problémy se stravováním, než pacienti, kteří vypijí za den více tekutin.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi pitným režimem a problémy se zácpou. **Platí, že pacienti, kteří vypijí denně méně tekutin, mají větší problémy se zácpou, než pacienti, kteří vypijí za den více tekutin.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pitným režimem a problémy s průjmem. **Platí, že pacienti, kteří vypijí denně méně tekutin, mají větší problémy s průjmem, než pacienti, kteří vypijí za den více tekutin.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi pitným režimem a problémy se spánkem. **Platí, že pacienti, kteří vypijí denně méně tekutin, mají větší problémy se spánkem, než pacienti, kteří vypijí za den více tekutin.**

4.2.9 Vyhodnocení vztahů oblast zachování energie

Tabulka 27 - Vztah „bolest“ a vybrané faktory

BOLEST A...	χ^2	<i>df</i>	p
Dostatek energie	171,050	16	<0,001
Problémy se spánkem	64,693	16	<0,001
Existence stomie	10,845	4	<0,05
Provozování každodenních činností	62,830	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pocíťováním bolesti P/K a dostatkem energie potřebné k běžnému prožití dne. **Bylo prokázáno, že čím více P/K pocíťují bolest, tím méně mají energie potřebné k běžnému prožití dne.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pocíťováním bolesti P/K a problémy se spánkem. **Platí, že P/K, kteří nepocíťují bolest, významně častěji uvádějí, že nemají problémy se spánkem. S růstem míry pocíťované bolesti roste i míra problémů se spánkem.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi pocíťováním bolesti P/K a existencí stomie. **Platí, že P/K, kteří mají stomii významně více uvádějí, že bolest nepocíťují. Trend zde však není zřetelný a identifikovaná souvislost je slabá. Nelze jednoznačně tvrdit, že existenci stomie provází větší či menší bolest.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pocíťováním bolesti u P/K se stomií a skutečností, nakolik jim brání bolest v provozování každodenních činností. **Platí, že P/K, kteří nepocíťují bolest, ve významně větší míře uvádějí, že jim existence stomie nebrání v provozování každodenních činností. Nebylo prokázáno, že by existenci stomie byla spjatá s bolestí a bránila P/K v provozování jejich každodenních činností.**

Tabulka 28 – Vztah „dostatek energie“ a vybrané faktory

DOSTATEK ENERGIE A..	χ^2	<i>df</i>	p
Závislost na užívání léků	124,208	16	<0,001
Zdravotní stav	215,506	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi závislostí na užívání léků P/K a dostatkem energie potřebné k běžnému prožití dne. **Bylo prokázáno, že čím více je kvalitní život P/K závislý na užívání léků, tím méně mají energie potřebné k běžnému prožití dne.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi zdravotním stavem P/K a dostatkem energie potřebné k běžnému prožití dne. **Bylo prokázáno, že čím horší je zdravotní stav P/K, tím méně mají energie potřebné k běžnému prožití dne.**

Tabulka 29 – Vztah „preventivní prohlídky“ a vybrané faktory

PRAVIDELNÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY A...	χ^2	<i>df</i>	p
Nabídnutí testu na OK	172,265	4	<0,001
Informovanost předcházení CRC	21,718	2	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi účastí P/K na pravidelných preventivních prohlídkách a nabídkou provedení vyšetření na okultní krvácení. **Platí, že P/K, kteří absolvují pravidelné preventivní prohlídky, významně častěji uvádějí, že jim bylo v rámci těchto prohlídek nabídnuto provedení vyšetření na okultní krvácení.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi účastí P/K na pravidelných preventivních prohlídkách a jejich informovaností o možnostech předcházení kolorektálnímu karcinomu. **Platí, že P/K, kteří absolvují pravidelné preventivní prohlídky, významně častěji uvádějí, že slyšeli o možnostech předcházení kolorektálnímu karcinomu, zatímco P/K, kteří o možnosti pravidelných preventivních prohlídek nevědí, významně častěji uvedli, že o možnostech předcházení kolorektálnímu karcinomu neslyšeli.**

Tabulka 30- Vztah „psychická kondice“ s vybranými faktory

PSYCHICKÁ KONDICE A ...	χ^2	<i>df</i>	p
Nakolik onemocnění limituje v současném pracovním životě	11,748	5	<0,05
Využití pomoci domácí péče	14,468	2	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi hodnocením vlastní psychické kondice a skutečností, nakolik onemocnění limituje dotazovaného v jeho současném pracovním životě. **Platí, že respondenti, kteří hodnotí vlastní psychickou kondici, jako horší statisticky významně častěji uvádějí, že nepracují, ti, kteří hodnotí svou psychickou kondici jako lepší, významně častěji uvádějí, že je jejich onemocnění limituje „trochu“.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi hodnocením vlastní psychické kondice a využíváním pomoci domácí péče. **Platí, že respondenti, kteří hodnotí vlastní psychickou kondici, jako horší statisticky významně častěji uvádějí, že o možnosti využívání domácí péče nevěděli, ti, kteří hodnotí svou psychickou kondici jako lepší, významně častěji uvádějí, že domácí péče nikdy nevyužili.**

Tabulka 31- Vztah „vzdělání a účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře“

VZDĚLÁNÍ A ...	χ^2	<i>df</i>	p
Účast na pravidelných preventivních prohlídkách u praktického lékaře	22,424	8	0,01

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi vzděláním a účastí na pravidelných preventivních prohlídkách u praktického lékaře. **Platí, že respondenti s nejnižším (základním) vzděláním se účastní pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře ve statisticky významně menší míře.**

4.2.10 Vyhodnocení vztahů oblast zachování osobnostní integrity

Tabulka 32 – Vztah „sexuálního života a limitování sexuálního života v důsledku stomie“

VNÍMÁNÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA A...	χ^2	df	p
Limitování sexuálního života v důsledku stomie	56,787	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi vnímáním sexuálního života a limitováním sexuálního života P/K v důsledku stomie. **Platí, že P/K, kteří vnímají svůj sexuální život, jako velmi špatný ve významně větší míře uvádějí, že je stomie limituje v jejich sexuálním životě.**

Tabulka 33 – Vztah „stomie a kvalita pracovního života“

STOMIE A..	χ^2	df	p
Kvalita pracovního života	1,995	5	0,850

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- neexistuje statisticky vnímaný vztah ($p = 0,850$) mezi P/K se stomií a kvalitou pracovního života P/K. **Skutečnost, zda má P/K stomii či nikoliv vnímání pracovního života významně neovlivňuje. Nelze tedy konstatovat, že kvalita pracovního života u P/K se stomií je horší.**

Tabulka 34 – Vztah „obavy ze stomie a zvládání současné léčby“

OBAVY ZE STOMIE A...	χ^2	df	p
Zvládání současné léčby	97,342	20	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi obavami P/K ze stomie a zvládáním současné léčby. **Platí, že P/K, kteří mají obavy z toho, že budou muset mít stomii, uvádějí ve významně větší míře, že zvládají současnou léčbu špatně, zatímco pacienti, kteří již stomii mají, uvádějí ve významně větší míře, že zvládají současnou léčbu dobře.**

Tabulka 35 – Vztah „pocit'ování příznaků onemocnění a doba návštěvy ordinace“

POCIT'OVÁNÍ PŘÍZNAKŮ ONEMOCNĚNÍ A...	χ^2	<i>df</i>	p
Doba návštěvy ordinace	57,735	28	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi pocit'ováním příznaků onemocnění a dobou návštěvy ordinace u P/K. **Platí, že P/K navštívili ordinaci ve významně kratší době (méně než týden) v případě, kdy objevili krev ve stolici. V případě ostatních příznaků navštívili ordinaci nejčastěji v době od 1 týdne do 3 měsíců od jejich objevení.**

Tabulka 36 - Vztah „důležitost informací“ s vybranými faktory

DŮLEŽITOST INFORMACÍ A ...	χ^2	<i>df</i>	p
Porozumění informacím od praktického lékaře	202,716	16	<0,001
Porozumění informacím od lékaře - specialisty	257,872	16	<0,001
Porozumění informacím od sester	369,964	16	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi důležitostí, kterou pacient přisuzuje informacím poskytnutým zdravotnickým personálem a porozuměním informacím od praktického lékaře. **Platí, že čím lépe pacient porozumí informacím, podávaným praktickým lékařem, tím větší jim přisuzuje důležitost.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi důležitostí, kterou pacient přisuzuje informacím poskytnutým zdravotnickým personálem a porozuměním informacím od lékaře - specialisty. **Platí, že čím lépe pacient porozumí informacím, podávaným lékařem - specialistou, tím větší jim přisuzuje důležitost.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi důležitostí, kterou pacient přisuzuje informacím poskytnutým zdravotnickým personálem a porozuměním informacím od sester. **Platí, že čím lépe pacient porozumí informacím, podávaným sestrami, tím větší jim přisuzuje důležitost.**

Tabulka 37 - Vztah „důležitost informací“ s vybranými faktory

ZNÁ PACIENTA SE STEJNÝM DRUHEM ONEMOCNĚNÍ A ...	χ^2	<i>df</i>	p
Porozumění informacím od praktického lékaře	16,62	4	<0,01
Důležitost, přisuzovaná informacím od jiných lidí, kteří mají s onemocněním zkušenosti	88,575	4	<0,001

* χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi skutečností, zda dotazovaný zná pacienta se stejným druhem onemocnění a porozuměním informacím od praktického lékaře. **Platí, že respondenti, kteří uvedli, že znají jiného pacienta se stejným druhem onemocnění, ve významně větší míře uvádějí, že rozumí informacím od praktického lékaře.**
- existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi skutečností, zda dotazovaný zná pacienta se stejným druhem onemocnění a důležitostí, přisuzovanou informacím od jiných lidí, kteří mají s onemocněním zkušenosti. **Platí, že respondenti, kteří uvedli, že znají jiného pacienta se stejným druhem onemocnění, přisuzují informacím od jiných lidí, kteří mají s onemocněním zkušenosti maximální důležitost.**

5 DISKUZE

Výzkumná část disertační práce byla zpracována kombinací kvalitativních a kvantitativních metod. Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo, pomocí rozhovorů, zjistit specifika péče u pacientů s kolorektálním karcinomem. Tyto údaje pak byly využity v rámci kvantitativního šetření, k vytvoření nestandardizovaného dotazníku. Následující kvalitativní šetření, prováděné metodou focus group sloužilo k ověření námi navržené ošetrovatelské dokumentace, vycházející z modelu M. E. Levine. V diskuzi dochází k prolínání se ústředních témat v kvalitativním i kvantitativním výzkumu a velkému počtu proměnných souhrnně.

První hypotéza v rámci analýzy kvantitativních dat byla „***Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování sociální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu.***“. Na základě testování této hypotézy můžeme říci, že délka trvání kolorektálního karcinomu ovlivňuje sociální integritu pacienta v oblastech limitace kontaktu s přáteli, strachem o sebe sama, strachem o své blízké, problémy v běžné dopravě a při cestování (Tabulka 17). Toto zjištění pro nás nebylo překvapující, jak uvádí Levine (1967) vztah s jinými lidmi je podstatou našeho lidství. Člověk, jakožto lidská bytost, poznává sebe sama na základě odezvy ostatních lidí. Díky tomu lze říci, že naši sociální integritu mohou ovlivnit například negativní pocity (strach), psychické onemocnění, jako je úzkost či deprese, vztahy v rodině, s přáteli i v zaměstnání.

Ve výzkumném šetření byl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a strachem o sebe sama a své blízké. Zjistili jsme, že pacienti s kolorektálním karcinomem, kteří jsou obeznámeni s diagnózou déle než 1 rok, významně častěji uvádějí, že nemají strach o sebe sama. Největší strach o sebe sama mají pacienti, kteří jsou seznámeni s diagnózou v rozmezí 1 až 3 měsíců. Strach o své blízké mají pacienti, kteří jsou obeznámeni s diagnózou v období 6 měsíců až 1 roku. Poté trend klesá. Z Grafu 6 je taktéž patrné, že strachem o sebe sama trpělo nejčastěji 39,2 % respondentů „trochu“ a o své blízké mělo strach nejčastěji 33,9 % respondentů na škále „hodně“. Toto zjištění není nijak překvapující, protože diagnóza karcinomu je spojená se strachem z ohrožení našeho bytí (Sekot et al., 2005). Strach může být také dán nejasným hodnotovým žebříčkem, který by měl nastiňovat smysl našeho života (Bužgová, 2015). Křivohlavý (2002) dodává, že samotná smrt je opředena mnoha tajemstvími, která mohou vést k bagatelizaci či tabuizaci smrti. Smith (2015) uvádí, že

častou komorbiditou nádorového onemocnění je deprese. Toto tvrzení dokazuje kupříkladu i Linden et al. (2012) či Akyol (2015), kteří prokázali vliv rakoviny na vznik úzkosti a deprese. Christensen a Drago (2016) uvádějí, že výskyt příznaků úzkosti a deprese zhoršuje prognózu pacientů s nádorovým onemocněním.

V této fázi je pacient vystaven ohrožení svého bytí nebo jinými ztrátami. Má narušenou tělesnou integritu. Ztrácí svou autonomii, a to zejména přízpůsobením se léčebnému režimu. Díky čemuž je často vyloučen ze svých běžných aktivit a je mu změněna jeho sociální identita (Zemanová, 2008). Zjistili jsme statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a limitací v kontaktu s přáteli. Pacienti, kteří jsou obeznámeni s diagnózou déle než 1 rok častěji uvádějí, že nejsou limitováni v kontaktu se svými přáteli. Tento fakt může být dán tím, že pacienti již nejsou v akutní fázi onemocnění a jsou vyléčeni, proto se mohou vrátit zpět ke svému dřívějšímu stylu života. Avšak v průběhu samotné nemoci jsou pacienti vystaveni celé řadě pocitů jako osamocení, opuštění, přehlížení či stigmatizace. Těmito pocity se mění i mezilidské vztahy, úroveň blízkých a společenských vztahů (Raudenská, Javůrková, 2011).

Se změnou schopnosti provádění běžných aktivit souvisí možnost dopravy a cestování. V našem šetření jsme prokázali vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a problémy způsobenými kolorektálním karcinomem v běžné dopravě a cestování. Pacienti, kteří mají diagnostikované toto onemocnění déle než 1 rok významně častěji nejsou v běžné dopravě omezováni. Pacienti, kteří jsou obeznámeni s diagnózou déle než 6 měsíců také uvádějí, že je onemocnění v oblasti cestování neomezuje. Toto zjištění může být dáno tím, že se pacienti nacházejí v období po úspěšné léčbě. Pacienti se mohou po oznámení diagnózy izolovat od svého okolí. Tato izolace může být dána osobnostními a charakterovými vlivy, nebo také bolestí, kterou pacient při obsluze kupříkladu automobilu může pociťovat.

Druhá hypotéza zněla: „***Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování strukturální integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu***“. Na základě testování této hypotézy můžeme říci, že délka trvání kolorektálního karcinomu ovlivňuje strukturální integritu pacienta v oblastech návštěvy lékaře, stravování, vylučování a zvládání současné léčby (Tabulka 18).

Z šetření vyplývá, že pacienti, kteří jsou seznámeni s diagnózou kratší dobu (méně než měsíc), významně častěji uvádějí, že navštívili lékaře za méně než týden poté, co se u nich objevili příznaky nemoci. Domníváme se, že tento výsledek může být způsoben strachem o sebe sama, vlídným přístupem lékařů prvního kontaktu či nabídnutím

preventivní prohlídky. Viemeire et al. (2001) uvádějí, že bezproblémová spolupráce se předpokládá přibližně u 30 až 50 % pacientů, a to bez ohledu na onemocnění či prognózu. Spolupráci ovlivňují faktory demografické (věk, pohlaví, rodinný stav aj.) či psychiatrické onemocnění (Griffith, 1990). Zolnierek a DiMatto (2009) dodávají také komunikaci pacienta s lékařem. Dále bylo zjištěno, že čím déle jsou pacienti obeznámeni s diagnózou, tím lépe zvládají současnou léčbu. Tento fakt může být také dán dostatečnou a vhodnou komunikací s pacientem a předáním informací. „*Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu ale nikde není stanoven rozsah těchto informací*“ (Ptáček et al., 2011, s 172). Vždy záleží na konkrétním lékaři a jeho zkušenostech. Informace, které jsou podávány zejména onkologickým pacientům by měly být pravdivé, avšak podávané šetrně (Ptáček et al., 2011).

Hrbková a Šachlová (2004) uvádějí, že pro funkci organismu je nezbytný příjem živin. Výživa je v nemoci potřebná z důvodu neschopnosti jedince přijímat dostatečné množství hodnotné stravy. Proto je naše tělo nuceno využívat zásobní tělesné živiny a v některých případech i vlastní stavební látky, jako jsou svaly. Tělo je vyčerpáváno ztrátou bílkovin, které jsou však nezbytné ke správnému fungování našeho imunitního systému. Z výše popsaných důvodů je tedy zřejmé, že racionální strava nemusí být pro pacienta s kolorektálním karcinomem vhodná. V našem výzkumném vzorku označila více jak 1/2 respondentů problémy se stravováním (Graf 18). Existuje také statisticky významný vztah u pacientů, kteří jsou obeznámeni s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že nemají žádné problémy se stravováním. Platí tedy, že čím déle jsou pacienti obeznámeni s diagnózou, tím menší mají problémy se stravováním. Jelikož v rámci posuzování pacienta pomocí modelu M. E. Levine je postupováno komplexně je vhodné vidět dopad výživy ve všech 4 principech. Výzkumníci Ravasco et al. (2003) zjistili, že snížená výživa má negativní vliv na pohyblivost, omezení v obvyklých aktivitách a zvyšuje úzkost až depresi jedinců. Riziko podvýživy mají také pacienti, kteří podstoupili radioterapeutickou léčbu. Z výsledků výzkumů prováděného Van Blarigan et al. (2018) vyplývá, že pacienti dodržující stravu bohatou na ovoce, zeleninu a vlákninu, spolu s fyzickou aktivitou a zdravou tělesnou hmotností, přežívají déle než pacienti nedodržující tato opatření. Podle Vyzuli (2001) by pacienti s onkologickým onemocněním měli konzumovat více bílkovin, než zdraví jedinci, aby nedocházelo k jejich hubnutí. S tímto tvrzením souhlasí i Skřička et al. (2009), který dodává, že je nutné dodávat bílkoviny i elektrolyty, jelikož dochází k jejich ztrátám z důvodu propustnosti střev. Glinska et al. (2009) uvádí, že nejčastější dietní chybou u

pacientů se stomií je nadměrná konzumace tučných, kořeněných potravin a perlivých nápojů.

S výživou také souvisí konzumace alkoholu, který v námi prováděném výzkumném šetření konzumuje přibližně ½ dotazovaných (Tabulka 10). K podobným výsledkům dospěli Kisvetrová a Gabrhelíková (2012), ty ve výzkumném šetření prováděném na zdravé populaci s ohledem na kolorektální karcinom zjistili, že alkohol konzumuje jednou týdně 36,7 % Čechů a 43,3 % Skotů. Yang et al. (2017) uvádějí, že konzumace alkoholu je spojená s vyšším rizikem kolorektálního karcinomu. V této problematice také existuje statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a konzumací alkoholu. Pacienti, kteří jsou obeznámeni s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že konzumují alkohol. Specifickou skupinu v konzumaci alkoholu tvoří pacienti, kterým byla z důvodu kolorektálního karcinomu vyvedena stomie. Alkohol je totiž u stomiků dle Zachové et al. (2010) v malém množství povolen, avšak autorka toto množství nedefinuje. Upozorňuje na vyvarování se piva, které vytváří plynatost a má projímavé účinky, avšak může také trávení podporovat.

V oblasti strukturální integrity se také hodnotí vylučování pacienta (Levine, 1967). Existuje statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a průjmem. Pacienti, kteří jsou informováni o své diagnóze méně než 1 měsíc trpí průjmem častěji než pacienti, kteří jsou seznámeni s diagnózou delší dobu. Průjem v dřívější době může být dán typem léčby (Eng et al., 2007). Pacienti léčení radioterapií nebo chemoterapií mnohdy také trpí závažnými anorekálními příznaky (Haas et al., 2018). Pacienti s kolorektálním karcinomem mající chronické střevní potíže, které ovlivňují absorpci živin, by měli být sledováni (Brown et al., 2009).

Vlivem léčby také může být vyvedena dočasná nebo trvalá stomie. V šetření jsme zjistili, že pacienti, kteří jsou obeznámeni s diagnózou delší dobu (více než 3 měsíce) významně častěji uvádějí, že mají stomii. Pokud jsou pacienti seznámeni s diagnózou déle než 1 rok, významně častěji uvádějí, že mají trvalou kolostomii. Tento fakt může být způsoben tím, že pacientům je v první části léčby chirurgicky odstraněn nádor, při kterém se může vyvést dočasná stomie (Kala et al., 2011), která se ve druhé fázi může zpět zanořit (Penka, Kala, 2008). S problematikou vyústění stomie souvisí dostatek pomůcek, které mají pacienti v péči o stomii. Více než ½ respondentů uvádí, že má dostatečný počet pomůcek potřebných v péči o stomii. Jelikož jsou pomůcky limitovány zákonem č. 290/2017 Sb., který mění zákon o veřejném zdravotním pojištění, může se z počátku jednotlivcům stát, že nebudou mít dostatek pomůcek. A to zejména z důvodu

toho, že mají stomii krátce a nepoužívají pro ně vhodnou pomůcku. Zachová et al. (2012) dodávají, že pacienti také nemusejí docházet ke stomické sestře, která je vzdělaná a včas rozpozná změny v okolí stomie, a doporučí pacientovi úpravu pomůcky.

Třetí hypotéza byla: „*Pacienti s kolorektálním karcinodem potřebují podporu sestry v oblasti zachování energie v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu*“. Na základě testování této hypotézy můžeme říci, že délka trvání kolorektálního karcinomu ovlivňuje energii pacienta v oblastech prevence-kolonoskopie, bolesti a dostatku energie k běžnému prožití dne (viz tabulka 19).

V našem šetření má přibližně ½ dotazovaných dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne (Graf 39). Existuje také statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a dostatkem energie k běžnému prožití dne. Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou delší dobu významně častěji uvádějí, že mají dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne. Tomruk et al. (2009) uvádí, že nádorové onemocnění krátkodobě či dlouhodobě negativně ovlivňuje člověka únavou, celkovou slabostí a bolestí. Ve výzkumu skupiny pod vedením Curt et al. (2000) bylo zjištěno, že únava způsobila změnu každodenních činností u 88 % účastníků výzkumu.

V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou seznámení s diagnózou a bolestí a negativními pocity. Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že bolest vůbec nepocítují. Platí, že čím déle je pacient informován o své diagnóze, tím častěji uvádí, že bolest vůbec nepocítuje. Vorlíček et al. (1998) však uvádějí, že pacienti s onkologickým onemocněním trpí organicky podmíněnou bolestí. K intenzitě vnímání a ovlivnění prahu bolesti přispívají psychický stav a psychologické faktory. Námi získané výsledky mohou být tedy vysvětleny vyléčením nádorového onemocnění. Suchánek et al. (2012) uvádějí, že mezi bolesti patří nejen bolest břicha, ale pacienti mohou také pociťovat břišní nepohodu, zvýšenou plynatost a jiné symptomy charakterizující toto onemocnění. S tímto tvrzením se shodují i Becker et al. (2005). Zylla et al. (2017), kteří analyzovali 50 studií, ve kterých prokázali, že bolest netvořila významný prognostický faktor pro celkové přežití pacientů s kolorektálním karcinodem.

Existuje také statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a důvodem provádění kolonoskopie. Pacienti, kteří jsou seznámeni s diagnózou méně než 1 měsíc, významně častěji uvádějí, že vliv na absolvování kolonoskopie mělo

preventivní vyšetření. Tento výsledek může být způsoben tím, že pacient má možnost vybrat si vhodný screeningový nástroj. Jak uvádějí Grega et al. (2016) může pacient podstoupit vyšetření stolice (FIT, gFOBT) nebo vyšetření samotného střeva (kolonoskopie). Mezi výhody provádění FIT či gFOBT patří neinvazivnost screeningu (odběr do speciální zkumavky či na testovací okénka), nevýhodou by mohla být nutnost provádění 1x ročně u osob ve věku 50-54 let, nad 55 let provádění testů jednou za dva roky a při pozitivitě nutnost provedení kolonoskopie. Výhodou kolonoskopie je, že se opakuje jednou za 10 let a to při negativním výsledku. Při výkonu je možné odebrat biotický materiál (Falt et al., 2016).

Poslední hypotéza byla: **„Pacienti s kolorektálním karcinomem potřebují podporu sestry v oblasti zachování osobnostní integrity v závislosti na délce trvání kolorektálního karcinomu“**. Na základě testování této hypotézy můžeme říci, že délka trvání kolorektálního karcinomu ovlivňuje osobnostní integritu pacienta v oblastech získávání informací, prožívání negativních pocitů, strach ze stomie, limitace soukromého života (viz tabulka 20).

Polovina námi oslovených respondentů vnímá získávání informací od zdravotníků jako velmi důležité (Graf 45). Autoři Poland et al. (2017) tento výsledek potvrzují svým výzkumem. Zjistili totiž, že pacienti i jejich pečující mají potřebu získat, co nejvíce informací od zdravotnických pracovníků. Jako další zdroj informací mohou posloužit pacienti, kteří již prodělali kolorektální karcinom. Námi oslovení respondenti vnímají důležitost informací získávaných od osob, které již prodělali kolorektální karcinom na škále „hodně“ nebo naopak „vůbec ne“ (Graf 46). Tento výsledek může být způsoben jedinečností a růzností člověka a jeho osobnostních rysů. To může vést k potřebě zvládnout své onemocnění sám bez pomoci nebo s pomocí rodinných příslušníků či osob blízkých. Může to být způsobeno tím, že pacientovi nebyla nabídnuta možnost setkání s jedincem, který má zkušenost s kolorektálním karcinomem. Existuje také statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a poznáním jedinců se stejným onemocněním. Pacienti, kteří jsou informováni o své diagnóze déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že znají někoho, kdo má stejný druh onemocnění jako oni. Deboild (2016) dodává, že setkávání se s osobami se stejným onemocněním vede ke snížení úzkosti.

Zjistili jsme také, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou obeznámení s diagnózou a prožíváním negativních pocitů. Pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou déle než 1 rok prožívají negativní pocity méně. Domníváme se, že toto

zjištění je dáno získáním zkušenosti nebo také tím, že s odstupem času dochází k vytěsňování vzpomínek (Křivohlavý, 2013). S tím souvisí i další statisticky významný vztah, ze kterého vyplývá, že pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou déle než 1 rok významně častěji uvádějí, že stomii již mají, případně, že z jejího vyvedení nemají vůbec strach. Pacienti se stomií se musí vyrovnat nejen s diagnózou kolorektální karcinomu, ale přijmou i dramatickou změnu obrazu svého těla (Marquis, Marrel, Jambon, 2003). To vyplynulo i z našeho šetření, neboť pacienti se stomií, se cítí být limitováni více svým vzhledem než pacienti bez stomie. S vnímáním vlastního obrazu těla jistě souvisí i sexuální život a s ním spojené problémy. Bylo zjištěno, že pacienti, kteří vnímali svůj sexuální život, jako špatný, významně častěji uváděli, že je stomie limituje v sexuálním životě. To potvrzuje i výzkum Anaraki et al. (2012), kteří zjistili u výzkumného vzorku 102 respondentů, že před vytvořením stomie bylo 81,4 % sexuálně aktivních, zatímco po vytvoření stomie obnovilo sexuální aktivitu pouze 33,3 % pacientů. S tímto souvisí i výzkum autorů v čele s Ussher et al. (2015), kteří zjistili, že 78 % žen a 76 % mužů má po diagnóze rakoviny sníženou sexuální aktivitu.

Bylo také zjištěno, že maximální strach z vyvedení stomie významně častěji uvádějí pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou 1 až 6 měsíců. Tento fakt může být zapříčiněn například tím, že vyvedená stomie může ovlivňovat pracovní život pacienta. Dle McGratha et al. (2016) může být stomie příčinou odchodu ze zaměstnání. V našem šetření jsme neprokázali vliv stomie na problémy v pracovním životě. Tento výsledek může být dán věkem respondentů, kdy více než polovina respondentů byla v důchodovém věku.

V této oblasti jsme také zjistili, že pacienti, kteří jsou obeznámení s diagnózou více než 3 měsíce významně častěji uvádějí, že v soukromém životě nejsou vůbec limitováni. Zde jsme očekávali vyšší podíl omezení právě v brzkém období po diagnostice kolorektálního karcinomu. Podobné zjištění však publikovali Ramsey et al. (2002), kteří zjistili, že pacienti kteří dosáhnou dlouhodobé remise, pociťují relativně vysokou kvalitu života a to i přestože mají určité symptomy jako je např. deprese či průjem. Kvalita života je také dána možností pohybu. Courneya et al (2003), poukazují na vliv fyzické aktivity po karcinomu. Pacienti, kteří po zákroku obnovili svou fyzickou aktivitu, se dožívají vyššího věku. Pohybová aktivita také snižuje riziko výskytu recidivy. Pro další předcházení kolorektálního karcinomu je potřeba pacienty edukovat o vhodném životním stylu, který zahrnuje nejen pravidelný pohyb, ale i jiné stravovací návyky (Brown et al., 2009).

Na základě předvýzkumu prováděného s pacienty, kteří prodělali kolorektální karcinom a focus groupu prováděného se sestrami, jsme se zjišťovali odpovědi na výzkumné otázky „*Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?*“ a „*Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?*“ Jelikož je každý pacient individuální a měli bychom na něj pohlížet holisticky, je potřeba znát rozdíly v péči u jednotlivých onemocnění. Z výsledků výzkumu vyplývá, že by měli být pacienti lépe informováni o preventivním vyšetření kolorektálního karcinomu, které je upraveno vyhláškou 317/2016 Sb. o preventivních prohlídkách. Dokazuje to i odpověď informantky P3 „*nikdo mě nikam nezval...*“. Dále však informanti uváděli, že znají a byla jim vysvětlena rizika kolorektálního karcinomu. Domníváme se, že tento výsledek je dán medializací prevence nádorových onemocnění a větší možností zjištění si informací (kvalitních i nekvalitních) na internetu. Dále bylo zjištěno, že nejzásadnější změnou pro pacienty bylo vyvedení stomie. P1 uvedl: „*...Tady mám ten vývod, je to trochu jinačí než když byl člověk bez tohohle všeho.*“. Michálková et al. (2009) uvádějí, že možnost vyvedení stomie či vyvedená stomie je pro člověka velice zatěžující. Z tohoto důvodu potřebuje pacient veškerou dostupnou odbornou péči, která je natolik specifická, že vyžaduje odborníka neboli stomickou sestru. S vyústěním stomie byly zjištěny následující limity pocíťované pacienty. Změna stravování, omezení v sociálním životě, omezení v pohybu a pacient P4 dodal, že limitem jsou peníze („*...Všechno, co je zdravý, je drahý.*“). Pailová (2010) či Hrbková a Šachlová (2005) uvádějí, že u pacientů se stomií je nutná změna stravovacích návyků. Ve svých pracích představují i rozdíly v jídelníčku ileostomika a kolostomika. Levine (1967) uvádí, že podstata lidskosti je výsledkem vztahů s ostatními lidmi, z tohoto důvodu bychom se měli snažit pacienta navrátit, co nejdříve do jeho sociálního prostředí. Weiss et al. (2010) dodávají, že onkologické onemocnění mění nejen sociální kontakty, ale celou kvalitu života pacienta (psychiku, systém hodnot, ekonomický status aj.). S psychickou podporou pacienta jistě souvisí i podpora rodiny a pacientových nejbližších. Krška et al. (2014) dodávají, že onkologičtí pacienti potřebují úpravu aktivit dle jejich možností s přihlédnutím na fyzická a psychická omezení, rychlejší únavu nebo nutnost většího množství přestávek. Ve výzkumném šetření jsme také zjistili, že ve větší míře pacienti udávají, že neznají nikoho se stejným onemocněním. Přitom Křivohlavý (2002) z důvodu vzájemné podpory doporučuje stýkání se se svými bývalými spolu pacienty. Pro oznámení diagnózy bylo pro pacienty nejtěžší zvládnout novou situaci. Sdělení špatné zprávy je

pro pacienta vždy velice psychicky náročné. Z tohoto důvodu je potřebné komunikovat s pacientem individuálně, zajistit dostatek soukromí, být připraveni na dotazy pacienta, dodržovat přání. Pokud si pacient nepřeje například znát celou svoji diagnózu apod. (Linhartová, 2007).

Poslední výzkumné otázky jsou: „*Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?*“ a „*Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v komunitní praxi u pacientů s kolorektálním karcinomem?*“. Modifikovaná dokumentace přináší sestřím ucelený rámec sloužící k hodnocení potřeb pacienta s kolorektálním karcinomem. Z šetření vyplynuly silné a slabé stránky této anamnézy. Kvitováno bylo zjištění i zamlžených informací a jasné a přehledné hodnocení fyziologických funkcí. Za slabé stránky bylo označeno velké množství informací, které nemusejí být v klinické praxi podstatné a možné zasahování do kompetencí lékaře (oblast dietních omezení). V rámci druhého focus group bylo upozorněno na subjektivní hodnocení bolesti dle číselné škály. Přičemž Vörösová et al. (2015) uvádějí, že bolest je subjektivně vnímaný prožitek, který pacientovi musíme věřit, tak abychom mohli zvolit vhodnou léčbu je nutné bolest dostatečně a dobře popsat. Vhodné pro hodnocení bolesti je využívat škál, které usnadňují, jak komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem, tak i komunikaci v rámci ošetrovatelského týmu. Dále bylo sestrami poznamenáno, že se anamnéza nedá vyplnit v akutním stavu. Domníváme se, že vždy záleží individuálních schopnostech sestry a pacienta, které jsou potřebné k vyplnění anamnézy. Vždy je tedy potřeba přistupovat ke každému pacientovi odlišně a stanovit si priority, které jsou pro něj v tuto chvíli aktuální. V rámci celkového náhledu na ošetrovatelskou dokumentaci uváděly některé sestry, že je pro ně tento materiál přínosný, jiné se naopak nemohly s novou dokumentací ztotožnit.

6 ZÁVĚR

Disertační práce poskytuje celistvý pohled na problematiku kolorektálního karcinomu v České republice. Pro dosažení námi stanovených cílů jsme využili kombinaci kvalitativně kvantitativního výzkumného šetření. V předvýzkumu, realizovaném rozhovory s 8 informanty, jsme pomocí dvou výzkumných otázek, zjistili specifika ošetrovatelské péče.

Tato specifika a model M. E. Levine nám dále sloužil k vytvoření nestandardizovaného dotazníku. V rámci kvantitativního šetření byly stanoveny čtyři hypotézy, pomocí nichž jsme zjistili, že pacienti s kolorektálním karcinomem mají změny ve všech principech koncepčního modelu v souvislosti s délkou diagnózy kolorektální karcinom. V rámci zachování sociální integrity jsou pacienti omezováni v oblastech kontaktu s přáteli, v běžné dopravě, v cestování, strachem o sebe sama a své blízké. V principu zachování strukturální integrity byly zjištěny problémy se stravováním, konzumací alkoholu, průjmem, zvládnutím současné léčby, stomií a druhem stomie. V oblasti zachování energie byl potvrzen vliv délky obeznámení s diagnózou a kolonoskopie prováděné v rámci preventivního vyšetření, pocíťování bolesti a nedostatku energie k běžnému prožití dne. V principu zachování osobnostní integrity jsme zjistili, že délka doby určuje strach z vyvedení stomie, poznání jedinců se stejným onemocněním, prožívání negativních pocitů a omezení v soukromém životě. Dále jsme také odhalili další souvislosti ovlivňující kvalitu života pacienta s kolorektálním karcinomem. Poslední realizované kvalitativní šetření se sestrami sloužilo k zjištění možnosti využití námi navrhované anamnézy vycházející z koncepčního modelu M. E. Levine v klinické a komunitní praxi. S ohledem na výše uvedené považujeme naplnění cílů za splněné.

Práce přináší mnoho poznatků v péči o pacienty s kolorektálním karcinomem, vymezuje oblasti, ve kterých jsou pacienti nejvíce omezováni, oblasti kterým bychom měli věnovat pozornost. Tyto poznatky lze využít, nejen v praxi, ale také při teoretické přípravě sester. Námi navržená anamnéza by mohla ulehčit práci sestrám pečujícím o pacienty s kolorektálním karcinomem. Sestra má totiž velký potenciál proniknout do komplexnosti člověka a tím předcházet problémům, které by vedly ke ztrátě celistvosti a následné nedostatečné adaptaci jedince na změnu způsobenou kolorektálním karcinomem. Přínos sestry též vidíme v preventivním předcházení kolorektálního karcinomu, kde by měli sestry pracující u praktických lékařů věnovat této problematice

velkou pozornost. Mimo jiné v práci spatřujeme také důvod k dalšímu zkoumání problematiky kolorektálního karcinomu.

6.1 Modifikovaná ošetrovatelská dokumentace

1) Teoretická východiska

Základní informace - Teorie čtyř konzervačních principů M. E. Levine

Celistvost (holismus) neboli integrita je otevřený systém

- existuje vzájemnost mezi různorodými funkcemi a částmi uvnitř celku, jejichž hranice jsou otevřené a plynulé
- pro pochopení celku je nutné porozumění částem
- každý člověk je individuální a má různé reakce na problémy prostředí

Adaptace

- proces postupné změny, při níž si jednatelce udrží svoji integritu vnitřního a vnějšího prostředí
- zachování je výsledek
- každý jednatelce má ustálené vzory reakcí, které jsou jedinečně navrženy k zajištění úspěchu v základních životních aktivitách
- adaptivní vzory chování mohou být skryté v individuálních genetických kódech

Prostředí

- vnitřní (fyziologické a patofyziologické stránky) a zevní prostředí (3 úrovně: 1. vjemové 2. praktické 3. pojmové prostředí)
- vjemová úroveň zahrnuje stránky světa, které jsou jednatelci schopni zachytit a vyložit svými smysly
- praktická úroveň obsahuje věci, které ovlivňují jednatelce fyzicky, přestože je nevnímají přímo (např. mikroorganismy)
- pojmová úroveň je tvořena kulturními vzory (náboženské vyznání, víra, symboly, myšlení a historie)

Reakce organismu

- schopnost jednatelce přizpůsobit se podmínkám vnitřního nebo vnějšího prostředí je nazývána reakcí organismu
- rozdělena na 4 následující úrovně:
 - *syndrom boje nebo úniku*
 - jednatelce vnímá, že je ohrožen, i když tato hrozba nemusí skutečně existovat
 - *zánětlivá reakce*
 - obranný mechanismus chránící jednatelce proti napadení v nepřátelském prostředí
 - *reakce na stres*
 - předvídatelná, nespecifická změna organismu, dlouhotrvající hormonální reakce na životní zkušenosti zapříčiňující strukturální změny

- *podvědomí jednotlivce*
 - jednatelvec vnímá svět okolo sebe, vyhledává informace z okolí, což mu umožňuje zajistit si bezpečí

Zachování (konzervace)

- popisuje způsob, jakým jsou komplexní systémy schopny pokračovat ve funkci i v případě velkého ohrožení
- zaměřuje se na dosažení rovnováhy mezi zásobou a spotřebou energie v biologických skutečnostech specifických pro každého jednotlivce
- existují 4 konzervační principy:
 - *Zachování energie* - jednatelvec vyžaduje rovnováhu energie a stálou obnovu energie k udržení životních aktivit, proces hojení a stárnutí nároky na energii zvyšují
 - *Zachování strukturální integrity* - hojení je proces obnovení strukturální a funkční integrity prostřednictvím konzervace v obraně celistvosti
 - *Zachování osobnostní integrity* - zahrnuje úctu ke každé osobě, sebeúcta a pocit identity jsou pro pacienta důležité
 - *Zachování sociální integrity* - život získává smysl prostřednictvím sociálních komunit a zdraví je ovlivněno společností

2) Ošetřovatelská anamnéza

I.

a) Základní anamnestické údaje:

- Věk
- Pohlaví – žena x muž
- Vývojové stádium (dle WHO):
 - období plné dospělosti 18–29 let
 - období mladého věku 30–44 let
 - období středního věku 45–59 let
 - období stárnutí 60–74 let
 - období starého věku 75–89 let
 - období stařecké 90 let a více
- Zdravotní stav
- Sociokulturní zařazení (např. student, zaměstnanec, OSVČ...)
- Rodinné zázemí (vdaná/ženatý, rozvedená/rozvedený, vdova/vdovec; počet dětí; s kým žije v domácnosti atd.)
- Bydliště

b) Oblasti konzervačních principů

- Zachování energie – rovnováha mezi příjmem a výdejem energie, stravování (vč. zhodnocení základních ukazatelů BMI, hmotnost, výška)
- Zachování strukturální integrity – zhodnocení funkce jednotlivých systémů (orgánových soustav) – dýchací soustava, trávicí, pohybová, nervová, imunitní systém, kardiovaskulární systém
- Zachování osobnostní integrity - zhodnocení psychického stavu
- Zachování sociální integrity – zhodnocení rodinného, pracovního a sociálního zázemí vč. možnosti naplňování rolí

II.

Identifikovaný deficit

III.

Zvolený ošetrovatelský zásah se zohledněním zažitých kulturních vzorců

Ošetrovatelská anamnéza		Identifikace pacienta:
		Kontakt na osobu blízkou:
I. Základní anamnestické údaje		
Zdravotní stav: *		
<input type="checkbox"/> fyzický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹		
<input type="checkbox"/> psychický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹		
Alergie (vč. alergie na potraviny):		
.....		
Pacient seznámen s diagnózou:	Potřeba psychologické péče: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> ano	Přání v oblasti psychologické podpory:	
<input type="checkbox"/> ne	
Počet dětí:		
Osoby ve společné domácnosti:		
<input type="checkbox"/> žiji sám/sama <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> druh/družka <input type="checkbox"/> děti		
<input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> širší rodina <input type="checkbox"/> někdo jiný:		
Sociokulturní zařazení:	Bydliště:	Způsob bydlení:
<input type="checkbox"/> studující	<input type="checkbox"/> vesnice (menší obec)	<input type="checkbox"/> dům
<input type="checkbox"/> nezaměstnaný/á	<input type="checkbox"/> město	<input type="checkbox"/> byt
<input type="checkbox"/> OSVČ, podnikatel	<input type="checkbox"/> velkoměsto	<input type="checkbox"/> domov pro seniory
<input type="checkbox"/> zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru	Možnost dopravy autem:	<input type="checkbox"/> dům s pečovatelskou službou
<input type="checkbox"/> invalidní důchodce (plný, částečný)	<input type="checkbox"/> ano, mám ŘP	<input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> starobní důchodce	<input type="checkbox"/> ano, zajistí rodina	
<input type="checkbox"/> rodičovská, mateřská dovolená	<input type="checkbox"/> ano, mám ŘP, ale neřídím	
<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> jiné:	

Bytové podmínky: <input type="checkbox"/> bariérové (běžné) bydlení <input type="checkbox"/> bezbariérové bydlení <input type="checkbox"/> dobrá dopravní obslužnost <input type="checkbox"/> veškerá občanská vybavenost <input type="checkbox"/> nedostatečná dopravní obslužnost <input type="checkbox"/> nedostatečná občanská vybavenost <input type="checkbox"/> samota u lesa <input type="checkbox"/> jiné:		Dostupnost základní občanské vybavenosti <i>(př. lékař, pošta, doprava...) v místě bydliště:</i> <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> nedokážu posoudit <input type="checkbox"/> špatná <input type="checkbox"/> velmi špatná	
Oblastí konzervačních principů			
Zachování energie:			
Základní zdravotní ukazatele: <input type="checkbox"/> výška: <input type="checkbox"/> hmotnost: <input type="checkbox"/> BMI: <input type="checkbox"/> obvod pasu: <input type="checkbox"/> obvod paže: <input type="checkbox"/> TK: <input type="checkbox"/> TT:		Nutriční screening: <input type="checkbox"/> proveden <input type="checkbox"/> neproveden výsledek: Nutriční terapeut kontaktován: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
		Dietní omezení: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Dieta č. Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Sebe sama vnímám: <input type="checkbox"/> velmi pozitivně <input type="checkbox"/> spíše pozitivně <input type="checkbox"/> neutrálně <input type="checkbox"/> spíše negativně <input type="checkbox"/> velmi negativně		Projevy pacienta: <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> orientován: <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> prostorem <input type="checkbox"/> jiné:	

Zachování sociální integrity	
Zastávané role: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> manžel <input type="checkbox"/> manželka <input type="checkbox"/> rodič <input type="checkbox"/> prarodič <input type="checkbox"/> vdova <input type="checkbox"/> vdovec <input type="checkbox"/> zaměstnanec <input type="checkbox"/> zaměstnavatel <input type="checkbox"/> živitel/ka rodiny <input type="checkbox"/> nemocný (pacient) <input type="checkbox"/> jiné:	Spokojenost se sociálním životem: <input type="checkbox"/> zcela spokojen/a <input type="checkbox"/> spíše spokojen/a <input type="checkbox"/> nedokáže posoudit <input type="checkbox"/> spíše nespokojen/a <input type="checkbox"/> zcela nespokojen/a
Potřeba kontaktu se sociální pracovníci: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Zachování strukturální integrity	
Bolest: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> charakter bolesti: <input type="checkbox"/> intenzita bolesti: ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹	
Dýchací soustava: <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> produktivní <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> léky..... <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> CHOPN <input type="checkbox"/> jiné onemocnění:	
Oběhová soustava: <input type="checkbox"/> hypertenze <input type="checkbox"/> hypotenze <input type="checkbox"/> ICHS (specifikovat)..... <input type="checkbox"/> ICHDK (specifikovat)..... <input type="checkbox"/> onemocnění žil (specifikovat)..... <input type="checkbox"/> trombembolická nemoc..... <input type="checkbox"/> jiné:	

Nervová soustava:

- úzkost strach
- psychické onemocnění (specifikovat):
- vrozené vývojové vady (specifikovat):
- zánětlivá onemocnění (specifikovat):
- poúrazová onemocnění (specifikovat):
- degenerativní onemocnění (specifikovat):

Pohybová a opěrná soustava:

- kompenzační pomůcky (jaké).....
- jiné:

Smyslové orgány (zrak, sluch, čich, hmat):

- poruchy zraku.....
 - kompenzační pomůcky.....
- poruchy sluchu.....
 - kompenzační pomůcky.....
- jiné:

Trávicí soustava:

- denní příjem tekutin:litru
- P/K hodnotí svůj pitný režim jako: zcela vyhovující vyhovující nedokáže posoudit
 spíše nevhovující nevhovující
- datum poslední stolice.....
- potíže při vylučování: ne ano: inkontinence stolice průjem zácpa
 jiné.....

Stomie:

- ne ano: kolostomie ileostomie trvalá dočasná
- edukace o stomii: proběhla neproběhla
 - témata: výživa vyprazdňování péče o stomii
 - komplikace stomické pomůcky jiné.....
- péče o stomii provádí P/K: sám/sama rodinný příslušník ADP jiné:
- pomůcky k ošetření stomie:
 - stomické sáčky čisticí stomické pomůcky ochranné stomické pomůcky
 - adhezivní pasta jiné:.....
- komplikace stomie:
 - kožní komplikace (př. alergická reakce, iritace) krvácení nekróza okraje stomie
 - píštěle prolaps (výhřez) stomie retrakce (vtažení) stomie stenóza
 - jiné:

Pohlavně – vylučovací soustava:

- PMK ne ano (zaveden dne).....
- potíže při močení (specifikovat).....
- menstruace ano ne
- menopauza ano (od kdy) ne
- porody:
- potraty:
- onemocnění prostaty (specifikovat).....
- jiné:.....

Kožní soustava:

- vstupy: ano ne
 - PŽK (zaveden dne)..... CŽK (zaveden dne).....
 - PICC (zaveden dne)..... iv. port (zaveden dne).....

jiné:

kožní problémy: ano ne

ekzém lupénka opruzeniny

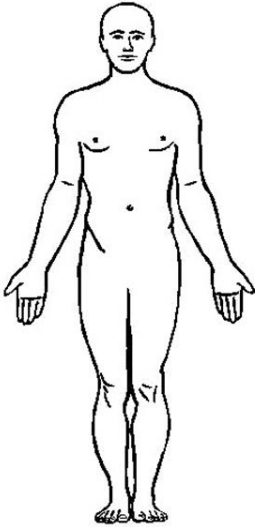
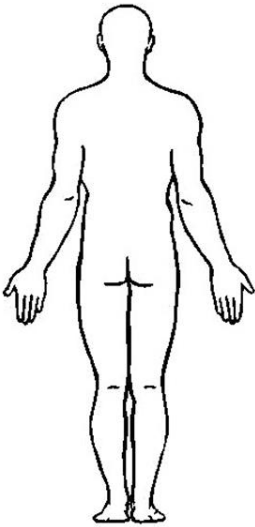
dekubitus I. stupně II. stupně III. stupně IV. stupně

ošetřeno:.....

op.rána (specifikovat; ošetřeno).....

jiné:

(Obrys těla pro zakreslení vstupů, operačních ran apod.)

Barthel test základních všedních činností ADL: proveden neproveden výsledek:

Riziko dekubitů (Norton, Braden): proveden neproveden výsledek:

II. Identifikovaný deficit

Deficit:	Míra dopadu:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 – 2 – 3 – 4 – 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 – 2 – 3 – 4 – 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-2-3-4-5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-2-3-4-5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-2-3-4-5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-2-3-4-5
III. Zvolený ošetrovatelský zásah	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anamnézu odebral/a: (datum a podpis)	S uvedenými údaji souhlasím: (podpis pacienta)
.....

* Pozn.: V případě číselného hodnocení na škále od 1 do 10 číslo 1 označuje nejlepší stav, číslo 5 je prostřední hodnotou (ani dobré, ani špatné) a číslo 10 je označením nejhoršího stavu.

V případě číselného hodnocení od 1 do 5 označuje číslo 1 nejlepší stav, číslo 3 je prostřední hodnotou a číslo 5 označuje nejhorší stav.

Disertační práce se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu č. 048/2015/S „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi.“, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAM, Z. et al., 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vydání. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-802-4708-966.

ADAM, Z., VORLÍČKOVÁ H. 2012. Protinádorová farmakologická léčba. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 119-158 . ISBN 978-80-247-3742-3.

AKYOL, M. et. al., 2015. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among turkish colorectal cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(7), 657–664. doi: 10.1093/jjco/hyv051.

ALLIGOOD, M. R. et al., 2010. *Nursing theory: Utilization & application*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Elsevier. 545 s. ISBN 9780323056403

ALLIGOOD, M. R. et al., 2014. *Nursing theory: Utilization & application*. Fifth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby. 476 s. ISBN 978-0-323-09189-3.

ANARAKI, F. et al., 2012. Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian Journal of Palliative Care*. 18(3), 176-180. doi: 10.4103/0973-1075.105687

ANTONOVÁ, M., 2008. Intimní problémy stomiků. *Sestra*. 18(11), 47. ISSN 1210-0404

ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.

ASHBURN, J. H., et al., 2013. Consequences of anastomotic leak after restorative proctectomy for cancer: effect on long-term function and quality of life. *Dis Colon rectum*. 56(3), 275–280. doi: 10.1097/DCR.0b013e318277e8a5

BAKKER, I. S. et al., 2014. Risk factors for anastomotic leakage and leak-related mortality after colonic cancer surgery in a nationwide audit. *Br J Surg*. 101(4), 424–432. doi: 10.1002/bjs.9395.13.

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Garada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

- BASAVANTHAPPA, B. T., 2007. *Nursing theories*. Indie: Jaypee Brothers Medical Publishers. 418 s. ISBN 9788180619632.
- BECKER, H. D. et al., 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.
- BEDNAŘÍK, O., 2008. Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku. *Interní medicína pro praxi*. 10(4), 172–178 . ISSN 1212-7299.
- BEDNAŘÍK, O., VORLÍČEK, J., 2012. Klinická klasifikace zhoubných nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 58-62. ISBN 978-80-247-3742-3.
- BENCKO, V., 2017. Možnosti prevence nozokomiálních nákaz pacientů před závažnými chirurgickými výkony. *Praktický lékař*. 97(4), 147-150. ISSN 1805-4544.
- BENEŠOVÁ, V., 2017. Léčba mCRC u 62letého muže – význam mezioborové spolupráce. *Onkologie*. 11(2), 96-98. ISSN 1802-4475.
- BERRÍOS-TORRES, S. et al., 2017. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surgery*. 152(8), 784-791. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904.
- BERTELSEN, C., A. et al., 2010. Anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer: risk factors. *Color Dis*. 12(1), 37–43. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01711.x.
- BORTLÍK, M. 2005. Kolorektální karcinom. In: LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 195-202. ISBN 80-247-1283-0.
- BRABCOVÁ, I. et al., 2009. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 3(5), 316-318. ISSN 1802-4475.
- BREIVIK, H. et al., 2009. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*. 20(8), 420–1433. doi: 10.1093/annonc/mdp001.
- BROWN, G., 2007. *Colorectal cancer*. New York: Cambridge University Press. 255 s. ISBN 978-0-521-69291-5.

BROWN, J., K., 2003. Nutrition and Physical Activity During and After Cancer treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices. *A Cancer Journal for Clinicians*. 53(5), 268-291. ISSN 1542-4863

BRUERA, E., KIM, H. N., 2003. Cancer pain, *JAMA*. 290(18), 2476-2479. doi:10.1001/jama.290.18.2476.

BUCHS, N., C. et al., 2008. Incidence, consequences, and risk factors for anastomotic dehiscence after colorectal surgery: a prospective monocentric study. *Int J Color Dis*. 23(3), 265–270. doi: 10.1007/s00384-007-0399-3.12.

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CARROLL, M. et al., 2014. Tests and investigations for colorectal cancer screening. *Clinical Biochemistry*. 47(10-11), 921-939. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2014.04.019.

COUFAL, O. et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.

COURNEYA, K. S., 2003. A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*. 12(4), 347-357. ISSN 1365-2354.

CURT, G. A et al., 2000. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients:new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*. 5(5), 353-360. doi: 10.1634/theoncologist.5-5-353

ČWIERTKA, K., 2008. Přehled nechirurgické léčby kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2(1), 17-22. ISSN 1802-4475.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 9788024732138.

ČERNÝ, V. et al., 2009. *Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. Předanestetické vyšetření)*. In: *Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2018-11-24]. Dostupné z:

http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/MP_CSARIM_Predanest_vysetreni_verze_2_final_190509.pdf

DIEBOLD, L., 2016. Stoma and shame: engaging affect in the adaptation to a medical device. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 34(1), 32-41. ISSN 0813-0531.

DIENSTBIER, Z., STÁHALOVÁ, V., 2012. *Onkologie pro laiky*. 2 vydání. Praha: Liga proti rakovině, 128 s. ISBN 978-80-86031-65-1.

DIVIŠ, P. et al., 2016. Kolorektální karcinom – současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Medicína pro praxi*, 13(1), 34–38. ISSN 1214-8687.

DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

DOUGLAS, M., MAŇÁSEK, V., 2015. Organizace PICC týmu v zahraničí. *Medical Tribune*. 19(neuvedeno), neuvedeno. ISSN 1214-8911.

DOYLE, D. J., GARMON, E. H., 2019. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class). [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>

DRLÍKOVÁ, K. et al. 2010. Komplexní předoperační příprava. In: ZACHOVÁ, V. et al. *Stomie*. Praha: Grada, s. 56-63. ISBN 978-80-247-3256-5.

ELIAKIM, R. et al., 2009. Prospective multicenter performance evaluation of the second-generation colon capsule compared with colonoscopy. *Endoscopy*. 41(12), 1026-1031. DOI: 10.1055/s-0029-1215360.

ENG, C. et al., 2007. Impact on quality of life of adding cetuximab to irinotecan in patients who have failed prior oxaliplatin-based therapy: The EPIC trial. *J Clin Oncol*. 25 (20), 4003, doi 10.1200/jco.2007.25.18_suppl.4003.

EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICE, 2018. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/>

EVANS, H. et al., 2002. The risk of subsequent primary cancers after colorectal cancer in southeast England. *Journal list*. 2002, 50(5), 647-652. ISSN 0017-5749.

FALT, P. et al., 2016. Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostickou a terapeutickou koloskopii. *Gastroenterologie a hepatologie*. 70(6), s. 523-538. DOI: 10.14735/amgh2016csgh.info19

FRIČ, P., ZAVORAL, M., 2013. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. *Onkologie*. 7(4), 167-171. ISSN 1802-4475.

GLASER, B., STRAUSS, A. 1968. *Time for Dying*. Chicago: Adline. 284 p. ISBN 978-0202308586

GLINSKA, J. et al., 2009. Problemy pacjentów ze stomią jelitową wynikające ze sposobu odżywiania. *Proktologia*. 10(3), 188–196. ISSN 16405382

GLOBOCAN, 2012. [online]. Lyon: IARC. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: <https://gco.iarc.fr/>

GONZALEZ-SAENZ DE TEJADA, M. et al., 2017. Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1263-1269. doi: 10.1002/pon.4303

GREGA, T. et al., 2016. Současné principy kolorektálního screeningu karcinomu – od oportunního k populačnímu screeningovému programu. *Gastroenterologie a hepatologie*, 70(5), 383–392. ISSN 1804-7874.

GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 9788027104611.

HAAS, S. et al., 2018. Anal sphincter dysfunction in patients treated with primary radiotherapy for anal cancer: a study with the functional lumen imaging probe. *Acta Oncologica*. 57(4), 465-472. doi: 10.1080/0284186X.2018.1438658.

HAESLER, E. et al., 2014. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. 2. vydání. Perth: Cambridge Media. 72 s. ISBN 978-0-9579343-6-8

HILŠEROVÁ, S., 2010. Dekubity-prevence a jejich léčba. *Urolog. pro Praxi*, 11(1), 47-49. ISSN 1213-1768.

HOCH, J., PRAUSOVÁ, J. 2014. Nádory tlustého střeva. In: KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, s. 541-551. ISBN 978-80-247-4284-7.

HOLUBEC, L. et al., 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. 194 s. ISBN 80-247-0636-9.

HRBKOVÁ, D., ŠACHLOVÁ, M., 2005. *Co potřebujete vědět o výživě po operacích střeva* [online]. Brno: Univerzitní onkologické centrum [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: www.mou.cz/vyziva/t2542

HUANG, H., H. et al., 2014. Postoperative Hypocaloric Peripheral Parenteral Nutrition With Branched-Chain-Enriched Amino Acids Provides No Better Clinical Advantage Than Fluid Management in Nonmalnourished Colorectal Cancer Patients. *Nutrition and Cancer*. 66(8), 1269-1278. doi 10.1080/01635581.2014.956248

CHRASTINA, J., 2009. Principy testů určených k detekci okultního krvácení do stolice a jejich charakteristika. *Interní medicína pro praxi*. 11(4), 193-196. ISSN 1212-7299.

CHRISTENSEN, M., DRAGO, A., 2016. Genetic determinants of psychic resilience after a diagnosis of cancer. *Integrative Cancer Science and Therapeutics*, 3(4), 516-542. doi: 10.15761/ICST.1000201.

CHROMÝ, K. et al., 2004. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 9788024714738.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JANSEN, F. et al., 2015. A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Supportive Care in Cancer*.23(6), 1689-1697.doi: 10.1007/s00520-014-2528-1

JAROŠOVÁ, D., 1999. *Vybrané kapitoly z teorie ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis, 122 s. ISBN 80-7042-318-8.

- JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
- JURETIĆ, A., 2014. Personalised cancer medicine in colorectal cancer - a short overview. *Rad 520. Medical Sciences*. 40 (nevedeno), 33-39. ISSN nevedeno.
- KALA, Z. et al., 2011. Chirurgická a miniinvazivní léčba kolorektálního karcinomu. *Onkologie*, 5(5), 270-272. ISSN 270-272.
- KARGES, W. J. P., AL DAHOUK, S., 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7.
- KELNAROVÁ, J., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: 2. ročník, 1 díl*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 97880279816.
- KISVETROVÁ, H., GABRHELÍKOVÁ, L., 2012. Preventivní program kolorektálního karcinomu v České republice a ve Skotsku. *Kontakt*. 14(2), 145–151. doi: 10.32725/kont.2012.016.
- KOCNA, P., 2017. Kvantitativní analýza hemoglobinu ve stolici – význam pro screening kolorektálního karcinomu. *Onkologická revue*, 2(nevedeno), 6-10. ISSN 2464-7195.
- KRŠKA, Z. 2011. Pooperační komplikace. In: ZEMAN, M., KRŠKA, Z. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada, s. 277-302 . ISBN 978-80-247-3770-6.
- KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-802-4742-847.
- KRZNARIĆ, Ž., KUNOVIĆ, A., 2015. Clinical nutrition and colorectal cancer. *Medical Sciences*. 41(nevedeno), 97–105. ISSN 20763271.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada. 131 s. ISBN 978-802-4744-360.

KÜBLER-ROSS, E. 1972. *Interview mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz. 368 p. ISBN 9783783103724

KUCHYNKOVÁ, Z., HLADÍKOVÁ, M. 2016. Medicína založená na důkazech. In: KUCHYNKA, P. *Oční lékařství*. 2.vyd. Praha: Grada, s. 12-26. ISBN 978-80-247-5079-8.

KUKIC, B., 2017. Colonoscopy in colorectal cancer diagnostics - the most frequently asked questions and dilemmas. *Medicinski pregled*. 70(11-12), 359-363. DOI: 10.2298/MPNS1712359K.

KURZOVÁ, A. 2011. Příprava pacienta před anestezií. In: Málek, J. et al. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, s. 69-81. ISBN 978-80-247-3642-6.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LAI, E., J. et al., 2009. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc*. 69(3), 620–625. DOI: 10.1016/j.gie.2008.05.057.

LAW, W., L. et al., 2007. The impact of postoperative complications on long-term outcomes following curative resection for colorectal cancer. *Ann Surg Oncol* 14 (9) 2559–2566. doi: 10.1245/s10434-007-9434-4.

LEVINE, M. E. 1965. Trophicognosis: an alternative to nursing diagnosis. *ANA Clin Conf*. (2), 55-70.

LEVINE, M. E. 1966. Adaptation and Assessment: A Rationale for Nursing Intervention. *The American Journal of Nursing*. 66 (11): 2450-2496. doi: 10.2307/3420045

LEVINE, M. E. 1967. The Four Conservation Principles of Nursing. *Nursing forum*, 6(1), 45-59. doi: 10.1111/j.1744-6198.1967.tb01297.x.

LEVINE, M. E. 1969. *Introduction to Clinical Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis, ISBN 9780803656017.

- LEVINE, M. E. 1971. Holistic Nursing. *Nursing Clinics of North America*, 6(2) 253-263
- LEVINE, M. E. 1973. *Introduction to Clinical Nursing*. 2. Philadelphia: F. A. Davis. ISBN 978-0803656017.
- LEVINE, M. E. 1988. Antecedents from Adjunctive Disciplines: Creation of Nursing Theory. *Nurs Science Quarterly*. 1(1), 16-21. doi: 10.1177/089431848800100106.
- LEVINE, M. E. 1996. The Conservation Principles: A Retrospective 9. *Nursing Science Quarterly*. 9(1), 38-41. doi: 10.1177/089431849600900110.
- LINDEN, W. et al., 2012. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*. 141(2-3), 343–351. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025
- LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784.
- LIPSKÁ, L., VISOKAI, V., 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu: komplexní přístup z pohledu chirurga*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4
- LISOVÁ, K., PAULÍKOVÁ, V., 2013. Ošetřování PICC. *Medical Tribune*. 23(neuvedeno), neuvedeno. ISSN 1214-8911.
- LONGO, C., J. et. al., 2007. An examination of cancer patients' monthly 'out-of-pocket' costs in Ontario, Canada. *European Journal of Cancer Care*. 16(neuvedeno), 500–507. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00783.x
- LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 8024712830.
- LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2 vydání. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- MAČÁK, J. et., 2012. *Patologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.

- MACHOVÁ, A., 2009. Využití modelu M. E. Levine v komunitní péči o seniora. *Kontakt*. 11(1), 164-168. doi: 10.32725/kont.2009.030
- MÁLEK, J, 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
- MAŇÁSEK, V. et al., 2012. Žilní vstupy v onkologii. *Klin Onkol*. 25(1), 9-16. ISSN 0862-593X.
- MAŇÁSEK, V., 2013. Indikace dlouhodobých venózních katetrů v onkologii a PICC systém. *Medical Tribune*. 23(neuvedeno), neuvedeno. ISSN 1214-8911.
- MANDYSOVÁ, P. et al., 2012. Česká verze Škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2(4), 137- 142. ISSN 1338-6263.
- MAREK, J. et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vydání. Praha: Grada. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
- MAREŠ, J., 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. 89(2), 59-64. ISSN 0032-6739.
- MARQUIS, P. M., MARREL, A. M, JAMBON, B., 2003. Quality of life in patients with stomas: The montreux study. *Ostomy Wound Manage*. 49(2), 48-55. ISSN 08895899
- MASLOW, A., H., 1943. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. doi:10.1037/h0054346
- MASTILIAKOVÁ, D, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 168. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MCGRATH, C. et al., 2016. Cancer Put My Life on Hold. *Wolters Kluwer Health*, 00(0), 1-8. doi: 10.1097/NCC.0000000000000359
- MCKIBBON, K., A., 1998. Evidence-based practice. *Bull Med Libr Assoc*. 87(1), 396-401. ISSN 0025-7338.

- MEFFORD, L. C., ALLIGOOD, M., R., 2017. *Nursing Theorist and Their Work – E-Book*. 9. vyd. Missouri: Elsevier. 601 p. ISBN 978-0-323-40224-8
- MEISNEROVÁ, E., 2011. Nutriční podpora u střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi*. 13(1), 35-37. ISSN 1212-7299.
- MELUZÍNOVÁ, H. et al., 2006. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě?. *Klin Farmakol Farm*. 20(neuvedeno), 144-149. ISSN 1803-5353.
- MICHÁLKOVÁ, H., 2009. Stomické sestry v České republice. *Sestra*. 19(3), 38-40. ISSN 1210-0404.
- MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-1443-1.
- MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MONTELEONE, G. et al., 2012. The dual role of inflammation in colon carcinogenesis. *Int. J. Mol. Sci*. 13(9), 11071-11084. doi: 10.3390/ijms130911071
- NCCN Guidelines, 2018. *NCCN Guidelines version 1.2018: Adult Cancer Pain* [online]. Plymouth Meeting: neuvedeno [cit. 2018-12-04]. Dostupné z: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
- PAILOVÁ, N., 2010. Výživa stomiků. České Ilco – dobrovolné sdružení stomiků [online]. Ostrava: Městská nemocnice Ostrava [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/zivot/vyziva.php>.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
- PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PENKA, I., KALA, Z., 2008. Chirurgická léčba chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2(1), 12-16. ISSN1802-4475.

POLAND, F. et al., 2017. Developing patient education to enhance recovery after colorectal surgery through action research: a qualitative study. *BMJ Open*. 7, (neuvedeno), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013498

PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-802-4754-710.

RAMSEY, S., D. et al., 2002. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *American Journal of Gastroenterology*. 97(5), 1228-1234, doi 10.1111/j.1572-0241.2002.05694.x

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

RAVASCO, P., I. et al., 2003. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy?. *Radiotherapy and Oncology*. 67(2), 213-220. doi: 10.1016/S0167-8140(03)00040-9.

REMEŠ, J., BENCKO, V., VALENTA, Z., 2007. Rizikové faktory prostředí a životního stylu u kolorektálního karcinomu. *Hygiena*, 52(3), 87-88. ISSN 1802-6281.

RICHTER, I., 2008, Současné možnosti léčby kolorektálního karcinomu. *Postgraduální medicína*. 3(neuvedeno), 33-41. ISSN 1212-4184.

RYSKA, M., LANGER, D., 2013. Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 7(4), 179-182. ISSN 1802-4475.

SADOVSKÁ, O., 2007. Starostlivosť o onkologického starostlivosť o onkologického pacienta v pokročilom štádiu pacienta v pokročilom štádiu ochorenia. *Via practica*. 4(S2), 31-40. ISSN 1336-4790.

SEGNAN, N. et al., 2010. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 387 s. ISBN 978-92-79-16435-4.

SEIFERT, B. et al., 2014. Results of the Czech National Colorectal Cancer Screening Programme – Faecal Occult Blood Tests. *Klinická onkologie*. 27(Suppl 2), 87-97. doi: 10.14735/amko20142S87.

SEIFERT, B. et al., 2015. Variabilita testů na okultní krvácení používaných praktickými lékaři ve screeningu kolorektálního karcinomu v České republice. *Gastroent Hepatol*. 69(3), 255–258. doi:10.14735/amgh2015255

SELLSCHOPP, A., 1984. Psychosocial problems in the rehabilitation of cured patients. *Münchener medizinische Wochenschrift*. 126(9), 227-230. ISSN 1615-8164

SERLIN, R.,C. et al., 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function, *Pain*. 61(2) 277-284. ISSN 0304-3959.

SHMERLING, R., 2015. Fitness May Reduce Lung, Colon Cancer Risk. *Harvard Health Publications*. neuvědno (neuvědno), pp neuvědno.

SCHAEFER, K, M. et al., 1991. *Levine's Conservation Model a Framework for Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Co, p. 282. ISBN 0803677472

SCHAFER, K. M. 2013. Levine's Conservation Model in Nursing Practice. ALLIGOOD, M. R. et al. *Nursing theory: utilization & application*. Fifth edition. Missouri: Elsevier Mosby, p. 160-180. ISBN 978-0-323-09189-3.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SCHNEIDEROVÁ, M., BENCKO, V., 2015. Kolorektální karcinom - současný pohled na rizikové a protektivní faktory, možnosti prevence. *Onkologie*. 9(4), 178-182. ISSN 1802-4475.

SCHOENFELD, P., S., COHEN, J., 2013. Quality indicators for colorectal cancer screening for colonoscopy. *Tech Gastrointest Endosc*. 15(2), 59–68. doi: 10.1016/j.tgie.2013.02.005

SKÁLA, B., 2018. *Prevence a screening onkologických onemocnění* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Onkologie-2018.pdf>

SKALICKÝ, P., VYSLOUŽIL, K., 2008. Dispenzarizace nemocných po radikální resekci kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2(1), 24-27. ISSN 1802-4475.

SKŘIČKA, T. et al., 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vydání. Praha: Forsapi. 76 s. ISBN 978-80-87250-01-3.

SLÁMA, O. et al., 2017. *Farmakoterapie nádorové bolesti* [online]. Brno: neuvedeno [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/13-8-farmakoterapie-nadorove-bolesti/f1299>

SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., 2007. Nádorová bolest a možnosti její léčby. *Urol List*. 5(2), 14-20. ISSN 1214-2085.

SLATTERY, M. E., 2004. Physical activity and colorectal cancer. *Sports Med*. 34(4), 239-252. doi:10.2165/00007256-200434040-00004.

SMITH, H., R., 2015. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*. 9(4), 1509-1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944.

SOUKUPOVÁ, P. 2005. Péče o stomie. LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 257-268. ISBN 80-247-1283-0.

STOMICI.CZ, 2014. *Mohu jako stomik pít alkohol?* [online]. Neuvedeno: neuvedeno [cit. 2017-11-30]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/poradna/dotaz/13>.

SUCHÁNEK, Š. et al., 2011. Epidemiologie, etiologie, screening a diagnostika kolorektálního karcinomu, včetně diagnosticko-terapeutických zákroků na tlustém střevě. *Onkologie*. 5(5), 261-265. ISSN 1802-4475

SUCHÁNEK, Š. et al., 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. 31 s. ISBN 978-80-204-2474-7.

SUCHÁNEK, Š. et al. 2017. Screening kolorektálního karcinomu. In: ŠPIČÁK, J. et al. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada. s. 15-21. ISBN 978-80-271-0318-8.

ŠACHLOVÁ, M., MÁJEK, O., 2015. Screening kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 9 (4), 162-166. ISSN 1803-5345.

ŠEFLOVÁ, L., BERÁNKOVÁ, I., 2006. Management ošetřování dekubitů. *Interní Med.* 5(neuvedeno), 252–256. ISSN 1214-8687.

ŠEFLOVÁ, L., JANČÍKOVÁ, G., 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicina pro praxi.* 7(Suplement A), 56-67. ISSN 1214-8687.

ŠERCLOVÁ, Z., ANTOŠ, F., 2002. *Nemocný s ileostomií a kolostomií: DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE* [online]. Neuvedeno: ČLS JEP [cit. 2017-11-30]. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK Ewjar_u95P7gAhVwyoUKHbXABkgQFjAAegQIChAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cls.cz%2Fdokumenty%2Fos%2Ft180.rtf&usg=AOvVaw2Q8bHt2WqT30Uo7yDsNxr7

ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4453-7.

TIRAYOVÁ, L., 2001. Psychofarmakologie v onkologii, možnosti ovlivnění bolesti. *Psychiatrie pro praxi.* 5(neuvedeno), 201-205. ISSN 1213-0508.

TOMÁŠEK, J., 2017. *Standard kolorektální karcinom* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uNeCOR8XatsJ:https://www.mou.cz/3-5-kolorektalni-karcinom/f82+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b-d>

TOMRUK, M. et al., 2015. Predictors of functional capacity in colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer.* 23(9), 2747-2754. doi: 10.1007/s00520-015-2639-3.

TÓTHOVÁ, V. 2017. Úvod. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. ed. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 8-9. ISBN 978-80-7422-630-4.

URBAN, O. et al., 2004. Endoskopická diagnostika a léčba povrchových nepolypózních neoplazií trávicí trubice. *Folia Gastroenterol Hepatol.* 2 (4), 165 – 173 ISSN 1214-4088.

URBAN, O., 2008. Diagnostika kolorektálního karcinomu. *Onkologie.* 2(1), 9-11. ISSN 1802-4475.

USSHER, M. J, PERZ, J, GILBERT, J., 2015. Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer.* 15(268), 1-18. doi: 10.1186/s12885-015-1243-8

ÚZIS, 2018. ÚZIS [online]. Nevedeno: nevedeno [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

VAN BLARIGAN, E., L. et al., 2018. Association of Survival With Adherence to the American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guidelines for Cancer Survivors After Colon Cancer Diagnosis. *JAMA Oncology.* 4(6), 783-790. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.0126.

VAN CUTSEM, E. et al., 2014. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 25(Suppl 3), iii1–iii9. doi: 10.1093/annonc/mdu260.

VAN CUTSEM, E. et al., 2016. ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology.* 27(8), 1386-1422. doi: 10.1093/annonc/mdw235.

VAN ROSSUM, LG. et al., 2008. Random Comparison of Guaiac and Immunochemical Fecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer in a Screening Population. *Gastroenterology.* 135(1), 82-90. doi: 10.1053/j.gastro.2008.03.040.

VĚSTNÍK MZ ČR 1,2009. [online]. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3623_1779_11.html

VIEMEIRE, E. et al., 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics.* 26 (5), 331-342, doi 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x.

- VONDRÁČKOVÁ, D., 2004. Chronická bolest patofyziologie a léčba. *Neurologie pro praxi*. 6(neuvedeno), 337-344. ISSN 1213-1814.
- VORLÍČEK, J. et al., 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 480 s. ISBN 80-716-9437-1.
- VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 450. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VORLÍČEK, J., ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., 2009. *Onkoprevence pro Českou republiku*. *Linkos* [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/>
- VÖRÖSOVÁ G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
- VRINTEN, CH. et al., 2015. Cancer Fear: Facilitator and Deterrent to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Pre*. 24(2), 400-405. doi: 10.1158/1055-9965.
- Vyhláška č. 244/2017 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 88, s. 2679. ISSN 1211-1244.
- Vyhláška č. 317/2016 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 124, s. 4837. ISSN 1211-1244.
- VYSLOUŽIL, K., 2005. *Komplexní léčba nádorů rektu*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 80-247-0628-8.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- VYZULA, R., 2001. *Výživa při onkologickém onemocnění*. Praha: Galén. 122 s. ISBN 8072621203.

- WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8
- WHO a., 2018. *WHO Definition of Palliative Care* [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO b, 2018. *WHO's cancer pain ladder for adults*. [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- XU, Y. et al., 2014. *Cancer bioinformatics*. New York: Springer. 368 s. ISBN 978-1-4939-1380-0.
- YANG, B. et al., 2017. Alcohol intake and mortality among survivors of colorectal cancer: The Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort. *Cancer*. 123(11), 2006-2013. doi: 10.1002/cncr.30556
- YENDE, S., et al., 2014. Risk of cardiovascular events in survivors of severe sepsis. *Am J Respir Crit Care Med*. 189(9), 1065–1074. doi: 10.1164/rccm.201307-1321OC.
- ZÁDOROVÁ, Z., 2005. Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva. *Ces. Slov.Gastroent.Hepatol*. 59(1), 26-30. ISSN 1213-323X
- ZÁDOROVÁ, Z., 2013. Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva. *Gastroent Hepatol*. XX(XX) 1-6. ISSN 1804-7874.
- ZÁDOROVÁ, Z. 2018. Endoskopie. In: LUKÁŠ, K., HOCH, J. *Nemoci střev*. Praha: Grada, s. 93-107. ISBN 978-80-271-0353-9.
- ZACHOVÁ, V. et al., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
- ZACHOVÁ, V. et al., 2012. Problematika ošetřování stomií (se zaměřením na onkologické pacienty). *Postgraduální medicína*. 4(442), nevedeny. ISSN 1212-4184.
- ZACHOVÁ, V. 2016. Stomie sama o sobě není nemoc. DRLÍKOVÁ, K. et al. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, s. 28-31. ISBN 978-80-247-5712-4.
- Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 102, s. 3186-3188. ISSN 1211-1244.

ZAVORAL, M. et al. Terapie kolorektálního karcinomu [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/terapie-kolorektalniho-karcinomu-464247>

ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P. 2001. Kolorektální karcinome-screening a dispenzarizační programy. Doporučené postupy [online]. ČSL JEP. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r067.rtf

ZAVORAL, M., VOJTĚCHOVÁ, G., SUCHÁNEK, Š., 2013. Klasifikace kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 7(4), 172-175. ISSN 1803-5345.

ZAVORAL, M., VOJTĚCHOVÁ, G., SUCHÁNEK, Š. 2015. Úloha kolonoskopie ve screeningu kolorektálního karcinomu. In: ŠPIČÁK, J., URBAN, O. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada, s. 119-137. ISBN 978-80-247-5283-9.

ZEMANOVÁ, M., 2008. Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu. *Onkologie*. 2(4), 249-252. ISSN 1802-4475.

ZIKÁN, M., CIBULA, D. 2009. Prevence a screening zhoubných nádor. In: CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. et al. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, s. 93-96. ISBN 978-80-247-2665-6.

ZOLNIEREK, K., B., DIMATTEO, M., R., 2009. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47 (8), 826-834, doi 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

ZYLLA, D., STEELE, G., GUPTA, P., 2017. A systematic review of the impact of pain on overall survival in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*.25(5), 1687-1698. DOI: 10.1007/s00520-017-3614

8 SEZNAM ZKRATEK

ABPS	Aronchick Bowel Preparation Scale
ASA	American Society of Anesthesiologists
BBPS	Boston bowel preparation scale
CT	počítačová tomografie
CŽK	Centrální žilní katetr
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EBM	Evidence Based Medicine (medicína založená na důkazech)
EBN	Evidence Based Nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)
EBP	Evidence Based Practice (praxe založená na důkazech)
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
FIT	fecal immunochemical test (imunochemické testy)
FOBT	fecal occult blood test (test na okultní krvácení)
gFOBT	guaiac fecal occult blood test (guajakové testy)
M. E. Levine	Myra Estrin Levine
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PET	pozitronová emisní tomografie
PICC	Peripherally Implanted Central Catheter (periferní cestou implantovaný centrální katetr)
POCT	Point of care testing
PŽK	Periferní žilní katetr
SASD	Statistická analýza sociálních dat
SPSS	Statistical Package for the Social Science
v.	vena
WHO	Světová zdravotnická organizace

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Schéma modelu M. E. Levine

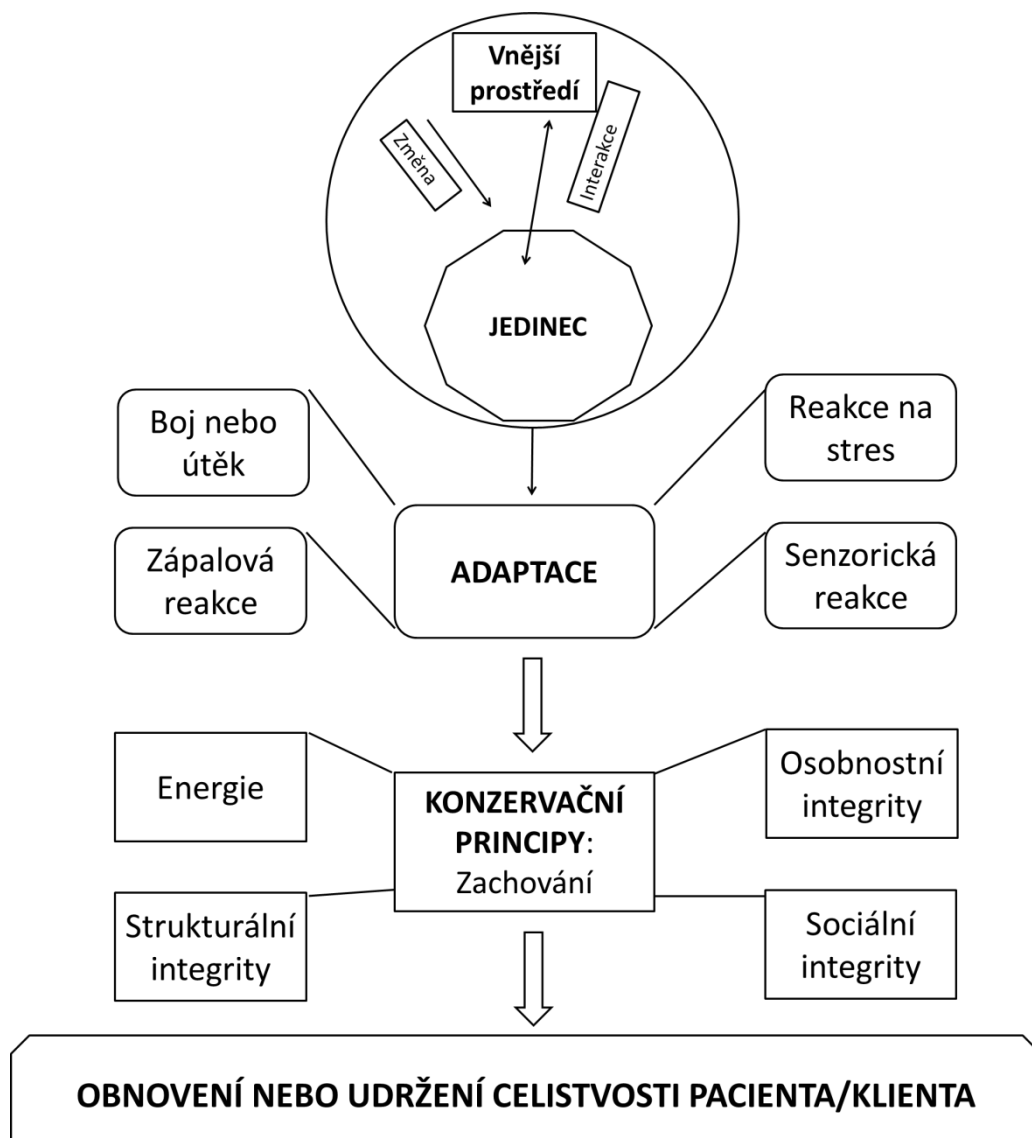
Příloha 2 – ASA klasifikace

Příloha 3 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 4 – Nestandardizovaný dotazník

Příloha 1

Schéma modelu M. E. Levine



Zdroj:

DUŠIČKOVÁ, T. 2017. Možnosti využití modelu Levinové u pacientů s kolorektálním karcinomem ošetřovatelství. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním*. Praha: Lidové noviny, s. 23-44. ISBN 978-80-742-2630-4.

Příloha 2

KLASIFIKACE ASA

„ASA I. Zdravý pacient bez patologického klinického (psychosomatického) a laboratorního nálezu. Chorobný proces, pro který je pacient operován, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.

„ASA II. Mírné až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován, případně vyvolané jiným patofyziologickým procesem beze změn výkonnosti a funkce orgánů (např. lehká hypertenze korigovaná monoterapií, diabetes mellitus bez orgánových komplikací, anémie, věk nad 70 let, obezita).“

„ASA III. Závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující nemocného a výkonnost a funkci orgánů (angina pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetes mellitus – obtížné kompenzovatelná nebo s orgánovými komplikacemi, srdeční selhání v anamnéze).“

„ASA IV Závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenpace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní a endokrinologické nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitida, ileus aj.).“

„ASA V Moribundní (umírající) pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života. Smrt je pravděpodobný do 24 h ať již s operací, nebo bez ní.“ (Málek, 2016, s.70).

Zdroj:

MÁLEK, J., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.

Příloha 3

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- Kolik je Vám let?
- Kolik máte dětí?
- Jaký je Váš rodinný stav?
- Kde bydlíte?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaký je Váš pracovní poměr?
- S kým žijete ve společné domácnosti?
- Léčíte se s některým onemocněním? Jakým?

PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY (INTENZITA, FREKVEMCE, VNÍMÁNÍ PACIENTEM, ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ)

- Kolik let Vám bylo, když u Vás byl poprvé diagnostikován kolorektální karcinom?
- Pokud nižší věk než 50 let: Byla Vám nabídnuta preventivní prohlídka?
- Pokud ano, kdo Vám ji nabídl?
- Pokud vyšší věk než 50 let: Byl jste pozván/a na preventivní prohlídku zabývající se kolorektem?
- Kdo Vám prohlídku nabídl? Kde jste prohlídku absolvoval/a?
- Pokud ano, jak často jste byl dále zván?
- Vysvětlil Vám lékař vše ohledně rizika spojeného s kolorektálním karcinomem?
- Jakým způsobem, nebo kde jste dostal nejvíce pro Vás prospěšných informací?

NÁVYKY PŘED PROPUKNUTÍM ONEMOCNĚNÍ

- Byl/a jste již dříve léčena s poruchami zažívacího traktu?
- Pokud ano: O jakou léčbu se přesně jednalo?
- Jakým způsobem jste se věnoval/a pohybovým aktivitám před propuknutím onemocnění? Jak jste se stravoval/a před propuknutím onemocnění? Kouřil/a jste před propuknutím onemocnění? Pokud ano, kolik cigaret za den? Pil/a jste alkohol před propuknutím onemocnění? Pokud ano, jaké množství a čeho za týden?
- Pokud byste měl možnost něco ve Vašem předchozím životě změnit, co by to bylo?

ZMĚNA ŽIVOTA PACIENTA SE STOMIÍ

- Co Vás v životě se stomií nejvíce limituje?
- Jak hodnotíte kvalitu vašeho života se stomií v porovnání se životem před stomií?
- Jak se změnilo vnímání Vašeho okolí k Vám po provedení stomie?
- Jak vnímáte Vy Vaše okolí po provedení stomie?
- Limituje Vás něco ve vašem stravování po provedení stomie?
- Pokud jste už absolvoval léčbu kolorektálního karcinomu dříve, jak byste hodnotil (porovnal) minulou a současnou léčbu?

LÉČBA

- Jaké druhy léčby jste do této doby podstoupil v souvislosti s kolorektálním karcinomem?
- Pokud ne: O jakém druhu léčby se uvažuje?
- Pokud ano: Jaké informace byste chtěl/a o následcích léčby vědět?
- Měl/a jste možnost se poradit s někým, kdo prodělal podobnou léčbu?
- Nastaly v průběhu předchozí léčby nějaké komplikace?
- Měl/a jste možnost se poradit s někým, kdo prodělal podobné komplikace léčby?
- Pokud ano, jak přistupoval zdravotní personál k Vaším připomínkám týkajících se komplikací?
- V čem konkrétně se změnilo vaše stravování v porovnání s dobou, kdy jste byl/a zdrav/a?

POSTOJE

- Jak vnímáte sám sebe po fyzické stránce?
- Jak vnímáte sám sebe po psychické stránce?
- Jak byste charakterizoval/a vyrovnání se s Vaší diagnózou?
- Dokážete pojmenovat, co konkrétně pro Vás bylo nejobtížněji zvládnutelné po sdělení diagnózy?
- Dokážete pojmenovat, co konkrétně pro Vaše okolí bylo nejobtížněji zvládnutelné po sdělení diagnózy?
- Co pro Vaši budoucnost znamená kolorektální karcinom?

Příloha 4
Nestandardizovaný dotazník

GAJU č. 048/2015/S
Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**VÝZKUM VYUŽITÍ KONCEPČNÍCH MODELŮ V KLINICKÉ
A KOMUNITNÍ PRAXI**

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je v České republice za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u vybraných skupin pacientů a minorit. Tento výzkum se zaměří také na zjištění subjektivních a objektivních faktorů, které mohou ovlivnit efektivnost poskytované péče v klinické a komunitní praxi z pohledu osob **s kolorektálním karcinomem**.

Dovolujeme si Vás proto požádat o spolupráci při sběru dat a o poskytnutí odpovědí na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

2015

Děkujeme za spolupráci
Řešitelé výzkumného úkolu

Identifikační údaje**Region (kraj):****1. Pohlaví:**

- 1) *Muž*
- 2) *Žena*

2. Kolik je Vám let? (vypište prosím, dosažený věk při posledních narozeninách)

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) *Základní vzdělání*
- 2) *Vyučen/a, střední vzdělání bez maturity*
- 3) *Střední vzdělání s maturitou*
- 4) *Vyšší odborné vzdělání (VOŠ, pomaturitní nástavba)*
- 5) *Vysokoškolské vzdělání (včetně bakalářského studia)*

4. Aktuální rodinný stav:

- 1) *Svobodný/á*
- 2) *Ženatý/vdaná*
- 3) *Rozvedený/á*
- 4) *Vdovec/vdova*
- 5) *Druh/družka (partnerský vztah)*

5. Počet dětí:

- 1) *žádné*
- 2) *1 dítě*
- 3) *2 – 3 děti*
- 4) *4 a více dětí*

6. Bydliště:

- 1) *do 1000 obyvatel*
- 2) *1001 – 5000 obyvatel*
- 3) *5001 – 20 000 obyvatel*
- 4) *20 001 – 100 000 obyvatel*

5) nad 100 000 obyvatel

7. S kým žijete ve společné domácnosti? (možné zvolit více odpovědí)

- 1) sám/sama 2) s manželkou/manželem 3) s družkou/druhem 4) s rodiči
5) s dětmi 6) se širší rodinou 7) s někým jiným, vypište prosím.....

8. Jaké je Vaše zaměstnání? (uved'te jen jedno zaměstnání, které považujete za hlavní)

- 1) nezaměstnaný/á 2) OSVČ, podnikatel 3) zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru 4) invalidní důchod (I., II., III. stupně) 5) starobní důchod
6) rodičovská dovolená, mateřská dovolená 7) jiné, vypište prosím

9. Léčíte se s některým z následujících onemocnění? (Označte všechna onemocnění, se kterými se léčíte.)

- 1) s ničím se neléčím
2) cukrovka (diabetes mellitus)
3) vysoký krevní tlak
4) chronická bronchitida
5) ischemická choroba srdeční
6) astma
7) infarkt myokardu
8) ledvinové kameny
9) onemocnění žlučníku a žlučových cest
10) onemocnění páteře a kloubů
11) vředová choroba
12) onemocnění štítné žlázy
13) psychické problémy
14) nádorové onemocnění
15) jiné onemocnění, uveďte:

10 Vypište prosím:

10 a) Vaše tělesná hmotnost (váha)kg

10 b) Vaše tělesná výškacm

Anamnéza

11. Vyskytl se kolorektální karcinom ve Vaší rodině?

- 1) ano 2) ne 3) nevím

12. Vyskytlo se ve Vaší rodině jiné nádorové onemocnění?

- 1) ano 2) ne 3) nevím

12 a) Pokud ano jaké?

Vypište prosím.....

13. Účastnil/a jste se preventivních prohlídek u svého praktického lékaře v pravidelných intervalech?

- 1) ano 2) ne 3)nevím o této možnosti

14. Bylo vám v rámci preventivní prohlídky u lékaře nabídnuto provedení vyšetření na okultní krvácení? (nanášení stolice na papírek, který ukáže přítomnost krve)

- 1) ano 2) ne 3) nevím o této možnosti

15. Jak dlouho jste obeznámen/a s Vaší diagnózou?

- 1) méně než 1 měsíc
2) 1 měsíc až 3 měsíce
3) 3 měsíce až 6 měsíců
4) 6 měsíců až 1 rok
5) více jak 1 rok

16. Byl/a jste už dříve léčen/a kolorektálním onemocněním?

- 1) ano 2) ne

17. Pokud ano, zhodnoťte na stupnici od 1 do 10 vnímání současné léčby oproti minulé, kdy 1 = znamená nejhorší negativní rozdíl, 5 = stejná jako předchozí a 10 = znamená Vámi vnímaný největší pozitivní posun v léčbě.

⊗ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ⊙

Zdravotní stav

18. Jakou léčbu jste podstoupil/a? (možno označit více odpovědí)

- 1) chirurgická léčba 2) radioterapie 3) chemoterapie 4) jiné.....

19. Vyskytly se u Vás pooperační komplikace?

- 1) ano 2) ne

19. a) Pokud ano, jaké?

Vypište prosím.....

20. Absolvoval/a jste před propuknutím onemocnění kolonoskopii (vyšetření tlustého střeva)?

- 1) ano 2) ne

20. a) Pokud jste před propuknutím onemocnění absolvoval/a kolonoskopii, z jakého důvodu to bylo? (možné zvolit více odpovědí)

- 1) preventivní vyšetření 2) vlastní iniciativa 3) doporučení lékaře
4) z důvodu zdravotních komplikací 5) jiné.....

21. V souvislosti s jakými příznaky jste navštívil/a lékaře? (možné zvolit více odpovědí)

- 1) krev ve stolici 2) bolesti břicha 3) nechutenství
4) náhlý úbytek na hmotnosti 5) celková únava 6) zvýšená plynatost
7) potíže s vyprazdňováním stolice 8) jiné.....

22. Po jaké době trvání těchto příznaků jste navštívil/a lékaře?

- 1) méně než 1 týden
2) 1 týden až 1 měsíc
3) 1 měsíc až 3 měsíce
4) 3 měsíce až 6 měsíců
5) 6 měsíců a déle

23. Nakolik máte problémy se stravováním?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

24. Kolik vypijete denně tekutin?

- 1) méně než 0,5 l 2) 1 litr 3) 1,5 litru 4) 2 litry 5) více než 2 litry

25. Konzumujete alkohol?

1) *ano* 2) *ne*

Pokud **ano**, prosím odpovězte na následující otázky: (**pokud daný alkohol nepijete, napište prosím 0**)

25. a) Kolik půllitrových sklenic piva vypijete průměrně za týden?.....půllitrových sklenic piva

25. b) Kolik sklenic vína (2 dcl.) vypijete průměrně za týden?.....sklenic vína

25. c) Kolik „panáků“ destilátu (0,02 l) vypijete průměrně za týden?..... „panáků“ destilátu

26. Kouříte tabákové výrobky?

1) *ano* 2) *ne*

26 a) Pokud ano

1) vypište kolik cigaret, dýmek nebo doutníků vykouříte průměrně za den?.....

2) nekouřím denně

27. Nakolik Vás omezují vaše současná stravovací opatření?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

28. Trpíte zácpou?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

29. Trpíte průjmem?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

30. Máte problémy se spánkem?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

30. a) Pokud ano, jaké?

Vypište prosím.....

31. Nakolik pociťujete bolesti?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

32. Nakolik Vám brání bolest vykonávat věci, které potřebujete dělat?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

33. Do jaké míry je tlumena Vaše bolest?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

34. Nakolik je Váš kvalitní život závislý na užívání léků?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

35. Máte dostatek energie potřebné k běžnému prožití dne?

- 1) ne 2) spíše ne 3) středně 4) spíše ano 5) ano

36. Jaký je Váš zdravotní stav nyní?

- 1) výborný 2) dobrý 3) ani dobrý ani špatný 4) špatný 5) velmi špatný

Informace

37. Kde jste se poprvé informoval/a o kolorektálním karcinomu?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1) z internetu | 6) od všeobecné sestry |
| 2) od obvodního lékaře | 7) od přátel |
| 3) z televize | 8) od rodiny |
| 4) z informačních letáků | 9) jiné..... |
| 5) od lékaře specialisty | |

38. Slyšel/a jste někdy o možnostech preventivního předcházení kolorektálnímu karcinomu?

- 1) ano 2) ne

39. Nakolik jsou pro Vás důležité informace poskytnuté praktickým lékařem?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

40. Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od praktického lékaře?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

41. Nakolik jsou pro Vás důležité informace poskytnuté zdravotnickým personálem nemocnice?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

42. Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od lékaře specialisty?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

43. Nakolik rozumíte informacím, které dostáváte od sester?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

44. Dává Vám Váš lékař dostatek prostoru zeptat se na Vaše otázky?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

45. Znáte někoho, kdo má stejný druh onemocnění, jako Vy?

1) ano 2) ne

46. Nakolik jsou pro Vás důležité informace od jiných lidí, kteří mají s onemocněním zkušenosti?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

Sociální podpora

47. Jaký byl váš subjektivně vnímaný psychický stav před propuknutím onemocnění?

1) výborný 2) dobrý 3) ani dobrý ani špatný 4) špatný 5) velmi špatný

48. Jak vnímáte svou psychickou kondici?? (označte na škále, kdy 1 = nejhůře a 10 = nejlépe)

⊗ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

49. Jak vnímáte svou fyzickou kondici?? (označte na škále, kdy 1 = nejhůře a 10 = nejlépe)

⊗ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

50. Využil/a jste někdy pomoc psychoterapeuta v souvislosti s Vaším onemocněním?

1) *ano* 2) *ne* 3) *nevěděl/a jsem o této možnosti*

50. a) Pokud ano, pomohla Vám návštěva psychoterapeuta?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

51. Nakolik jste spokojen s psychickou podporou zdravotnického personálu ve vztahu k Vašemu onemocnění?

1) *velmi nespokojen* 2) *nespokojen* 3) *ani spokojen ani nespokojen* 4) *spokojen*
5) *velmi spokojen*

52. Nakolik jste spokojen s psychickou podporou rodiny ve vztahu k Vašemu onemocnění?

1) *velmi nespokojen* 2) *nespokojen* 3) *ani spokojen ani nespokojen* 4) *spokojen*
5) *velmi spokojen*

53. Nakolik jste spokojen s psychickou podporou přátel ve vztahu k Vašemu onemocnění?

1) *velmi nespokojen* 2) *nespokojen* 3) *ani spokojen ani nespokojen* 4) *spokojen*
5) *velmi spokojen*

54. Nakolik Vás Vaše onemocnění limituje v současném pracovním životě?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*
6) *nepracuji*

55. Nakolik se cítíte být limitován v kontaktu s Vašimi přáteli?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

56. Využil/a jste někdy pomoc domácí péče? (Charita, Český červený kříž apod.)

1) *ano* 2) *ne* 3) *nevěděl/a jsem o této možnosti*

57. Děláte si o sebe sama starosti?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

58. Jak moc se obáváte o své blízké?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

59. Zemřel někdo z Vašich blízkých (rodina, nebo přátelé) na následky kolorektálního karcinomu?

1) ano 2) ne

59. a) Pokud ano, jak moc si připouštíte, že se stejný osud může týkat i Vás?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

Vnímání

60. Pokud nemáte stomii, jak moc se obáváte, že ji v budoucnu budete mít?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

6) mám stomii

61. Jak zvládáte současnou léčbu Vašeho onemocnění?

1) výborně 2) dobře 3) ani dobře ani špatně 4) špatně 5) velmi špatně

62. Nakolik Vás trápí negativní pocity v souvislosti s lékařským vyšetřením?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

63. Jak jste se cítil při hospitalizaci v nemocnici v souvislosti s kolorektálním karcinomem?

1) výborně 2) dobře 3) ani dobře ani špatně 4) špatně 5) velmi špatně

64. Nakolik jste pociťoval/a negativní pocity v souvislosti s nemocničním režimem?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

65. Nakolik Vás trápí negativní pocity z léčby?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

66. Chování lékařů k Vám hodnotíte jako:

1) výborné 2) dobré 3) ani dobré ani špatné 4) špatné 5) velmi špatné

67. Chování sester k Vám hodnotíte jako:

1) výborné 2) dobré 3) ani dobré ani špatné 4) špatné 5) velmi špatné

68. Vybral/a byste si k další léčbě jiné zdravotnické zařízení?

1) *výborné* 2) *dobré* 3) *ani dobré ani špatné* 4) *špatné* 5) *velmi špatné*

69. Cítíte se být v současnosti limitován Vaším vzhledem?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

70. Do jaké míry ovlivnilo onemocnění Vaši finanční situaci?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

70. a) Pokud ano jak? Vypište prosím

71. Nakolik Vám brání následky Vašeho onemocnění při běžné dopravě?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

72. Do jaké míry Vám brání následky Vašeho onemocnění v cestování?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

73. Váš pracovní život vnímáte v současnosti jako:

1) *výborný* 2) *dobrý* 3) *ani dobrý ani špatný* 4) *špatný* 5) *velmi špatný*
6) *nepracuji*

74. Váš sexuální život vnímáte v současné době jako:

1) *výborný* 2) *dobrý* 3) *ani dobrý ani špatný* 4) *špatný* 5) *velmi špatný*

75. Nakolik je Vaše potřeba víry naplněná?

1) *vůbec ne* 2) *trochu* 3) *středně* 4) *hodně* 5) *maximálně*

76. Pokud se zamyslíte nad minulostí, změnil/a byste teď něco na Vašem chování k sobě?

1) *vůbec ne* 2) *spíše ne* 3) *nevím* 4) *možná ano* 5) *zcela určitě*

77. Jak vnímáte svoji budoucnost?

1) *výborně* 2) *dobře* 3) *ani dobře ani špatně* 4) *špatně* 5) *velmi špatně*

Stomie

78. Máte stomii?

- 1) ano 2) ne – **pokud ne, dále nevyplňujte dotazník!!!**

79. O jakou stomii se ve Vašem případě jedná?

- 1) trvalá kolostomie 2) trvalá ileostomie 3) přechodná kolostomie
4) přechodná ileostomie 5) nevím

80. Váš zdravotní stav před vytvořením stomie jste vnímal jako:

- 1) výborný 2) dobrý 3) ani dobrý ani špatný 4) špatný 5) velmi špatný

81. Nakolik zvládáte sám/sama pečovat o výstup stomie?

- 1) nejsem schopen 2) s vážnými potížemi 3) se středními potížemi
4) s mírnými potížemi 5) zcela bez potíží

82. Navštěvujete stomickou sestru?

- 1) ano 2) ne 3) nevěděl/a jsem o této možnosti

83. Jaké přípravky používáte na ošetření stomie? (Můžete označit více odpovědí.)

- 1) vlhčené ubrousky 2) čisticí pěna 3) adhezivní pasta 4) jiné.....

84. Máte dostatek pomůcek (sáčky, masti...) k péči o stomii?

- 1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

85. Jste informován/a o možnosti finančního příspěvku na stomické pomůcky?

- 1) ano 2) ne

86. Pobíráte finanční podporu na stomické pomůcky?

- 1) ano 2) ne

87. Jaké nežádoucí změny máte v okolí stomie? (možné zvolit více odpovědí)

- 1) kožní komplikace 2) bolest 3) obtékání stolice 4) krvácení
5) vyhrzenuté střevo 6) vtažené střevo 7) příliš úzký vývod

8) špatné vyprazdňování stomie 9) kýla v oblasti stomie 10) nemám žádné změny 11) jiné, vypište jaké.....

88. Jak často prožíváte bolest v okolí Vaší stomie?

1) neustále 2) často 3) někdy 4) zřídka 5) nikdy

89. Nakolik Vás obtěžuje zápach ze stomie?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

90. Nakolik jste se smířil/a s vyprazdňováním prostřednictvím stomie?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

91. Nakolik prožíváte negativní pocity v souvislosti se stomií?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

92. Nakolik se změnilo vnímání sama sebe po vytvoření stomie?

1) maximálně 2) hodně 3) nedokážu posoudit 4) trochu 5) vůbec

93. Jak často se setkáváte s negativními reakcemi od okolí kvůli Vaší stomií?

1) nikdy 2) zřídka 3) někdy 4) často 5) vždy

94. Nakolik Vás stomie limituje v oblasti pohybu?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

95. Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem soukromém životě?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

96. Nakolik Vás stomie limituje ve vašem sexuálním životě?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

97. Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem společenském životě?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

98. Nakolik Vás stomie limituje ve Vašem pracovním životě?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně 6) nepracuje

99. Nakolik Vám brání stomie v provozování každodenních činností?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

100. Nakolik máte doma k dispozici prostor pro výměnu stomického sáčku?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně

101. Nakolik máte ve Vašem zaměstnání prostor pro výměnu stomického sáčku?

1) vůbec ne 2) trochu 3) středně 4) hodně 5) maximálně 6) nechodí do zaměstnání

102. Nakolik máte možnost požádat někoho o pomoc při výměně stomie?

1) nikdy 2) zřídka 3) někdy 4) většinou ano 5) vždy
6) nepotřebuji pomoc

103. Nakolik Vám pomáhá s ošetřováním stomie Vaše rodina?

1) nepotřebuji pomoc 2) nikdy 3) zřídka 4) někdy 5) většinou ano
6) vždy

104. Nakolik Vám pomáhají s ošetřováním stomie Vaši přátelé?

1) nikdy 2) zřídka 3) někdy 4) většinou ano 5) vždy
6) nepotřebuji pomoc

105. Nakolik se změnilo vnímání sama sebe po vytvoření stomie?

1) maximálně 2) hodně 3) nedokážu posoudit 4) trochu 5) vůbec